HealthSystemIntelligence

POLICY BRIEF

AT4Health

Ein Corona-Fonds zur Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber

aha.
Austrian Health Academy

Policy Brief

AT4Health
Ein Corona-Fonds zur Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung

Maria M. Hofmarcher

Christopher Singhuber

Oktober 2020

Zitiervorschlag:

Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2020): AT4Health. Ein Corona-Fonds zur Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung. HS&I Policy Brief, Oktober 2020, Wien. http://www.HealthSystemIntelligence.eu

Dieser Policy Brief aktualisiert Daten und Information aus dem HS&I Projektbericht: Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2020. http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Ambulante_Versorgung

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.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary 6
1 Einleitung und Zielsetzung 11
2 Corona und die Folgen im Überblick bis Mitte September 2020 11
3 Corona und die wirtschaftliche Entwicklung 24
4 COVID-19 Krisenbewältigungsfonds 29
5 Österreich braucht AT4Health als Hebel zum „Herausinvestieren“ 35
6 Herausforderungen vor und mit Corona 37
7 Schlussfolgerungen 43
8 Ausgewählte Literatur 45

Executive Summary

Corona findet in Österreich ein gut ausgestattetes Gesundheitssystem. Erste bestätigte Fälle von Corona Infektionen traten in Österreich Ende Februar auf. In der letzten Märzwoche 2020 begannen die Infektionsraten zu sinken, ebenso wie die Auslastung von Krankenhäusern und Intensivbetten im ganzen Land. Manche Bundesländer waren aber stärker betroffen als andere, wie beispielsweise Tirol. Mit 29 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner ist Österreich vergleichsweise gut auf die Behandlung von schwer Erkrankten vorbereitet, während Länder wie Griechenland oder Irland schnell an ihre Grenzen stoßen. Seit Anfang September nehmen die Infektionszahlen und die Zahl der Hospitalisierungen erneut zu.

Die Corona Infektionsbekämpfung war besser als ihr Ruf. Während es bislang keinen Tag gab, an dem die Kapazität für COVID-19-Patienten überschritten wurde, ist Österreichs Rang bei der Vorbereitung auf Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit im internationalen Vergleich schwach. Dies zeigt sich insbesondere in fehlender Regulierung zur Koordination zwischen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheitsbehörden. Diese Schwäche zeigte sich in den letzten Wochen immer wieder, z.B. in der Berichterstattung zu Fallzahlen, die voneinander abwichen. Ebenso könnte die Notfallkommunikation mit Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens verbessert werden. Gleichzeitig hat Österreich bislang pro Kopf einen Bruchteil der Todesfälle durch COVID-19 in anderen Ländern verzeichnet. Wie überall sind ältere Menschen und Männer aufgrund von Corona stärker vom Tod betroffen als Frauen.

Das COVID-19 Risiko steigt mit Arbeitslosigkeit. Studien zeigen, dass sich sozioökonomische Risikofaktoren auf die Ausbreitung und den Verlauf von Corona-Erkrankungen auswirken. Für Österreich konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitslosenquote und dem Infektionsrisiko (Zahl der Fälle pro 100.000 Einwohner) auf Bezirksebene festgestellt werden. Zudem gibt es Hinweise, dass Betriebe mit vielen Mitarbeitern die Ausbreitung von Sars-Cov-2 begünstigt haben. Zwischen durchschnittlichem Einkommensniveau und durchschnittlicher Haushaltsgröße konnte kein Zusammenhang zum bisherigen Infektionsgeschehen gezeigt werden. Mit Fortdauer der Krise werden statistische Untersuchungen immer aussagekräftiger, da mit steigenden Fallzahlen und Todesfällen eine größere Datenbasis entsteht. Eine laufende Erneuerung von Analysen ist daher empfehlenswert.

Die Maßnahmen führen zu hoher Arbeitslosigkeit, Frauen sind besonders betroffen. Österreich ist in eine schwere Rezession eingetreten, mit einem erwarteten Rückgang der Wirtschaftsleistung 2020 von etwa 7 Prozent. Die Summe der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie hat zu einem starken Anstieg der Arbeitslosigkeit geführt. Frauen sind von Arbeitslosigkeit stärker betroffen als Männer und ihre Aussichten durch

Investitionen entsprechend abgesichert zu werden sind schwächer. Viele Impulse zur Abfederung der wirtschaftlichen Folgen sind auf Sektoren mit einem hohen Anteil männlicher Beschäftigung fokussiert. Der EU-Wiederaufbaufonds „Next Generation EU" beispielsweise fördert insbesondere Digital-, Energie-, Landwirtschafts-, Bau- und Transportindustrie. Die, durch die Folgen der allgemeinen Maßnahmen sehr stark betroffenen Sektoren, wie Gesundheit, Unterricht, Gastronomie und Unterhaltung erhalten weniger Unterstützung; der Frauenanteil ist hier wesentlich höher. Analysen für Österreich schätzen, dass den Frauen nur 40 % des österreichischen Konjunkturpaketes in der Höhe von 50 Mrd. EUR zugutekommen. Gleichzeitig gehen 24 % des Gesamtvolumens an die Bevölkerung im obersten, und nur 14 % an die Bevölkerung im untersten Einkommensquintil.

Die COVID-19 Krise macht die Gesundheit zum Impulsgeber für die Wirtschaft. Das Gesundheitswesen ist der Olivenbaum der Wirtschaft. Es schafft wesentliche Chancen für mehr Beschäftigung, Forschung und technischen Fortschritt. Die wirtschaftliche Erholung von COVID-19 erfordert Impulse durch öffentliche Ausgaben. Studien zeigen, dass öffentliche Investitionen in Gesundheit und Pflege von 2 Prozent der Wirtschaftsleistung zu einer Steigerung von mindestens 2 Prozentpunkten der Gesamtbeschäftigungsquote in der ganzen EU-28 führen würde. Damit würde ein größerer Beschäftigungsanreiz erzielt werden als es beispielsweise in der Baubranche der Fall ist. Gleichzeitig wird damit Frauenbeschäftigung verstärkt gefördert. Klar ist, dass der öffentliche Sektor den Wirtschaftseinbruch durch den gestiegenen öffentlichen Konsum, z.B. im Gesundheitsbereich, die Kurzarbeitshilfen sowie durch die Wirkung der automatischen Stabilisatoren abschwächt.

Österreich braucht AT4Health als Hebel zum „Herausinvestieren" und „Ambulanztöpfe". In Anlehnung an das mittlerweile stark reduzierte EU4Health-Programm, definieren wir einen „Corona Fonds" und nennen ihn AT4Health. Das Ziel dieses Programms ist Kapazitäten, Beschaffung und Personal ordentlich zu dotierten, Ressourcenverfügbarkeit und Testaktivitäten zu koordinieren und in bessere Leistungen für alle zu investieren. Grob geschätzt wird erforderlich sein, dass dem Gesundheitswesen im den nächsten Jahr zusätzliche Mittel in der Höhe von etwa 4,2 Mrd., oder 480 EUR pro Kopf, zugeführt werden. Dieser Betrag umfasst 15,2 % der Mittel des COVID-19 Krisenbewältigungsfonds und 1,1 Prozent der Wirtschaftsleistung. AT4Health macht 10,4 % des gesamten Konjunkturprogramms aus, was weniger ist als der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben 2018 (16,7 %).

Als investiven Arm des Programms setzen wir 650 Mio. EUR an, die erforderlich wären, um zwischen den Kassen (ÖKG und BVAEB) Leistungen zu harmonisieren. Um Steuerausfälle (500 Mio. EUR) und Beitragsausfälle bzw. Stundungen (600 Mio. EUR) zu kompensieren, schätzen wir ein Volumen von etwa 1,1 Mrd. EUR. Der geschätzte Mehrbedarf für Sicherheits- und Schutzvorkehrungen, die den Bundesländern über Zweckzuschüsse erstattet werden, ist mit etwa 2,5, Mrd. EUR angesetzt.

Geschätzte Einnahmenausfälle 2020 und fiktives AT4Health Programm

		AT4Health-Programm		
		In Mio EUR	in % des COVID-19 Krisenbewältigungsfonds	in % Gesamt
Einnahmenausfälle, geschätzt für 2020	Steuern	500	1,8	1,2
	Beiträge	600	2,1	1,5
Mehraufwand, (vergangen & künftig), Expertenschätzung	COVID-19 -Ausgaben (Schutzausrüstung, etc..)	2.500	8,9	6,1
Investiver Arm	Leistungs-harmonisierung (ÖGK auf BVAEB)	650	2,3	1,6
AT4Health		4.250	15,2	10,4
COVID-19 Krisenbewältigungsfonds, Planwerte 15.Mai 2020		28.000		
Memorandum item				
Gesamt: COVID-19 Krisenbewältigungsfonds plus Konjunkturpaket (ohne Haftungen und Garantien)		41.000		

ÖGK: Österreichische Gesundheitskasse, BVAEB: Versicherungsanstalt der Beamtinnen und der Eisenbahner
Quellen: BD 2020a, BD 2020b, HS&I-eigene Schätzungen und Darstellung.

Für Planung, Errichtung, Umsetzung und Ausschüttung ist die Bundesgesundheits/Bundeszielsteuerungskommission zu aktivieren, in der Bund, Länder und soziale Krankenversicherung vertreten sind. Dieses Gremium kann gleichzeitig dafür Sorge tragen, dass es solide Vorgaben für einen „Ambulanztopf" in jedem Bundesland gibt. So ist beispielsweise sicher zu stellen, dass die Länder, die Landesstellen der ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) und die bundesweiten Krankenversicherungsträger ihre Versorgungspläne unter Zuhilfenahme bundesweiter Bandbreiten abstimmen. In diesem Pool werden Mittel der haus- und fachärztlichen Versorgung, der Versorgung in den Spitalsambulanzen und Mittel der Länder für die mobile Pflege vereint. Bundesweit umfasst der „Ambulanztopf" etwa 8 Mrd. EUR., die sich zu 63 Prozent auf die soziale Krankenversicherung verteilt und zu 37 Prozent auf die Länder.

Corona wird kurzfristig den stabilen Ausgabentrend nicht unterbrechen. Aktuelle Untersuchungen aus den USA zeigen, dass etwa 85 Prozent der Kosten für COVID-19-bezogene Behandlungen auf die stationäre Versorgung entfallen. Gleichzeitig werden erhebliche Ausfälle in den Einkommen in der Primärversorgung erwartet. So eine Dynamik zeichnet sich auch in Österreich ab. Die COVID-19-bezogenen Ausgaben stiegen wahrscheinlich zwischen März 2020 und Mai 2020 deutlich. Die Versorgung von Patientinnen, die nicht an COVID-19 erkrankt sind, war sowohl in der Diagnostik, als auch

im Bereich Qualitätssicherung, Stichwort Tumorboards, reduziert. Diese Situation war vor allem für die Versorgung chronisch kranker Menschen problematisch. Bis Jahresende 2020 erwarten wir, dass die Krankenanstalten ihre Auslastungen im Vergleich zum Ausgangswert 2019 erreichen. Bei gegebener Dynamik der Hospitalisierung ist dies sehr unsicher. Nicht-repräsentative Schätzung gehen von einer Reduktion der Einnahmen im extramuralen Bereich aus. Eine vollständige Erholung ist bis Jahresende nicht in Sicht; optimistisch geschätzt werden die Einnahmen 2020 bei 80 % des Vorjahresniveaus liegen.

Die Kosten für Ausrüstungen, Tests und andere Hilfsmittel werden stark steigen. Die erwarteten Testkosten bis Ende 2020 belaufen sich auf geschätzte 270 Mio. EUR, oder etwa 30 EUR pro Kopf. Damit liegt Österreich über den erwarteten pro-Kopf Ausgaben für Tests von etwa 26 EUR in Deutschland. Während Deutschland geschätzt 66 EUR pro Test im öffentlichen Sektor ausgibt, liegt der Betrag in Österreich bei durchschnittlich 85 EUR. Private Personen bezahlen durchschnittlich 112 EUR. Schätzungen zufolge werden zwischen 5 und 10 Prozent der Tests von privat veranlasst. Weiters sieht das COVID-Zuschussgesetz vor, dass sich Länder für Ihren zusätzlichen Aufwand, der taxativ aufgelistet ist, für Mittel aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds bewerben können. Während nach wie vor Richtlinien, die seitens des Gesundheitsministeriums auszuarbeiten sind, nicht vorliegen, gehen Schätzungen von etwa 2,5 Mrd. EUR Mehraufwand aus.

Die Reformagenda steht und gewinnt in Zeiten von Corona noch mehr Bedeutung. Die COVID-19-Pandemie deckt Schwachstellen in den Gesundheitssystemen auf. Ein strategischer Fokus der Krisenbewältigung auf alle Bereiche der Gesundheitsversorgung und der Pflege verbessert die Vorbereitung auf zukünftige Krisen und hilft die Gesundheitsversorgung effektiver zu gestalten. Die derzeitigen Anreize in vielen Bereichen des Gesundheitswesens reichen nicht aus, um diesen Übergang zu gewährleisten, und erfordern eine grundlegende Neubewertung. Der Umbau des Systems in Richtung (regionale) Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über die wichtigsten Versorgungssettings ist ein Muss und bedeutend wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft. „Ambulanztöpfe“ könnten starke Effekte sowohl für die (Allokations-)Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung haben, insbesondere für chronisch Kranke.

Dies muss mit der progressiven Weiterentwicklung des Angebots einher gehen z.B. durch Leistungsharmonisierung. Dabei ist darauf zu achten, dass der investive Arm des vorgeschlagenen AT4Health entsprechende monetäre Anreize für ausgewogene multidisziplinäre Versorgung setzt. Dies könnte durch die Beimengung von vermögensbezogenen Steuern in das Portfolio der Finanzierungsquellen sichergestellt werden. Da einkommensbezogene Staatseinnahmen Schwankungen unterliegen, sollte die Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen verbreitert werden, um einen wachstumsfördernden Ausgabenpfad zu gewährleisten.

1 Einleitung und Zielsetzung

Die Einschränkungen des öffentlichen und privaten Lebens, die die Ausbreitung des Corona-Virus in Österreich eindämmen sollten, wurden Mitte 2020 schrittweise aufgehoben. Aktuell steigen die Infektionszahlen wieder, was zu Verunsicherung in der Bevölkerung führt. Eine erneute Verschärfung der Eindämmungsmaßnahmen könnte erhebliche gesundheitliche, soziale, wirtschaftliche und budgetäre Folgen nach sich ziehen. Um ausgewogene politische Entscheidungen zu treffen, ist es notwendig diese Folgen zu berücksichtigen und sich einen Überblick über alle relevanten Aspekte zu verschaffen.

Dieser Policy Brief zeigt wie sich die Corona-Epidemie – und insbesondere ihre Bekämpfung – auf das Gesundheitswesen, die Bevölkerung und die wirtschaftliche Entwicklung in Österreich auswirkt. Er beleuchtet Aspekte der Teststrategie und schlüsselt den österreichischen Krisenbewältigungsfonds auf. Er eröffnet neue Perspektiven für eine gesamthafte Betrachtung der Herausforderungen in Zusammenhang mit Corona und liefert Handlungsempfehlungen, die das Gesundheitswesen in den Mittelpunkt des Geschehens rücken.

2 Corona und die Folgen im Überblick bis Mitte September 2020

Die Corona-Pandemie in Österreich begann am 25. Februar 2020, als die ersten beiden Krankheitsfälle aus Innsbruck gemeldet wurden. Daraufhin wurden am 11. März Schul- und Universitätsschließungen, sowie ein Veranstaltungsverbot eingeleitet. In späterer Folge wurden auch Restaurants und alle Geschäfte, die nicht als versorgungsrelevant identifiziert wurden, gesperrt.

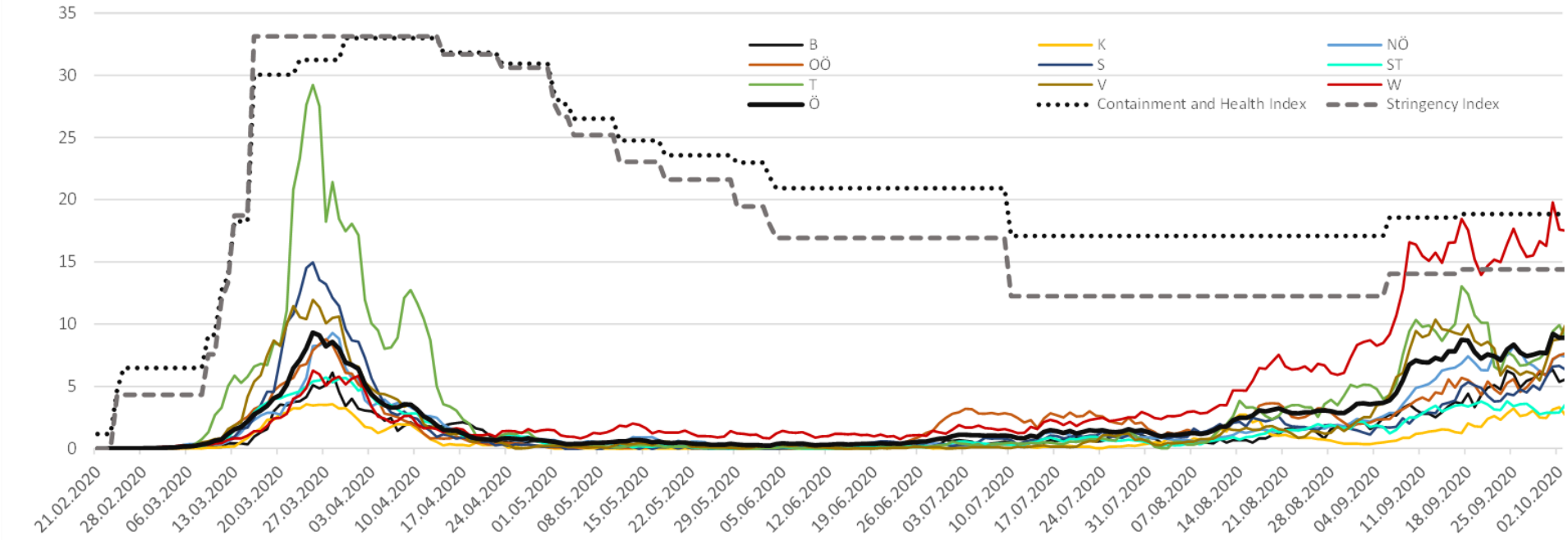
Die Maßnahmen erstreckten sich praktisch über alle Politikbereiche. Ende April wurden etwa 145 Gesetze oder Anordnungen geändert oder neu erlassen. Am 1. Mai wurden neue Anordnungen erlassen, um das Verhalten während der zweiten Phase der Pandemie zu regulieren, d.h. wenn Geschäfte, teilweise Schulen und Dienstleistungen, einschließlich religiöser Dienste und Pflegeheime, wieder geöffnet werden. Öffentliche Versammlungen waren für 10 Personen gestattet, was die Künste verzweifeln ließ. Erste Konzerte auf großen Bühnen mit beschränkten Besucherinnenzahlen waren ab dem 4.6. möglich. Am selben Tag kamen bei einer Demonstration 50.000 Menschen zusammen. Infolge berief der Gesundheitsminister eine Task Force ein, um Regeln für solche Zusammenkünfte zu

entwickeln. Weiters fiel am 4.6. die Maskenpflicht in den Schulen vollständig und Daten über Infektionen und Mortalität wurden für die Forschung teilweise zugänglich gemacht.

Das „Öffnungsgesetz“ Anfang Mai schrieb vor, dass Menschen in allen öffentlichen Räumen Masken tragen müssen. Am 15.6. fiel die Maskenpflicht außer in öffentlichen Verkehrsmitteln, Apotheken und Krankenanstalten. Die Maskenpflicht für das Personal in allen Restaurants wurde kurz danach ebenso aufgehoben (1.7). Als Reaktion auf die wachsende Zahl an Infektionen, wurde die Maskenpflicht in zwei Schritten – per 24.7. und 21. 9. wieder auf mehrere Lebensbereiche, wie Märkte, Schulen und Gastronomie, ausgeweitet. Seit 21. 9. gilt ebenfalls eine bundesweite Sperrstunde um 1:00, wobei Salzburg, Tirol und Vorarlberg von der Möglichkeit einer lokalen Zusatzregelung Gebrauch machen und die Sperrstunde bereits um 22:00 ansetzen.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Infektionsgeschehens bis Anfang Oktober 2020 in den Bundesländern und zwei Indikatoren, die Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie erfassen. Der Government Stringency Index ist einer von drei Teilindizes des Government Response Index von Hale et al. (2020). Er misst die Schwere der Einschränkungen zur Eindämmung der Corona-Pandemie in Österreich. Beispielsweise werden Schulschließungen, Versammlungsverbote, Ausgangssperren, oder Reisebeschränkungen von dem Indikator erfasst. Der Containment and Health Index erweitert den Stringency Index im Wesentlichen um die Dimensionen „Teststrategie“ und „Contact Tracing“.

Abbildung 1: Tägliche positiv Getestete pro 100.000 EW – geglättet – Mittelwert (5), und Government Response-Indizes*, bis 2. Oktober 2020



*Regelungen die das Tragen einer Schutzmaske im öffentlichen Raum verordnen, werden im Indikator nicht erfasst.

Quellen: BMSGPK, Hale et al. 2020, HS&I-eigene Darstellung.

Kommunikation: von Infektionsraten zur Eigenverantwortung

Die strategische Kommunikation auf Regierungsebene hat sich im Laufe der Zeit geändert. Beispielsweise wurde zu Beginn des Ausbruchs das tägliche Wachstum der Anzahl der Infizierten als Schlüsselvariable zur Information der Öffentlichkeit verwendet. Nachdem sich das Wachstum verlangsamt hatte, kam die Reproduktionszahl (30.3) ins Spiel. Ende April, als eine schrittweise Lockerung der Maßnahmen eingeleitet wurde, wurde individuelle Verantwortung gefordert (28.4). Die Regierung sagte, dass sich die Menschen inzwischen gut auf eine „neue Normalität" eingestellt haben, und dass sie auf das Risikobewusstsein der Menschen vertrauten. Debatten um die CoronaApp, die vom Roten Kreuz entwickelt wurde, flammen immer wieder auf, sind aber vergleichsweise moderat. Obwohl der Gesundheitsminister immer wieder betont, dass die CoronaApp eine wichtige Ergänzung zur Nachverfolgung von Infektionsherden ist, bleibt die Verwendung bislang hinter den Erwartungen.

Anfang Juli (9.7) wurde ein Ampelsystem vorgestellt, das die Eigenverantwortung stärken und helfen soll, Risikostufen besser zu erkennen, um entsprechende persönliche Vorkehrungen zu treffen. Die Epidemie entwickelt sich seit Anfang April bundesweit überschaubar. In den ersten zwei Juliwochen 2020 gab es regionale Infektionshäufungen. Mittlerweile steigen die Infektionszahlen in vielen Bezirken in Österreich. Wien führt das Geschehen an gefolgt von Tirol und Vorarlberg, Abbildung 1. Seit Ihrer Einrichtung berät eine „Ampelkommission" jeden Donnerstag und gibt am darauffolgenden Tag bekannt, in welchen Bezirken sich das Risiko verändert hat.

Ebenso am 9.7. beriet der Nationalrat die Novellierung des Epidemiegesetz aus dem Jahr 1950. Mit dem Entwurf wurde auch das COVID-19-Maßnahmengesetz geändert. Die Novelle sieht unter anderem vor, dass auch die Polizei Personen nach ihrem Gesundheitszustand befragen kann. Weiters erläutert sie Voraussetzung für die „Ampelkommission" und präzisiert Ausgangs- und Sperrregeln (EpiG).

Seitens der Opposition gab es starken Widerstand, was zu Anpassungen führte wie beispielsweise die Regeln für private Räume. Das Gesetz wurde Mitte September 2020 verabschiedet. Insgesamt gab es 6.673 Stellungnahmen zu dem Entwurf. Die Geltung des COVID-19-Maßnahmengesetzes wird dadurch um ein Jahr verlängert. Dies vor dem Hintergrund, dass mit einem Ende der Epidemie im Dezember 2020 nicht gerechnet werden kann und Maßnahmen nach diesem Bundesgesetz voraussichtlich auch im Laufe des Jahres 2021 erforderlich sein werden.

Es bestehen große Unsicherheiten darüber wie sich die Pandemie im Herbst entwickeln wird. Bislang ungeklärt ist auch die Teststrategie, Box 4. Während grundsätzlich Testungen für exponierte Beschäftigte z.B. im Gesundheitswesen und für Personen mit Symptomen prioritär angestrebt waren, wurde viel Augenmerk auf Testungen in der Tourismusindustrie gelegt. Die Anzahl der Tests wurden in den letzten Wochen des Septembers 2020 weiter erhöht und wird voraussichtlich noch steigen.

Box 1: Die für COVID-19 Kranke vorgesehenen Intensivkapazitäten waren bislang ausreichend

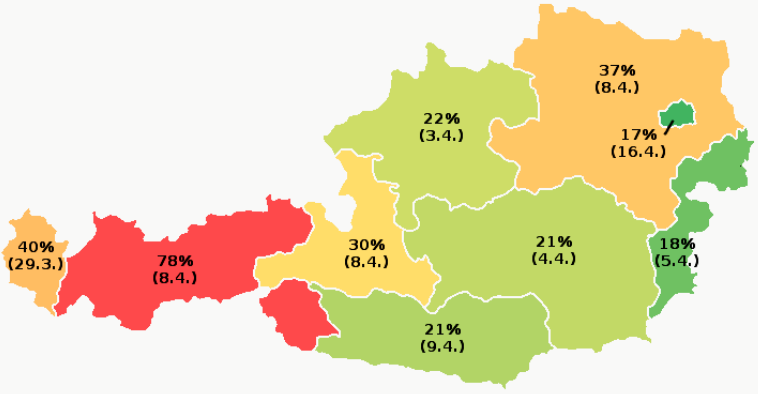
In der COVID-19-Epidemie hat sich gezeigt, wie lebenswichtig die intensivmedizinische Versorgung im Krisenfall sein kann. Mit 29 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner ist Österreich vergleichsweise gut auf die Behandlung von schwer Erkrankten vorbereitet, während Länder wie Griechenland oder Irland schnell an ihre Grenzen stoßen.

In Österreich konnte die befürchtete Überschreitung der Intensivkapazitäten (Hofmarcher, Singhuber 2020a) verhindert werden, die Zahl der krankenhauspflichtigen Personen war nach hohen Auslastungen im März und April 2020 wieder rückläufig. Manche Bundesländer waren aber stärker betroffen als andere. Die Karte zeigt wie viele der für schwere COVID-19-Fälle zurückgehaltenen Betten zum Zeitpunkt der höchsten Inanspruchnahme belegt waren. Dazu nehmen wir an, dass 40 % der 2.547 Intensivbetten freigehalten wurden. Kritisch war die Situation nur in Tirol. Durch die hohe Zahl der Fälle waren am 8. April 78 % der COVID-19-Intensivbetten belegt – in Tirol gab es österreichweit die meisten Erkrankungsfälle. Nicht in allen Bundesländern wäre die Situation bei diesem hohen Ausbreitungsgrad so gut verlaufen. Vorarlberg wäre mit seinen relativ kleinen Kapazitäten knapp an sein Limit gekommen.

Das Freimachen von Intensivbetten hatte seinen Preis. Obwohl die Kapazitäten nie überschritten wurden, war die allgemeine Versorgung eingeschränkt. Zu erkennen ist dies an einem sichtbaren Rückgang der Krankenhausaufnahmen für die wichtigsten Erkrankungen (GÖG 2020). Operationstermine wurden, wenn möglich, verschoben und Personal wurde von den meisten Abteilungen der Spitäler kurzfristig auf die Intensivstationen und die Innere Medizin verlegt. Die negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Menschen, deren Behandlung aufgeschoben wurde stehen bislang nicht fest. Es ist jedoch anzunehmen, dass sie hierzulande milder ausfallen als anderswo.

Intensivbetten pro 100.000 EW*:

International		Österreich	
DE	34	W	37
AT	**29**	ST	32
USA	19	S	32
BE	17	B	28
CH	12	K	28
FR	11	T	28
ES	10	OÖ	25
IT	8	NÖ	22
NL	6	V	21
UK	6		
IE	5		
GR	5		



*2019 oder letztverfügbares Jahr

Karte: Maximale Belegung der Intensivbetten für COVID-19-Fälle in %, März/April 2020
(Datum der maximalen Auslastung in Klammern)
Quellen: http://www.algebris.com, BMSGPK, Eurostat, Gesundheit Österreich GmbH

COVID-19 zeigt: das Gesundheitssystem ist belastbar, die Gründe sind eher unklar

In der letzten Märzwoche 2020 begannen die Infektionsraten zu sinken, ebenso wie die Auslastung von Krankenhäusern und Intensivbetten im ganzen Land. Während es nie einen Tag gab, an dem die Kapazität für COVID-19-Patienten überschritten wurde, Box 1, ist Österreichs Rang bei der Vorbereitung auf Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit vergleichsweise schwach.

Box 2 zeigt die Position Österreichs im Vergleich zur Gruppe der Euroländer (19) in verschiedenen Dimensionen, die den Grad der Vorbereitung auf Gesundheitsgefahren erfassen. Dieser Index wurde 2019 für 195 Länder erstellt, GHS 2019, und berücksichtigt alle Verwaltungsebenen. In Österreich sind das im Wesentlichen das BMSGPK und seine ausgelagerten Einheiten, z.B. die AGES und das Bundesministerium für Inneres. Österreich liegt mit einem Gesamtscore von 58.5 auf Rang 26, deutlich z.B. hinter der Schweiz (13) und nahe bei Ungarn (35).

In den groben Kategorien gibt es wenig Unterschiede zwischen Österreich und dem Durchschnitt der Eurozone. Die Risikoumgebung in Österreich (Rang 5) wird erkennbar sicherer eingestuft als in der Eurozone. Gleichzeitig dürfte es keine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Sicherheitsbehörden und dem Gesundheitswesen geben[1]; der Index in der Eurozone ist auch nicht sehr hoch, aber immerhin noch fast 50 (von 100). Während die Risikoumgebung erkennbar sicherer eingestuft wird als in den meisten anderen Ländern, schneidet Österreich bei der raschen Reaktion und Eindämmung der Ausbreitung einer Epidemie nicht gut ab (76).

Es gibt keine öffentlich verfügbaren Hinweise dafür, dass Österreich mindestens eine Epidemiologin pro 200.000 Menschen im Feld hat. Damit belegt Österreich Rang 36. Da die Notfallmaßnahmen in der Verantwortung der Bundesländer liegen, gibt es auch regionale Notfallpläne. So wurde 2016 der Notfallplan des Bundeslandes Steiermark entwickelt. Im Allgemeinen werden der Hauptnotfallplan, das Epidemiegesetz sowie die Reaktionspläne auf regionaler Ebene regelmäßig aktualisiert, die krankheitsspezifischen Notfallpläne jedoch nicht. Österreich liegt deshalb nur auf Rang 54.

Gleichzeitig hat die nahezu vollständige Sperrpolitik in Österreich die Ausbreitung der Epidemie offenbar eingedämmt (Gros et al 2020). Ebenso hat Österreich bislang pro Kopf einen Bruchteil der Todesfälle durch COVID-19 in anderen Ländern verzeichnet (Gibney 2020). Wie überall sind Männer durch Corona stärker vom Tod betroffen als Frauen (Statistik Austria 2020). Während ungefähr 15.000 Tests pro Tag geplant waren, wurde die Strategie angesichts der ab Ende März 2020 deutlich sinkenden Anzahl von Fällen geändert. Mittlerweile wurde das ursprüngliche Ziel erreicht und Ende September 2020 wurden durchschnittlich 16.396 Tests täglich gemacht.

[1] So gibt es beispielsweise Datenmeldungen zum Infektionsgeschehen aus dem Bundesministerium für Inneres und aus dem Bundesministerium für Gesundheit bzw. AGES. Diese Daten unterscheiden sich. Während das Epidemiegesetz in Krisenzeiten vorsieht, dass die zentrale Koordination auf Seiten der Gesundheitsbehörden liegt, gibt es keine regulatorische Handhabe dies auch durchzusetzen.

Box 2: Wie gut ist Österreich auf Gesundheitsgefahren vorbereitet?

Unter 195 Ländern liegt Österreich mit einem Gesamtscore von 58.5 auf Rang 26, deutlich z.B. hinter der Schweiz (13) und nahe bei Ungarn (35).

Für jedes Land werden sechs Bereiche definiert, denen eine Reihe von Indikatoren oder Fragen zugeordnet sind. Dabei geht es darum Gesundheitsgefahren zu **vermeiden**, zu **erkennen**, und rasch zu **reagieren**. Darüber hinaus werden Indikatoren für **Gesundheitssystembedingungen**, **Internationale Normen** und der **Risikoumgebung** erfasst.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Lage Österreichs in allen Bereichen und in den jeweiligen Indikatoren, immer im Vergleich zum Durchschnitt der Eurozone.

Position Österreichs in Bezug auf den Grad der Vorbereitung zum Umgang mit Gesundheitsgefahren

	Ö	Euro-Zone
Vermeidung	**57,4**	54,0
Antimikrobielle Resistenz	75	71,4
Zoonose	62,5	44,1
Biosicherheit	44	42,4
Biologische Sicherheit	50	56
Dual-Use-Forschung und Kultur der verantwortungsvollen Wissenschaft	0	4
Immunisierung	97,4	93,3
Erkennung und Erfassung	**73,3**	**66**
Definierte Labors	66,7	81,7
Überwachung in Echtzeit	80	72,8
Beschäftige in der Epidemiologie	50	50
Datenintegration Mensch/Tier / Umwelt	100	57,1
Schnelles Reagieren	**42,3**	**47,4**
Notfallvorsorge und Reaktionsplanung	37,5	25,6
Übung im Notfall	0	14,3
Notfallmaßnahmen	33.3	25,4
Verknüpfung der öffentlichen Gesundheit und Sicherheitsbehörden	0	47,6
Risikokommunikation	50,0	52,4
Zugang zur Kommunikations-infrastruktur	88,1	89,2
Handels- und Reisebeschränkungen	100	97,6

	Ö	Euro-Zone
Gesundheitssystem	**46,6**	**43,4**
Kapazität in Krankenhäusern und Pflegeheimen	32,0	45,9
Medizinische Gegenmaßnahmen und Personaleinsatz	33,3	42,8
Zugang zur Gesundheitsversorgung	42,5	46,8
Kommunikation mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens während eines Notfalls im Bereich der öffentlichen Gesundheit	0	26,2
Infektionskontrollpraktiken und Verfügbarkeit von Ausrüstung	100	40,5
Fähigkeit zum Testen und Genehmigen neuer medizinische Gegenmaßnahmen	75,0	63,1
Einhaltung internationaler Normen	**52,8**	**58,2**
IHR-konforme Berichterstattung, Reduzierung des Katastrophen-Risikos	50,0	64,3
Grenzüberschreitende öffentliche Vereinbarungen und Tiergesundheit Notfallreaktion	100	97,6
Internationale Verpflichtungen	100	98,4
JEE und PVS	0	7,1
Finanzierung	16,7	23
Verpflichtung zum Austausch von genetischen & biologischen Daten & Proben	66,7	73
Risikoumgebung	**84.6**	**74,7**
Politische und Sicherheitsrisiken	85.7	77,7
Sozioökonomische Resilienz	88,9	87,9
Angemessenheit der Infrastruktur	100	77
Umweltrisiken	68.7	57,8
Schwachstellen im Bereich der öffentlichen Gesundheit	78,0	71,5

Quelle: GHS 2019

Arbeitslosigkeit erhöht COVID-19 Fallzahlen

Sozioökonomische Risikofaktoren könnten sich auf die Ausbreitung und den Verlauf von Corona-Erkrankungen auswirken. ONS (2020) hat gezeigt, dass die altersstandardisierte COVID-19-Mortalität in englischen und walisischen Regionen mit hohem Grad materieller Deprivation deutlich höher ist, als in Regionen, die viel Lebenssicherheit bieten. In den Index „materielle Deprivation" fließen unter anderem Faktoren wie Einkommen, Arbeitslosigkeit, der Zugang zu Gesundheitsleistungen oder die Wohnsituation ein. Grob gesagt werden verschiedene Dimensionen der Armut von diesem Indikator erfasst.

Ein Zusammenhang zwischen Armut und COVID-19-Infektionen ist naheliegend, schließlich bergen beengte Wohnverhältnisse oder prekäre Arbeitssituationen ein hohes Infektionsrisiko. Um zu klären, ob ärmere Regionen in Österreich bislang stärker von der Corona-Pandemie betroffen waren, haben Hofmarcher & Singhuber (2020c) die COVID-19-Fallzahlen und -Mortalität dem Armuts-/Lebenssituationsindex von Bock-Schappelwein (2019), bzw. den Faktoren Arbeitslosigkeit und Alter, auf Ebene der österreichischen Bezirke gegenübergestellt. Wenig überraschend war der Anteil der Bevölkerung 75+ signifikant mit der Fallsterblichkeit korreliert ($r=0{,}40$ $p<0{,}01$). Zudem war das Infektionsrisiko für ältere Menschen signifikant niedriger ($r=-0{,}40$, $p<0{,}01$). Weniger soziale Kontakte oder besondere Vorsicht vor einer Ansteckung könnten hierfür ausschlaggebend sein. Das Infektionsrisiko steigt mit der Arbeitslosenquote auf Bezirksebene an ($r=0{,}19$, $p<0{,}05$). Ein niedriges Arbeitsangebot senkt die Löhne und verschlechtert die Lebensumstände von Menschen. In solchen Bezirken könnten mehr Personen gezwungen sein in prekären Beschäftigungsverhältnissen zu arbeiten, was die Ansteckungsgefahr steigert, wie die Cluster-Bildungen rund um Postverteilerzentren und Schlachthöfe gezeigt haben. Der aggregierte Armuts-/Lebenssituationsindex war mit den Infektionszahlen und Mortalität nicht korreliert.

Eine erneute Überprüfung verschiedener Faktoren mit veränderter Methode und aktuelleren Zahlen zeigt, dass die Arbeitslosenquote den größten Einfluss auf die Zahl der bestätigten Fälle pro Kopf hatte, Box 3. Hohe Arbeitslosigkeit hat zu höheren Infektionszahlen in den Bezirken geführt. Das ist insbesondere vor dem Hintergrund der österreichischen Test- und Quarantänestrategie problematisch: Kontaktpersonen von positiv auf Sars-Cov-2 Getesteten müssen für eine Dauer von 10 Tagen nach dem letzten Kontakt in Heimquarantäne. Bestehen zudem Verdachtsfälle in Schulen, entstehen für arbeitende Eltern Betreuungspflichten. In beiden Situationen wird ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz gerade in den sozial schwächeren Bezirken öfter notwendig. Das wird umso problematischer, als arbeitende Menschen mit niedrigerem Einkommen seltener die Möglichkeit haben von zuhause aus zu arbeiten. Diese Gruppe ist ohnehin schon häufiger von Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit betroffen.[2] Soziale Benachteiligung wird in der Corona-Krise also durch mehrere Faktoren verstärkt. Sollten negative Folgen für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung der betroffenen Regionen auftreten, könnte das die Lage am Arbeitsmarkt zusätzlich verschärfen.

[2] https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog09/

Box 3: Das COVID-19-Infektionsrisiko steigt mit der Arbeitslosigkeit

Mit Hilfe einer multivariaten linearen Regression, versuchen wir die Auswirkungen mehrerer Faktoren auf die Zahl der Fälle pro 1.000 Einwohner (Faell1000EW) bis zum 2.10.2020 auf Ebene der 116 Bezirke zu isolieren. Zusätzlich zu den Faktoren Bevölkerung über 75 (share_75), und Arbeitslosigkeit (unemp) werden „die durchschnittliche Zahl der Beschäftigten am Arbeitsplatz (BArbeitsstätte)", „die durchschnittliche Haushaltsgröße (HH_Größe)" und „das durchschnittliche Nettoeinkommen (Netto_EK)" in die Regression aufgenommen.

Ist der Anteil der Bevölkerung 75+ um einen Prozentpunkt größer, gab es bis zum Stichtag etwa eine Infektion pro 1.000 EW weniger. Zum Vergleich: Die durchschnittliche Zahl der positiv Getesteten pro 1.000 Einwohner lag am 2.10.2020 bei 5,2 Fällen. Der Anteil der Personen 75+ schwankte in den Bezirken zwischen 3% und 7,2%. Höhere Arbeitslosigkeit (+1 Prozentpunkt) ließ die Infektionszahlen hingegen steigen (+0,45 Fälle pro 1.000). Da die Schwankungsbreite der Arbeitslosenquote zwischen den Bezirken hoch ist (5,2% bis 17,1%) ist sie quantitativ bedeutender als der Anteil 75+.

Source	SS	df	MS		Number of obs =	116
					F(5, 110) =	14.94
Model	507.034688	5	101.406938		Prob > F =	0.0000
Resid.	746.686216	110	6.78805651		R-squared =	0.4044
					Adj R-squared =	0.3774
Total	1253.7209	115	10.9019209		Root MSE =	2.6054

Faell1000EW	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
share_75	-106.9397	30.85975	-3.47	0.001	-168.0965	-45.78293
unemp	44.9873	11.12369	4.04	0.000	22.94276	67.03184
BArbeitsstätte	.2814835	.1440462	1.95	0.053	-.0039822	.5669493
HH_Größe	2.299156	1.929581	1.19	0.236	-1.52482	6.123132
Netto_EK	6.64e-06	.0001407	0.05	0.962	-.0002722	.0002855
_cons	.5484892	7.545448	0.07	0.942	-14.40482	15.5018

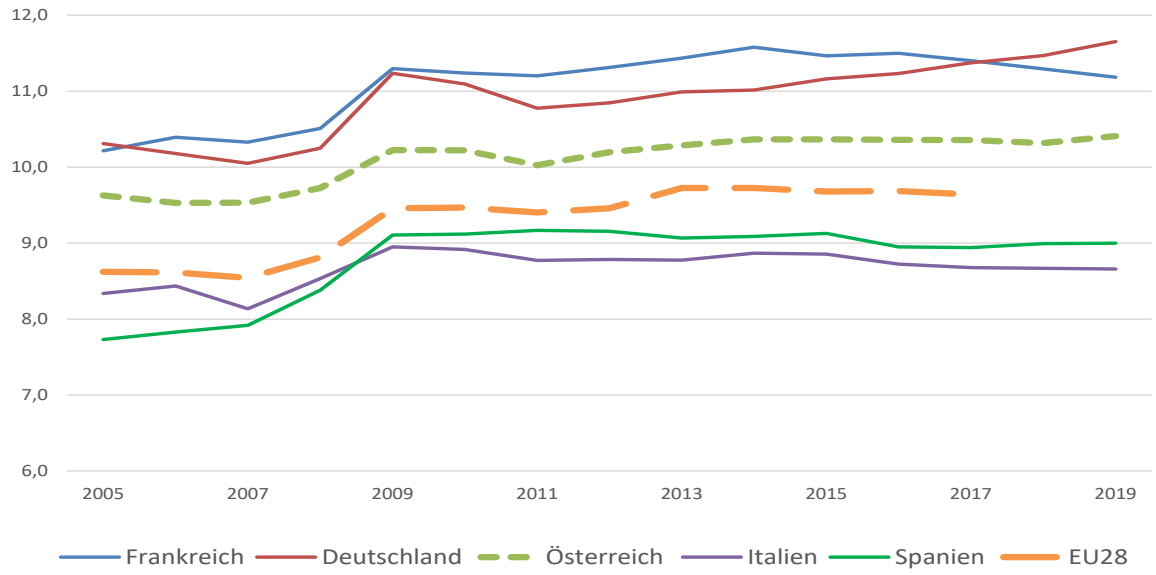
Arbeitsplätze mit einer hohen Zahl von Beschäftigen dürften sich ungünstig auf das Infektionsgeschehen ausgewirkt haben, der Koeffizient ist aber lediglich signifikant auf dem 10%-Niveau. Unter Umständen ist eine Infektion mit Sars-Cov-2 in großen Betrieben und größeren Privathaushalten wahrscheinlicher, da sich soziale Kontakte schwerer vermeiden lassen. Laut unseren Berechnungen steigt die Zahl der bestätigten Fälle je 1.000 Einwohner um einen Fall, wenn sich die durchschnittliche Zahl der Mitarbeiter in den Arbeitsstätten eines Bezirkes um drei Personen erhöht. Die durchschnittliche Haushaltsgröße scheint keinen Einfluss auf die Zahl der Infektionen zu haben, ebenso wenig das durchschnittliche Nettoeinkommen der Bezirke.

Generell ist es schwierig Risikofaktoren klar voneinander abzugrenzen, zudem treten viele von ihnen geballt in urbanen Räumen auf, was im Hinblick auf Analysen auf Bezirksebene erschwerend wirkt. Zukünftige Analysen müssten „Stadt-Land" Unterschiede deutlich herausarbeiten. Ebenso sind die Genderdimensionen der für das Infektionsgeschehen bestimmenden Faktoren zu analysieren.

Corona wird kurzfristig den stabilen Ausgabentrend nicht unterbrechen

Die BIP-Quote der Ausgaben in Österreich ist im EU-Vergleich auf hohem Niveau seit 2014 praktisch konstant, Abbildung 2. Die seit Ende der Finanzkrise 2009 durch die Haushaltsrechtsreform eingeleitete Ausgabendisziplin hat im Gesundheitsbereich zu moderaten Wachstumsraten geführt. Erstens kam es bereits mit der Verabschiedung des ersten österreichischen Stabilitätspaktes zu einer Beruhigung der Wachstumsdynamik; 2017 betrug der Abstand zwischen dem Wachstum der Gesundheitsausgaben und dem Wachstum des (potentiellen) Bruttoinlandsprodukts nur mehr zwei Prozentpunkte. Zweitens, gab es bis vor kurzem eine laufende Übererfüllung des Ausgabenpfades, GÖG 2019, ohne dass geklärt ist, was dazu geführt hat. Drittens, die technische Effizienz im Krankenanstaltenbereich ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, Hofmarcher, Singhuber 2019. Letztlich ist davon auszugehen, dass eine Reihe von Reformen in den letzten 20 Jahren erst kürzlich ihre volle Wirkung entfaltet haben, z.B. der Ausbau der tagesklinischen Versorgung.

Abbildung 2: Gesamten Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2005-2019*



* EU28-Durchschnitt nur bis 2017 verfügbar
Quellen: OECD, HS&I-eigene Darstellung

Eine stabile Gesundheitsausgabenquote gibt keine Auskunft darüber, wie nachhaltig die Finanzierung des Gesundheitswesens ist. Regierungen setzen Schwerpunkte, wie sie ihre gesteckten Ziele erreichen wollen. So endete beispielsweise das Eigenleben des Gesundheitswesens im Jahr 2013 unter Schwarz-Roter Koalition. 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. durch Kosteneindämmung für pharmazeutische Erzeugnisse 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 von nun an der Nachfragedruck auf Krankenanstalten deutlich stieg und das Versorgungsangebot im ambulanten Sektor bis heute nur schleppend vorankommt, Anhang 2.

Österreichs Allokationsproblem im Gesundheitswesen mit seiner großzügigen Ausstattung in der stationären Versorgung hat in Zeiten von Corona zur allgemeinen Beruhigung beigetragen, Box 1. Eine Quantifizierung der mit Corona in Zusammenhang stehenden Kosten ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Tabelle 1 gibt einen Überblick über mögliche Richtungen von Kostenveränderungen und stellt diesen geschätzte Einnahmenausfälle gegenüber. Dabei wird unterschieden zwischen Kosten, die in Zusammenhang mit persönlichen Gesundheitsleistungen anfallen und anderen Kosten. Diese anderen Kosten umfassen Ausgaben für Tests, Schutzkleidung und Masken, Beatmungsgeräte und digitale Gerätschaften, die im Zuge der Kontaktbeschränkungen vermehrt genutzt bzw. angeschafft wurden.

Dementsprechend wird die geschätzte Ausgabenveränderung gegenübergestellt, die entweder durch die COVID-19 Erkrankten entstand oder durch andere Erkrankungen (Non-COVID-19). Außerdem werden „Richtungspfeile“ zu Veränderungen von anderen bzw. indirekten Kosten mit den funktionellen Kategorien der Ausgaben in Beziehung gesetzt. Innerhalb dieser Komponenten wird noch unterschieden zwischen möglichen Veränderungen zwischen März und Mai 2020 und Ende 2020 in Prozent des Ausgangswertes 2019.

Aktuelle Untersuchungen aus den USA zeigen, dass etwa 85 Prozent der Kosten für COVID-19 bezogene Behandlungen auf die stationäre Versorgung entfallen (Kronick 2020). Gleichzeitig werden erhebliche Umsatzausfälle in der Primärversorgung erwartet (Basu et al 2020). So eine Dynamik könnte sich auch für Österreich abzeichnen. Die COVID-19 bezogenen Ausgaben stiegen wahrscheinlich zwischen März 2020 und Mai 2020 deutlich. Am Beginn der Erkrankungswelle war die Sorge sehr groß, dass nicht ausreichend Kapazitäten vorhanden sind. Daher wurden viele Kapazitäten und Personal gebunden, die gleichzeitig im Routinealltag nicht eingesetzt werden konnten. Das führte voraussichtlich zu einer erheblichen Reduktion der Aktivität (GÖG 2020). Für einige Wochen wurden nur sehr akute Fälle behandelt. Demnach wurde die Versorgung von Patientinnen, die nicht an COVID-19 erkrankt sind, stark reduziert. Bis Jahresende 2020 wird erwartet, dass die Krankenanstalten ihre Auslastungen im Vergleich zum Ausgangswert 2019 erreichen, Tabelle 1.

Tabelle 1: Stilisierte Darstellung des Einflusses der Corona Epidemie auf Kosten des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Ansätze

		Komponenten	COVID_19		Non COVID_19		Andere Kosten / Indirekte Kosten		Anmerkungen
			03-05 2020	Ende 2020, x % von Ausgangswert	03-05 2020	Ende 2020, x % von Ausgangswert	03-05 2020	Ende 2020, x % von Ausgangswert	
Ausgaben/Kosten	Persönliche Gesundheitsausgaben	Stationär	↓	60-100 % ↓	↓	60-100 % ↑			Dotierung Pflegefonds + 100 Mio. EUR. Geschätzt 85 % der Kosten für COVID-19-bezogene Behandlungen in den USA entfallen auf stationär (Kronick 2020)
		Ambulant + Medikamente	↓	70-80 % ↓	↓	70-80 % ↑			Literatur erwartet erhebliche Einnahmenausfälle in der Primärversorgung in den USA (Basu et al 2020).
	Andere	Testen					↑	↑	COVID19 Gesetz – Erstattung an Länder; bisher EUR 200.000 COVID19 Zweckzuschussgesetz ermöglicht Kostenerstattung für Ausgaben der Länder, Richtlinien fehlen noch.
		Schutzkleidung / Sicherheitsvorkehrungen					↑	↑	
		ICU / Kapital / Beatmungsgeräte					↑	↑	
		Digitales, CoronaApp, Telehealth, e-Rezept					↑	↑	
Einnahmen		Beiträge					↑↓	↓	• Geschätzte -600 Mio. EUR bis 12/2020, • +60 Mio. EUR ad SV, Tabelle 1
		Steuern					↓	↓	• Geschätzte -400 Mio. EUR 2020, vor VAT Senkung
		Privat					?	?	
		Andere					?	?	E.g. Spenden

Quelle: HS&I-eigene Zusammenstellung

Ähnlich ist die Situation im ambulanten Bereich: Zu Beginn der verhängten Maßnahmen bestanden im extramuralen Sektor Empfehlungen der Ärztekammern, Ordinationen nur in dringenden Fällen aufzusuchen. Expertinnen bestätigten, dass Kassenordinationen einen deutlichen Rückgang der Patientenzahlen hatten, viele Wahlarztordinationen verzeichneten ebenfalls einen Rückgang der Frequenz, manche Ordinationen waren wegen Erkrankung geschlossen. Demzufolge gehen nicht-repräsentative Schätzungen von einer Reduktion der Einnahmen im extramuralen Bereich aus. Eine vollständige Erholung ist bis Jahresende nicht in Sicht; optimistisch geschätzt werden 80 Prozent Einnahmen auf Basis des Ausgangswertes 2019 erwartet.

Während bei persönlichen Gesundheitsleistungen keine COVID-19-bedingten Kostenanstiege zu erwarten sind, gehen wir davon aus, dass für wesentliche Bereiche der Vorkehrungen und dem Infektionsschutz erhebliche Kosten entstanden sind und voraussichtlich weiter entstehen. Verschiedene Auszahlungen aus dem bislang unterausgeschöpften COVID-19-Krisenbewältigungsfonds bzw. aus dem COVID-19 Zuschussgesetz werden diese Ausgaben voraussichtlich decken, Tabelle 1.

Guter Zeitpunkt für mehr Wissenschaft zu Unter- oder Fehlversorgung

Die COVID-19-Pandemie und die Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus haben den Alltag verändert. Während es wenig Hinweise auf Übersterblichkeit infolge von COVID-19 Erkrankungen in Österreich gibt, Euromomo 2020, bleibt der breitere Einfluss auf den Gesundheitszustand und die Morbidität auf Menschen, die nicht an Corona erkrankt sind, offen. Es ist wichtig, die Anzahl der Todesfälle, die direkt oder indirekt durch diese Pandemie verursacht wurden, genau zu zählen. Woolf et al. 2020 schätzten die Zahl der Todesfälle aufgrund von COVID-19 und anderen Ursachen in den USA zwischen dem 1. März 2020 und dem 25. April 2020 und verglichen sie mit geschätzten Todesfällen in den vorangegangenen 6 Jahren. Zwischen 2014 bis 2019 erwarteten die Autoren 419.058 Todesfälle, beobachteten jedoch 505.059, eine Übersterblichkeit von 87.001 Todesfällen. Sie schätzten, dass 65 % auf COVID-19 zurückzuführen waren, so dass 35 % der zusätzlichen Todesfälle ungeklärt blieben. Es wird angenommen, dass einige dieser Todesfälle auf entgangene Versorgung zurückzuführen sind, während ebenso falsch klassifizierte Todesfälle oder unvollständige Berichte eine Rolle spielen dürften.

Während Österreich eine im Vergleich zu den USA leicht gut zugängliche Versorgung für fast alle Menschen hat und die Kapazitäten großzügig sind, Box 1, gibt es auch unter Expertinnen in Österreich Befürchtungen, dass die Mortalität von Nicht-COVID-19-Erkrankten gestiegen ist bzw. dass sich deren Gesundheitszustand verschlechtert hat. Gleichzeitig könnte die durch Krankenhauskeime induzierte oder durch iatrogene Schäden verursachte Mortalität zurückgegangen sein. Letztlich ist zu analysieren, in welchem Umfang vermiedene Krankenhaus-/Arztkontakte nicht mehr Nutzen als Schaden brachten. Es gibt anekdotische Hinweise, dass während der Corona Sperrzeiten die Rate an Herzinfarkten zurückgegangen ist. Außerdem waren in allen Krankenhäusern elektive Untersuchungen/Operationen ausgesetzt, um Kapazität für COVID-19-

Patientinnen freizuhalten. Darüber hinaus ist zu untersuchen, ob die Ausnahmesituation dazu geführt hat, dass Menschen vermehrt psychische Leiden entwickelt bzw. ob sich bestehende Krankheitsbilder verschlimmert haben. So wird beispielsweise befürchtet, dass wirtschaftliche, soziale und psychologische Folgen von COVID-19-bezogenen politischen Maßnahmen in Zukunft zu mehr verlorenen Lebensjahren führen, als es Menschen erleiden, die Lebensjahre durch COVID-19 verloren haben, VanderWeele 2020, Lesch 2020.

3 Corona und die wirtschaftliche Entwicklung

Wie die meisten Länder ist Österreich in eine Rezession eingetreten. Die annualisierten Aussichten sind düster. Für Österreich wird von allen Instituten und seitens der Österreichischen Nationalbank ein Rückgang der Wirtschaftsleistung 2020 in der Höhe von etwa 7 Prozent erwartet (WIFO/IHS 2020). Trotz erheblicher Unsicherheiten liegen die Prognosen sehr eng beisammen.

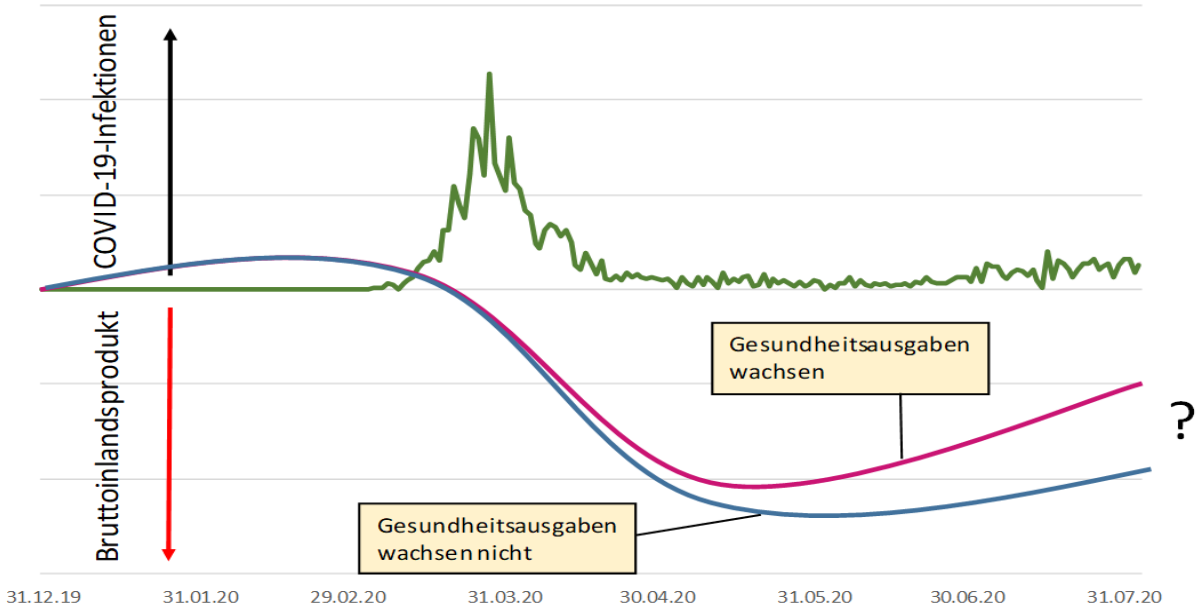


Abbildung 3: Investitionen in das Gesundheitswesen mildern den Abschwung

Quellen: HS&I-eigene Darstellung

Abbildung 3 zeigt eine stilisierte Entwicklung der Epidemie, angelehnt an Abbildung 1. Etwas zeitverzögert zum Auftreten der ersten Fälle begann der Wirtschaftsabschwung, dargestellt mit Hilfe eines simulierten Einbruchs des BIP-Wachstums. Die Grafik zeigt

zwei unterschiedliche Pfade der Erholung. Ein Pfad, in dem der Gesundheitssektor nicht wächst und ein Pfad, in dem die Gesundheitsausgaben stärker wachsen als die Wirtschaftsleistung und damit den Abschwung mildern. Das Gesundheitswesen ist der Olivenbaum der Wirtschaft. Es stellt Menschen wieder her und versorgt sie, wenn sie krank sind oder bleiben. Es ist für Diagnose und Therapie akuter Erkrankungen, aber auch für Prävention, Screening, Früherkennung, Diagnose und Therapie sowie Nachsorge chronischer Erkrankungen zuständig. Dabei wird – insbesondere für Frauen – sehr viel Beschäftigung geschaffen und technischer Fortschritt gefördert. Das Gesundheitswesen ist Träger von einer breiten Palette an Produkt- und Prozessinnovation. Dadurch stimuliert es Innovation, insbesondere in Bezug auf Digitalisierung von Behandlungsprozessen und zur Unterstützung der Versorgung, Stichwort „Telemedizin", „e-Rezept" usw. Dabei muss der Staat kluge Investitionen vornehmen, damit robustes Wachstum innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens gelingt. Viele Beschäftigte im Gesundheitswesen und darüber hinaus helfen, Steuern und Abgaben sicherzustellen, damit der Staat und das Gesundheitssystem selbst seine Kernfunktionen wahrnehmen kann.

Neue Berechnungen des McKinsey Global Institute (Remes et al. 2020) ermitteln für eine Reihe von Ländern, darunter Österreich, gesamtwirtschaftliche Effekte, die durch zusätzliche Investitionen in die Gesundheitsversorgung zu erwarten sind. Investitionen in die Verbesserung der Gesundheit könnten demnach in Österreich etwa 50 Mrd. USD an zusätzlicher Wertschöpfung bis 2040 bringen. Anders ausgedrückt ist der gesamtwirtschaftliche Nutzen von einem investierten Dollar in das Gesundheitswesen 2,8 USD. Der Gesundheitssektor kann ein wichtiger Motor für die Wirtschaft sein. Wachstum im 6. Kondratieff-Zyklus[3] prophezeit, dass Gesundheit weniger ein „Zustand" denn eine Ressource und weniger ein Kostenfaktor als ein Motor für Wirtschaftswachstum und Beschäftigung ist. Als Ergebnis dieses Paradigmenwechsels wird erwartet, dass die wirtschaftliche Bedeutung der Branche weiter zunehmen wird (Allianz 2010), siehe Anhang 1.

Um dort hinzukommen, braucht es ein Umdenken in Richtung intelligentes, innovationsgesteuertes Wirtschaftswachstum, das integrativ und nachhaltig ist. So ein Wachstum ist im Kontext der großen soziale Herausforderungen anzustreben, wie die Bekämpfung des Klimawandels, die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und Wohlbefinden sowie die Anpassung an den demografischen Wandel. Mazzucato (2017) schlägt vor, dass Regierungen oder Staaten eine klar definierte Orientierung (missions) dafür vorgeben, um die Richtung des Wachstums zu beeinflussen. Dies umfasst strategische Investitionen über die gesamte Innovationskette und die Schaffung des

[3] Der Wirtschaftswissenschaftler Nikolai Kondratieff untersuchte die Entstehung langfristiger (struktureller) Zyklen. Er beobachtete langfristige wirtschaftliche Schwankungen in Zyklen von 40 bis 60 Jahre (sogenannte Kondratieff-Wellen). Nach seiner Theorie beginnen diese Zyklen mit technologischen Innovationen, die dann zu den Eckpfeilern eines längeren Wirtschaftsaufschwungs werden. Vorausgesetzt, dass Basisinnovationen praktisch alle Sektoren der Wirtschaft durchdringen und neue Produktivitätsschübe für die gesamte Wirtschaft auslösen.

Potenzials für größere Spill-over-Effekte in mehreren Sektoren, einschließlich Niedrigtechnologiesektoren.

Die wirtschaftliche Erholung von COVID-19 erfordert genau solche Impulse durch öffentliche Ausgaben. De Henau und Himmelweit (2020) zeigen beispielsweise, dass in allen Sanierungs- und Konjunkturprogrammen durch Investitionen in die Pflege ein größerer Beschäftigungsanreiz erzielt werden könnte als es beispielsweise in der Baubranche der Fall ist. So simulieren die Autorinnen, dass öffentliche Investitionen in die Pflege von 2 Prozent der Wirtschaftsleistung zu einer Steigerung der Gesamtbeschäftigungsquote von mindestens 2 Prozentpunkten in der ganzen EU-28 führen würde. Während Investitionen in das Bauwesen einen etwas höheren Stimulus für die Beschäftigung von Männern bedeuten, bringen Investitionen in die Pflege insgesamt mehr Arbeitsplätze, aber nicht wesentlich weniger für Männer. Das geschlechtsspezifische Beschäftigungsgefälle würde sich verringern, während Investitionen in das Baugewerbe es erhöhen würden und gleichzeitig nur sehr wenige Arbeitsplätze für Frauen schaffen.

Wie überall, ist auch in Österreich davon auszugehen, dass der öffentliche Sektor den Wirtschaftseinbruch durch den gestiegenen öffentlichen Konsum, z.B. im Gesundheitsbereich, die Kurzarbeitshilfen, die Maßnahmen zur Unterstützung von Unternehmen sowie durch die Wirkung der automatischen Stabilisatoren abschwächt, Abbildung 3, (BD 2020b). Investitionen in die Gesundheit sind ein entscheidender Hebel für zukünftiges Wachstum und bislang zu wenig Bestandteil der wirtschaftspolitischen Debatte. Gesundheit wird viel zu oft als reiner Kostenfaktor betrachtet, dabei bringen Investitionen in das Gesundheitswesen erhebliche soziale und wirtschaftliche Renditen. Regierungen auf der ganzen Welt sollten erwägen, Strategien für aktives und gesundes Altern zu entwickeln und umzusetzen, einschließlich Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik für Gesundheits- und Pflegeberufe, Box 5.

Wir brauchen eine Krisenpolitik, die Frauenbeschäftigung im Auge hat

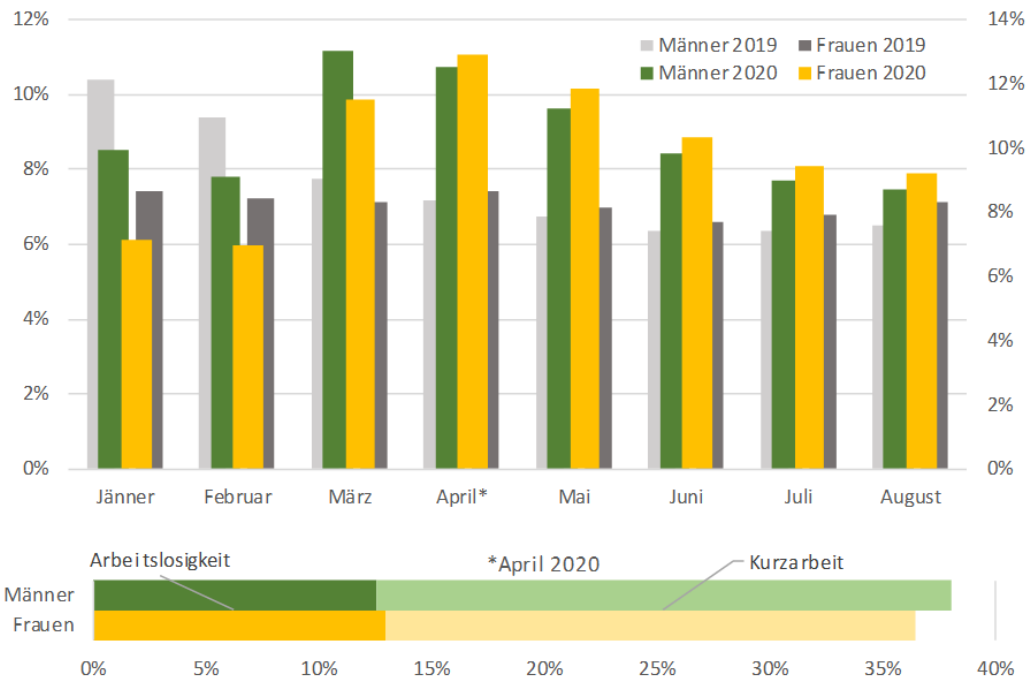
Die Summe der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie hat zu einem wesentlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit geführt, siehe Abbildung 1 und Abbildung 4, und die Regierung zu entsprechenden Programmen zur Absicherung der wirtschaftlichen Folgen veranlasst, darunter Kurzarbeit, die bereits zweimal verlängert wurde.

Laut mehreren Quellen beeinflusst die Arbeitslosigkeit sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit von Personen, siehe beispielsweise Case & Deaton 2017 und für den österreichsichen Kontext EOHSP (2011), Box 3. In Österreich waren im Jahr 2019 4,5 % der Erwerbsbevölkerung arbeitslos, deutlich weniger als in der Eurozone (7,5 %).

Mit 4,6 % und 4,4 % war die Arbeitslosigkeit der österreichischen Männer und Frauen im Jahr 2019 in etwa gleich hoch. Zudem waren während der Corona-Pandemie Frauen in einem ähnlichen Ausmaß von Arbeitslosigkeit betroffen wie Männer, Abbildung 4. Die Zahlen für August 2020 legen nahe, dass sich die Gender-Lücke im Vergleich zum Vorjahresmonat sogar minimal geschlossen hat. So lag die Differenz zwischen Männer-

Arbeitslosigkeit im August 2019 noch bei 0,6 Prozentpunkten, und im August 2020 nur mehr bei 0,5 Prozentpunkten. Dieses Ergebnis muss jedoch kritisch betrachtet werden: Im Jahr 2019 waren 66% der arbeitenden Frauen, aber nur 44% der arbeitenden Männer angestellt. Möglich wäre, dass Angestellte aufgrund kürzerer Kündigungsfristen weniger von Arbeitslosigkeit betroffen waren als Arbeiter, was die vergleichsweise günstige Entwicklung der Arbeitslosenquote der Frauen relativiert. Zudem hat sich die Arbeitslosigkeit von Männern und Frauen auf Ebene der Bundesländer unterschiedlich entwickelt – in den meisten Bundesländern stieg die Arbeitslosigkeit von Frauen stärker als im österreichischen Durchschnitt, Hofmarcher, Singhuber (2020c). Ab 1.1.2021 werden die Kündigungsfristen für Arbeiter/innen und Angestellte bundesweit angeglichen.

Abbildung 4: Arbeitslosigkeit im Vergleich, Österreich gesamt

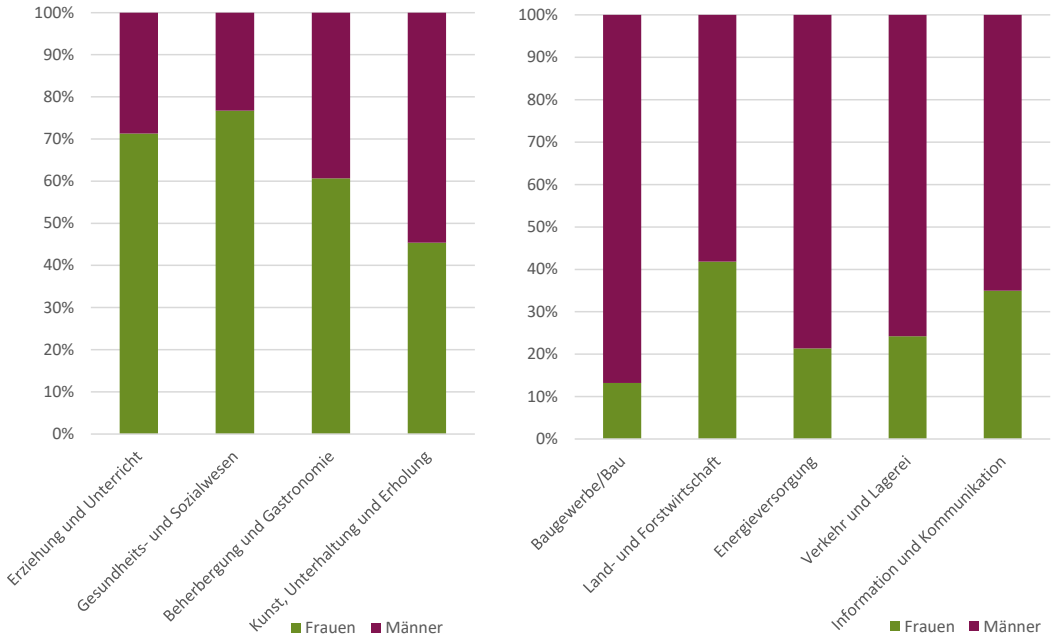


Quellen: Arbeitsmarktservice, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 5 zeigt den Anteil der Beschäftigten nach Branchen und differenziert nach Sektoren, die in der gegenwärtigen Krise stark wirtschaftlich betroffen sind und jenen, die in der Hauptsache in den Genuss von Stabilisierungsprogrammen kommen. So zeigt sich beispielsweise, dass der EU-Wiederaufbaufonds „Next Generation EU“ auf wirtschaftliche Impulse für Sektoren mit einem hohen Anteil männlicher Beschäftigung fokussiert (Klatzer, Rinaldi 2020). Das umfasst die Digital-, Energie-, Landwirtschafts-, Bau- und Transportindustrie. Die am stärksten betroffenen Sektoren wie Unterricht, Gesundheit, Gastronomie und Unterhaltung erhalten weniger Unterstützung; der Frauenanteil ist hier wesentlich höher, OECD (2020).

Eine ähnlich fragwürdige Verteilungswirkung zeigt sich für das österreichische Konjunkturpaket: Frauen kommen nur 40 % der kolportierten 50 Mrd. EUR zugute. Gleichzeitig gehen 24 % des Gesamtvolumens an die Bevölkerung im obersten, und nur 14 % an die Bevölkerung im untersten Einkommensquintil (BD 2020b).

Abbildung 5: Anteil der Frauen- und Männerbeschäftigung in Österreich 2019, am stärksten betroffene Sektoren (linke Grafik), am höchsten subventionierte Sektoren (rechte Grafik), NACE-Klassifizierung



Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung.

Die Schwerpunktsetzungen für Investitionen spiegeln Zuständigkeiten und die Arbeitsteilung zwischen der supranationalen EU-Ebene und den Nationalstaaten wider. Maßnahmen infolge der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/2009 stellten hauptsächlich auf Bankenrettung ab; durch die Eurozone konnte verstärkt gemeinschaftlich vorgegangen werden. Während damit vielen Mitgliedsstaaten Sparprogramme auferlegt wurden, sind Rettungs- und Konjunkturprogramme 2020 in vielen Bereichen nahe an nationalstaatlicher Souveränität, wie beispielsweise dem Gesundheitswesen.

Die vorgeschlagenen Zuschüsse des EU-Programms „Next Generation EU“[4], Tabelle 3 können sich in diesem Bereich nicht auf die Römischen Verträge beziehen. Deshalb sind

[4] Während das ursprünglich vorgesehene Programm EU4Health seitens der Mitgliedsstaaten nicht akzeptiert wurde, COM (2020), 405, kündigte Präsidentin von der Leyen in ihrer ersten Rede zur Lage der Union eine Reihe spezifischer Punkte zum Thema Gesundheit an. Dies umfasst eine engere europäische Gesundheitsunion mit einem zukunftsorientierten und angemessen finanzierten Programm EU4Health, Ausbau der EMA (Europäische Arzneimittel-Agentur), Ausbau des ECDC (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten), und eine „Europäischen Agentur für biomedizinische Forschung und Entwicklung (BARDA)“. Ziel ist die europäischen Kapazitäten gegen länderübergreifende Bedrohungen zu stärken. Weiteres ist vorgesehen, Kompetenzen für die EU im Bereich Gesundheit auf der Konferenz zur Zukunft Europas zu erörtern (EC 2020).

Themen wie beispielsweise Beschaffung und EU-Zuschüsse für Gesundheitssysteme ein unbekanntes Terrain. Eine projektbasierte Auszahlung ist ein großer Schritt in Richtung einer stärkeren Einbeziehung der Europäischen Kommission in die derzeit ausschließlich nationale Agenda. Diese Zuschüsse sind jedenfalls ein Vorläufer für eine fiskalische Risikogemeinschaft, wo es um Umverteilung von „reich zu arm" geht, eine Situation die in einer solidarischen Gesundheitsfinanzierung üblich ist.

Obwohl offiziell keine Vertragsänderungen vorgesehen sind, ist schwer absehbar, wie sich die neue Art der Geldauszahlung innerhalb der Grenzen des Vertrags auswirken wird. Die erforderliche Höhe der Finanzierungen aus dem Aufbauinstrument der Europäischen Union wird durch die derzeit in der Union bestehenden beispiellosen Umstände begründet. Das Aufbauinstrument ist im Hinblick auf seine Dauer und seine Verwendung begrenzt, COM (2020) 441 final. Die Finanzierung orientiert sich am Bedarf, um die wirtschaftliche Erholung wirkungsvoll zu unterstützen.

4 COVID-19 Krisenbewältigungsfonds

In Österreich ist das zentrale budgetäre Instrument zur Krisenbewältigung der im Jahr 2020 mit 28 Mrd. EUR dotierte COVID-19-Krisenbewältigungsfonds, BGBl 2020. Aus diesem beim BMF eingerichteten Verwaltungsfonds werden den Bundministerien die budgetären Mittel zur Krisenbewältigung bereitgestellt, wobei der gesetzlich festgelegte Verwendungszweck der Mittel sehr breit gefasst ist (BD 2020a). Die Mittel des Fonds werden aus Kreditoperationen des Bundes aufgebracht. Unter anderem können die Mittel für Maßnahmen zur

- Stabilisierung der Gesundheitsversorgung;
- Belebung des Arbeitsmarkts (vor allem Kurzarbeit im Sinne des § 13 Abs. 1 Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz (AMPFG));
- Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit;
- im Zusammenhang mit den Vorgaben für die Bildungseinrichtungen;
- zur Abfederung von Einnahmenausfällen in Folge der Krise;
- im Zusammenhang mit dem Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186/1950;
- zur Konjunkturbelebung und
- zur Liquiditätsstabilisierung von Unternehmen.

Der Bundesminister für Finanzen entscheidet im Einvernehmen mit dem Vizekanzler über die konkrete Auszahlung der finanziellen Mittel. Dem Parlament kommt dabei keine Mitwirkung zu. Das festgelegte Volumen des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds setzt sich aus einem Soforthilfepaket, 4 Mrd. EUR (COVID-19-FondsG), dem Corona-Hilfsfonds, 15 Mrd. EUR, Abgabenstundungen, 10 Mrd. EUR, und Garantien und Haftungen im Ausmaß von 9 Mrd. EUR zusammen, in Summe sind das 38 Mrd. EUR. Mittel für Maßnahmen zur Liquiditätssicherung von Unternehmen (z.B. im Rahmen des Corona-

Hilfsfonds) können zur Stabilisierung der Gesundheitsversorgung oder zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit verwendet werden.

Bei der Regierungsklausur am 15.6. wurden weitere 12 Mrd. EUR (BD 2020b) festgelegt. Somit legt Österreich Hilfen von etwa 50 Mrd. EUR auf. Nach Abzug der Garantien und Haftungen bleiben haushaltswirksame Maßnahmen von 41 Mrd. EUR. In Relation zur Wirtschaftsleistung 2018 entspricht das dem Betrag der haushaltswirksamen Maßnahmen Deutschlands (353 Mrd. EUR), nämlich 10,6 % des BIP.

Seitens der Regierung (Grüne) wurde immer wieder auf die gute Performance Österreichs hingewiesen (10.7). Basis dafür ist ein Ranking von April 2020, wo Österreich nach Neuseeland Bestnoten bekommt. Häufig wurde seitens des grünen Koalitionspartners die Phrase „aus der Krise herausinvestieren" formuliert. Bislang wurde nicht weiter detailliert, was „herausinvestieren" beinhaltet. Am 15.8. war der mit 12 Mrd. EUR dotierte Kurzarbeitsfonds zu drei Viertel ausgeschöpft. Gleichzeitig wird deutlich, dass andere Programme bislang wenig ausgeschöpft sind, Tabelle 2.

Mitte August 2020 war der COVID-19 Krisenbewältigungsfonds mit einer geplanten Gesamtsumme von 17,9 Mrd. EUR befüllt, Tabelle 2. Tatsächlich eingezahlt waren 9,5 Mrd. EUR, Auszahlungen wurden in der Höhe von 1,5 Mrd. EUR vorgenommen. Für Bereiche, relevant für Gesundheit und Pflege, wurden 638 Mio. EUR geplant, 602 Mio. EUR eingezahlt und 307 Mio. ausgezahlt. Anteilig an den Einzahlungen wurden demnach 51 % der Mittel ausgezahlt, mehr als insgesamt (15,3 %), Tabelle 2 und BD 2020c. Gemäß der Kategorisierung in Tabelle 2 sind für Gesundheit und Pflege etwa 3,6 % der Mittel aus dem Fonds vorgesehen, wenn die geschätzten Zuschüsse für die Länder mit einberechnet werden beträgt der Anteil 18,3 % der 17,9 Mrd. EUR.

Etwa 25 Mio. EUR sind für klinische Forschung geplant, die sich auf unterschiedliche Untergruppen der Ressorts beziehen. Da die Welt auf einen Impfstoff und eine wirksame Behandlung von COVID-19 wartet, ist Rolle der Innovation im Gesundheitsbereich für die Weltwirtschaft offensichtlich. Forschung und Entwicklung (F&E) im Gesundheitswesen hebt die Qualität der medizinischen Versorgung, verbessert die Lebensqualität der Bevölkerung und bietet einer wachsenden Zahl von Menschen, vor allem Frauen, Beschäftigung.

Das im Rahmen der FTI-Strategie 2020 angestrebte Ziel, die gesamten F&E-Ausgaben bis 2020 auf 3,76 % des BIP zu erhöhen ist außer Reichweite (Hofmarcher, Singhuber 2020b). In Zukunft müssen Rahmenbedingungen für Unternehmen verbessert werden, damit sie sich verstärkt in den Innovationsprozess einbringen, der vom Staat gesteuert werden sollte. Im Gesundheitsbereich sollten mehr öffentliche Gelder in Versorgungsforschung und in die Forschung in Universitätskliniken investiert werden. Diese bieten gute Voraussetzungen für Kooperationen mit Unternehmen und können auf die Schwerpunktsetzung der Forschung im öffentlichen Interesse Einfluss nehmen. Eine effiziente Nutzung der Forschungsgelder könnte durch Exzellenzinitiativen und die kompetitive Vergabe von Mitteln im Bereich der Grundlagenforschung sichergestellt werden. Österreich sollte sich auch vermehrt für einen „Impfstoff-Multilateralismus"

einsetzen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich „Impfstoff-Nationalismus“ durchsetzt (Haass 2020) mit schweren Folgen für den Zugang zu Impfstoffen insbesondere für kleine Länder. Österreich könnte insgesamt deutlich aktiver sein in Bezug auf EU-Initiativen. Es gibt keine aktuellen, öffentlich zugänglichen Informationen über Österreichs Beteiligung an der Beschaffungsinitiative einiger EU-Mitgliedsstaaten zur Sicherstellung von Gerätschaften und Schutzkleidung.

Die Bundesländer bekommen COVID-19-Zweckzuschüsse, Richtlinien fehlen

Das Anfang Juni 2020 verabschiedete COVD-19 Zweckzuschussgesetz sieht vor, dass der Bund einen Zweckzuschuss an die Länder in Höhe ihrer zusätzlich entstandenen Aufwendungen aufgrund der COVID-19-Krise leistet. Die Mittel werden durch den COVID-19-Krisenbewältigungsfonds aufgebracht. Dabei werden folgende Maßnahmen im Zeitraum März bis Mai 2020 bezuschusst:

- Schutzausrüstung
- Personalkosten für die telefonische Gesundheitsberatung unter der Rufnummer 1450, und
- Notspitäler[5].

Zur konkreten Verwendung der Zweckzuschüsse muss der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eine Richtlinie vorlegen. Zudem ist nach Anhörung der Länder, Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen. Diese Richtlinie ist spätestens 4 Wochen nach Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes vorzulegen.

Es liegen Schätzungen vor, dass die Bundesländer einen Mehraufwand in Bezug auf Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen im Rahmen der Vermeidung der Ansteckung und der Behandlung von Kranken in der Höhe von 2,5 – 2,8 Mrd. EUR haben werden. Gleichzeitig wird der Ausfall an Steuereinnahmen 2020 auf rund 4 Mrd. Euro geschätzt. Aufgrund des hohen Anteils der Steuerfinanzierung am österreichischen Gesundheitssystem dürften damit dem Gesundheitswesen und dabei insbesondere den Krankenanstalten schätzungsweise 500 Mio. EUR fehlen, Tabelle 3. Eine parlamentarische Entschließung von Ende April 2020 versichert, die Gesundheitsbudgets für 2021 zu stärken, Parlament der Republik Österreich (2020).

Eine umfassende Planung des Mitteleinsatzes aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds wurde noch nicht vorgelegt. Die veranschlagten Mittel von 20 Mrd. EUR wurden zwar auf die einzelnen Rubriken aufgeteilt, diese Aufteilung ist aber weiterhin hoch aggregiert und die Verwendungszwecke wurden nur sehr grob festgelegt, BD 2020c.

[5] HS&I-eigene Umformulierung. Im Originaltext steht „Barackenspitäler“, ein Wort, das in jedem Text und damit auch in Gesetzestexten untragbar ist.

Tabelle 2: Übersicht über Bedeckungen und Auszahlungen der COVID-19 Fonds in relevanten Bereichen von Gesundheit und Pflege

Bedeckung, kommt aus	Untergliederungen		Maßnahmen relevant für Gesundheit und Pflege	COVID-19-Fonds (in Mio. EUR)			in %
				Planwerte	Einzahlung	Auszahlung	Einzahlung
					15. August 2020		
	UG 11	Inneres	Hygiene und Ausstattung Exekutive	27,4	27,4	8,3	30,3
			Vorsorge Einsatzkommando Cobra, Sicherheitsakademie, Zentralleitung	0,5	0,5	0,1	20,0
	UG 13	Justiz	Schutzmasken, Handschuhe, Desinfektionsmittel	9,1	9,1	4,1	45,1
			Testgeräte, Justizanstalten	0,1	0,1		
			Gesundheitsvorsorge Strafvollzug	3,0	3,0	1,0	33,3
	UG 21	BMSGPK	Sonderdotierung Pflegefonds	100,0	100,0	100,0	100,0
UG 40 Wirtschaft	UG 24	Gesundheit	Zuschuss an ÖGK	60,0			
COVID-19-Krisenbewältigungs-fonds			Testkosten*		24,0	15,6	65,0
	UG 30	Bildung	Schutzmasken, Desinfektionsmittel für Schulen	9,4	9,4	10,6	112,8
	UG 33	Wirtschaft (Forschung)	Klinische Forschung "Corona Emergeny Call"	10,0	10,0	3,5	35,0
	UG 34	Innovation und Technologie (Forschung)	Klinische Forschung "Corona Emergeny Call"	15,0	15,0	4,1	27,3
	UG 40	Wirtschaft (Forschung)	Beschaffung medizinischer Produkte durch ÖRK	403,9	403,9	160,0	39,6
	unbe-kannt		COVID-19 Zuschüsse an Länder für März-April 2020**	2 500-2 800			
			Summe	638,4	602,4	307,3	51,0
			Summe mit Zuschüssen, geschätzt	3 288,4			
Summe COVID-19-Krisenbewältigungsfonds lt. BD 2020c				17 936,6	9 525,2	1 459,0	15,3
			Relevant für Gesundheit und Pflege in %	3,6	6,3	21,1	
			Relevant für Gesundheit und Pflege plus Zuschüsse in %	18,3			
COVID-19 Krisenbewältigungsfonds, budgetierte Planwerte inkl. Überschreitungsermächtigung (8 000)				28 000			
Memoradum Item							
COVID-19 Krisenbewältigungsfonds plus Konjunkturpaket (ohne Haftungen und Garantien)				41 000			

*Am 15. Mai wurden hierfür 200 Mio. EUR ausgewiesen, dieser Betrag ist in der Zusammenstallung 15. August nicht mehr geplant. ** Expertenschätzung 25.2-25.6. 2020, Förderrichtlinien fehlen

Quellen: BD 2020a, BD 2020b, BD 2020c , HS&I-eigene Zusammenstellung, Juli 2020

Box 4: Die erwarteten Testkosten in Österreich sind höher als in Deutschland

Anfang Oktober betrugen die öffentlichen Testkosten für PCR-Tests in Österreich in etwa 85 EUR pro Test, inklusive aller Aufschlage für Abnahme und Logistik. Private Testkosten lagen bei durchschnittlich 112 EUR, mit einer Schwankungsbreite von 84 – 166 EUR, Stand: 30. September 2020, für Schnelltests (Fastlane) werden teilweise bis zu 230 EUR verrechnet.

In Deutschland ist die Erstattung für öffentliche Tests reguliert. Aktuell werden 50,5 EUR für einen Test im niedergelassenen Bereich erstattet. Dieser Betrag deckt die Kosten für Testkit, Transport der Probe und Auswertung. Der Aufwand für die Probenentnahme wird mit 15 EUR abgegolten. In Summe kosten Tests von symptomatischen Patientinnen in Deutschland also 65,5 EUR.

Die bisherige Zahl der Tests in Österreich (Stand: 4.10.2020) liegt bei 1.686.373. Bleibt die Zahl der täglichen Testungen bis 31.12. in etwa gleich hoch wie in den letzten 3 Septemberwochen, ist von rund 1,4 Mio. zusätzlichen Tests bis Jahresende auszugehen. In Deutschland ist dagegen mit rund 13,8 Mio. weiteren PCR-Tests bis Jahresende zu rechnen. Unklar ist wie hoch die Zahl der privat durchgeführten Tests in Österreich und Deutschland bisher gewesen ist und in Zukunft verlaufen wird. In zwei Szenarien nehmen wir an, dass 5% bzw. 10% aller bis zum Jahresende durchgeführten Testungen privat bezahlt wurden/werden.

Insgesamt werden in Österreich im Jahr 2020 voraussichtlich 267 Mio. EUR bzw. 30 EUR pro Einwohner für COVID-19-Tests ausgegeben. Auch wenn ein hoher Anteil von privat durchgeführten Testungen angenommen wird, steigt diese Zahl nur geringfügig auf 273 Mio. EUR bzw. 31 EUR pro Kopf. Zum Vergleich: in Deutschland sind die Ausgaben pro Kopf im selben Zeitraum mit 26 EUR bzw. 27 EUR niedriger.

Seit Beginn der Pandemie haben sich die Preise vermutlich geändert. So ist es sehr wahrscheinlich, dass Testungen in Österreich am Anfang der Pandemie teurer waren, während künftige Testungen günstiger sein könnten. Solche Preisänderungen konnten in der vorliegenden Schätzung nicht berücksichtigt werden.

Geschätzte PCR-Testkosten (COVID-19), 2 Szenarien

	Österreich		Deutschland	
Anteil privater Tests	5%	10%	5%	10%
Anzahl Tests bisher	1.686.373		16.999.253	
Anzahl Tests bis 31.12.2020*	1.426.415		13.827.314	
Gesamte Anzahl der Tests 2020	3.112.788		30.826.567	
davon öffentlich	2.957.148	2.801.509	29.285.239	27.743.911
davon privat	155.639	311.279	1.541.328	3.082.657
Kosten pro Test				
öffentlich	85**		66	
privat***	112		112	
Ausgaben 2020				
öffentlich	251.357.608	238.128.260	1.918.183.148	1.817.226.140
privat	17.431.611	34.863.222	172.628.777	345.257.553
Gesamt	268.789.219	272.991.483	2.090.811.924	2.162.483.693
Gesamt pro Kopf	30	31	26	27

*basierend auf täglicher Anzahl von Testungen im September 2020

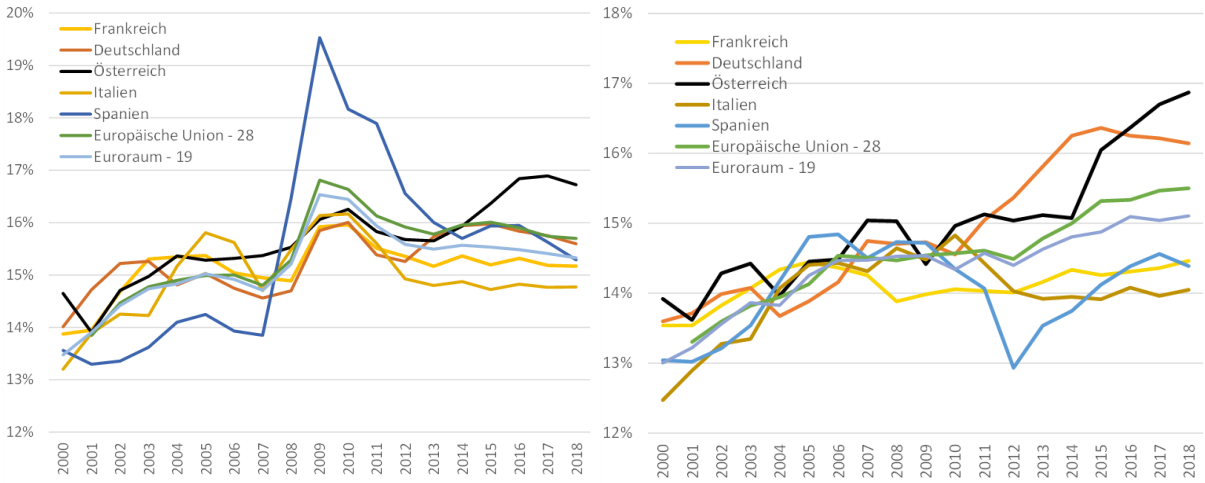
**auf Basis von Expertenbefragung am 13.10.2020; inklusive Aufschläge für Abnahme, Logistik und Gewinn

***HS&I-eigene Erhebung über alle COVID-19-zertifizierten Labore - Durchschnittspreis (https://www.covid19-labore.at/), Wert wurde für Deutschland übernommen

Die Nachhaltigkeit der Finanzierung mit Corona braucht Einnahmen und Effizienz

Erste Schätzungen in Zusammenhang mit der aktuellen Rezession weisen auf Einnahmenausfälle für das Gesundheitssystem in Österreich in der Höhe von etwa 1,1 Mrd. EUR hin, Tabelle 3. In allen europäischen Staaten nimmt das Gesundheitswesen einen wachsenden Anteil an den Einnahmen des Staates in Anspruch[6], der konjunkturell schwankt Abbildung 6. Das hat mit konstanter und zumeist wachsender Nachfrage (Einkommen) zu tun, aber auch mit immer mehr und besseren technischen, medizinischen und personellen Möglichkeiten schwere Krankheiten lange zu überleben, seltene Krankheiten zu behandeln und individualisierte Therapieprogramme anzuwenden.

Abbildung 6: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten öffentlichen Einnahmen (linke Grafik) und der gesamten öffentlichen Ausgaben (rechte Grafik)



Quellen: Eurostat, OECD, HS&I-eigene Darstellung

Die Gesundheitsausgaben als Anteil an den gesamten öffentlichen Einnahmen zeigen die Position des Gesundheitswesens und seiner Ausgabenentwicklung relativ zu anderen Staatsaufgaben, die mit solchen Einnahmen finanziert werden. Während der Wirtschafts- und Finanzkrise Ende der 2000er Jahre stieg dieser Anteil in allen Ländern, um dann im Gleichschritt mit der Erholung der Wirtschaft abzuflachen. Abhängig von der Dauer einer Rezession ist damit zu rechnen, dass für einige Jahre die Ausgaben den Einnahmen davonlaufen, da der Bedarf als konstant anzunehmen ist und das Gesundheitswesen wesentlich von Steuern und Sozialbeiträgen abhängig ist, die ein hohes Niveau an Beschäftigung erfordern.

Zwischen 2013 und 2015 sind die österreichischen Gesundheitsausgaben stärker gewachsen als in den Vorperioden; im Jahr 2016 sind die Einnahmen aus Lohn- und Kapitalertragssteuer aufgrund der Steuerreform 2016 um rund 3 Mrd. EUR eingebrochen, was das Verhältnis von Ausgaben zu Einnahmen noch um ein weiteres Jahr steigen ließ.

[6] Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich (29,7 Mrd. EUR) sind laut COFOG-Klassifikation der zweitbedeutendste Ausgabenbereich der Republik (8,2 % des BIP). Nur für „soziale Sicherung“ wurde 2018 mehr ausgegeben (20,1 % des BIP).

Mittlerweile ist dieser Trend rückläufig. Da einkommensbezogene Staatseinnahmen Schwankungen unterliegen, sollte die Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen verbreitert werden. Dies könnte durch die Beimengung von vermögensbezogenen Steuern in das Portfolio der Finanzierungquellen sichergestellt werden, Box 5.

International driften die Gesundheitsausgaben in Relation zu den gesamten Staatsausgaben seit 2010 zunehmend auseinander, wie die rechte Grafik zeigt. Zudem kam für die südlichen Länder der Eurozone ein großer Spardruck hinzu, auch im Gesundheitswesen infolge der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/2009 [7]. So ist beispielsweise die Ausgabenquote für Gesundheit in Italien seit 2012 konstant. Von 2011 bis 2018 wurden die öffentlichen Krankenhausleistungen in Italien gekürzt, was wesentlich zur negativen Dynamik der prozentualen Wachstumsrate der gesamten öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsversorgung beitrug, Prante et al 2020.

Obwohl die Sparpolitik eine große Belastung für das italienische Gesundheitssystem darstellte, stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben von 10 % im Jahr 1995 auf 14,7 % im Jahr 2008 und blieb nach 2008 bei über 14 %. Dies zeigt die Bedeutung, die Italien der Gesundheitsversorgung zumaß trotz allgemeiner Ausgabenbeschränkungen. Neben der bereits beschriebenen Wachstumsdynamik der österreichischen Gesundheitsausgaben, führt das moderate Wachstum der gesamten Staatsausgaben – die Zinskosten sind hierzulande äußerst niedrig – zu steigenden Ausgabenanteilen für das Gesundheitswesen.

5 Österreich braucht AT4Health als Hebel zum „Herausinvestieren“

In den kommenden Jahren wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, nach Pflege im Zusammenspiel mit Präferenzen und technischem Fortschritt im Verbund mit Digitalisierung weiter steigen. Investition in Gesundheit und Pflege haben einen komparativen „steuerlichen Vorteil“ gegenüber Investition in physische Infrastruktur, De Henau und Himmelweit (2020). Auch die ILO (2018) hebt die positiven direkten und indirekten Beschäftigungseffekte von Investitionen in Pflege und Bildung hervor. Wir schlagen daher ein Programm vor, dass sowohl erwartbare Einnahmenausfälle für das Gesundheitswesen kompensiert als auch Mittel zur Verbesserung von Leistungen bereitstellt. Die bessere Bezahlung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ist ein wesentlicher Bestandteil davon, siehe auch Box 5.

Tabelle 3 fasst geschätzte Einnahmenausfälle und zusätzlichen Finanzierungsbedarf zusammen, und entwickelt einen „Corona-Fonds“ für Österreich. Wir nennen dieses

[7] Im Gegensatz zu Italien oder Spanien dürfte die Bonität Österreichs und Deutschlands in den letzten Jahren zu spürbaren Minderausgaben für Zinsen geführt haben. Aus diesem Grund wächst der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Staatsausgaben stark. Darüber hinaus hat Österreich seit 2010 seine Verwaltungsausgaben von 7,7 % der gesamten Staatsausgaben auf 5,9 % 2018 gesenkt; auch die Ausgaben für „Wirtschaftliche Angelegenheiten“ sanken anteilig von 6,5 % (2010) auf 5,9 % 2018.

Programm AT4Health. Zusätzlich zum Mehrbedarf für Sicherheits- und Schutzvorkehrungen schätzen wir Zukunftsinvestitionen, die erforderlich wären, um beispielsweise das Leistungsniveau der ÖGK auf das Niveau der Krankenversicherung der Beamtinnen und Eisenbahner (BVAEB) zu bringen.

Tabelle 3: Geschätzte Einnahmenausfälle 2020 und fiktives AT4Health Programm

	Österreich				EU 27 „Next Generation EU", geplante Zuschüsse	
	Finanzierung	Fiktives **AT4Health**-Programm (in % des Krisenbewältigungs-fonds)		COVID-19 Krisenbe-wältigungs-fonds, Planwerte 15.August 2020	Gemäß COM (2020) 441	Gemäß ER-Beschluss 20. Juli
	Absolut (in 1.000 EUR)	**4 250**	(16,7 %)	**28.000**	443 200	390.000
	Pro Kopf (in EUR)	*480*		*3.161*	*994*	*874*
Einnahmenausfälle, geschätzt, in Mio. EUR	Steuern	500				
	Beiträge	600				
Mehraufwand, geschätzt (vergangen & künftig), in Mio. EUR	COVID-19 -Ausgaben (Schutzausrüstung, etc..)	2 500				
Investiver Arm	Leistungs-harmonisierung (ÖGK auf BVAEB)	650				

Quellen: BD 2020a, BD 2020c, COM (2020) 441 final, ER (2020) HS&I-eigene Schätzungen und Darstellung.

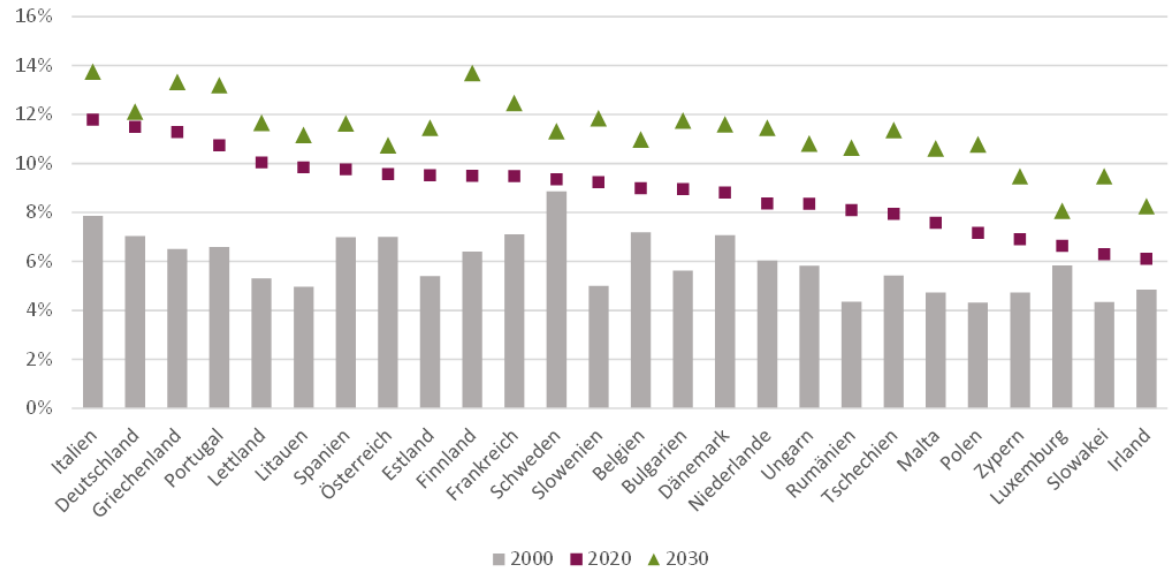
Grob geschätzt wird erforderlich sein, dass dem Gesundheitswesen zusätzliche Mittel in der Höhe von etwa 4,2 Mrd. oder 480 EUR pro Kopf zugeführt werden. Dieser Betrag umfasst 15,2 % der Mittel des COVID-19 Krisenbewältigungsfonds und 1,1 Prozent der Wirtschaftsleistung. Zusammen mit der Reformagenda, wie sie in Box 5 dargestellt ist, sind im Detail folgende Schritte zu setzen:

- Dotierung eines „Corona-Fonds", z.B. als AT4Health mit Mitteln in der Höhe von 4,2 Mrd. EUR, Tabelle 3. Ziel ist es, Kapazitäten, Beschaffung und Personal ordentlich zu dotierten, Ressourcenverfügbarkeit und Testaktivitäten zu koordinieren und in bessere Leistungen für alle zu investieren.
- Aktivierung der Bundesgesundheitskommission, in der alle Akteure zu koordinieren sind. Ziel muss sein, sowohl Überblick über Ressourcen zu erhalten, als auch Mittelzuteilungen aus dem Corona-Fonds vorzunehmen. Bund und Dachverband sollten zentralstaatliche Agenden übernehmen. z.B. Vorgaben für Mittelpooling, Stichwort Zweckzuschüsse, Ambulanztopf. Die Länder, die Landesstellen der ÖGK und die bundesweiten Krankenversicherungsträger haben ihre Versorgungspläne unter Zuhilfenahme bundesweiter Bandbreiten abzustimmen. Wahlärztinnen und privat-private Krankenastalten sind in Kapazitäts- und Notfallpläne einzubinden.

6 Herausforderungen vor und mit Corona

Vor allem die steigende altersbedingte Inanspruchnahme von Leistungen beginnt häufig mit akut-medizinischer Versorgung, die immer öfter lange überlebt wird. So hat sich die Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit 1997 halbiert. Über die Zeit einer Krankheitsepisode wird die Medizin häufig ein Kuppelprodukt mit der Pflege. In diesem Zusammenhang ist eine der wichtigsten Herausforderungen die bessere administrative und finanzielle Abstimmung innerhalb der ambulanten Versorgung und zwischen Gesundheit und Pflege. Abbildung 7 zeigt die prognostizierte Dynamik der Entwicklung der Altersgruppe 75 Jahre und älter.

Abbildung 7: Prognose der Bevölkerung 75 Jahre und älter, EU-27*



*ohne Kroatien
Quellen: UN 2020, HS&I-eigene Darstellung.

Das Risiko Corona wird groß, wenn chronisch kranke Menschen fehlversorgt sind

Seit dem Beginn der Epidemie in Österreich, aber auch in allen anderen untersuchten Ländern zeigt sich, dass die Mortalität von Menschen über 65, insbesondere von solchen mit chronischen Vorerkrankungen, besonders hoch ist (Euromomo 2020, Statistik Austria 2020). Die Versorgung dieser Gruppe ist bereits seit Jahren unter konstanten Bedingungen schwierig und in Österreich suboptimal, Likar et al. (2020). So sind nicht-medizinische Gesundheitsberufe in wichtigen Bereichen der Chroniker-Versorgung in Österreich stark unterrepräsentiert. Gleichzeitig bleibt der Ausbau der multidisziplinären Versorgungsformen schleppend, Hofmarcher, Singhuber (2020c). Zusammen mit dem Risiko Corona wird die Herausforderung, die Versorgung in diese Richtung auszubauen, noch drängender.

Erstens, Die Bevölkerungsprognose in Abbildung 7 zeigt, dass 2030 etwa 11 Prozent der Menschen in Österreich 75 Jahre und älter sein werden. Gegenüber dem Jahr 2000 ist dies

ein Anstieg um 4 Prozentpunkte. Es ist anzunehmen, dass damit auch die Zahl chronisch kranker Menschen zunimmt.

Zweitens, wird die Wahrscheinlichkeit weiter steigen, dass Menschen akute Krankheitsepisoden lange überleben. So hat sich beispielsweise die Mortalität infolge von Schlaganfällen oder akuten Herzinfarkten durch Behandlungsfortschritte in den Spitälern in den letzten 20 Jahren deutlich verringert, Hofmarcher, Singhuber (2019). Diese beiden akuten Erkrankungen sind die häufigsten Todesursachen in Österreich.

Drittens, wird die Entstehung von chronischen Krankheiten in Österreich durch mangelhafte Prävention begünstigt. Der internationale Vergleich zeigt, dass viele vermeidbare Todesfälle auf Krankheiten zurückgehen, deren Auftreten durch Prävention vermeidbar wäre, Hofmarcher, Singhuber (2020c). Erkrankungen der Atmungsorgane, Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes bergen im Zusammenhang mit Corona ein besonders großes Gesundheitsrisiko.

Letztlich, dürfte es einen Zusammenhang zwischen COVID-19-Fällen pro Kopf und sozio-ökonomischen Faktoren, insbesondere der Arbeitslosigkeit geben, Box 3. Ein Gesundheitssystem das allen Menschen einen breiten Zugang zur Versorgung gewährt, kann solche sozialen Unterschiede ausgleichen. Deshalb ist es umso bedeutsamer, dass der breite Zugang zu wichtigen Leistungen weiter ausgebaut, bei gleichzeitiger Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung.

Die Reformagenda steht und gewinnt in Zeiten von Corona noch mehr Bedeutung

Die COVID-19-Pandemie hat überall Schwachstellen in den Gesundheitssystemen aufgedeckt. Die Gelegenheit zu nutzen, um Systeme zu stärken und neu zu definieren, kann nicht nur eine bessere Vorbereitung auf zukünftige Krisen gewährleisten, Box 5, sondern auch die Gesundheitsversorgung effektiver gestalten. Die Herausforderung besteht darin, Veränderungen vorzunehmen und aufrechtzuerhalten, die sich auf die Gesundheitsvorsorge verlagern und gleichzeitig Belastbarkeit und Flexibilität gewährleisten. Dies beinhaltet eine qualitativ hochwertige und ganzheitliche Primärversorgung und Dienstleistungen, die sich mit Verhaltens- und sozialen Gesundheitsbedürfnissen befassen, wie z. B. barrierefreier Wohnraum, und die Bereitstellung eines breiteren Spektrums von Angeboten, um Menschen zu erreichen, wann und wo sie am wahrscheinlichsten davon profitieren, z.B. betriebliche Gesundheitsförderung. Die derzeitigen Anreize in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens und darüber hinaus reichen nicht aus, um diesen Übergang zu gewährleisten, und erfordern eine grundlegende Neubewertung.

Eine aktuelle Untersuchung bestätigt, dass neue politische Instrumente mit dem Ziel eingeführt werden sollten, das Angebot an Gesundheitsberufen zu erweitern und die Mobilität von Angehörigen der Gesundheitsberufe in den europäischen Ländern zu fördern. Damit könnte vermieden werden, dass einige Länder auf Kosten anderer Gewinne machen. Daher ist die Koordinierung auf EU-Ebene in diese Richtung unerlässlich. Mobilität von Angehörigen der Gesundheitsberufe muss sowohl für

Empfangs- als auch für Entsendeländer von Vorteil sein (Mara 2020). Eine aktuelle Prognose für Österreich ermittelt einen Personalbedarf im akutstationären Bereich zwischen 2017 und 2030 von 66.200 Vollzeitäquivalente, bei der intramuralen Langzeitpflege und der institutionellen Tagesbetreuung steigt er auf 44.000 und bei mobilen Diensten auf 15.100 (Rappold/Juraszovich 2019 zitiert in BMSGPK 2020).[8]

Verschiedene Studien zeigen, (Or et al 2018, Hofmarcher & Molnárová 2018, Hofmarcher et al 2007), dass eine gute Abstimmung zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung einen geeigneten institutionellen Rahmen erfordert. Dies ist nicht nur notwendig, um die Lebensqualität junger und älterer Menschen weiterhin zu fördern, sondern auch um die Nachhaltigkeit der Finanzierung sicherzustellen. Während in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen gesetzt wurden, die Übergänge und die Versorgung zwischen den Sektoren besser abzustimmen, z.B. Aufbau des Entlassungsmanagements oder das in den Plänen eingebaute „Nahtstellenmanagement", bleiben die Effekte spärlich, weil der zugrunde liegende Finanzierungsmodus unangetastet blieb.

Innovative Kooperationen zwischen den Akteuren sind gefordert, um die Lebensqualität der Menschen zu fördern und Versorgungsziele zur erreichen - bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz. Angebotsstrukturen sind unter gegebenen verfassungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen besser aufeinander abzustimmen und weiterzuentwickeln. Box 5 gibt einen Überblick über wesentliche Maßnahmen zur besseren Versorgung. Sie umfassen Aspekte des Angebotes und der Nachfrage, begleitet von Maßnahmen zur Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit der Versorgung.

„Ambulanztopf": Überfällig und bei gutem Willen umsetzbar

Der Umbau des Systems in Richtung (regionale) Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über die wichtigsten Versorgungssettings ist ein Muss und bedeutend wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft. Und so ein Umbau hätte voraussichtlich deutlich stärkere Effekte sowohl für die (Allokations-)Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken.

[8] Scheffler und Arnold (2018) prognostizieren für Österreich bis 2030 einen Bedarf von zusätzlich 1.081 Ärztinnen oder 2,1% des geschätzten Angebotes an Ärztinnen. Der Bedarf an Pflegekräften ist signifikant höher, 23 Tausend Personen oder 26,3% des Angebotes. Im Gegensatz dazu haben beispielsweise Frankreich und Deutschland bis 2030 einen leichten „Überschuss" in diesem Bereich. Deutschland hat sogar auch ein Plus beim Ärztebedarf, während Frankreich eine Lücke aufweist.

Box 5: Was braucht's, um die zukünftige Versorgung koordiniert und kostenschonend zu verbessern?

AKTIVES UND GESUNDES ALTERN FÖRDERN

- Frühe Hilfen allen Familien anbieten und Multiplikatoren einsetzten, multiprofessionelle Versorgungsformen etablieren
- Wirksame psychosoziale Leistungen bis zum 18. Lebensjahr im Mutter-Kind Pass
- Betriebliche Gesundheitsförderung ausbauen

AMBULANTE VERSORGUNG AUS- UND AUFBAUEN

- Kassenverträge für alle Hausärzt:innen und Gesundheitsberufe, die sich niederlassen wollen
- Kassenverträge für Fachärzt:innen in Krankenanstalten definieren und ausbauen
- Laufend valorisiertes Budget der Krankenversicherung dafür in einen „Ambulanztopf"
- Mulitprofessionelle Versorgung an Bonus knüpfen, Stichwort Primärversorgung

ARBEITSTEILUNG AUF AUGENHÖHE UND MEHR PERSONAL

- Entwicklung von koordinierten Personal- und Stellenplänen und flexibler institutioneller Rahmenbedingungen für die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen.
- Arbeitsmarktoffensive und Inklusion für mehr Gesundheitsberufe
- Lohn- und Gehaltssteigerungen an informierte Ausgabenprognosen binden, die sowohl Versorgungsbedarf, Einkommensentwicklung und technischen Fortschritt berücksichtigen

GESUNDHEIT UND PFLEGE ZUSAMMENBRINGEN

- Regionale Fonds – einen „Ambulanztopf" mit Mittel für ambulant/ambulant stationär und mobile Pflege dotieren
- Bundesvorgaben dafür und für die Abstimmung der Versorgungspläne
- Bundesbenchmarks für „vorbildliche Steuerung" der ambulanten Versorgung
- Bundesweite Definition von Personalschlüsseln in Pflegeheimen
- Mulitprofessionelle Versorgungsformen etablieren

NACHHALTIGKEIT UND DIGITALISIERUNG SICHERSTELLEN

- Einnahmenausfälle mit Hilfe von vermögensbezogenen Steuern sichern
- Wachstumsfördernden Kostenpfad definieren, keine starre Bindung an das Wirtschaftswachstum
- Digitalisierungsoffensive mit Hilfe von Mitteln der Breitbandmilliarde
- Bundesbenchmarks zur Förderung der Leistungskraft vergleichbarer Krankenanstalten, an Bonuszahlungen binden
- Etablierung eines analytisch orientierten Systemmonitorings, das über die Zielsteuerung hinausgeht.
- Unabhängige Versorgungsforschung fördern und Zugang zu relevanten Daten sicherstellen

Tabelle 4 zeigt geschätzte Volumina an Finanzmitteln, die für die Dotierung eines „Ambulanztopfes“ aufzubringen wären. Österreichweit würde dieser Pool geschätzte 8,1 Mrd. EUR umfassen. Dabei würden etwa 5,2 Mrd. EUR (63 %) aus der haus- und fachärztlichen Versorgung, einschließlich gleichgestellter Berufe, eingebracht werden, die seitens der Krankenversicherungen beizusteuern wären. 2,6 Mrd. EUR (31 %) müssten durch die Landesfonds eingebracht werden, und die Länder müssten nochmals etwa 430 Mio. EUR (5 %) beibringen, damit auch die mobile Pflege ein Teil des Finanzpools wird. Tabelle 4 weist auch die geschätzten Volumina auf Ebene der Bundesländer aus.

Tabelle 4: Geschätztes Volumen für einen „Ambulanztopf“, in Mio. EUR, 2018

"Ambulanz-topf"	Gesamt	Ambulant*	Spitals-ambulant**	Pflege zu Hause***
Ö	8 151	5 159	2 559	433
	100%	63%	31%	5%
B	230	171	47	12
	100%	74%	21%	5%
K	530	319	178	32
	100%	60%	34%	6%
NÖ	1 475	1 032	367	76
	100%	70%	25%	5%
OÖ	1 208	796	371	40
	100%	66%	31%	3%
S	521	318	179	23
	100%	61%	34%	4%
ST	1 121	711	360	51
	100%	63%	32%	5%
T	673	437	201	35
	100%	65%	30%	5%
V	318	231	72	15
	100%	73%	23%	5%
W	2 076	1 145	783	149
	100%	55%	38%	7%

* Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung (HC.1.3/HC.2.3 x HF.1-HF.3) exklusive Ausgaben für Spitalsambulanzen (HF.1 x HP.1), Statistik Austria/SHA 2018

** Spitalsambulante Endkosten, BMG/KAZ (2018)

*** Öffentliche Ausgaben (HP3.5 x HF.1) und Ausgaben von Non-Profit Unternehmen (HP.3.5 x HF.2, EUR 108 Mio.), Statistik Austria/SHA 2017; Bundesländer-Aufteilungsschlüssel gemäß Nettoausgaben für mobile Dienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2018

Quelle: HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Auf regionaler Ebene sollten bestehende Gremien wie beispielsweise die Gesundheitsplattformen oder die Zielsteuerungseinheiten mit einer entsprechenden Geschäftsordnung dafür sorgen, dass die ambulante Versorgung gemeinsam geplant wird und Ausschüttungen der Mittel je nach regionalem Bedarf und gemeinsam erarbeiteter Struktur an die gesamte Bandbreite der Anbieter von ambulanten Leistungen erfolgt.

In so einem Umfeld könnte gelingen, dass Planung, Steuerung und Finanzierung der ambulanten Versorgung mit Hilfe eines abgestimmten Prozesses zwischen den Akteuren erfolgt. Die Abstimmungsverhältnisse zwischen den Akteursgruppen sollten sich an den

Gewichten der Mitteleinbringung orientieren; das heißt, die Krankenversicherungsträger sind mit etwa 60 Prozent vertreten, die Länder mit etwa 40 Prozent.

Ein weiterer Titel für so einen „Ambulanztopf" wären Finanzmittel, die durch vermeidbare Aufenthalte in den Krankenanstalten eingebracht werden könnten. Konservativ geschätzt ermittelten wir bundesweit etwa 111 Mio. EUR, die erforderlich wären, um vermeidbare Aufenthalte außerhalb von Krankenanstalten zu versorgen. Basis dafür sind durchschnittliche Kosten pro Aufenthalt 2015, Hofmarcher, Singhuber (2019).

Die Zeitenwende muss das Beste aus dem Gesundheitssystem herausholen

Multidisziplinäre Versorgungsmodelle sind ein Muss für das Gelingen von gesundem und aktivem Altern. Solche Versorgungsmodelle sind sowohl für Kinder und Jugendliche zu schaffen, als auch für Menschen mit Pflegebedarf.

Gleichzeitig sind aber die Sektorgrenzen des Systems wie ein Eiserner Vorhang, der es sehr schwierig macht, Patientinnen über diese administrativen Grenzen hinweg flexibel zu versorgen. Ähnliche Problemstellungen gibt es im Bereich der Versorgung von Kindern. Neben der medizinischen Betreuung wird zunehmend wichtig, die psycho-soziale, ergo- und logotherapeutische Versorgung besser abzustimmen, Grois et al 2019. Während beispielsweise das Programm Frühe Hilfen eine wertvolle Initiative ist, ist multidisziplinäre Versorgung nicht durch entsprechende Programme und Finanzierungen abgesichert.

In den letzten 20 Jahre hatte keine Regierungskonstellation eine ausgewogene politische Strategie und Persönlichkeiten, die in der Lage gewesen wären, das Gesundheitssystem gesamthaft im Sinne einer progressiven Weiterentwicklung der Finanzierung, der Versorgung und der Verantwortlichkeiten aufeinander abzustimmen. So eine Offensive müsste sowohl die Bedeutung von Investitionen in den Ausbau der Gesundheits- und Pflegeversorgung erkennen als auch die positiven Effekte eines effizienten Systems auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung.

7 Schlussfolgerungen

Im vorliegenden Policy Brief wird ein Einblick in verschiedene Aspekte der Corona-Pandemie gewährt und es werden neue Grundlagen für ein verbessertes Krisenmanagement geliefert.

Der prognostizierte Abschwung der Wirtschaft in Österreich und weltweit, sowie die aktuelle Entwicklung des Infektionsgeschehens zeigen deutlich, dass die Corona-Pandemie und Ihre Folgeerscheinungen uns noch längere Zeit beschäftigen werden.

Wir konnten zeigen, dass Bezirke, in denen die Arbeitslosigkeit – ein Indikator für ungünstige sozio-ökonomische Bedingungen – im Jahr 2019 hoch war, höhere Infektionszahlen aufweisen. Durch schlechte Arbeitsbedingungen in solchen Gebieten könnte sich das Risiko einer Sars-Cov-19 Infektion erhöhen. Da Menschen mit niedrigerem Einkommen häufiger von Corona-Arbeitslosigkeit betroffen sind, könnten gerade strukturschwache Gegenden wirtschaftlich am stärksten leiden. Des Weiteren ist die Arbeitslosigkeit von Frauen während der Pandemie stärker gestiegen als die Arbeitslosigkeit der Männer, soziale Ungleichheit/Einkommensunterschiede werden dadurch vertieft.

Es ist Aufgabe der Politik solche Ungleichheiten/Missstände durch Investitionen auszugleichen. Programme zur wirtschaftlichen Stabilisierung finanzieren aber überwiegend Wirtschaftssektoren mit hoher Männer-Beschäftigung und haben eine geringe Verteilungswirkung. Vulnerable Bevölkerungsgruppen bekommen dadurch zu wenig Aufmerksamkeit. Dabei würden großzügige Investitionen in Gesundheit und Pflege nicht nur die Beschäftigung der Frauen stützen, sie würden zudem eine größere Wirkung auf das gesamte Beschäftigungsausmaß haben, als das z.B. bei Investitionen in die Baubranche der Fall ist.

Darüber hinaus hat sich während der Corona-Epidemie gezeigt, dass das gut ausgestattete österreichische Gesundheitssystem besser als in anderen Ländern in der Lage war die Krise zu meistern. Es eignet sich außerdem, wirtschaftliche Folgen abzumildern.

Wir schlagen daher ein Programm vor, mit dem der Pflegenotstand behoben und eine Leistungsharmonisierung zwischen ÖGK und anderen Krankenkassen durchgeführt wird. Zudem müssen dem Gesundheitswesen durch Corona entstandene Einnahmenausfälle und Mehrausgaben erstattet werden. Wir nennen dieses Programm AT4Health. Neben notwendigen Investitionen von 4,2 Mrd. EUR im Jahr 2020/2021 enthält es einen Maßnahmenkatalog, der Versorgungsziele in den Bereichen Pflege, ambulante Versorgung und chronisch Kranke zum Inhalt hat. Unter anderem empfehlen wir, dass

- die Verteilung der Aufgaben und Mittel zwischen den Berufsgruppen eine versorgungsrelevante Neuausrichtung erhält,
- die fragmentierte Finanzierung und ihre paradoxen Auswirkungen überwunden werden,
- ambulante Ressourcen besser abgestimmt und geplant werden, um guten Zugang und Qualität für alle zu gewährleisten. Dazu werden mehr Kassenverträge und Anreize benötigt die Primärversorgung rascher zu etablieren.
- vulnerable Bevölkerungsgruppen gezielte Aufmerksamkeit in gesundheitlichen Krisensituationen, wie der Corona-Epidemie, bekommen, z.B.: Pflegegeldbezieherinnen,
- Gesundheit und Pflege administrativ und finanziell zusammengebracht werden, z.B. durch die Errichtung regionaler Fonds, Stichwort „Ambulanztöpfe“, und Bundesbenchmarks für die Steuerung der ambulanten Versorgung,
- die Koordinierung der Krisenpolitik über administrative Grenzen innerhalb des Gesundheitssystems und den Sicherheitsbehörden optimiert wird, und
- die Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens durch die Einhebung zweckgewidmeter, vermögensbezogener Steuern sichergestellt wird.

8 Ausgewählte Literatur

Allianz (2010). The sixth Kondratieff–long waves of prosperity. Frankfurt, Allianz Global Investors. https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz_com/migration/media/press/document/other/kondratieff_en.pdf

Basu, S, Russell S. Phillips, Robert Phillips, Lars E. Peterson, and Bruce E. Landon (2020). Primary Care Practice Finances in The United States Amid The COVID-19 Pandemic. doi: 10.1377/hlthaff.2020.00794 HEALTH AFFAIRS 39, NO. 9 (2020): ©2020 Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc.

BD Budgetdienst des Parlaments (2020a) – Budgetvollzug Jänner bis April 2020 und COVID-19-Berichterstattung, https://www.parlament.gv.at/ZUSD/BUDGET/2020/BD_-_Budgetvollzug_Jaenner_bis_April_2020_und_COVID-19-Berichterstattung.pdf, 25. Juni 2020

BD Budgetdienst (2020b). Aktuelle Gesetzesvorhaben zum Konjunkturpaket. https://www.parlament.gv.at/ZUSD/BUDGET/2020/BD_-_Aktuelle_Gesetzesvorhaben_zum_Konjunkturpaket.pdf, 3. Juli 2020

BD Budgetdienst des Parlaments (2020c) - Budgetvollzug Jänner bis Juli 2020 und COVID-19-Berichterstattung. https://www.parlament.gv.at/ZUSD/BUDGET/2020/BD_-_Budgetvollzug_Jaenner_bis_Juli_2020_und_COVID-19-Berichterstattung.pdf. 11. September 2020.

BMSGPK Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020): Covid-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich, Wien

Bock-Schappelwein, J. (2019). Armutsindex (No. 585). WIFO Working Papers. Wien, August 2019.

COM (2020), 405. Vorschlag für eine VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über ein Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2021-2027) und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 282/2014/EG („Programm EU4Health“). COM(2020), 405, 28. Mai 2020

COM (2020) 441. Vorschlag zur VERORDNUNG DES RATES zur Schaffung eines Aufbauinstruments der Europäischen Union zur Unterstützung der Erholung nach der COVID-19-Pandemie. COM(2020) 441 final, 28 Mai 2020.

De Henau, J., Himmelweit, S. (2020), Stimulating OECD economies post-Covid by investing in care, Open University IKD Working Paper, http://www.open.ac.uk/ikd/publications/working-papers

Euromomo (2020). European mortality monitoring. https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#excess-mortality. Accessed May 2020.

Europäischen Kommission (EC 2020). LAGE DER UNION 2020, Rede von Ursula von der Leyen, Präsidentin der Europäischen Kommission Brüssel | 16. September 2020

Europäischer Rat (ER 2020). EUCO 10/20. Außerordentliche Tagung des Europäischen Rates (17., 18., 19., 20. Und 21. Juli 2020) – Schlussfolgergungen., Brüssel, 21. Juli 2020

GHS (2019). Global Health Security Index 2019. Nuclear Threat Initiative, October 2019

Gibney, Elizabeth (2020). Whose coronavirus strategy worked best? Nature News, April 27, 2020. https://www.nature.com/articles/d41586-020-01248-1?utm_source=Nature+Briefing&utm_campaign=527dbb4637-briefing-dy-20200428&utm_medium=email&utm_term=0_c9dfd39373-527dbb4637-44422529

GÖG (2020) Auswirkungen des Lockdowns während der COVID-19-Pandemie 19.08.2020, rapid assessment

Grois, N., Fröhlich, C., & Schweitzer, K. (2019). Die alltägliche medizinisch-therapeutische Versorgung unserer Kinder. Pädiatrie & Pädologie, 54(1), 20-25.

Gros, Cl., V. Roser, L Schneider, K. Valenti, D. (2020). Containment efficiency and control strategies for the Corona pandemic costs https://clausen.berkeley.edu/wp-content/uploads/2020/04/Corona_all.pdf, April 12, 2020.

Haass, R.N. (2020). The Politics of a COVID-19 Vaccine. PS-Project Syndicate, July 14, 2020: https://www.project-syndicate.org/commentary/politics-of-covid19-vaccine-by-richard-n-haass-2020-07?utm_source=Project+Syndicate+Newsletter&utm_campaign=e8dbbd16b7-covid_newsletter_16_07_2020&utm_medium=email&utm_term=0_73bad5b7d8-e8dbbd16b7-93780229&mc_cid=e8dbbd16b7&mc_eid=8a8973df48

Hale, T., Petherick, A., Phillips, T., & Webster, S. (2020). Variation in government responses to COVID-19. Blavatnik school of government working paper, 31.

Hofmarcher M. M., Howard Oxley and Elena Rusticelli (2007). Improved Health System Performance through better Care Coordination, OECD Working Paper, DELSA/HEA/WD/HWP(2007)/6

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (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., Singhuber, C. (2019). FACT BOOK Krankenanstalten im Bundesländervergleich. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien, August 2019. http://www.healthsystemintelligence.eu/krankenanstalten

Hofmarcher MM, Ch. Singhuber (2020a). Schutzschirm für das Gesundheitswesen in Zeiten von COVID-19: Eine Schätzung der Intensivkapazitäten für Österreich. HS&I-Fast Track. 1.4.2020. Wien. http://www.healthsystemintelligence.eu/docs/HS&I_Fast _Track_Intensivbetten_COVID19.pdf

Hofmarcher, MM., Ch. Singhuber (2020b) F&E braucht das Gesundheitswesen – mehr denn je HS&I Fast Track 01/2020. Wien

Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2020c): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2020- http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Ambulante_Versorgung

IHS (2020). Prognose der österreichischen Wirtschaft 2020-2024. Wien, Juli 2020.

ILO (2018), Care work and care jobs for the future of decent work, International Labour Office, Geneva, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf

Klatzer E., A. Rinaldi (2020). "#nextGenerationEU" Leaves Women Behind. Gender Impact Assessment of the European Commission Proposals for the EU Recovery Plan. Study commissioned by The Greens/EFA Group in the European Parliament, initiated by Alexandra Geese, MEP, June.

Kronick R. (2020). How COVID-19 Will Likely Affect Spending, And Why Many Other Analyses May Be Wrong. HEALTH AFFAIRS BLOG CONSIDERING HEALTH SPENDING MAY 19, 2020 . 10.1377/hblog20200518.567886

Ladurner, J., M. Gerger, W. W. Holland, E. Mossialos, S. Merkur, S. Stewart, R. Irwin und J. Soffried (EOHSP 2011): Public health in Austria; An analysis of the status of public health. The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2011, ISBN 978 92 890 0249 3. Available online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf

Lesch, O-M. (2020). COVID-19: Gedanken zur Coronakrise. Austrian Health Academy. Wien, April 2020. https://www.austrianhealthacademy.at/covid-19-gedanken-zur-coronakrise/

Likar, R., G. Pinter, H. Janig (2020). Bereit für das nächste Mal: Wie wir unser Gesundheitssystem ändern müssen. © 2020 edition a, Wien. www.edition-a.at

Mara, Isilda (2020). Health Professionals Wanted: Chain Mobility across European Countries WIIW Research Report 445, June, Vienna. https://wiiw.ac.at/health-professionals-wanted-chain-mobility-across-european-countries-dlp-5339.pdf

Mazzucato, M. (2017) 'Mission-oriented Innovation Policy: Challenges and Opportunities', UCL Institute for Innovation and Public Purpose Working Paper, (2017-1)

OECD (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2019 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

OECD (2020), Women at the core of the fight against COVID-19 crisis, General Secretariat, Paris.

ONS Statistical bulletin (ONS 2020). Office of National Statistic Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 31 May 2020. London, June 12, 2020.

Or, Zeynep, 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.

Prante, F., A. Bramucci and A. Truger (2020). Decades of Tight Fiscal Policy Have Left the Health Care System in Italy Ill-Prepared to Fight the COVID-19 Outbreak. Intereconomics. DOI: 10.1007/s10272-020-0886-0, ZBW – Leibniz Information Centre for Economics.

Remes, J., Linzer, K., Singhal, S., Dewhurst, M., Dash, P., Woetzel, J., Smit, S., Evers, M., Wilson, M.,, Rutter, A-Ch., Ramdorai, A. (2020). Prioritizing health. A prescription for prosperity. McKinsey Global Institute, July 2020: https://www.mckinsey.com/~/media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/Prioritizing%20health%20A%20prescription%20for%20prosperity/Prioritizing-health-report-MGI.pdf

Scheffler, R., und 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

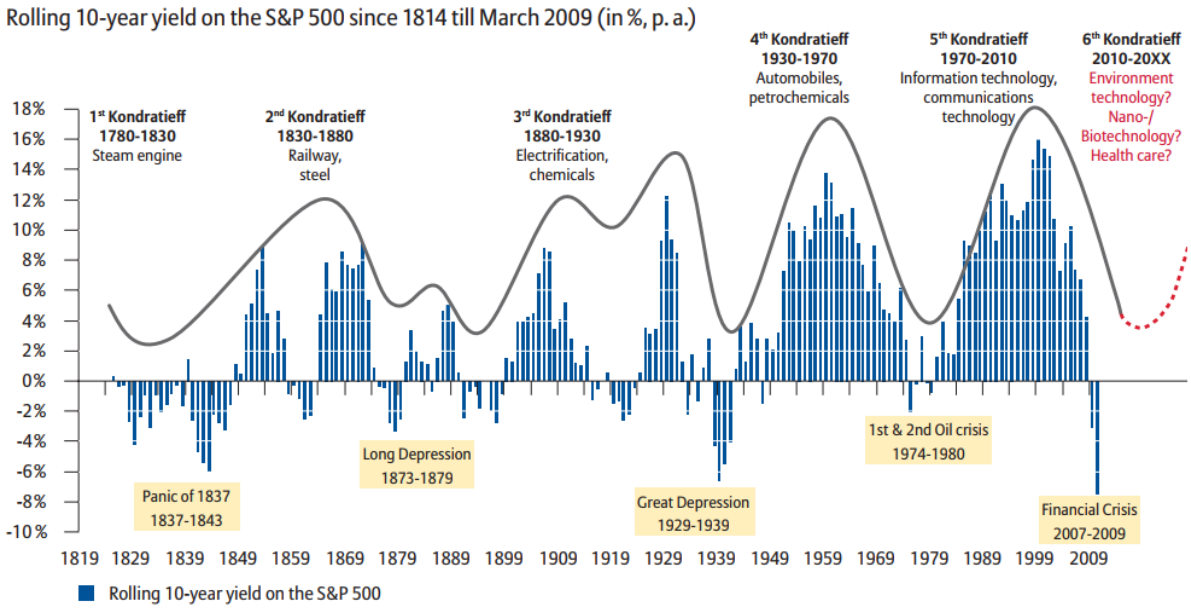
Statistik Austria (2020). Wöchentliche Sterbefallstatistik http://www.statistik.at/web_de/presse/122934.html,. Wien

VanderWeele, Tyler J. (2020). Challenges Estimating Total Lives Lost in COVID-19 Decisions Consideration of Mortality Related to Unemployment, Social Isolation, and Depression. JAMA Published online July 8, 2020

WIFO (2020). Prognose für 2020 und 2021: Tiefe, jedoch kurze Rezession in Österreich. Wien, Juli 2020.

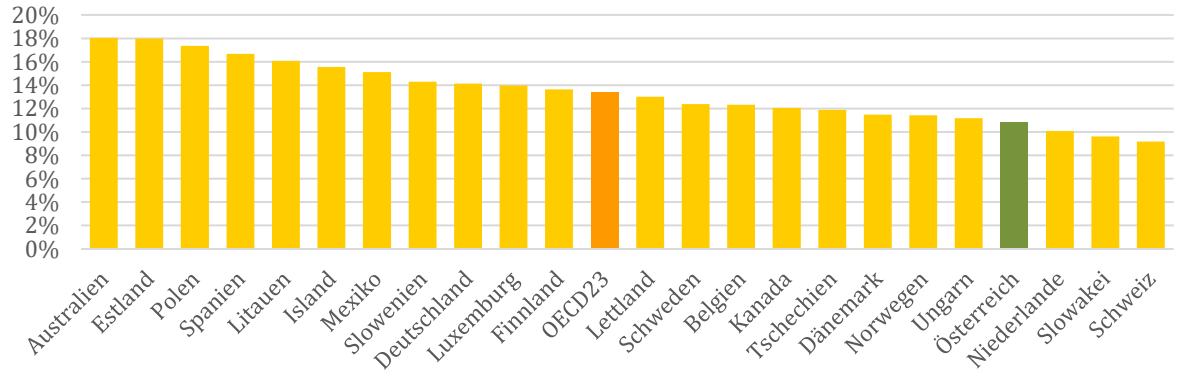
Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT, Weinberger DM, Hill L. (2020) Excess deaths from COVID-19 and other causes, March-April 2020. JAMA. Published online July 1, 2020. doi:10.1001/jama.2020.11787

Anhang 1: Kondratieff cycles – long waves of prosperity



Quelle: Allianz (2010)

Anhang 2: Ausgaben für Primärversorgung in % der gesamten Gesundheitsausgaben



Quelle: OECD (2019), HS&I-eigene Darstellung

REPORT

aha.
Austrian Health Academy

AUTORINNEN:
MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER,
CHRISTOPHER SINGHUBER

TITEL:
AMBULANTE VERSORGUNG IM BUNDESLÄNDERVERGLEICH.

PROJEKTBERICHT/RESEARCH REPORT

HS&I
JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60
1080 VIENNA
AUSTRIA
TEL: +43-66488508917
MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU
HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/

AHA. AUSTRIAN HEALTH ACADEMY
WALLNERSTRASSE 3
1010 WIEN
AUSTRIA
TEL: +43 1 5322840
MARIA.HOFMARCHER@AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT
HTTP://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT