

AK OBERÖSTERREICH

WISO

Nr. 3/24
Oktober 2024
47. Jahrgang

WIRTSCHAFTS- UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Schwerpunkt:

Sichere Pensionen und ein gutes Leben im Alter

Erik Türk: Das österreichische Pensionssystem: Wo stehen wir heute? • *Iris Woltran:* Vermeidung von Altersarmut – für eine bessere Arbeitsmarktintegration und ein armuts-sicheres Pensionssystem • *Gudrun Braunegger-Kallinger, Gert Lang, Daniela Ramelow, Petra Winkler:* Gesundheitsförderung in alternden und faireren Gesellschaften: Zeitgemäße Ansätze für Betriebe und Gemeinden

Außerhalb des Schwerpunkts

Bettina Stadler: Recht auf Nichterreichbarkeit: Aktuelle Entwicklungen und Situation in Österreich • *Thomas Pilgerstorfer, Heidemarie Staflinger, Dennis Tamesberger:* Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems als sozialstaatliche Aufgabe: Finanzierungsbedarfe und Lösungsansätze

WISO Praxisforum

Bernhard Mader: Kransteuerung aus dem Bürosessel

AK Wissenschaftspreis 2023 – Teil 2

Laura Plochberger: Die Fichten von Unten sehen: Ökologische Geschichten im Schatten der Westlichen Moderne

Außerhalb des Schwerpunkts

Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems als sozialstaatliche Aufgabe: Finanzierungsbedarfe und Lösungsansätze

1. Einleitung	88
2. Ausgangssituation	89
2.1 Die aktuelle Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems	89
2.2 Die Baustellen der österreichischen Gesundheitsversorgung – ein Kurzaufsris	91
2.3 Die ÖGK-Kassenfusion	93
3. Zukünftige Bedarfe	96
3.1 Finanzierungsbedarfe laut internationalen Studien	96
3.2 Zukünftige Bedarfe aufgrund klimatischer Veränderungen	98
4. Lösungsansätze	99
5. Fazit	104

Thomas
Pilgerstorfer,
Heidemarie
Staflinger,
Dennis
Tamesberger

Die Autor:innen arbeiten in der Abteilung für Wirtschafts-, Sozial- und Gesellschaftspolitik in der Arbeiterkammer OÖ. Thomas Pilgerstorfer beschäftigt sich mit Themen der Sozialstaatsfinanzierung. MMag.^a Heidemarie Staflinger arbeitet zum Schwerpunkt Pflege- und Gesundheitspolitik. MMag. Dr. Dennis Tamesberger ist Leiter des Teams Sozialpolitik und Mitglied im Landesstellenausschuss der ÖGK.

1. Einleitung

Gesundheitsleistungen sind eine der wichtigsten Säulen des österreichischen Sozialstaates. Das österreichische Gesundheitswesen fußt auf der solidarischen Krankenversicherung (Fuchs et al. 2019). Leistungen des Sozialstaates werden für Menschen besonders im Gesundheitssystem greifbar, da jeder Mensch von finanziellen Gesundheitsleistungen, von Sachleistungen in Krankenhäusern oder im niedergelassenen Bereich in unterschiedlichen Lebensphasen – von der Wiege bis zur Bahre – profitiert. Darüber hinaus ist belegt, dass Investitionen in das Gesundheitssystem von zentraler Bedeutung für das Wirtschaftswachstum und für die Attraktivität des Wirtschaftsstandortes sind (Hofmarcher-Holzhacker 2023a).

*Es ist eine sinkende
Zufriedenheit
mit dem Gesund-
heitssystem
beobachtbar*

Gleichzeitig ist eine sinkende Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem beobachtbar. Während im Jahr 2021 noch 72 Prozent der Befragten mit dem Gesundheitssystem zufrieden waren, waren es 2024 nur mehr 48 Prozent (Spectra 2023). In Oberösterreich bewerten die AK-Mitglieder die Gesundheitsversorgung noch kritischer. Nur 47 Prozent der Befragten sind mit dem öö. Gesundheitssystem zufrieden (AK OÖ 2024a). Die Unzufriedenheit der Versicherten bezieht sich auf die Versorgungssituation, z. B. die Verfügbar- und Erreichbarkeit von Kassenärzt:innen¹, Wartezeiten im niedergelassenen und Operationsbereich² etc. Weiters gibt es Unzufriedenheit bei den Beschäftigten im Gesundheitssystem (Staflinger 2019), da die Arbeitsbedingungen sehr belastend sind und die Politik darauf zu wenig reagiert. Aktuell können sich nur 61,2 Prozent der Beschäftigten vorstellen, bis zum Regelpensionsalter im Beruf zu verweilen (Staflinger 2024).

*Demografische
Entwicklungen
und die Folgen
des Klimawandels
erhöhen die
Nachfrage nach
Gesundheits-
leistungen*

In der Zukunft erhöhen demografische Entwicklungen und die Folgen des Klimawandels (Schmidt & Spagl 2024) die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, was eine deutliche Zunahme an Gesundheitsausgaben bewirken wird. Die Gesundheitsreform und der Finanzausgleich 2023 haben versucht, darauf zu reagieren. Bis zum Jahr 2028 stellt der Bund jährlich zusätzlich rund 2 Milliarden Euro für Gesundheit und Pflege zur Verfügung (BMSGPK 2023). Während kurzfristig die Gesundheitsreform und der Finanzausgleich einen punktuellen Fortschritt für das Gesundheitssystem darstellen, gibt es zu wenig Diskussion über die Finanzierung des Gesundheitssystems angesichts der zukünftigen Herausforderungen. Hierzu will der

vorliegende Beitrag einen Anstoß liefern, indem folgenden Fragen nachgegangen wird:

1. Wie funktioniert die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems?
2. Welche Bedarfe und Herausforderungen gibt es in der Zukunft?
3. Welche Lösungsansätze können daraus abgeleitet werden?

Entsprechend diesen Leitfragen werden in Kapitel 2 die Ausgangssituation in Bezug auf Finanzierung und Versorgung beleuchtet sowie die Auswirkungen der Kassenfusion 2018 erläutert. Kapitel 3 skizziert zukünftige Finanzierungsbedarfe und Herausforderungen, bevor Kapitel 4 mögliche Lösungsansätze erörtert. Das Volumen von unterschiedlichen Finanzierungsoptionen wird teilweise mit Hilfe von EUROMOD Online geschätzt (EUROMOD Online 2024).

2. Ausgangssituation

2.1 Die aktuelle Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems

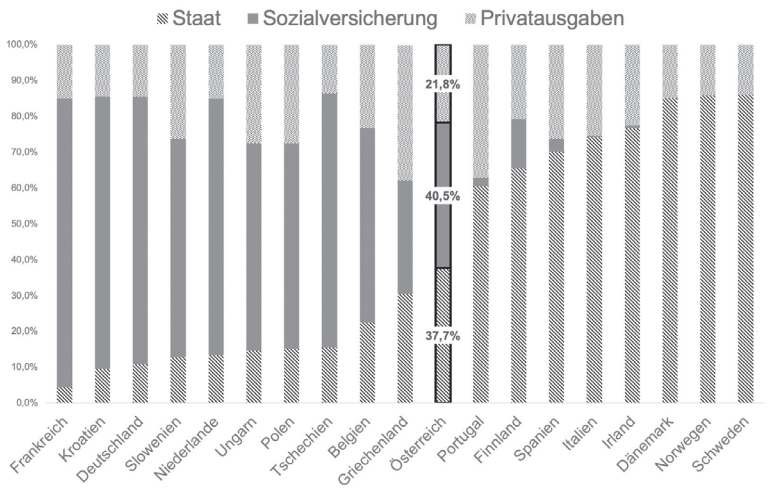
Österreich gibt vergleichsweise viel für das Gesundheitssystem aus. Bei den Pro-Kopf-Ausgaben befindet sich Österreich im Spitzenfeld hinter der Schweiz und Deutschland.³ Auffallend ist, dass die privaten Ausgaben eine vergleichsweise hohe Rolle spielen und über dem EU-Durchschnitt liegen. Bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf ist Österreich hingegen im oberen Mittelfeld. Werden Ausgaben für die Langzeitpflege exkludiert, ändert sich das Bild und Österreich liegt sowohl bei den privaten also auch bei den öffentlichen Ausgaben im Spitzenfeld (OECD 2023). Das heißt, dass Österreich im Vergleich weniger als andere Länder für die Langzeitpflege ausgibt. Im Jahr 2023 machten die laufenden Gesundheitsausgaben, inklusive privater Ausgaben und Langzeitpflege, 10,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aus (Statistik Austria 2024a).

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden in Österreich über staatliche Systeme, also zum Großteil über Steuern (Beveridge-Modell) und über Sozialversicherungssysteme (Bismarck-Modell), die von Sozialversicherungsbeiträgen gespeist werden, finanziert. Im internationalen Vergleich ist Österreich deshalb mittig zwischen diesen zwei Finanzierungssystemen angesiedelt. Rund 40 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben⁴ wurden 2021 über die

Das öffentliche Gesundheitssystem wird über Steuern und Sozialversicherungsbeiträge finanziert

Sozialversicherung (SV), knappe 38 Prozent über Steuern und ungefähr 22 Prozent über private Zahlungen finanziert. Die Finanzierung der Langzeitpflege ist in der Abbildung 1 inkludiert. Sie macht knappe 10 Prozentpunkte der Steuern und knapp über 3 Prozentpunkte der privaten Zahlungen aus. Ohne die Betrachtung der Langzeitpflege würde somit ein größerer Teil der Gesundheitsausgaben über die Sozialversicherung finanziert werden (OECD 2023).

Abbildung 1
Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben im Ländervergleich, 2021

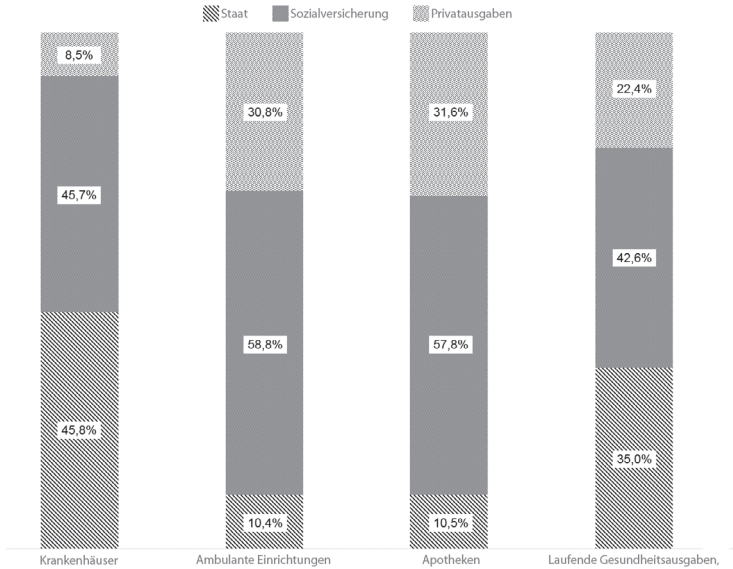


Quelle: OECD, Health Expenditure and Financing 2021, laufende Gesundheitsausgaben, eigene Berechnung; Anmerkung: Gesamte Gesundheitsausgaben inklusive Ausgaben für Langzeitpflege; unter der Rubrik Sozialversicherung sind sowohl Social Health Insurance Schemes als auch Compulsory Private Insurance Schemes enthalten. Letzteres ist für Österreich 0 und macht auch für die hier gezeigten Länder weniger als 1 % der Ausgaben aus.

Je nach Bereich des Gesundheitssystems sind Steuern, SV-Beiträge, aber auch private Ausgaben unterschiedlich relevant. Der Krankenhausbereich wird annähernd gleich von Steuern und SV-Beiträgen finanziert. Im niedergelassenen Bereich spielen SV-Beiträge und private Zahlungen die größte Rolle. Selbiges gilt für den pharmazeutischen Bereich. Private Zahlungen werden vor allem von Ausgaben für Zahnbehandlungen, Medikamente, aber auch für die Langzeitpflege sowie für Heilbehelfe getrieben (Bachner et al. 2019). Insgesamt wurden laufende Gesundheitsausgaben 2022 zu fast 43 Prozent aus SV-Beiträgen und zu rund 35 Prozent aus

Steuern finanziert. Die Abnahme des staatlichen Anteils ist – im Vergleich zu Abbildung 1 – auf das Auslaufen der Pandemie zurückzuführen. Das Verhältnis der verschiedenen Finanzierungssysteme über die Zeit ist relativ stabil. Die jährlichen Wachstumsraten liegen im Finanzierungssystem Staat von 2012 bis 2022 im Durchschnitt bei rund 6 Prozent, in der Sozialversicherung bei rund 4 Prozent und bei den Privatausgaben bei rund 3 Prozent. Werden die Pandemiejahre 2020 und 2021 ignoriert, läge auch das Ausgabenwachstum des Staates zwischen 2012 und 2022 bei 2,5 Prozent (Statistik Austria 2024b).

Abbildung 2
Ausgabenstruktur nach Gesundheitsbereichen, 2022



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA), eigene Berechnung; Anmerkung: Gesamte Gesundheitsausgaben inklusive Ausgaben für Langzeitpflege; unter Privatausgaben werden die Bereiche HF.2 und HF.3 subsumiert.

2.2 Die Baustellen der österreichischen Gesundheitsversorgung – ein Kurzaufsicht

Das österreichische Gesundheitssystem ist charakterisiert durch ein komplexes System an Player:innen. Bund, Länder und die Krankenkassen im Rahmen der Selbstverwaltung stellen die zentralen Weichenstellungen für die Gesundheitsversorgung in Österreich

*Gesundheitsbereich
ist zentraler
Wirtschaftsfaktor*

(siehe dazu Talos & Obinger 2020). Die Angebotslandschaft ist stark fragmentiert und variiert nach Versorgungsregionen. Relevante Entscheidungen für das österreichische Gesundheitssystem werden in der Zielsteuerung Gesundheit getroffen. Mit der Ende 2023 beschlossenen Gesundheitsreform inklusive dem zugehörigen Finanzausgleich wurden die Weichen bis 2028 gestellt, wie z. B. Sonderfinanzierungen für den Ausbau von zusätzlichen Kassenarztstellen und somit erstmals finanzielle Mittel im Rahmen des Finanzausgleichs für Agenden der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Der Gesundheitsbereich ist ein wichtiger Arbeitgeber und zentraler Wirtschaftsfaktor. Alleine im Krankenhausbereich arbeiten derzeit über 100.000 Menschen in Gesundheitsberufen. Demografische Entwicklungen – sowohl bei Menschen, die medizinische und pflegerische Leistungen in Anspruch nehmen, als auch hinsichtlich kommender Pensionierungswellen – tragen dazu bei, dass ein enormer Bedarf an Beschäftigten in Gesundheitsberufen entsteht. So zeigt sich z. B. für die Pflege, dass bis zum Jahr 2050 zusätzlich rund 70.000 Pflegepersonen (DGKP, PFA, PA)⁵ benötigt werden, alleine um den Versorgungsstand von 2019 (2019: 120.000 Pfleger:innen, 2050 190.700 Pfleger:innen) aufrechtzuerhalten⁶ (Juraszovich et al. 2023).

Aktuelle Studien und Erhebungen weisen auf Verbesserungsbedarfe bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten hin.⁷ Mit den mittlerweile drei Pflegereformen ab 2022 (BMSGPK 2024) wurden erste Versuche unternommen, die Pflege zu attraktivieren. Folgeaktivitäten fehlen ebenso wie die Ausdehnung auf weitere Gesundheitsberufe. Nicht zuletzt führt der Personalmangel mittlerweile zu Bettensperren und verschobenen Operationen in den Krankenhäusern. Im niedergelassenen Bereich ist ein Trend zur Verschiebung von Leistungen hin zu Wahlärzt:innen und eine Verdichtung bei den Kassenärzt:innen sichtbar. Zahlreiche Kassenarztstellen sind derzeit nicht besetzt, was die Versorgungssituation noch zuspitzen wird. Mit der durch die Gesundheitsreform beschlossenen Veränderung bei der Abwicklung der Honorarabrechnungen soll es zumindest zu Erleichterungen für die Versicherten bei der Teilrefundierung der Arztkosten kommen. Konkrete weitere Verbesserungen fehlen jedoch nach wie vor.

2.3 Die ÖGK-Kassenfusion

Die beschriebenen Herausforderungen sind in weitreichende institutionelle Veränderungen in der Krankenversicherung seit der Kassenfusion 2018 eingebettet. Die Krankenversicherung ist in Österreich traditionell eine beitragsfinanzierte Pflichtversicherung.⁸ Die Kassenzugehörigkeit der Versicherten richtet sich nach dem Berufsstand (selbständig oder unselbständig beschäftigt), und die Selbstverwaltung entspricht dem Verständnis, dass jene Personengruppen die Versicherungsbeiträge verwalten, die davon unmittelbar betroffen sind. An diesem Verständnis hat bereits die erste Schwarz-blaue Regierung gerüttelt, indem sie die Dienstgebervertreter:innen auf der Ebene des Hauptverbandes der Sozialversicherung aufgewertet haben (Vertretungsparität). Die Regierung Kurz/Strache ging hier weiter und vollzog radikale Eingriffe in die Sozialversicherung. Ohne vorausgehende Verhandlungen erfolgte im Dezember 2018 im Nationalrat der Beschluss über die Kassenfusionierung und für eine Zentralisierung der Krankenversicherung. Die neun regionalen Gebietskrankenkassen (GKK) wurden durch eine zentralisierte Institution – die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) – ersetzt, die für unselbständig Beschäftigte und deren Angehörige zuständig ist. Darüber hinaus entstand noch die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau. Mit diesen institutionellen Veränderungen kam es zu einer Machtverschiebung in der Selbstverwaltung. Ursprünglich waren die Gremien der GKK mit 80 Prozent Dienstnehmervertreter:innen und 20 Prozent Dienstgeber:innen besetzt. Anstelle der Mehrheit der Dienstnehmervertreter:innen im Vorstand und in der Generalversammlung der Krankenkassen kam es zu einer formalen Parität zwischen Dienstnehmervertreter:innen und Dienstgebervertreter:innen (Talos & Obinger 2020). Diese Veränderung erscheint als besonders radikaler Einschnitt in die österreichische Krankenversicherung, da es seit ihrer Einführung in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung immer eine Mehrheit der Dienstnehmervertreter:innen gab: „Die Mehrheit der Arbeitnehmervertreter:innen in der Krankenversicherung wurde selbst im Austrofaschismus nur reduziert (von 4:1 auf 2:1), nicht jedoch abgeschafft. Dies schafft erst die Regierung Kurz/Strache“ (Talos 2019).

Die Mehrheit der Arbeitnehmervertreter:innen in der Krankenversicherung wurde selbst im Austrofaschismus nur reduziert, nicht jedoch abgeschafft

„Patienten-
milliarde“ war
Marketinggag

Die Schwarz-blaue Regierung argumentierte für diese Strukturreform mit Einsparungen in der Höhe von einer Milliarde Euro bis 2023 und verkaufte diese als „Patientenmilliarde“. Die erwarteten Fusionsaufwendungen wurden vom Sozialministerium mit 14,7 Millionen Euro geschätzt (Hofmarcher-Holzhacker 2019). Die Prüfung des Rechnungshofs (2022) ergab, dass gegenüber dem Basisszenario ohne Fusion Mehrkosten von 214,95 Millionen Euro im Zeitraum 2020 bis 2023 entstanden sind. Die Rechnungshof konnte die angekündigten Einsparungen von einer Milliarde nicht feststellen und kritisiert, dass diese von Beginn an nicht schlüssig waren. Politisch hat die zuständige Ministerin Hartinger-Klein diese Kritik eingestanden, indem sie die „Patientenmilliarde“ im U-Ausschuss als „Marketinggag“ bezeichnete (ORF 2024). Ebenso kritisiert der Rechnungshof hohe Beratungskosten mit zweifelhaften Vergabepraktiken. Zusätzlich wurden vom Rechnungshof die Aussagen im Regierungsprogramm 2017–2022 und im Ministerratsvortrag vom Mai 2018, jedes Land könne seine vor der Fusion vorhandenen Rücklagen behalten, kritisiert, da diese in der Umsetzung unklar blieben. Am 31.12.2018 verfügten alle Gebietskrankenkassen über allgemeine Rücklagen in Summe von 589.645.157,47 Euro. Oberösterreich verfügte mit 315.866.359,71 Euro über die höchsten Rücklagen. Darüber hinaus brachten die Gebietskrankenkassen – die GKK OÖ verfügte z. B. über 200 Millionen Euro Leistungssicherungsrücklagen – noch weitere Vermögenswerte in die ÖGK ein.

Tabelle 1
Allgemeine Rücklagen der Gebietskrankenkassen per 31.12.2018

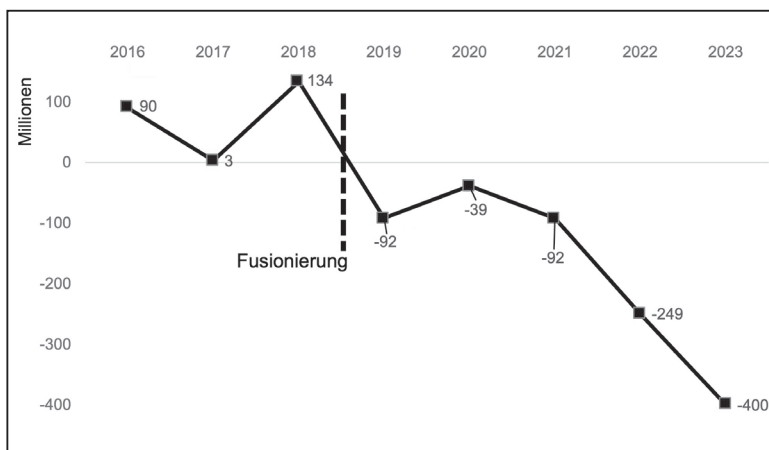
Gebietskrankenkasse	Allgemeine Rücklagen
Burgenland	5.726.536
Kärnten	4.608.626
Niederösterreich	–
Oberösterreich	315.866.360
Salzburg	176.644.505
Steiermark	62.101.292
Tirol	24.697.838
Vorarlberg	–
Summe	589.645.157

Ob seit der Kassenfusion auf diese Rücklagen zugegriffen wurde und wie viel davon noch verfügbar ist, ist nach wie vor unklar (Rechnungshof 2022). Somit ist zweifelhaft, ob die Rücklagen der jeweiligen GKK für die Zielsteuerung im jeweiligen Land verwendet wurden oder verwendet werden können und ob es eine länderweite Budgetautonomie seit der Kassenfusion gibt. Diese Problematik verschärft sich mit der Gesetzesänderung vom 15.12.2023 sowie dem dabei eingebrachten Abänderungsantrag zu § 443 ASVG (1). Durch den Antrag ist die ÖGK nicht mehr verpflichtet, je Bundesland Gebärungsvorschaurechnungen zu erstellen. Diese erfolgen nur mehr auf gesamter Bundesebene. Damit wird die Entwicklung der allgemeinen Rücklagen je Bundesland noch undurchsichtiger.

Seit der Kassenfusion hat sich darüber hinaus die finanzielle Situation der ÖGK kontinuierlich verschlechtert. Während es vor 2019 positive Bilanzergebnisse gab, fallen diese seit der Kassenfusion negativ aus. So war die ÖGK-Bilanz im Jahr 2022 mit 249,4 Millionen Euro und im Jahr 2023 rund 400 Millionen Euro im Minus.

Abbildung 3

Gebärungsergebnis der ÖGK in Millionen Euro



Quelle: Jahre 2016 bis 2022: Statistisches Handbuch SV 2023, Jahr 2023: Jahresbericht ÖGK 2023; eigene Darstellung

Neben der negativen finanziellen Entwicklung stellt sich natürlich die Frage, ob sich die Versorgungssituation seit der Kassenfusion wie befürchtet verschlechtert hat (Hofmarcher-Holzhacker 2019). An dieser Stelle kann dies nicht ausreichend beantwortet werden.

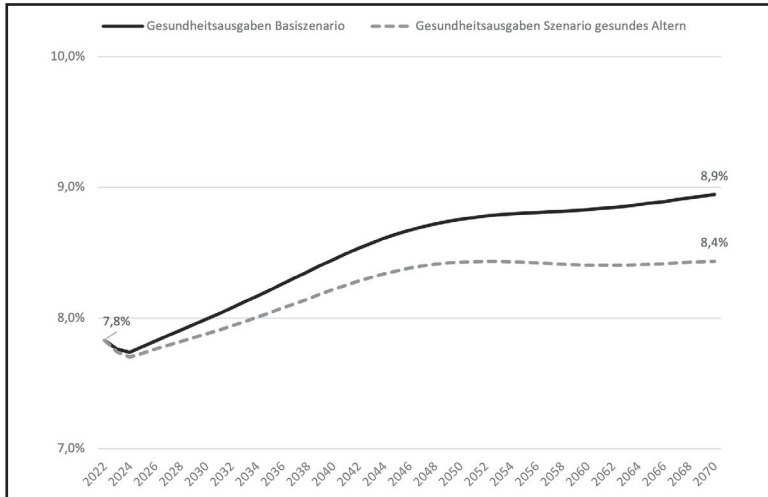
Hinweise dafür gibt es, wie einleitend erwähnt, da die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem sinkt. Im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Kassenfusion scheint es, dass die Anzahl der Kassenärzt:innen rückläufig ist und die Anzahl der Wahlärzt:innen zunimmt (Kronenzeitung 2024). Inwieweit diese Entwicklungen auf das neue Machtverhältnis und die Parität zwischen Dienstnehmervertreter:innen und Dienstgeber:innen in den Gremien der ÖGK zurückzuführen sind, kann nur bedingt gezeigt werden, da die Beschlüsse der ÖGK-Landesstellen öffentlich nicht zugänglich sind. Anders ist dies beim Verwaltungsrat gemäß § 437 ASVG. Ein Beispiel hierfür ist, dass am 13.06.2023 die Dienstnehmer:innen-Seite einen Antrag auf 800 zusätzliche Kassenstellen bis 2030 im Verwaltungsrat eingebracht hat. Die Dienstgeber:innen-Seite hat gegen die Aufnahme dieses Antrages gestimmt und somit ist der Antrag auch nicht auf die Tagesordnung des Verwaltungsrates gekommen. Dieses Beispiel veranschaulicht, wie schwierig Gremienarbeit bei einer Parität zwischen politischen Akteur:innen sein kann, die aufgrund ihrer Interessenpolitik naturgemäß unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen.

3. Zukünftige Bedarfe

3.1 Finanzierungsbedarfe laut internationalen Studien

Durch verbesserte Gesundheit können steigende Gesundheitsausgaben gedämpft werden

Die Ausgaben für das Gesundheitssystem werden steigen. Der demografische Wandel ist dabei ein Erklärungsfaktor. Steigt die Lebenserwartung, steigt auch der Zeitraum, in dem Leistungen aus dem Gesundheitssektor in Anspruch genommen werden können. Zusätzlich können Innovationen dafür sorgen, dass das Leben verlängert wird, der Gesundheitszustand sich dadurch aber nicht wesentlich verbessert und daher wiederum mehr Leistungen konsumiert werden (European Commission 2024). Durch eine verbesserte Gesundheit kann diesem Trend aber entgegenwirkt werden, wie eine Projektion des Ageing Reports zeigt. Während im Basisszenario die Ausgaben bis 2070 um rund 1,1 Prozentpunkte auf 8,9 Prozent des BIP steigen, können sie im Szenario mit verbesserter Gesundheit um 0,5 Prozentpunkte reduziert werden (European Commission 2024).

Abbildung 4*Prognose der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP*

Quelle: Ageing Report 2024, eigene Darstellung; Anmerkung: Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege; das Szenario „gesundes Altern“ geht davon aus, dass steigende Lebenserwartung in guter Gesundheit verbracht wird; Achse beginnt bei 7 %.

Dass die Ausgaben auch im Szenario mit der verbesserten Gesundheit steigen, liegt daran, dass der eigentliche Kostentreiber medizinische Innovationen sind. Dies liegt einerseits daran, dass Innovationen neue Behandlungsfelder erschließen – der Gesundheitssektor expandiert quasi. Andererseits führen effizientere Technologien, die andere ersetzen, trotz geringerer Stückkosten zu einer gesteigerten Inanspruchnahme und deshalb zu steigenden Kosten (European Commission 2024). Für Österreich soll dieser Anteil zwischen 1980 und 2009 laut Willemé und Dumont (2015) bei rund 43 Prozent liegen.

Ähnlich zum Ageing Report gibt das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) eine Ausgabensteigerung der Gesundheitsausgaben von 7 Prozent des BIP im Jahr 2022 auf 8,5 Prozent Jahr 2060 an (Schiman-Vukan 2022). Der Wert liegt für 2060 um 0,3 Prozentpunkte unter jenem des Ageing Reports. Die OECD stellt, im Gegensatz zum Ageing Report und dem WIFO, auch private Gesundheitsausgaben dar. Für 2015 wurden gesamte Gesundheitsausgaben von 10,3 Prozent des BIP berechnet. In mehreren prognostizierten Szenarien steigen die Kosten bis 2030 im günstigsten Fall auf 11 Prozent und im Fall mit den höchsten Kosten auf 12,2 Prozent des BIP. Dabei sind Kosten für die Langzeitpflege miteingerechnet (Lorenzoni et al. 2019).

*Ausgaben-
obergrenze
ignoriert reale
Bedarfe*

Die prognostizierten Ausgabensteigerungen treffen in Österreich auf eine 2013 beschlossene und 2017 überarbeitete Ausgabenobergrenze für öffentliche Gesundheitsausgaben. Dadurch sollen öffentliche Ausgaben für Gesundheit das jährliche Wachstum des BIP nicht übersteigen. Hofmarcher-Holzhacker et al. (2019) kritisieren, dass durch diese Regelung reale Bedarfe ignoriert werden. Bleibt die Ausgabenobergrenze bestehen, werden dem Gesundheitswesen Ressourcen entzogen. 2035 könnten 20 Prozent an benötigten Mitteln bzw. 5,6 Milliarden Euro fehlen. Kumuliert würden sich von 2024 bis 2035 über 39 Milliarden Euro ergeben (Hofmarcher-Holzhacker et al. 2019).

3.2 Zukünftige Bedarfe aufgrund klimatischer Veränderungen

*Gesundheitliche
Ungleichheit
kann sich durch
Klimawandel
verschärfen*

Das umfassende Projekt COIN (Cost of Inaction – Assessing Costs of Climate Change for Austria) (Haas et al. 2014) hat bereits im Jahr 2014 auf die weitreichenden Folgen der Klimakrise für die Gesundheit der Menschen und somit das Gesundheitssystem in Österreich aufmerksam gemacht. Evaluiert wurden unterschiedliche Klimaszenarien und diverse sozioökonomische Entwicklungen in Österreich bis zum Jahr 2066. Im schlechtesten Szenario mit starkem Klimawandel werden zwischen 2016 und 2045 jährlich bis zu 1.200 Hitzetote erwartet – zwischen 2036 und 2065 bis zu 3.000. Die Anzahl an Hitzetoten ist dabei aber nur die Spitze des Eisberges. Hitzeperioden belasten zusätzlich den Rettungsdienst, den niedergelassenen Bereich und die Spitäler. Schlechte thermische Sanierung oder mangelnde Klimatisierung von Spitalsgebäuden führt zu weiteren Problemlagen. Die prognostizierten Hitzeperioden stellen nicht nur Risiken für die Patient:innen dar, sondern sind auch zusätzliche Arbeitsbelastungen für das Pflege- und medizinische Personal. Zu ähnlichen Erkenntnissen kommt das Austrian Panel on Climate Change (APCC) mit dem Special Report zu Gesundheit, Demografie und Klimawandel (Haas et al. 2018). Neben einer erhöhten Sterblichkeit aufgrund des Klimawandels verweist der Report auf vermehrte Infektionskrankheiten, Allergien und psychische Probleme. Haas et al. (2018) verdeutlichen, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker betroffen und vulnerabler sind. Dazu zählen ältere Menschen, Kinder, Menschen mit Behinderung, chronisch kranke Menschen, Menschen mit Migrationserfahrung und Personen mit niedrigem Einkommen, die oft nur eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsangeboten haben. Besonders die Kombination aus

alternder Bevölkerung und Klimakrise könnte starke Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben. Grund dafür ist, dass ältere Menschen aufgrund von bestehenden Vorbelastungen anfälliger für Folgen der Erderhitzung sind und gleichzeitig über weniger finanzielle Ressourcen, aber auch Resilienz verfügen, um sich auf plötzliche Veränderungen einzustellen (Haq 2017). Anzunehmen ist weiters, dass sich bestehende gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesellschaft durch den Klimawandel weiter verstärken werden (Schinko 2024). Ziel muss es daher sein, ein klimaresilientes Gesundheitssystem (Schmidt & Spagl 2024) zu etablieren, das Anpassungsmaßnahmen setzt, die trotz klimawandelbedingter Extremwetterereignisse und Gesundheitsfolgen in der Lage sind, den Versorgungsauftrag weiterhin aufrechtzuhalten bzw. die Versorgung sogar auszubauen. Dabei entscheidend werden die Personalausstattung und die Finanzierung im Gesundheitssystem sein (Schmidt et al. 2024).

4. Lösungsansätze

Es wurde dargelegt, dass die zukünftigen Bedarfe in der Gesundheitsversorgung enorm sind. Die Gesundheitsversorgung ist in Österreich eine gemeinschaftliche, sozialstaatliche Leistung. Ausgabensteigerungen in diesem Bereich bedeuten einen höheren Wohlstand, weil diese eine gute Versorgung von alten und kranken Menschen widerspiegeln (Marterbauer 2024). Investitionen in das Gesundheitssystem sind aber auch ein entscheidender Faktor für zukünftiges Wirtschaftswachstum (Hofmarcher-Holzhacker 2023a). Es braucht jedoch den politischen Willen, diese gemeinschaftlichen Leistungen zu finanzieren. Für mehr Einnahmen im Gesundheitssystem gibt es mehrere Strategien. Das bestehende System würde es erlauben, die Finanzierung des Gesundheitssystems sowohl stärker in Richtung Sozialversicherungsbeiträge als auch in Richtung Steuerfinanzierung zu orientieren. In Tabelle 2 geben wir einen Überblick über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungsformen des Gesundheitswesens.

Tabelle 2
Überblick Finanzierungsformen

Finanzierungsform	Kurzbeschreibung	Einschätzung
Komplette Finanzierung durch Steuermittel (Beveridge-Modell)	• Gesamtgesellschaftliche Beteiligung durch Steuerfinanzierung • Sektorenübergreifend	+ Vereinfachung der Zahlungsströme + Einheitliche Angebotspalette, Finanzierung und Abrechnung - Schwächung/Zerschlagung der Selbstverwaltung - Gefahr, dass Leistungen vom aktuellen politischen Willen abhängen und jederzeit gekürzt werden können
Komplette Finanzierung durch SV-Beiträge (Bismarck-Modell)	• Umfassende Pflichtversicherung, beitragsfinanziert, öffentliche oder gemeinnützige Versicherungsträger	+ Solidarische Finanzierung von Betroffenen durch Versichertengemeinschaft + Stärkung der Selbstverwaltung und Gesundheitsangebote entsprechend den Bedarfen der Versicherten - Derzeitige Machtverhältnisse richten sich gegen die Interessen der Arbeitnehmer:innen - Derzeit wenig Bereitschaft für mehr Sozialversicherungsbeiträge/Lohnnebenkosten
Mischform Beveridge-Bismarck	• Finanzierung sowohl über Steuern als auch über Sozialversicherungsbeiträge	+ Fokus der Sozialversicherung darauf, welche Leistungen sie tatsächlich bezahlen will + Das Beste aus beiden Finanzierungsquellen + Selbstverwaltung und Gesundheitsangebote entsprechend den Bedarfen der Versicherten - Höhere Abstimmungsbedarfe/Bürokratie - Ineffizienzen

Quelle: Eigene Darstellung.

Wie in Tabelle 2 beschrieben, bergen radikale Änderungen in Richtung reines Beveridge- oder Bismarck-Modell weitreichende Risiken in sich. Wir plädieren daher für eine Beibehaltung der bestehenden Mischform aus Steuerfinanzierung und Sozialversicherungsbeiträgen, schlagen jedoch Maßnahmen für mehr Einnahmen bei beiden Finanzierungsquellen vor.

Der erste und naheliegendste Vorschlag im Bereich der Sozialversicherungsbeiträge wäre, den Krankenversicherungsbeitrag (KV-Beitrag) zu erhöhen. Hofmarcher-Holzhacker (2023) schlägt in einem Kommentar im Standard vor, den KV-Beitragsatz von 7,65 auf 8,21 Prozent anzuheben. Dies würde laut ihr zu zusätzlichen Einnahmen von rund 2,1 Milliarden Euro pro Jahr in der sozialen Krankenversicherung führen. Laut EUROMOD-Berechnung würde die Erhöhung, je nachdem ob sie gleichermaßen auf Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen aufgeteilt oder nur von Letzteren getragen wird, zwischen rund 656 und 796 Millionen Euro Mehreinnahmen⁹ bedeuten. Diese Mittel müssten verpflichtend mit Gesundheitszielen für den Ausbau der Kassenversorgung verwendet werden. Die Erhöhung des KV-Beitrags würde unkompliziert für große zusätzliche Einnahmen führen, aber gleichzeitig auch eine stärkere Belastung des Faktors Arbeit bedeuten.

Krankenversicherungsbeitrag erhöhen

Der zweite Vorschlag betrifft den KV-Beitrag von Arbeitslosen. Die KV-Beiträge von Arbeitslosengeldbezieher:innen wurden in der Vergangenheit gekürzt. So galt im Arbeitslosenversicherungsgesetz (ALVG) 1977 noch der KV-Beitrag während der Arbeitslosigkeit in ähnlicher Höhe wie in einem aufrechten Dienstverhältnis. Als Beitragsgrundlage galt damals nach ALVG (1977) § 42 (2) der doppelte Beitrag der bezogenen Leistung. Wo es früher die doppelte Beitragsgrundlage war, sind es derzeit nach ALVG (1977) § 42 (5) nur 7,65 Prozent des „normalen“ Arbeitslosengeldes, also ohne doppelte Beitragsgrundlage. Steigende Arbeitslosigkeit bedeutet im aktuellen Regelwerk somit eine Doppelbelastung für die Krankenversicherung. Es ist bekannt (Bacher & Tamesberger 2020), dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko aufweisen und die Arbeitslosigkeit an sich – zumindest, wenn sie länger andauert – mit negativen Folgen für die Gesundheit einhergeht. Dies bedeutet für die Krankenversicherung höhere Ausgaben bei höherer Arbeitslosigkeit. Aus diesem Grund schlagen wir wie ursprünglich vorgesehen

Krankenversicherungsbeitrag von Arbeitslosen erhöhen

7,65 Prozent KV-Beitrag vom doppelten Arbeitslosengeld vor. Dies würde ungefähr eine Verdoppelung der Einnahmen bedeuten und Mehreinnahmen von ca. 290 Millionen Euro pro Jahr generieren (AMS Österreich 2023). Dieser Vorschlag würde zwar nicht das Arbeitslosengeld der Arbeitssuchenden reduzieren, aber das Budget des Arbeitsmarktservice (AMS) belasten. Angesichts der permanenten und aktuellen Kürzungen des AMS-Budgets durch den Arbeitsminister könnte dies zu weiteren Spannungen im Bereich führen.

*Rücknahme
der Beitrags-
kürzungen in der
Unfallversicherung*

Der dritte Vorschlag bezieht sich auf die Rücknahme der Beitragskürzungen in der Unfallversicherung. Die Unfallversicherung wird über einen Dienstgeber:innenbeitrag finanziert. Dieser Beitrag wurde seit 2014 mehrmals von 1,4 Prozent auf 1,1 Prozent gekürzt. Eine Rücknahme der Kürzungen würde pro Jahr über 400 Millionen Euro bedeuten. Diese Summe und eine Rücknahme der Kürzungen ist auch für die Krankenversicherung relevant. Denn für Unfallopfer, die in Allgemeinen Krankenhäusern behandelt werden, überweist die Unfallversicherung jährlich einen Betrag an die Krankenversicherung (§ 319a ASVG). Entsprach dieser Betrag früher noch eher den echten Kosten, wurde der Betrag gekürzt und eine automatische Valorisierung abgeschafft. Dadurch sollte das durch die Beitragskürzungen entstandene Loch in der Unfallversicherung gemindert werden. Für die Krankenversicherung bedeutet dies jedoch allein 2023 ein Lücke von mindestens 200 Millionen Euro (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2018).

*Kranken-
versicherungs-
Beitragsrückstände
von Unternehmen
minimieren*

Der vierte Vorschlag bezieht sich auf Beitragsrückstände von Unternehmen in der Krankenversicherung. Laut der Beantwortung parlamentarischer Anfragen belaufen sich die KV-Beitragsrückstände der Unternehmen auf mehrere Hundert Millionen Euro pro Jahr (AK Wien 2013). Es sollten daher Maßnahmen wie eine Erhöhung des Personalstandes zur Beitragsprüfung getroffen werden, um dieses Einnahmenproblem der Krankenversicherung zu minimieren.

*Stärkere Steuer-
finanzierung
der Krankenver-
sicherung der
Pensionist:innen*

Der fünfte Vorschlag bezieht sich auf die Krankenversicherung der Pensionist:innen. Pensionsbezieher:innen zahlen einen Krankenversicherungsbeitrag von 5,1 Prozent. Die realen Kosten können durch diesen Beitrag in der Krankenversicherung aber nicht gedeckt werden. Deshalb schießt der Staat Geld über sogenannte Hebesätze zu. Dadurch werden die Krankenversicherungsbeiträge der Pensionist:innen erhöht. Diese Hebesätze gestalten sich aber nach Pensions- und

Krankenversicherungsträger sehr unterschiedlich. So werden die Beitragseinnahmen von den meisten Arbeitnehmer:innen um 178 Prozent erhöht, während jene der Selbständigen um 196 Prozent und jene der Bäuerinnen und Bauern um 387 Prozent erhöht werden. Würden auch die Beiträge der Arbeitnehmer:innen um 387 Prozent erhöht werden, würde das Mehreinnahmen für die ÖGK von ungefähr 4 Milliarden Euro bedeuten. Eine Erhöhung um 200 Prozent würde immerhin zu Mehreinnahmen von ungefähr 430 Millionen Euro im Vergleich zum Status quo führen. Diese grob geschätzten Werte sollen verdeutlichen, dass eine Veränderung der Hebesätze immense Effekte zur Folge hätte. Eine stärkere Steuerfinanzierung der Krankenversicherung der Pensionist:innen könnte ein gangbarer Weg sein. Zumal der demografische und klimabedingte Wandel den Aufwand für Pensionist:innen in der Krankenversicherung steigen lässt. Gleichzeitig könnten bestehende Ungerechtigkeiten, die durch unterschiedlich hohe Hebesätze entstehen, reduziert werden.

Der sechste Vorschlag bezieht sich auf ein strukturelles Problem, da die Sozialversicherung österreichweit ca. 46 Prozent der Krankenanstaltsfinanzierung bezahlt; die Länder rund 33 Prozent, die Gemeinden rund 7 Prozent und der Bund rund 5 Prozent. Obwohl die Sozialversicherung am meisten einzahlt, ist ihre Mitsprache auf der Führungsebene der Krankenanstalten der Länder nur sehr beschränkt. Da den Bundesländern die Entscheidungskompetenz sehr wichtig ist, sollten sich die Zahlungsströme entsprechend anpassen und die Bundesländer sollten sich bei der Finanzierung der Krankenanstalten stärker beteiligen. Würde man beispielsweise den SV-Beitrag an die Spitäler auf 40 Prozent reduzieren – also eine Reduktion um durchschnittlich 6 Prozent –, wären dies rund 520 Millionen Euro weniger Ausgaben in der Sozialversicherung.

Stärkere Einbindung der Länder bei der Krankenanstaltsfinanzierung

Egal in welcher Form – es wird zukünftig mehr Einnahmen im Gesundheitssystem brauchen. Dabei muss über eine stärkere Steuerfinanzierung nachgedacht werden. Ob es zusätzliches Geld gibt, ist dabei eine Frage des politischen Willens. Neben Einnahmesteigerungen müssen auch Maßnahmen zur Effizienzsteigerung, die weder zulasten der Patient:innen noch der Beschäftigten gehen, angedacht werden (Bachner et al. 2019; Landesrechnungshof OÖ 2023).

5. Fazit

Im vorliegenden Artikel sind wir den Fragen nachgegangen, wie die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems funktioniert, welche Bedarfe es in der Zukunft und welche Lösungsansätze es hierfür gibt.

Das österreichische Gesundheitssystem ist hoch entwickelt und trägt mit einem hohen sozialstaatlichen Ausgabenvolumen zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung bei. Österreich finanziert sein Gesundheitssystem in einer komplexen Struktur einerseits aus Sozialversicherungsbeiträgen sowie Steuern und andererseits zwischen Bund, Ländern und Gemeinden. Die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung entsprach vor der Kassenfusion dem Verständnis, dass jene Personengruppen die Versicherungsbeiträge verwalten, die davon unmittelbar betroffen sind. Die Regierung Kurz/Strache vollzog mit der Kassenfusion einen radikalen Paradigmenwechsel, der zu einer Parität zwischen Dienstnehmer- und Dienstgebervertreter:innen und Mehrkosten für die ÖGK statt zu einer „Patientenmilliarde“ für die Versicherten führte. Versorgungsfortschritte sind durch diese neue Struktur nur schwer möglich.

Die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen sind groß. Sie reichen vom enormen Bedarf an Beschäftigten in den Gesundheitsberufen aufgrund der demografischen Entwicklungen und der Verbesserungsbedarfe bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten über höhere Gesundheitsausgaben aufgrund neuer Technologien bis hin zu den negativen Folgen des Klimawandels auf die Gesundheit. Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsleistungen (ohne Langzeitpflege) steigern sich von 7,8 Prozent des BIP im Jahr 2022 auf rund 8,9 Prozent im Jahr 2060 (European Commission 2024). Diese Kostensteigerungen beziehen sich zum Großteil auf demografische Effekte und neue Technologien. Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Anpassungen des Gesundheitssystems an den Klimawandel würden weitere Investitionen notwendig machen.

Um diese Herausforderungen zu antizipieren, wäre es zunächst notwendig, die gelähmte zentralisierte Struktur seit der Kassenfusion in der ÖGK wieder umzukehren und zu gewährleisten, dass in der Selbstverwaltung jene Personengruppen die Versicherungsbeiträge verwalten, die davon unmittelbar betroffen sind – also Vertreter:innen der Dienstnehmer:innen.

Darüber hinaus wird es mehr Einnahmen in der Krankenversicherung – finanziert durch mehr Sozialstaatsbeiträge, im Sinne von Lohnnebenkosten, und durch eine vermehrte Steuerfinanzierung – brauchen. Im vorliegenden Artikel diskutieren wir mehrere Szenarien, die unterschiedliche Vor- und Nachteile in sich bergen. So würde z. B. ein höherer Krankenversicherungsbeitrag schnell und unkompliziert zu Mehreinnahmen von mehreren Milliarden Euro pro Jahr führen, aber den Faktor Arbeit zusätzlich belasten. Inhaltlich sinnvoll erscheint, wie ursprünglich vorgesehen den KV-Beitrag bei arbeitslosen Menschen wieder vom doppelten Arbeitslosengeld zu berechnen. Dieser Vorschlag würde das AMS-Budget belasten und müsste entsprechend berücksichtigt werden, damit die Leistungen beim AMS nicht reduziert werden. Wichtig erscheint ebenfalls, die massiven Kürzungen der Unfallversicherungsbeiträge zurückzunehmen, da diese zu Belastungen der Krankenversicherung führen. Weiters sollten Maßnahmen wie eine Erhöhung des Personaleinsatzes zur Beitragsprüfung ergriffen werden, um die Beitragsrückstände von Unternehmen zu minimieren.

*Neben mehr Einnahmen in
der Sozialversicherung wird es
angesichts der Herausforderungen
auch mehr Steuereinnahmen fürs
Gesundheitssystem brauchen*

Neben mehr Einnahmen in der Sozialversicherung wird es angesichts der Herausforderungen auch mehr Steuereinnahmen fürs Gesundheitssystem brauchen. Hierbei sind vor allem die Länder gefordert, einen höheren Beitrag zur Spitalsfinanzierung zu leisten, da diese hier die zentrale Entscheidungskompetenz haben. Die Budgetmittel sollten an die Entscheidungskompetenz geknüpft werden, um eine effiziente Verwendung zu gewährleisten. Zusätzlich ist eine stärkere Steuerfinanzierung der Krankenversicherung der Pensionist:innen anzudenken.

Die hier andiskutierten Vorschläge könnten einen Beitrag dazu leisten, die zukünftigen Finanzierungs Herausforderungen in Angriff zu nehmen. Sie orientieren sich an einem sozialstaatlichen Verständnis, wonach die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe ist. Private Zahlungen erscheinen unserer Meinung nach als nicht zielführend, da dabei Gesundheitsleistungen von der Zahlungsfähigkeit der Betroffenen und nicht vom medizinischen Bedarf abhängen. Stärkere private Zahlungen erhöhen daher die gesundheitliche Ungleichheit (Schmadlbauer 2005), was keine gesellschaftlich wünschenswerte Entwicklung wäre.

Anmerkungen:

- 1 Siehe dazu die Anfragebeantwortung zum Mangel an Kassenärzt:innen (BMSGP 2024).
- 2 Siehe dazu z. B. die Anfragebeantwortung zu Wartezeiten auf Operationen in den oberösterreichischen Krankenhäusern (Haberlander 2023).
- 3 Betrachtet wurden Ausgaben in Euro pro Person zu fixierten Preisen 2015 und bereinigt um Kaufkraftunterschiede.
- 4 Unter laufenden Gesundheitsausgaben werden Gesundheitsausgaben abzüglich Investitionen verstanden.
- 5 Die Pflegeberufe sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt (GuGK): Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (dreijährige Ausbildung mittlerweile meist an Fachhochschulen), Pflegefachassistenz (zweijährige Ausbildung), Pflegeassistent (einjährige Ausbildung).
- 6 Für eine Beschreibung der ausgewählten Versorgungsbereiche inkl. Berufsgruppen und Limitationen siehe die aktualisierte Prognose zum Pflegepersonalbedarf der GÖG (Juraszovich et al. 2023).
- 7 Siehe z.B. Gesundheit Österreich (o. A.), Staflinger (2019), Staflinger (2024), ÄK Wien (2023).
- 8 Für eine historische Einordnung siehe Fuchs et al. 2019.
- 9 Dabei wird angenommen, dass eine Erhöhung der Arbeitnehmer:innen-Beiträge die Bemessungsgrundlage für die Lohnsteuer senkt und deshalb ein Teil der Mehreinnahmen in der Krankenversicherung von Mindereinnahmen bei der Lohnsteuer gedämpft wird.

Literaturverzeichnis:

- » AK OÖ (2024a): Medizinische Versorgungssicherheit in Oberösterreich. Sonderauswertung IFES 2023. Summary. https://ooe.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/sozialesundgesundheit/gesundheit/WSG_2024_Medizinische-Versorgungssicherheit-in-OOE.pdf [abgerufen am 14.05.2024].
- » AK OÖ (2024b): Warum uns die Reichen teuer zu stehen kommen (Fakten zur Verteilung von Vermögen und Steuern in Österreich). https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/steuerundeinkommen/WSG_2024_B_Warum-uns-die-Reichen-teuer-zu-stehen-kommen.pdf [abgerufen am 15.07.2024].
- » AK OÖ (2024c): Presseaussendung: AK-Präsident Stangl: „Senkungen der Körperschaftssteuer 2023 und 2024 müssen zurückgenommen werden!“ <https://ooe.arbeiterkammer.at/service/presse/KOeST-Senkung-zuruecknehmen-Gerechtigkeit-schaffen.html> [abgerufen am 15.07.2024].
- » AK Wien (2013): Vollversammlung AK Wien: Abbau von Beitragsrückständen in der Sozialversicherung. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20130507_OTS0260/vollversammlung-ak-wien-abbau-von-beitragsrueckstaenden-in-der-sozialversicherung-7 [abgerufen am 14.05.2024].
- » ÄK Wien (2023): Ergebnisse der Spitalsärzt*innenumfrage 2023. <https://www.aekwien.at/spitalsumfrage> [abgerufen am 14.05.2024].
- » AMS Österreich (2023): AMS Österreich Geschäftsbericht 2022. <https://www.ams.at/organisation/geschaeftsberichte/geschaeftsberichte-oesterreich#ober-oesterreich> [abgerufen am 10.07.2024].

- » Bacher, Johann / Tamesberger, Dennis (2020): Langzeitarbeitslosigkeit: Politik muss rasch handeln. <https://www.awblog.at/Arbeit/langzeitarbeitslosigkeit-politik-muss-rasch-handeln> [abgerufen am 14.05.2024].
- » Bachner, Florian / Bobek, Julia / Habimana, Katharina / Ladurner, Joy / Lepuschutz, Lena / Ostermann, Herwig / Rainer, Lukas / Schmidt, Andrea E. / Zuba, Martin / Quentin, Wilma / Winkelmann, Julianne (2019): Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, in: *Gesundheitssysteme im Wandel* 20/3, S. 1–288.
- » Bachner, Florian / Carrato, Giorgio / Haindl, Anita (2023): *Monitoring der Finanzzielsteuerung. Kurzbericht: Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- » BMSGPK (2023): *Gesundheitsreform*. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsreform.html#:~:text=Im%20Finanzausgleich%202023%20steht%20die,f%C3%BC%20Gesundheit%20und%20Pflege%20bereit> [abgerufen am 29.4.2024].
- » BMSGPK (2024): *Pflegereform*. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegereform.html> [abgerufen am 14.05.2024].
- » EUROMOD Online (2024): *Tax-benefit microsimulation model for the European Union*, EUROMOD Online | EUROMOD - Tax-benefit microsimulation model for the European Union (europa.eu) [abgerufen am 02.07.2024].
- » European Commission (2024): *2024 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the EU Member States (2022-2070)*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- » Fuchs, Sabine / Schwanninger, Florian / Wegscheider, Angela (2019): *Von der Selbsthilfe zur OÖ. Gebietskrankenkasse. 150 Jahre Soziale Krankenversicherung*. Hrsg. v. Albert Mahringer und Andrea Wesenauer. Wien, Hamburg: New Academic Press.
- » Gebhardt, Nadja / van Bronswijk, Katharina / Bunz, Maxie / Müller, Tobias / Niessen, Pia / Nikendei, Christoph (2023): *Scoping Review zu Klimawandel und psychischer Gesundheit in Deutschland – Direkte und indirekte Auswirkungen, vulnerable Gruppen, Resilienzfaktoren*, in: *Journal of Health Monitoring* 8/3, S. 132–161, [online] https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11267/JHealthMonit_2023_S4_Psychische_Gesundheit_Sachstandsbericht_Klimawandel_Gesundheit.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- » Gesundheit Österreich (2024): *Pflegereporting. Startseite | Pflegereporting Österreich Pflegereform (sozialministerium.at)* [abgerufen am 14.05.2024].
- » Haas, Willi / Wiesz, Ulli / Maier, Philipp / Scholz, Fabian / Themeßl, Matthias / Wolf, Angelika / Kriechbaum, Michael / Pech, Michael (2014): *Klimawandel. Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit des Menschen*, in: *Climate Change Centre Austria Factsheet 6*, [online] https://ccca.ac.at/fileadmin/00_DokumenteHauptmenue/02_Klimawissen/FactSheets/6_gesundheit_v4_02112015.pdf [abgerufen am 14.05.2024].
- » Haas, Willi / Moshhammer, Hanns / Muttarak, Raya / Koland, Olivia (2018): *Österreichischer Special Report (ASR 18). Gesundheit, Demographie und*

Klimawandel – Zusammenfassung für Entscheidungstragende und Synthese.
Wien: Verlag der ÖAW.

- » *Haberlander, Christine (2023): Beantwortung der schriftlichen Anfrage der Abgeordneten Dritter Präsident Peter Binder und Klubobfrau Sabine Engleitner-Neu, MA, MA an LH-Stv.in Mag.a Christine Haberlander betreffend Wartezeiten in oberösterreichischen Krankenanstalten.* <https://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internetltgbeilagen/Beilage%2013206/2023%20-%20Schriftliche%20Anfrage%20-%20Beantwortung.pdf?id=19974&n=13206&j=2023#page=> [abgerufen am 14.05.2024].
- » *Haq, Gary (2017): Growing Old in a Changing Climate, in: Public Policy & Aging Report 27/1, S. 8–12, [online]* <https://doi.org/10.1093/ppar/prw027>.
- » *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018): 6/ SN-75/ME XXVI. GP – Stellungnahme zu Entwurf.* https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVI/SNME/2484/imfname_714111.pdf [abgerufen am 14.05.2024].
- » *Hertig, Elke / Hunger, Iris / Kaspar-Ott, Irena / Matzarakis, Andreas / Niemann, Hildegard / Schulte-Droesch, Lea / Voss, Maike (2023): Klimawandel und Public Health in Deutschland – Eine Einführung in den Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit 2023, in: Journal of Health Monitoring 8/3, S. 7–35.*
- » *Hofmarcher-Holzhacker, Maria (2019): Umbau der Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensieg für Schwarz-Blau, in: Talos, Emmerich (Hrsg.): Die Schwarz-Blaue Wende in Österreich. Eine Bilanz. Wien: LIT, S. 282–301.*
- » *Hofmarcher-Holzhacker, Maria (2023a): Finanzplanung Gesundheit & Pflege: Ein Blueprint für Kostenpfade mit GesundheitsPlus. FactSheet. Wien: Austrian Health Academy.*
- » *Hofmarcher-Holzhacker, Maria (2023b): Wie soll das Gesundheitssystem in Zukunft finanziert werden?, in: Der Standard, 15.11.2023, [online]* <https://www.derstandard.at/story/3000000195090/wie-soll-das-gesundheitssystem-in-zukunft-finanziert-werden> [abgerufen am 14.05.2024].
- » *Hofmarcher-Holzhacker, Maria / Singhuber, Christopher / Mosburger, Roswitha (2019): Wachstum der Gesundheitsausgaben. Braucht Nachhaltigkeit Budgetobergrenzen? Health System Intelligence Projektbericht. Wien.*
- » *Juraszovich, Brigitte / Rappold, Elisabeth / Gyimesi, Michael (2023): Pflegepersonalbedarfsprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich, [online]* https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3378/1/Pflegepersonalbedarfsprognose%20Update%20bis%202050_bf.pdf [abgerufen am 14.05.2024].
- » *Kronenzeitung (2024): Das Gesundheitssystem steht bereits am Kipppunkt, in: Kronenzeitung, 10.05.2024 [online]* <https://www.krone.at/3367917> [abgerufen am 14.05.2024].
- » *Landesrechnungshof OÖ (2023): Rechts- und Beratungsleistungen in der Oö. Gesundheitsholding GmbH und der Kepler Universitätsklinikum GmbH.* https://www.lrh-ooe.at/Mediendateien/Berichte2023/IP_Rechts_u_Beratungsleistungen_Bericht_signed.pdf [abgerufen am 30.07.2024].

- » Lorenzoni, Luca / Marino, Alberto / Morgan, David / James, Chris (2019): *Health Spending Projections to 2023: New results based on a revised OECD methodology*, in: *OECD Health Working Papers* 110, [online] <https://doi.org/10.1787/18152015>.
- » Marterbauer, Markus (2024): *Zukunftsperspektiven einer fortschrittlichen Budgetpolitik*. <https://www.awblog.at/Wirtschaft/Zukunftsperspektiven-einer-fortschrittlichen-Budgetpolitik> [abgerufen am 25.06.2024].
- » Mlinarić, Martin / Moebus, Susanne / Betsch, Cornelia (2023): *Klimawandel und Public Health in Deutschland – Eine Synthese der Handlungsoptionen des Sachstandsberichts Klimawandel und Gesundheit 2023*, in: *Journal of Health Monitoring* 8/6, S. 61–91.
- » Muhm, David / Burger, Florian (2023): *Präsentation. Was ändert sich in der Sozialversicherung*. Wien.
- » OECD (2021): *Health expenditure and financing*. [https://data-explorer.oecd.org/?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=4](https://data-explorer.oecd.org/?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=4) [abgerufen am 14.05.2024].
- » ORF (2024): „Patientenmilliarde“ als „Marketingag“, in: *ORF.at*, 10.04.2024, [online] <https://orf.at/stories/3354099/> [abgerufen am 14.05.2024].
- » Rechnungshof (2022): *Reform der Sozialversicherungsträger – Fusion – Finanzielle Lage. Bericht des Rechnungshofes*, [online] https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Reform_SV_Traeger_41_42.pdf [abgerufen am 14.05.2024].
- » Schiman-Vukan, Stefan (2022): *Langfristige Perspektiven der öffentlichen Finanzen in Österreich*. Wien: WIFO.
- » Schinko, Thomas (2024): *Perspektive Klimaforschung: Gesundheitliche Ungleichheit und Fehlanpassung an den Klimawandel*, in: *GÖG (Hrsg.): Klima und Gesundheit: Interdisziplinäre Perspektiven*, S. 20–23.
- » Schmadlbauer, Harald (2005): *Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – Eine Problemanalyse*, in: *WISO* 28/2, S. 85–107.
- » Schmidt, Andrea / Spagl, Sophia (2024): *Klimaresilienz des Gesundheitswesens. Grundlagenbericht*. Wien: *Gesundheit Österreich*.
- » Schmidt, Andrea / Durstmüller, Felix / Spagl, Sophia (2024): *Klimaresilientes Gesundheitssystem*, in: *GÖG (Hrsg.): Klima und Gesundheit: Interdisziplinäre Perspektiven*, S. 10–13.
- » Spectra (2023): *Spotlight auf das Gesundheitssystem*. <https://www.spectra.at/blog/details/spotlight-auf-das-gesundheitssystem#:~:text=Die%20Unzufriedenheit%20mit%20dem%20Gesundheitssystem,eine%20schlechte%20Note%20ausgestellt%20haben.> [abgerufen am 14.05.2024].
- » Staflinger, Heidemarie (2019): *Personalbedarf und -einsatz in den öö. Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf*. Linz: *Arbeiterkammer Oberösterreich*, [online] https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitsundgesundheit/B_2019_Personalbedarf_und_einsatz_in_den_ooe_Krankenhaeusern.pdf [abgerufen am 14.05.2024].
- » Staflinger, Heidemarie (2024): *Der öö. Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Update: Rechtliche Grundlagen in den Bundesländern*.

- Linz: Arbeiterkammer Oberösterreich, [online] https://ooe.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/arbeitswelt/arbeitsbedingungen/WSG_2024_Der-ooe-Mindestpflegepersonalschluessel.pdf [abgerufen am 14.05.2024].
- » Statistik Austria (2024a): Gesundheitsausgaben. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben> [abgerufen am 15.07.2024].
 - » Statistik Austria (2024b): STATcube: Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF) in Millionen Euro. <https://portal.statistik.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml> [abgerufen am 10.07.2024].
 - » Talos, Emmerich (2019): Sozialpartnerschaft unter Schwarz/Türkis-Blau vor dem Aus. A&W-Blog | Sozialpartnerschaft unter Schwarz/Türkis-Blau vor dem Aus - Arbeit&Wirtschaft Blog (awblog.at) [abgerufen am 18.5.2024].
 - » Talos, Emmerich / Obinger, Herbert (2020): Sozialstaat Österreich (1945-2020). Entwicklungen – Maßnahmen – internationale Verortung. Innsbruck, Wien: StudienVerlag.
 - » Willemé, Peter / Dumont, Michel (2015): Machines that Go 'Ping': Medical Technology and Health Expenditures in OECD Countries, in: *Health Economics* 24/8, S. 1027–1041, [online] <https://doi.org/10.1002/hec.3089>.