



Parlament
Österreich

Parlamentsdirektion

BD | Budgetdienst

Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems

Anfragebeantwortung

8. September 2026



Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
1.1	Entwicklung der Gesundheitsausgaben.....	4
1.2	Finanzielle Verflechtungen im österreichischen Gesundheitssystem	10
1.3	Anreizwirkungen der Finanzierungsstruktur	18
2	Organisation des österreichischen Gesundheitssystems.....	20
2.1	Kompetenzverteilung	20
2.2	Steuerungsinstrumente.....	24
3	Entwicklung der Gesundheitsausgaben.....	28
3.1	Gesundheitsausgaben und Staatsausgaben.....	29
3.2	Entwicklung der Gesundheitsausgaben seit 2015	32
3.3	Ausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern	36
3.3.1	Entwicklung der Ausgaben im Überblick	36
3.3.2	Stationäre und spitalsambulante Versorgung	38
3.3.3	Weitere Gesundheitsleistungen und -güter	41
3.4	Ausgaben nach Finanzierungssystemen.....	42
3.4.1	Bund, Länder und Gemeinden.....	45
3.4.2	Sozialversicherung.....	48
3.4.3	Private Haushalte	54
3.4.4	Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung	60
4	Finanzielle Verflechtungen im österreichischen Gesundheitssystem	62
4.1	Krankenanstaltenfinanzierung.....	62



4.1.1	Finanzierung der Fondskrankenanstalten.....	64
4.1.2	Weitere Zahlungsströme im Zusammenhang mit Krankenanstalten	87
4.2	Weitere gesundheitsrelevante finanzielle Verflechtungen mit dem Bundeshaushalt.....	91
4.2.1	Beihilfen gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz	92
4.2.2	Gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen	94
4.2.3	Finanzausgleich Gesundheit	95
4.2.4	Mittel gemäß Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz	98
4.2.5	Fonds gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz	99
4.2.6	Krankenhilfe für Bezieherinnen und Bezieher der Sozialhilfe	101
4.2.7	Klinischer Mehraufwand	102
4.2.8	Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation	104
4.2.9	Sonstige Zahlungen des Bundes.....	105
5	Anreizwirkungen der Finanzierungsstruktur	111
Anhang 1: Anfrage.....		116
Anhang 2: System of Health Accounts.....		118
Anhang 3: Anmerkungen zu den Ausgaben der Länder und Gemeinden für Krankenanstalten		121
Abkürzungsverzeichnis.....		124
Tabellen- und Grafikverzeichnis		127



1 Zusammenfassung

Die Abgeordnete Dipl.-Ing.ⁱⁿ Karin Doppelbauer, Mitglied des Budgetausschusses, ersuchte den Budgetdienst um eine Analyse zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Österreich seit 2015 und zu den wesentlichen finanziellen Verflechtungen im österreichischen Gesundheitssystem.¹

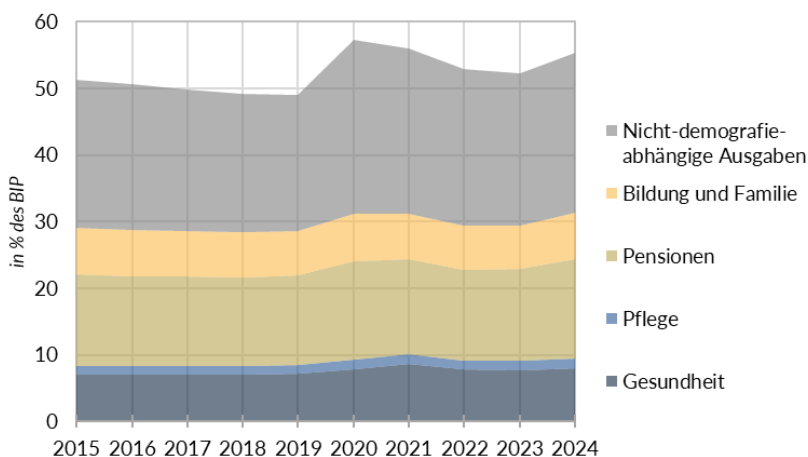
1.1 Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Im ersten Teil der Analyse wird die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Österreich auf Grundlage des System of Health Accounts (SHA) von 2015 bis 2024 näher betrachtet.

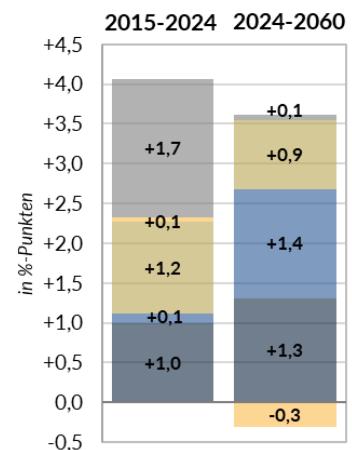
Öffentliche Gesundheitsausgaben prägen die Entwicklung der Staatsausgaben

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege betrugen in Österreich im Jahr 2024 gemäß SHA 39,5 Mrd. EUR und waren damit für etwa 15 % der gesamten Staatsausgaben verantwortlich.

Staatsausgabenquote



Veränderung



Quellen: Statistik Austria, Langfristige Budgetprognose 2025, eigene Berechnungen.

¹ Der vollständige Text der Anfrage ist dem Anhang 1 zu entnehmen.



Der Anteil der österreichischen Staatsausgaben am nominellen Bruttoinlandsprodukt (BIP) lag im Jahr 2024 bei 55,3 % und war damit um 4,1 %-Punkte höher als 2015.² Der Anstieg der Ausgabenquote war im dargestellten Zeitraum zu etwa 60 % auf **demografieabhängige Ausgaben** zurückzuführen, vor allem in den Bereichen Pensionen und Gesundheit. So war der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege am nominellen BIP im Jahr 2024 mit 8,0 % um 1,0 %-Punkte höher als 2015, der Anteil der Pensionsausgaben stieg im gleichen Zeitraum um 1,2 %-Punkte auf 14,9 %. Die demografieabhängigen Ausgaben sind auch für die zukünftige Entwicklung der Staatsausgaben maßgebend. Auf Basis der **langfristigen Budgetprognose 2025** des Bundesministeriums für Finanzen (BMF) soll die Ausgabenquote bis zum Jahr 2060 im Vergleich zu 2024 um 3,3 %-Punkte ansteigen, wovon 3,2 %-Punkte auf die demografieabhängigen Ausgaben entfallen. Wesentlich für diesen Anstieg sind die Bereiche Pflege, Gesundheit und Pensionen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP soll mit 1,3 %-Punkte stärker steigen als jener der Pensionsausgaben (+0,9 %-Punkte). Ein besonders starker Anstieg wird auch bei den Pflegeausgaben erwartet, deren Anteil am BIP sich von 2024 bis 2060 auf 2,8 % nahezu verdoppeln soll.

Öffentliche Gesundheitsausgaben wuchsen stärker als private

Unter Berücksichtigung der privaten Ausgaben betrugen die gesamten Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege im Jahr 2015 32,6 Mrd. EUR und sind bis zum Jahr 2024 nominell um 19,5 Mrd. EUR bzw. 60,0 % auf 52,1 Mrd. EUR angestiegen. Das Ausgabenwachstum lag damit über dem Anstieg des nominellen BIP (+44,4 %) und der Verbraucherpreise (+33,9 %). Unter Berücksichtigung des Bevölkerungswachstums stiegen die Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege pro Kopf von 3.778 EUR im Jahr 2015 auf 5.682 EUR im Jahr 2024 an (+50,4 %).

² Die Entwicklung der Staatsausgabenquote in Österreich wird in der [Analyse des Budgetdienstes zur Entwicklung der Staatsausgaben und des Bruttoinlandsprodukts seit 2019](#) im Detail analysiert.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2015
	in % des BIP										in %-Punkten
Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege	9,5	9,5	9,6	9,5	9,6	10,3	11,1	10,2	10,1	10,6	+1,0
Öffentlich	7,0	6,9	7,0	7,1	7,1	7,8	8,6	7,9	7,7	8,0	+1,0
Privat*	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,5	2,3	2,4	2,6	+0,0
	in Mrd. EUR										in Mrd. EUR in %
Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege	32,6	33,7	35,2	36,6	38,0	39,1	45,2	45,7	48,5	52,1	+19,5 +60,0%
Öffentlich	24,0	24,7	25,9	27,0	28,2	29,8	35,1	35,3	36,9	39,5	+15,5 +64,9%
Privat*	8,6	9,0	9,3	9,6	9,8	9,3	10,1	10,4	11,6	12,6	+4,0 +46,3%
Laufende Gesundheitsausgaben	30,7	31,9	33,1	34,5	36,0	37,1	43,1	43,6	46,0	49,5	+18,9 +61,5%
Öffentlich	22,5	23,4	24,3	25,4	26,7	28,3	33,6	33,8	35,1	37,5	+15,0 +66,6%
Privat	8,2	8,5	8,8	9,1	9,3	8,8	9,5	9,8	11,0	12,0	+3,9 +47,6%
Investitionen	1,9	1,8	2,1	2,1	2,0	2,0	2,1	2,1	2,5	2,6	+0,7 +34,8%
Öffentlich	1,5	1,3	1,6	1,6	1,4	1,5	1,5	1,5	1,9	2,0	+0,6 +38,4%
Privat*	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	+0,1 +24,0%

* inklusive private Investitionen im Bereich der Langzeitpflege.

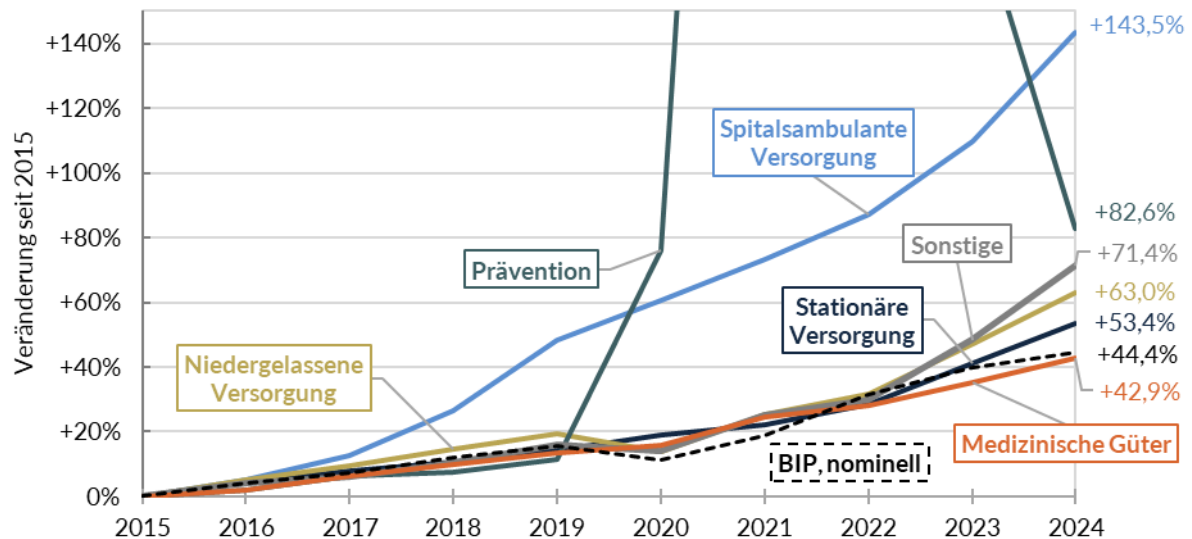
Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege war im dargestellten Zeitraum vor allem auf die **Ausgaben öffentlicher Finanzierungssysteme** (d. h. Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung) zurückzuführen. Diese waren im Jahr 2024 mit 39,5 Mrd. EUR um 64,9 % höher als 2015 und sind damit deutlich stärker gewachsen als die privaten Ausgaben (+46,3 %). Der Anstieg der Gesundheitsausgaben als Anteil an der Wirtschaftsleistung iHv 1,0 %-Punkten entfiel zur Gänze auf die öffentlichen Ausgaben.

Im SHA wird auch zwischen **laufenden Gesundheitsausgaben**, welche den Konsum von Gesundheitsleistungen und -gütern messen, und Investitionen unterschieden. Der Konsum wuchs dabei von 2015 bis 2024 deutlich stärker als die Investitionen. Die laufenden Gesundheitsausgaben waren im Jahr 2024 mit 49,5 Mrd. EUR um 61,5 % höher als 2015. Der Anstieg der Investitionsausgaben betrug im gleichen Zeitraum hingegen 34,8 %. Das durchschnittliche Ausgabenwachstum fiel jedoch bei beiden Ausgabenkategorien in den Jahren nach 2019 höher aus als in den Jahren davor.

Laufende Gesundheitsausgaben für die spitalsambulante Versorgung wuchsen stärker als die Ausgaben im stationären und niedergelassenen Bereich

Die einzelnen Gesundheitsleistungen und -güter haben in unterschiedlichem Ausmaß zum Anstieg der laufenden Gesundheitsausgaben seit 2015 beigetragen. Dabei sind vor allem die laufenden Ausgaben für die stationäre und spitalsambulante Versorgung sowie für den niedergelassenen Bereich deutlich stärker als das nominelle BIP gestiegen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie kam es zudem temporär zu einem starken Anstieg der Präventionsausgaben.



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Die Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben wird vor allem von den Ausgaben für die **stationäre, spitalsambulante und niedergelassene Versorgung** geprägt, die insgesamt für etwa 70 % der laufenden Gesundheitsausgaben verantwortlich sind. In diesen Bereichen kam es zu folgenden Entwicklungen:

- Die Ausgaben für die vorwiegend von Krankenanstalten erbrachte **stationäre Versorgung** betrugen im Jahr 2024 18,4 Mrd. EUR und waren damit um 53,4 % höher als 2015. Damit entfielen 37 % der laufenden Gesundheitsausgaben auf diesen Bereich. Im Beobachtungszeitraum entwickelte sich das stationäre Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten tendenziell rückläufig. In den sogenannten Fondskrankenanstalten – das sind jene Krankenanstalten, deren Mittel über die Landesgesundheitsfonds aufgebracht werden und auf die etwa 84 % aller stationären Aufenthalte in Österreich entfallen – war die Anzahl der stationären Aufenthalte im Jahr 2024 um 20,9 % niedriger als 2015. Die Zahl der Belagstage sank im gleichen Zeitraum um 17,0 %, jene der tatsächlich aufgestellten Betten ging um 12,6 % zurück.
- Der **spitalsambulanten Versorgung** wurden im Jahr 2024 Ausgaben iHv 4,8 Mrd. EUR zugeordnet, was etwa 10 % der Gesamtausgaben entsprach. Im Vergleich zu 2015 sind diese um 143,5 % angestiegen und damit deutlich stärker gewachsen als die Ausgaben für die stationäre (+53,4 %) und niedergelassene Versorgung (+63,0 %).

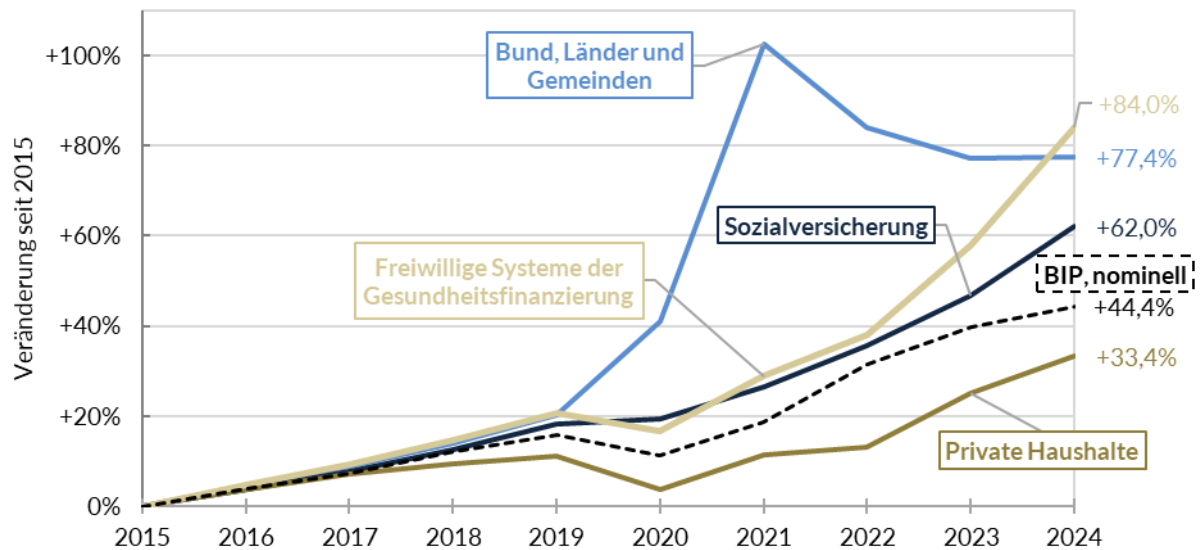


- ♦ Die Ausgaben für die **niedergelassene Versorgung**, auf die etwa ein Viertel der laufenden Gesundheitsausgaben entfällt, waren im Jahr 2024 mit 11,8 Mrd. EUR um 63,0 % höher als 2015. Dazu trugen vor allem die Ausgaben für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung sowie für Leistungen durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe (z. B. Physiotherapie) bei.

Bei den weiteren Gesundheitsleistungen und -gütern sind die Ausgaben für **medizinische Güter** im Vergleich zu den gesamten Gesundheitsausgaben (+61,5 %) mit 42,9 % unterdurchschnittlich stark angestiegen. Der Anstieg war dabei insbesondere auf höhere Ausgaben für außerhalb der Krankenanstalten abgegebene Arzneimittel sowie orthopädische und prothetische Hilfsmittel zurückzuführen. Die Ausgaben im Bereich der **Prävention** sind während der COVID-19-Pandemie besonders stark angestiegen, haben sich seit 2021 jedoch wieder rückläufig entwickelt. Auf sie entfielen im Jahr 2024 3 % der laufenden Gesundheitsausgaben. Die Ausgaben für **sonstige Gesundheitsleistungen und -güter** sind von 2015 bis 2024 um 71,4 % angestiegen. Diese betreffen vor allem Verwaltungsausgaben und Ausgaben für Hilfeleistungen (z. B. Rettungswesen).

Laufende Gesundheitsausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden stiegen stärker als jene der Sozialversicherung

Die Mittel für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen und -güter werden von öffentlichen und privaten Finanzierungssystemen aufgebracht. Erstere umfassen gemäß SHA Bund, Länder und Gemeinden sowie die Sozialversicherung. Die Selbstzahlungen privater Haushalte und die freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung (v. a. private Versicherungsunternehmen und private Organisationen ohne Erwerbszweck) zählen hingegen zu den privaten Finanzierungssystemen. Von 2015 bis 2024 kam es vor allem bei den laufenden Gesundheitsausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden sowie der Sozialversicherung zu einem deutlichen Anstieg, während das Wachstum der Ausgaben privater Haushalte vergleichsweise gering ausfiel.



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Auf **Bund, Länder und Gemeinden** entfiel im Jahr 2024 mit 12,0 Mrd. EUR etwa ein Viertel der laufenden Gesamtausgaben. Im Vergleich zum Jahr 2015 waren die Ausgaben um 77,4 % höher. Der vergleichsweise starke Anstieg der Ausgaben in den Jahren 2020 und 2021 ist auf die im Zuge der COVID-19-Pandemie ergriffenen Präventionsmaßnahmen zurückzuführen, die insbesondere vom Bund getragen wurden. Der Großteil der Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden (2024: 85 %) entfällt jedoch auf die stationäre und spitalsambulante Versorgung (+77,7 %). Diese betrifft vor allem die Leistungen der Fondskrankenanstalten, zu deren Finanzierung die Gebietskörperschaften durch Zuschüsse, die primär als Anteile am Abgabenaufkommen definiert sind, und durch Zahlungen der Länder und Gemeinden für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse beitragen.

Die Ausgaben der **Sozialversicherung** betrugen im Jahr 2024 25,5 Mrd. EUR bzw. etwa die Hälfte der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben. Der Ausgabenanstieg fiel mit 62,0 % weniger stark aus als bei Bund, Ländern und Gemeinden. Etwa ein Drittel der Ausgaben entfällt dabei auf den niedergelassenen Bereich (v. a. allgemeinmedizinische und fachärztliche Leistungen) und medizinische Hilfeleistungen. Beide Ausgabenbereiche wiesen mit über 70 % vergleichsweise hohe Wachstumsraten auf. Dabei zeigten unter anderem die Kostenerstattungen der Krankenversicherungsträger für die im Wahlbereich erbrachten Leistungen eine besonders dynamische Entwicklung. Der größte Teil der Ausgaben der Sozialversicherung entfällt auf die stationäre und spitalsambulante Versorgung. Diese umfassen neben dem Anteil an der Finanzierung der Fondskrankenanstalten auch die in eigenen Einrichtungen (z. B.



Unfallkrankenhäuser, Rehabilitationszentren) erbrachten Leistungen und sind insgesamt mit 58,2 % weniger stark als die Ausgaben der Sozialversicherung allgemein gewachsen. Zu einem unterdurchschnittlich starken Anstieg kam es auch bei den Ausgaben für medizinische Güter, insbesondere bei den verschriebenen Arzneimitteln.

Im Vergleich zu den öffentlichen Finanzierungssystemen fiel der Anstieg der Ausgaben der **privaten Haushalte** von 2015 bis 2024 vergleichsweise gering aus. Diese beliefen sich im Jahr 2024 auf 7,8 Mrd. EUR und waren um 33,4 % höher als 2015. Sie sind somit in etwa gleich stark gestiegen wie die Verbraucherpreise (+33,9 %). Der Anstieg war dabei insbesondere auf den niedergelassenen Bereich (v. a. Ausgaben für Zahnarztpraxen) und medizinische Güter (v. a. rezeptfreie Arzneimittel) zurückzuführen. Die Ausgaben **der freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung** betrugen im Jahr 2024 4,2 Mrd. EUR und stiegen seit 2015 um 84,0 % an. Zu einem Anstieg kam es dabei vor allem bei den Ausgaben für Hilfeleistungen, den niedergelassenen Bereich und Verwaltungskosten (inkl. Betriebsüberschüsse).

1.2 Finanzielle Verflechtungen im österreichischen Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine auf Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung verteilte der Aufgaben-, Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung gekennzeichnet. Dadurch entstehen entsprechende finanzielle Verflechtungen zwischen den genannten Akteuren. Die Komplexität der Finanzierungsstruktur ist dabei im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung besonders ausgeprägt. Das betrifft vor allem die Aufbringung und Aufteilung der Mittel für die Fondskrankenanstalten, welche über die Landesgesundheitsfonds (LGF) abgewickelt werden. Bedeutende finanzielle Verflechtungen bestehen darüber hinaus auch in den anderen Versorgungsbereichen des österreichischen Gesundheitssystems.



Finanzierung der Fondskrankenanstalten

Bei der Finanzierung der Krankenanstalten nehmen die in den einzelnen Bundesländern eingerichteten Landesgesundheitsfonds (LGF) eine wesentliche Rolle ein. Diese bündeln einen wesentlichen Teil der von den einzelnen Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern geleisteten Beiträge und verteilen sie auf die insgesamt 106 landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten). Die Aufbringung der Mittel basiert dabei in hohem Ausmaß auf verschiedenen Pauschal- und Fixbeträgen sowie auf Beiträgen, die von der Höhe des Abgabenaufkommens abhängen. Die Aufteilung der Mittel auf die neun LGF basiert vielfach auf gesetzlich festgelegten, fixen und teilweise seit dem Jahr 1997 unveränderten Prozentsätzen und ist weitgehend vom tatsächlichen Leistungsgeschehen in den Fondskrankenanstalten losgelöst.

Davon zu unterscheiden ist die Verteilung der Leistungsentgelte durch die LGF an die im jeweiligen Bundesland befindlichen Fondskrankenanstalten. Diese erfolgt nach dem System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Dabei werden die unterschiedlichen erbrachten Leistungen und Diagnosen bepunktet und die Mittel anhand dieses Punktesystems auf die einzelnen Krankenanstalten verteilt. Da die Leistungsentgelte in der Praxis nicht die Gesamtkosten der Krankenanstalten decken, übernehmen in der Regel die Länder die entstehenden Betriebsabgänge aus ihren Budgetmitteln. Je nach landesrechtlicher Regelung werden teilweise auch die Gemeinden an der Betriebsabgangsdeckung beteiligt.

Die Finanzierung der Fondskrankenanstalten erfolgt dabei über folgende Finanzierungstöpfе:

- ◆ Ein wesentlicher Teil der Mittel zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten wird von den Sozialversicherungsträgern aufgebracht, deren Zahlungen über den **Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung** abgewickelt werden. Der Großteil entfällt dabei auf den jährlichen Pauschalbeitrag (2024: 7.638 Mio. EUR). Dieser wird jährlich mit dem Wachstum der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger valorisiert und auf Basis fixer, seit 1997 unveränderter Prozentsätze auf die LGF aufgeteilt. Weitere Mittel des Ausgleichsfonds betreffen verschiedene von den Krankenversicherungsträgern und dem Bund zu leistende Fixbeträge.



- ♦ Die **Bundesgesundheitsagentur** (BGA) ist im Wesentlichen für die Abwicklung der Beiträge des Bundes verantwortlich. Ihre Mittel werden überwiegend durch einen Zweckzuschuss des Bundes iHv 0,864748 % des Nettoaufkommens der Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (v. a. Umsatzsteuer, Einkommensteuer, Körperschaftsteuer) aufgebracht (2024: 920 Mio. EUR). Seit 2024 leistet der Bund zudem im Rahmen des Finanzausgleichs Gesundheit einen jährlichen Beitrag zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen (2024: 550 Mio. EUR), wodurch sich der Anteil des Bundes an der Finanzierung der Fondskrankenanstalten entsprechend erhöht. Außerdem erhält die BGA weitere jährliche Fixbeträge vom Bund und den Krankenversicherungsträgern. Die Aufteilung der Mittel der BGA auf die neun LGF basiert auf mehreren Teilbeträgen mit unterschiedlichen Zahlungszeitpunkten und Verteilungsschlüsseln. Bei letzteren handelt es sich primär um gesetzlich festgelegte fixe oder auf Basis der Volkszahl des Jahres 2001 berechnete Prozentsätze.
- ♦ Für Umsätze aus der Erbringung von Leistungen im Gesundheits- und Sozialbereich ist keine Umsatzsteuer einzuheben und kein Vorsteuerabzug möglich. Als Ausgleich erhalten die betroffenen Einrichtungen seit 1997 **Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz** (GSBG). Diese richten sich nach dem Ausmaß der tatsächlich nicht abziehbaren Vorsteuern und betrugen im Jahr 2024 im Bereich der Fondskrankenanstalten 1.180 Mio. EUR. Die GSBG-Beihilfen wurden bis 2023 über die LGF abgewickelt, seit 2024 werden diese direkt an die Fondskrankenanstalten ausgezahlt. Die Überweisung erfolgt dabei durch den Bund, die GSBG-Beihilfen werden für die Berechnung der Ertragsanteile jedoch vom Umsatzsteueraufkommen abgezogen, wodurch die Länder und Gemeinden etwa ein Drittel der Beihilfen tragen.



BD | Budgetdienst – Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems

Finanzierungstopf	Gesamt 2024 in Mio. EUR	Mittelaufbringung				Aufteilung auf die Landesgesundheitsfonds
		Beitragsart	Bemessungsgrundlage	Finanzierung	2024 in Mio. EUR	
Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	7.731	Pauschalbeitrag	Pauschalbetrag, jährliche Valorisierung mit Beitrags-einnahmenwachstum	SV	7.638	fixe, seit 1997 unveränderte Prozentsätze
		Erhöhungsgelder	Fixbetrag	KV	75	komplexer Mechanismus mit fixen und variablen Anteilen sowie Vorwegabzügen
		Bundeszuschuss	Fixbetrag	Bund	8	
		SV-Anteil Entfall der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche	Fixbetrag	KV	5	im Verhältnis der Versichertenzahl
		Pauschalbeitrag für die Finanzierung der Albert Schweitzer Klinik	Pauschalbetrag, jährliche Valorisierung mit Beitrags-einnahmenwachstum	SV	5	Überweisung an den LGF Steiermark
Bundesgesundheitsagentur	1.434	Zweckzuschuss des Bundes	Abgabenaufkommen	Bund	920	- mehrere Teilbeträge mit unterschiedlichen Verteilungsschlüsseln und Zahlungszeitpunkten - Aufteilung u.a. auf Basis fixer Prozentsätze und der Volkszahl 2001 abzüglich einbehaltener Mittel der Bundes-Zielsteuerungskommission - Prozentsätze zum Teil seit 1997 unverändert
		Mittel zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen	jährlich steigender Fixbetrag	Bund	550	
		Beitrag der Krankenversicherungsträger	Fixbetrag	KV	84	
		Bundesanteil Entfall der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche	Fixbetrag	Bund	5	
		einbehaltene Mittel der B-ZK	Fixbetrag	Bund	-124	
GSBG-Beihilfen	1.180	Überweisungen des Bundes	nicht abziehbare Vorsteuer	Bund	802	- Überweisungen an die LGF (bis 2023) bzw. die Krankenanstalten (seit 2024) - reduziert die Ertragsanteile der Länder und Gemeinden durch Vorwegabzug von den gemeinschaftlichen Bundesabgaben
				Länder	239	
				Gemeinden	140	
Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden	564	Anteil der Länder	0,949% des USt-Aufkommens (exkl. GSBG-Beihilfen)	Länder	336	Überweisungen der Länder auf Basis fixer Landesquoten
		Anteil der Gemeinden	0,642% des USt-Aufkommens (exkl. GSBG-Beihilfen)	Gemeinden	228	- Ertragsanteile der Gemeinden werden um Umsatzsteueranteil gekürzt - Länder erhalten Zweckzuschuss in gleicher Höhe - Aufteilung auf die Länder auf Basis fixer Landesquoten - Überweisungen durch die Länder
Kostenbeiträge	270	Zahlungen der Patientinnen und Patienten	(valorisierte) Fixbeträge und landesrechtliche Regelungen	Patientinnen u. Patienten	270	- Zahlungen pro stationärem Aufenthalt - zum Teil direkt an Krankenanstalten
Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse	9.485*	Überweisungen der Länder und Gemeinden	Betriebsabgänge der Fonds-krankenanstalten und landesrechtliche Vorschriften	Länder	7.747	- auf Basis der Betriebsabgänge der Fondskrankenanstalten im jeweiligen Bundesland und der landesrechtlichen Vorgaben für sonstige Zuschüsse - Beteiligung der Gemeinden je nach landesrechtlicher Regelung
				Gemeinden	1.737	

* Es handelt sich hierbei um unkonsolidierte Zahlungen auf Basis der Rechnungsabschlüsse der Länder und Gemeinden. Doppelzahlungen von Mitteln aus anderen Finanzierungstopfen (v. a. Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden sowie Anteile der Gemeinden an der Betriebsabgangsdeckung) wurden nicht bereinigt. Zudem können auch Zahlungen an Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesgesundheitsfonds abgewickelt werden, sowie Zahlungen an nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten enthalten sein.

Abkürzungen: B-ZK ... Bundes-Zielsteuerungskommission, GSBG-Beihilfen ... Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, KV ... Krankenversicherung, LGF ... Landesgesundheitsfonds, SV ... Sozialversicherung, USt ... Umsatzsteuer.

Quellen: Budgetdaten, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, Gesundheit Österreich GmbH, eigene Berechnungen.



- ♦ Die Mittel der LGF werden auch durch **Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden** aufgebracht. Der Anteil der Länder beträgt dabei 0,949 % des Umsatzsteueraufkommens abzüglich aller GSBG-Beihilfen (2024: 336 Mio. EUR) und ist auf Basis fixer Landesquoten von den Ländern an ihren jeweiligen LGF zu überweisen. Die Höhe des Anteils der Gemeinden beträgt 0,642 % des Aufkommens (2024: 228 Mio. EUR) und wird über die Länder abgewickelt. Die Ertragsanteile der Gemeinden werden dabei um den Umsatzsteueranteil gekürzt und die Länder erhalten einen Zweckzuschuss des Bundes in gleicher Höhe, welchen sie an die LGF weiterleiten. Der Zweckzuschuss wird dabei über die gleichen fixen Landesquoten wie der Umsatzsteueranteil der Länder aufgeteilt.
- ♦ Ein Teil der Mittel der Fondskrankenanstalten wird durch **Kostenbeiträge der behandelten Patientinnen und Patienten** für stationäre Aufenthalte aufgebracht (2024: 270 Mio. EUR). Diese betreffen die von ausländischen Gastpatientinnen und -patienten entrichteten Pflegegebührenersätze, welche die Kosten der stationären Versorgung abdecken sollen, sowie die von allen Patientinnen und Patienten zu leistenden Kostenbeiträge und Zuzahlungen.
- ♦ Eine Beteiligung der Länder und Gemeinden an der Finanzierung der Fondskrankenanstalten besteht darüber hinaus durch die **Beiträge zur Abdeckung der Betriebsabgänge der Fondskrankenanstalten und durch sonstige Zuschüsse**, die je nach landesrechtlicher Vorschrift zu leisten sind. Auf Basis der Rechnungsabschlüsse der Länder und Gemeinden ergaben sich im Jahr 2024 Auszahlungen der Länder (inkl. Wien) iHv 7.747 Mio. EUR und der Gemeinden iHv 1.737 Mio. EUR. Im Gegensatz zu den bisher dargestellten Zahlungen steht hierfür jedoch keine einheitliche Datengrundlage zur Verfügung. Je nach verwendeter Datenquelle weisen die Zahlungen für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse eine unterschiedliche Höhe und Dynamik auf. Die Interpretation und Vergleichbarkeit der verschiedenen Beträge wird dabei durch mehrere Faktoren eingeschränkt. Diese betreffen insbesondere die Abgrenzung der ausschließlich für Fondskrankenanstalten geleisteten Zahlungen vor allem für die Betriebsabgangsdeckung sowie eine eindeutige Zuordnung der Zahlungen zu den Gebietskörperschaften. Darüber hinaus liegen keine länderübergreifend einheitlichen Verrechnungsvorschriften für die LGF vor, worauf der Rechnungshof bereits im Jahr 2019 hingewiesen hat.



Weitere Zahlungsströme im Zusammenhang mit Krankenanstalten

Weitere Zahlungsströme im Zusammenhang mit Krankenanstalten, die die Fondskrankenanstalten nicht oder nur teilweise betreffen, umfassen insbesondere die im Rahmen der **Unfallheilbehandlung** erbrachten stationären und ambulanten Leistungen. Die Ausgaben der Unfallversicherungsträger dafür beliefen sich im Jahr 2024 auf 544 Mio. EUR.

Ein weiterer wesentlicher Zahlungsstrom betrifft den **Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)**. Dessen Dotierung wird durch einen Pauschalbeitrag der Sozialversicherungsträger aufgebracht (2024: 194 Mio. EUR), der mit dem gleichen Faktor wie der Pauschalbeitrag für die Fondskrankenanstalten valorisiert wird. Die Mittel des PRIKRAF dienen zur Finanzierung von in gewissen privaten Krankenanstalten erbrachten stationären und tagesklinischen Leistungen, für die grundsätzlich eine Leistungsverpflichtung durch die Krankenversicherungsträger besteht.

Weitere gesundheitsrelevante finanzielle Verflechtungen mit dem Bundeshaushalt

Neben den im Bundeshaushalt erfassten Zahlungen im Zusammenhang mit der Finanzierung der Fondskrankenanstalten (v. a. Zahlungen des Bundes an die BGA und GSBG-Beihilfen für Fondskrankenanstalten) werden in der Analyse auch weitere gesundheitsrelevante finanzielle Verflechtungen näher betrachtet, die den Bundeshaushalt betreffen. Einzelne Zahlungsströme wurden dabei um Beiträge der weiteren Gebietskörperschaften (v. a. Länder) und der Sozialversicherungsträger ergänzt. Von 2019 bis 2024 sind die Zahlungen im Bundeshaushalt für die Finanzierung der Fondskrankenanstalten (+74,5 %) sowie die weiteren gesundheitsrelevanten Zahlungen mit Bezug zum Bundeshaushalt (+84,8 %) stärker gestiegen als die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben insgesamt (+40,2 %). Dazu trugen insbesondere die ab dem Jahr 2024 zusätzlich vom Bund bereitgestellten Mittel (v. a. Finanzausgleich Gesundheit) bei.



in Mio. EUR	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Zahlungen im Bundeshaushalt für die Finanzierung der Fondskrankenanstalten	1.526	1.530	1.568	1.806	1.966	2.663	+1.137	+74,5%
Mittel für die Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und Strukturreformen gemäß Finanzausgleich Gesundheit						550	+550	-
Weitere Zahlungen an die Bundesgesundheitsagentur	739	705	668	877	915	925	+186	+25,2%
Zuschuss zum Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	8	8	8	8	8	8	0	0,0%
GSBG-Beihilfen für Fondskrankenanstalten	779	816	892	921	1.043	1.180	+401	+51,5%
Bund	529	554	606	625	708	802	+273	+51,5%
Länder und Gemeinden	250	262	286	295	334	378	+129	+51,5%
Weitere gesundheitsrelevante Zahlungen mit Bezug zum Bundeshaushalt	2.181	3.283	7.023	8.042	5.932	4.031	+1.850	+84,8%
Bund	1.620	2.586	6.302	7.249	5.090	2.982	+1.362	+84,1%
Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger	561	697	720	793	842	1.049	+488	+86,9%
GSBG-Beihilfen (exkl. Beihilfen für Fondskrankenanstalten)	1.567	1.664	1.717	1.921	2.026	2.190	+623	+39,8%
Bund	1.065	1.130	1.167	1.305	1.376	1.488	+423	+39,8%
Länder und Gemeinden	503	534	551	616	650	702	+200	+39,8%
Gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen		777	4.455	5.172	2.316	267	+267	-
Finanzausgleich Gesundheit*						504	+504	-
Bund (exkl. Mittel für Spitalsbereich)						370	+370	-
Länder						67	+67	-
Sozialversicherungsträger						67	+67	-
Mittel gemäß Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz						115	+115	-
Fonds gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz	84	286	291	297	306	316	+232	+275,6%
Bund	84	184	184	184	184	184	+100	+118,8%
Sozialversicherungsträger		102	106	113	122	132	+132	-
Krankenhilfe für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher	106	115	109	111	127	137	+31	+29,6%
Bund	56	62	55	55	66	67	+11	+20,1%
Länder	50	53	54	56	61	70	+20	+40,1%
Klinischer Mehraufwand der Universitätskrankenanstalten	263	280	283	300	308	324	+61	+23,2%
Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation	18	18	18	18	20	21	+4	+19,6%
Bund	9	9	9	9	10	11	+2	+18,4%
Sozialversicherungsträger	9	9	9	9	10	11	+2	+20,8%
Sonstige Zahlungen des Bundes	143	143	150	222	829	157	+13	+9,2%

* Planwerte gemäß Art. 31 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Abkürzungen: exkl. ... exklusive, GSBG-Beihilfen ... Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz.

Quellen: Budgetdaten, budget.gv.at, Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Österreichische Gesundheitskasse, BMFWF, eigene Berechnungen.

Mit dem Finanzausgleich für die Jahre 2024 bis 2028 wurden im Rahmen des sogenannten **Finanzausgleich Gesundheit** zusätzliche Mittel für das Gesundheitssystem bereitgestellt. Insgesamt sollen für die Zielsteuerungsperiode 2024 bis 2028 5.537 Mio. EUR zur Verfügung gestellt werden. Der Großteil davon wird mit 4.867 Mio. EUR vom Bund aufgebracht, Länder und Sozialversicherungsträger leisten jeweils 335 Mio. EUR. Die Mittel zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs (300 Mio. EUR jährlich), zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen (2024: 550 Mio. EUR, bis 2028 Anstieg auf 657 Mio. EUR) sowie für Medikamente (3 Mio. EUR jährlich, u. a. Schaffung eines Bewertungsboards für hochpreisige und spezialisierte Medikamente) sind dabei ausschließlich vom Bund zu tragen. Für die Themenbereiche Impfen (90 Mio. EUR jährlich), Gesundheitsförderung (60 Mio. EUR jährlich) sowie Digitalisierung und eHealth (51 Mio. EUR jährlich) ist eine Drittelfinanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherungsträger vorgesehen.



Zusätzliche Mittel des Bundes für den niedergelassenen Bereich werden seit 2024 für die Maßnahmen des **Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetzes** zur Verfügung gestellt (2024: 115 Mio. EUR). Diese betreffen vor allem die Schaffung von 100 zusätzlichen ärztlichen Vertragsstellen (inkl. Startbonus) und die Gleichstellung der klinisch-psychologischen Behandlung mit der ärztlichen Hilfe.

Für **gesundheitpolitische COVID-19-Maßnahmen** wurden vom Bund in den Jahren 2020 bis 2024 insgesamt 13,0 Mrd. EUR vor allem für Zahlungen nach dem Epidemiegesetz, Transferzahlungen an die Länder gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz, Transferzahlungen an die Krankenversicherungsträger für Kostenersätze sowie die Beschaffung von Impfstoffen und Arzneimitteln ausgezahlt. Die Länder erhielten darüber hinaus im Jahr 2022 einen Zweckzuschuss für die Krankenanstaltenfinanzierung iHv 750 Mio. EUR.

Bei den bereits vor 2024 bestehenden Zahlungsverpflichtungen des Bundes kam es vor allem bei den Zahlungen für die **Dotierung der im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) vorgesehenen Fonds** zu einem starken Anstieg. Dies ist auf die Einrichtung des Innovations- und Zielsteuerungsfonds der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz zurückzuführen. Dieser wird durch einen Anteil an den Beitragseinnahmen der ÖGK und durch eine pauschale GSBG-Beihilfe des Bundes iHv 100 Mio. EUR dotiert. Die Dotierungen des Zahngesundheitsfonds und des Fonds für Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung werden ausschließlich vom Bund aufgebracht. Sie betragen 80 Mio. EUR bzw. 4 Mio. EUR pro Jahr. Darüber hinaus sind auch die Auszahlungen für die **GSBG-Beihilfen** von 2019 bis 2024 stärker gestiegen als andere Zahlungsströme. Das Wachstum hat sich dabei aufgrund der höheren Inflationsraten insbesondere ab 2022 beschleunigt. Die Überweisungen an die Länder, welche neben den Beihilfen für die Fondskrankenanstalten unter anderem jene für Pflegeheime umfassen, und Rettungsdienste sind dabei stärker gestiegen als jene an die Sozialversicherungsträger (v. a. für die ärztliche Behandlung im niedergelassenen Bereich).

Demgegenüber fiel der Anstieg der Auszahlungen des Bundes für die Ausfallhaftung im Rahmen der Krankenhilfe für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher (+20,1 %), für die Abgeltung des Klinischen Mehraufwands der Universitätskrankenanstalten (+23,2 %) sowie die Dotierung des Fonds zur In-vitro-Fertilisation (+18,4 %) vergleichsweise gering aus. Der starke Anstieg der sonstigen Auszahlungen im Jahr 2023 ist auf die Zweckzuschüsse an die Länder zur finanziellen Attraktivierung von Pflegeberufen zurückzuführen.



1.3 Anreizwirkungen der Finanzierungsstruktur

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine auf mehrere Akteure verteilte Planungs-, Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung gekennzeichnet. Besonders deutlich zeigt sich dies an der Schnittstelle zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Krankenanstalten. Während die Sozialversicherung im Wesentlichen für die Steuerung und Finanzierung des niedergelassenen Bereichs zuständig ist, liegt die Verantwortung für die Krankenanstalten vor allem bei den Ländern. Der Bund setzt in beiden Bereichen die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Gleichzeitig werden die Fondskrankenanstalten nicht nur von den Ländern, sondern auch durch Beiträge von Bund, Gemeinden und der Sozialversicherung mitfinanziert. Dadurch fallen die Planungs- und Steuerungsverantwortung sowie die Finanzierungsverantwortung teilweise auseinander. Hinzu kommt, dass sich die Aufteilung der Mittel zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten an die neun Landesgesundheitsfonds nur eingeschränkt am aktuellen Leistungsgeschehen orientiert. Pauschal- und Fixbeträge sowie teilweise historisch festgelegte Verteilungsschlüssel führen dazu, dass Veränderungen der tatsächlichen Leistungserbringung nicht automatisch zu einer entsprechenden Anpassung der Zahlungsströme führen. Davon zu unterscheiden ist die Verteilung der Leistungsentgelte durch die LGF an die einzelnen Fondskrankenanstalten, die über das LKF-System grundsätzlich leistungsorientiert erfolgt.

Aus dieser Kompetenz- und Finanzierungsstruktur ergeben sich teilweise widersprüchliche **finanzielle Anreize** für die beteiligten Akteure. Dies betrifft insbesondere Leistungsverchiebungen zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich, da wesentliche Zahlungsströme nicht automatisch an Veränderungen des Leistungsgeschehens angepasst werden. Deshalb führt eine Leistungsverchiebung nicht automatisch zu einer entsprechenden Verschiebung der Finanzierungslast. Dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ wird damit nur eingeschränkt Rechnung getragen.

- ◆ Ein Ausbau der niedergelassenen Versorgung verursacht zunächst zusätzliche Ausgaben bei der Sozialversicherung. Von Entlastungseffekten durch eine geringere Inanspruchnahme der Krankenanstalten könnten vor allem die Länder durch niedrigere Betriebsabgänge profitieren.



- ♦ Die Sozialversicherung wird durch eine solche Leistungsverchiebung hingegen nicht automatisch finanziell entlastet, da ihre Beiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung nicht unmittelbar an die tatsächliche Nutzung des Versorgungsangebots gekoppelt sind. Dadurch wird der finanzielle Anreiz der Sozialversicherung zum Ausbau der niedergelassenen Versorgung insgesamt abgeschwächt.
- ♦ Geringere Leistungen in den Krankenanstalten führen jedoch nur dann zu entsprechenden Einsparungen, wenn auch Kapazitäten sowie Fix- und Vorhaltekosten angepasst werden. Mögliche Entlastungseffekte können daher erst mittel- bis langfristig eintreten.
- ♦ Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich werden zudem teilweise durch Krankenanstalten und insbesondere durch Spitalsambulanzen aufgefangen, was den unmittelbaren Druck zur Schließung dieser Lücken reduziert.
- ♦ Darüber hinaus kann die Mischfinanzierung Anreize zur Aufrechterhaltung bestehender stationärer Strukturen schaffen, da die Kosten mit den Sozialversicherungsträgern, dem Bund und den Gemeinden geteilt werden. Letztlich tragen die Länder über die Betriebsabgangsdeckung die zusätzlichen Kosten, sodass eine Aufrechterhaltung oder Ausweitung des stationären Angebots nicht zwingend in ihrem finanziellen Interesse liegt.

Die politische Einigung zur **Reformpartnerschaft** vom 30. Juni 2026 adressiert die beschriebenen Anreizprobleme konzeptionell und sieht Instrumente für eine stärkere Übereinstimmung von Planung, Steuerung und Finanzierung vor. Die in der politischen Einigung angeführten Punkte betreffen vorwiegend die Planung und Finanzierung neuer Versorgungsangebote. Änderungen bestehender Versorgungsstrukturen und der aktuell zur Anwendung kommenden Finanzierungssysteme sind noch offen. Eine Reduktion der widersprüchlichen finanziellen Anreize durch eine stärkere Koppelung der Finanzierungsbeiträge an das Leistungsgeschehen könnte die Effizienz der öffentlichen Ausgaben erhöhen. Die konkrete Ausgestaltung der Maßnahmen soll erst im Zuge der kommenden Finanzausgleichsverhandlungen festgelegt werden.



2 Organisation des österreichischen Gesundheitssystems

2.1 Kompetenzverteilung

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine starke Aufteilung der Aufgaben-, Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung zwischen **Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung** geprägt. Gleichzeitig überschneiden sich die Verantwortungsbereiche der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung insbesondere bei der Finanzierung und der Planung der Versorgung. So tragen beispielsweise die Länder eine zentrale Verantwortung für die stationäre Krankenversorgung, die Finanzierung der Krankenanstalten wird jedoch von allen Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern gemeinsam getragen. Die Mittel werden dabei im Wesentlichen aus Sozialversicherungsbeiträgen, allgemeinen Steuermitteln sowie privaten Zuzahlungen und Selbstzahlungen aufgebracht.

Bund

Der **Bund** legt einen wesentlichen Teil der rechtlichen Rahmenbedingungen des österreichischen Gesundheitswesens fest. Nach Art. 10 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) fallen insbesondere das Gesundheitswesen sowie das Sozial- und Vertragsversicherungswesen grundsätzlich in die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz des Bundes. Zu den bundesweit geregelten Bereichen gehören etwa Gesundheitsberufe, Arzneimittel und Medizinprodukte sowie wesentliche Teile des öffentlichen Gesundheitswesens. Auch die gesetzliche Organisation der Sozialversicherung wird auf Bundesebene geregelt. Die Sozialversicherungsträger selbst sind dabei als Selbstverwaltungskörper unter staatlicher Aufsicht organisiert.

Eine wichtige Ausnahme von dieser grundsätzlichen Bundeskompetenz bildet der Bereich der **Krankenanstalten**. Für Heil- und Pflegeanstalten obliegt dem Bund gemäß Art. 12 B-VG die Grundsatzgesetzgebung, während die Länder die Ausführungsgesetze erlassen und für die Vollziehung zuständig sind. Damit kann der Bund zwar bundesweite Grundregeln für den Spitalsbereich vorgeben, die konkrete Organisation und Sicherstellung der Spitalsversorgung ist jedoch weitgehend Aufgabe der Länder. Der Bund ist ebenfalls an der Finanzierung der Krankenanstalten beteiligt.



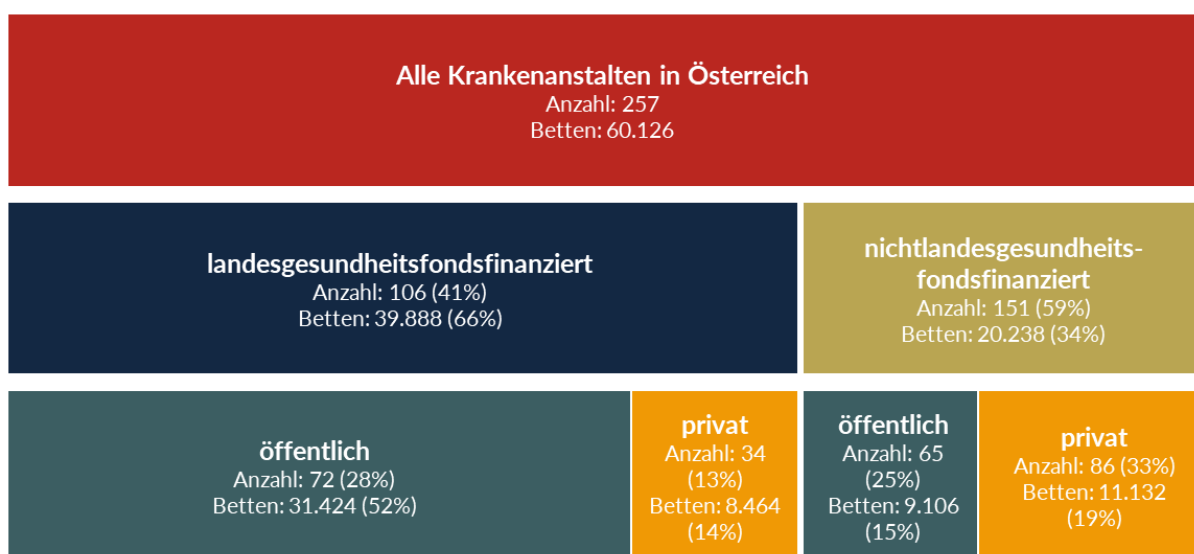
Im **Arzneimittelbereich** liegt ebenfalls eine wesentliche regulatorische Verantwortung auf Bundesebene. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) fungiert als österreichische Arzneimittelbehörde und ist unter anderem für Arzneimittelzulassung, Arzneimittelsicherheit und die Überwachung des Medizinmarktes zuständig. Ob ein zugelassenes Arzneimittel von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird, fällt jedoch wesentlich in den Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherungsträger.

Länder

Die **Länder** tragen die zentrale Verantwortung für die stationäre und ambulante Versorgung in den Krankenanstalten. Sie erlassen auf Grundlage der bundesgesetzlichen Vorgaben die Ausführungsgesetze zum Krankenanstaltenrecht, vollziehen dieses und haben die ausreichende Spitalsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die meisten öffentlichen Krankenanstalten werden unmittelbar von den Ländern oder mittelbar über Landesgesellschaften betrieben. Die Länder sind darüber hinaus wesentliche Akteure der regionalen Gesundheitsplanung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. in den Bereichen Infektionsschutz, Impfen, Sucht- und Drogenprävention).

Wie die nachstehende Grafik zeigt, können die österreichischen Krankenanstalten hinsichtlich ihrer Finanzierung und Trägerschaft wie folgt eingeteilt werden:

Grafik 1: Struktur der österreichischen Krankenanstalten nach Finanzierung über Landesgesundheitsfonds und öffentlicher bzw. privater Trägerschaft



Quelle: BMASGPK.



Im Jahr 2024 gab es in Österreich 257 Krankenanstalten, die über 60.126 tatsächlich aufgestellte Betten verfügten. Davon waren 106 Krankenanstalten sogenannte **Fondskrankenanstalten**, die durch die Landesgesundheitsfonds (LGF) finanziert werden (siehe Pkt. 4.1.1). Diese sind für den Großteil des Leistungsgeschehens in den österreichischen Krankenanstalten verantwortlich. So waren im Jahr 2024 etwa zwei Drittel der Krankenhausbetten in Fondskrankenanstalten aufgestellt und sie waren für 84 % der stationären Aufenthalte bzw. 63 % der Belagstage verantwortlich. Darüber hinaus beschäftigten die Fondskrankenanstalten im Jahr 2024 85 % des in Krankenanstalten tätigen Personals. Der Großteil der Fondskrankenanstalten wird dabei von öffentlichen Trägern (v. a. Länder bzw. Landesgesellschaften) betrieben, aber auch private Träger können hinter einer Fondskrankenanstalt stehen (z. B. Ordensspitäler). Die verbleibenden 151 Krankenanstalten, auf die im Jahr 2024 etwa ein Drittel der tatsächlich aufgestellten Betten entfiel, werden nicht durch die LGF finanziert. Dabei handelt es sich jedoch nicht automatisch ausschließlich um private Krankenanstalten, da nicht alle Krankenanstalten mit öffentlicher Trägerschaft durch die LGF finanziert werden. So sind etwa die von den Unfall- und Pensionsversicherungsträgern betriebenen Krankenanstalten öffentlich, werden aber nicht durch die LGF finanziert.

Für die Finanzierung der sogenannten Fondskrankenanstalten ist in jedem Bundesland ein **Landesgesundheitsfonds** (LGF) eingerichtet. Die Mittel werden dabei nicht alleine durch das jeweilige Land aufgebracht, sondern umfassen auch Beiträge des Bundes, der Gemeinden und der Sozialversicherungsträger. Darin enthalten sind auch die in den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelten Beiträge der Länder, der Gemeinden und der Träger der Krankenanstalten zur Abdeckung von Betriebsabgängen sowie weitere landesrechtlich vorgesehene Mittel. Die LGF bilden somit einen zentralen Mechanismus, über den Finanzierungsbeiträge mehrerer öffentlicher Körperschaften für die Finanzierung der Fondskrankenanstalten zusammengeführt werden.

Die Länder nehmen im Spitalsbereich mehrere Rollen gleichzeitig ein. Im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung treten sie als Regulator und Vollzugsbehörde auf und sind darüber hinaus an der regionalen Versorgungsplanung beteiligt. Vielfach sind sie unmittelbar oder mittelbar (z. B. über Landesgesellschaften) auch Träger der Krankenanstalten. Die Länder übernehmen deshalb sowohl bei der strategischen Planung als auch bei der operativen Steuerung der Krankenanstalten wesentliche Aufgaben.



Gemeinden

Die unmittelbare Zuständigkeit der **Gemeinden** für die medizinische Versorgung ist im Vergleich zu Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern eingeschränkter. Zum eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden gehören insbesondere Aufgaben der örtlichen Gesundheitspolizei einschließlich des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen- und Bestattungswesens. Auch Teile der Gesundheitsverwaltung werden auf kommunaler Ebene wahrgenommen.

Daneben können Gemeinden beziehungsweise Gemeindeverbände Träger von Krankenanstalten sein und sie sind außerdem an der **Finanzierung der Krankenanstalten** beteiligt. Sie leisten dabei grundsätzlich einen jährlichen Beitrag, der sich am Umsatzsteueraufkommen bemisst, sowie je nach landesrechtlicher Regelung Beiträge zur Finanzierung der Betriebsabgangsdeckung. Die konkrete finanzielle Belastung der Gemeinden unterscheidet sich daher zwischen den Bundesländern.

Sozialversicherung

Die **Sozialversicherung** bildet neben Bund und Ländern die dritte zentrale institutionelle Säule des österreichischen Gesundheitssystems. Sie ist als Selbstverwaltungskörper unter staatlicher Aufsicht organisiert. Für die gesetzliche Krankenversicherung sind seit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) sowie die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) von Bedeutung. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger übernimmt darüber hinaus trägerübergreifende Koordinierungsaufgaben.

Die zentrale Aufgabe der Krankenversicherungsträger liegt in der **Versorgung außerhalb der Krankenanstalten**, also insbesondere bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten und anderen Vertragspartnern. Die Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird von der Sozialversicherung gemeinsam mit den ärztlichen Interessenvertretungen über Gesamt- und Einzelverträge organisiert.



Auch die Finanzierung außerhalb der Krankenanstalten abgegebener **Arzneimittel** liegt wesentlich bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger führt den Erstattungskodex (EKO), der festlegt, unter welchen Voraussetzungen Arzneyspezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden können. Aufnahme, Zuordnung und gegebenenfalls Streichung von Arzneimitteln erfolgen nach medizinisch-therapeutischen und gesundheitsökonomischen Kriterien.

Gleichzeitig beteiligen sich die Sozialversicherungsträger wesentlich an der **Finanzierung der Krankenanstalten**. Sie überweisen gesetzlich festgelegte Pauschalbeträge an die LGF, welche gemeinsam mit Bundes-, Landes- und Gemeindemitteln für die Finanzierung der Fonds- und Krankenhausbetten verwendet werden. Die Sozialversicherungsträger tragen damit einen wesentlichen Teil der Finanzierung stationärer Leistungen, obwohl die organisatorische Verantwortung für die Sicherstellung der Spitalversorgung primär bei den Ländern liegt.

2.2 Steuerungsinstrumente

Da die Zuständigkeiten und Finanzierungsverantwortungen im österreichischen Gesundheitssystem auf Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger verteilt sind, besteht ein erheblicher Abstimmungsbedarf. Insbesondere die traditionell getrennte Verantwortung für die stationäre Versorgung einerseits und die niedergelassene Versorgung andererseits kann dazu führen, dass Entscheidungen eines Akteurs Auswirkungen auf die Ausgaben und Versorgungsstrukturen eines anderen Akteurs haben. Zur gemeinsamen Steuerung wurde daher 2013 die **Zielsteuerung-Gesundheit** eingerichtet. Sie wird in der aktuellen Periode von 2024 bis 2028 fortgeführt und umfasst die gemeinsame Steuerung von Versorgungsstrukturen, von Versorgungsprozessen und der Finanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherung.

Zielsteuerungsvertrag

Das zentrale übergeordnete Instrument ist der gemäß Art. 7 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung für mehrere Jahre abzuschließende **Zielsteuerungsvertrag**. Der derzeitige Zielsteuerungsvertrag gilt für die Jahre 2024 bis 2028. Darin werden gemeinsame strategische und operative Ziele sowie Maßnahmen festgelegt, etwa zur Stärkung der ambulanten Versorgung, zur integrierten Versorgungsplanung,



Digitalisierung und Qualitätssicherung. Auf Landesebene werden diese Vorgaben durch mehrjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zwischen dem jeweiligen Land und den Sozialversicherungsträgern konkretisiert. Die vereinbarten Ziele und Maßnahmen sind für die Vertragspartner verbindlich, ihre Umsetzung erfolgt allerdings innerhalb der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Sozialversicherung.

Versorgungsplanung durch ÖSG und RSG

Die gemeinsame Planung der Versorgungsstrukturen erfolgt insbesondere über den **Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)** und die **Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)**. Der ÖSG bildet den österreichweiten Planungsrahmen. Er enthält unter anderem quantitative und qualitative Planungsvorgaben für Versorgungskapazitäten, Qualitätskriterien und Vorgaben für die regionale Planung. Er wird zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung einvernehmlich abgestimmt. Vor der Beschlussfassung müssen unter anderem die Österreichische Ärztekammer und die jeweils betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen die Möglichkeit erhalten, zu den vorgesehenen Planungen Stellung zu nehmen.

Die RSG konkretisieren diese Vorgaben für jedes Bundesland. Sie werden gemeinsam vom jeweiligen Land und der Sozialversicherung festgelegt und in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission beschlossen. Die RSG enthalten beispielsweise standortbezogene Planungen für Krankenanstalten sowie Vorgaben für die niedergelassene Versorgung. Dadurch sollen die Versorgung in den Krankenanstalten und die niedergelassene Versorgung zunehmend gemeinsam geplant werden. Der Bund wird in die Erstellung einbezogen und prüft insbesondere die Übereinstimmung mit dem ÖSG und den rechtlichen Vorgaben.

Die Inhalte von ÖSG und RSG sind nicht automatisch rechtsverbindlich. Besonders relevante Teile, etwa Planungsrichtwerte oder Kapazitätsfestlegungen, können jedoch durch Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH verbindlich erklärt und damit etwa für Bedarfs- und Planungsentscheidungen maßgeblich werden.



Finanzzielsteuerung

Ergänzend zur Versorgungsplanung besteht eine **Finanzzielsteuerung**. Sie soll sicherstellen, dass sich die öffentlichen Gesundheitsausgaben innerhalb gemeinsam vereinbarter finanzieller Rahmenbedingungen entwickeln. Grundlage sind nominelle Ausgabenobergrenzen, die sowohl für die öffentlichen Gesundheitsausgaben insgesamt als auch für die zielsteuerungsrelevanten Ausgaben von Ländern und Sozialversicherung festgelegt werden (siehe Pkt. 3.2). Die Finanzzielsteuerung stellt damit den finanziellen Rahmen dar, innerhalb dessen die im Zielsteuerungsvertrag sowie in ÖSG und RSG vorgesehenen Struktur- und Versorgungsmaßnahmen umgesetzt werden sollen.

Zentrale Entscheidungsgremien

Die gemeinsame Steuerung des Gesundheitssystems erfolgt auf Bundes- und Landesebene über mehrere Gremien. Das zentrale Entscheidungsgremium auf Bundesebene ist die **Bundes-Zielsteuerungskommission**. Ihr gehören vier Vertreterinnen bzw. Vertreter des Bundes, vier der Sozialversicherung und neun der Länder an. Bund, Länder und Sozialversicherung bilden jeweils eine Kurie mit grundsätzlich einer Stimme. Für die wesentlichen Beschlüsse ist Einvernehmen zwischen allen drei Kurien erforderlich. Damit kann keiner der drei zentralen Partner von den anderen beiden überstimmt werden. Zu den Aufgaben der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören insbesondere zentrale Entscheidungen zur Zielsteuerung-Gesundheit und zur österreichweiten Versorgungsplanung.

Die laufende Vorbereitung und Koordination dieser Entscheidungen erfolgt im **Ständigen Koordinierungsausschuss**. Ihm gehören jeweils neun Vertreterinnen bzw. Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Er bereitet die Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission vor, unterstützt die Umsetzung ihrer Beschlüsse und kann über ihm übertragene Aufgaben entscheiden. Für Beschlüsse gelten grundsätzlich dieselben Kurienregeln wie in der Bundes-Zielsteuerungskommission.

Auf Landesebene ist die **Landes-Zielsteuerungskommission** das zentrale Gremium für die gemeinsame Steuerung durch Land und Sozialversicherung. Ihr gehören sechs Vertreterinnen bzw. Vertreter des jeweiligen Landes, sechs der Sozialversicherung sowie eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des Bundes an. Für Beschlüsse ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und jener der Sozialversicherung



erforderlich. Der Bund besitzt ein Vetorecht, wenn Beschlüsse beispielsweise gegen geltendes Recht, die maßgeblichen Art. 15a B-VG-Vereinbarungen, den Zielsteuerungsvertrag oder Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur (BGA) verstoßen. In der Landes-Zielsteuerungskommission werden insbesondere regionale Steuerungs- und Planungsfragen behandelt. Hier erfolgt auch die Abstimmung der RSG zwischen Land und Sozialversicherung.

Daneben besteht in jedem Landesgesundheitsfonds (LGF) eine **Gesundheitsplattform**. Sie befasst sich insbesondere mit Fragen der Planung, Steuerung und Finanzierung auf Ebene des LGF und bindet einen breiteren Kreis von Akteuren ein. Neben Land, Sozialversicherung und Bund sind unter anderem Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, die Ärztekammer, Patientenvertretungen und die Träger der Krankenanstalten vertreten. Die konkrete Ausgestaltung des Stimmrechts weiterer Mitglieder kann landesrechtlich geregelt werden. Die Gesundheitsplattform ergänzt damit die stärker auf die gemeinsame Zielsteuerung von Land und Sozialversicherung ausgerichtete Landes-Zielsteuerungskommission.

Auf Bundesebene besteht außerdem die **Bundesgesundheitskommission** als breiter zusammengesetztes gesundheitspolitisches Beratungsgremium. In ihr sind neben Bund, Ländern und Sozialversicherung auch weitere Akteure des Gesundheitswesens und die kommunalen Interessensvertretungen eingebunden. Sie ist von der Bundes-Zielsteuerungskommission zu unterscheiden. Während letztere das zentrale Entscheidungsgremium der Zielsteuerung darstellt, dient die Bundesgesundheitskommission vor allem der Beratung und Einbindung weiterer Stakeholder. Die eigentlichen gemeinsamen Steuerungsentscheidungen liegen damit im Wesentlichen bei Bund, Ländern und Sozialversicherung, die Gemeinden verfügen in der Zielsteuerung über keine eigene gleichberechtigte Kurie.

Verbindlichkeit der Zielsteuerung-Gesundheit

Die im Zielsteuerungsvertrag und in den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vereinbarten Ziele und Maßnahmen werden grundsätzlich einvernehmlich und verbindlich festgelegt. Die Zielsteuerung verändert jedoch nicht die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung. Bund, Länder und Sozialversicherung müssen die vereinbarten Maßnahmen jeweils mit den ihnen zur Verfügung stehenden rechtlichen und finanziellen Instrumenten umsetzen. Die Einhaltung der vereinbarten Ziele wird durch ein gemeinsames Monitoring und einen Sanktionsmechanismus abgesichert. Bei Zielverfehlungen stehen zunächst Berichtspflichten, die Festlegung von Korrektur-



maßnahmen und deren Veröffentlichung im Vordergrund. Bei Vertragsverstößen kann zudem eine Schlichtungsstelle angerufen werden. Entstehen aus einem festgestellten Verstoß Mehrausgaben, sind diese vom dafür Verantwortlichen zu tragen.

3 Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Im Jahr 2024 beliefen sich die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Österreich gemäß System of Health Accounts (SHA) auf 39,5 Mrd. EUR. Damit entfielen etwa 15 % der gesamten Staatsausgaben iHv 272,7 Mrd. EUR auf diesen Bereich. Aufgrund ihres wesentlichen Anteils an den gesamten Staatsausgaben trugen die Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit maßgeblich zu deren Entwicklung bei. Auch bei der langfristigen Entwicklung der Staatsausgaben spielen die Gesundheitsausgaben aufgrund der aktuell erwarteten demografischen Entwicklung eine wesentliche Rolle.

In diesem Abschnitt wird die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege im Detail dargestellt. Dabei wird die Entwicklung der Gesundheitsausgaben zunächst in Pkt. 3.1 anderen Bereichen der Staatsausgaben gegenübergestellt. In Pkt. 3.2 wird die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege auf aggregierter Ebene im Überblick dargestellt. In Pkt. 3.3 und 3.4 erfolgt dann eine detailliertere Betrachtung der Ausgabendynamik getrennt nach Gesundheitsleistungen und -gütern bzw. Finanzierungssystemen.

Die Datengrundlage für diesen Abschnitt bildet das SHA. Dabei handelt es sich um ein international harmonisiertes Konzept zur Erfassung von Gesundheitsausgaben. Es wurde gemeinsam von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Eurostat und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt, um die internationale und zeitliche Vergleichbarkeit dieser Ausgaben zu verbessern. Die methodischen Grundlagen des SHA werden in Anhang 2 näher erläutert.



3.1 Gesundheitsausgaben und Staatsausgaben

Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung des Anteils der Staatsausgaben am nominellen Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 2015 bis 2024 sowie die Entwicklung der Ausgaben bis 2060 auf Basis der aktuellen Langfristprognose 2025:

Tabelle 1: Entwicklung der Staatsausgaben seit 2015

in % des BIP	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015-2024	2060	2024-2060
Staatsausgaben	51,2	50,6	49,8	49,2	49,1	57,3	56,0	53,0	52,3	55,3	+4,1	58,6	+3,3
Demografieabhängige Ausgaben	29,0	28,7	28,5	28,3	28,5	31,2	31,2	29,3	29,5	31,3	+2,3	34,6	+3,2
Pensionen	13,8	13,6	13,4	13,3	13,4	14,7	14,4	13,6	13,9	14,9	+1,2	15,8	+0,9
Gesundheit	7,0	6,9	7,0	7,1	7,1	7,8	8,6	7,9	7,7	8,0	+1,0	9,3	+1,3
Pflege	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5	1,4	1,3	1,4	1,5	+0,1	2,8	+1,4
Bildung und Familie	6,9	6,9	6,8	6,7	6,6	7,2	6,8	6,5	6,5	7,0	+0,1	6,6	-0,3
Nicht-demografieabhängige Ausgaben	22,2	21,9	21,3	20,8	20,6	26,1	24,9	23,7	22,8	23,9	+1,7	24,0	+0,1

Quellen: Statistik Austria, Langfristige Budgetprognose 2025, eigene Berechnungen.

Die österreichischen **Staatsausgaben** sind von 175,2 Mrd. EUR im Jahr 2015 um 55,6 % auf 272,7 Mrd. EUR im Jahr 2024 angestiegen und sind somit stärker gewachsen als das nominelle BIP (+44,4 %). Dementsprechend lag der Anteil der Staatsausgaben am nominellen BIP im Jahr 2024 bei 55,3 % und war damit um 4,1 %-Punkte höher als 2015. Zu einem Anstieg der Ausgabenquote kam es vor allem nach 2019, während die Ausgaben in den Jahren davor, nicht zuletzt aufgrund rückläufiger Zinsausgaben, insgesamt weniger stark als das nominelle BIP wuchsen. Dadurch entwickelte sich die Ausgabenquote von 2015 bis 2019 rückläufig. Ab dem Jahr 2020 führten die im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und der Energiekrise ergriffenen Maßnahmen sowie die hohe Inflation während der Energiekrise zu einem deutlichen Anstieg der Staatsausgaben. Neben den nominell höheren Ausgaben trug auch die gleichzeitig schwache Entwicklung des nominellen BIP zum Anstieg der Ausgabenquote bei.

Neben den bereits genannten Faktoren war auch die demografische Entwicklung, insbesondere die steigende Lebenserwartung, maßgeblich für den Anstieg der Staatsausgaben verantwortlich. So ist der Anstieg der Ausgabenquote im dargestellten Zeitraum zu etwa 60 % auf die **demografieabhängigen Ausgaben** zurückzuführen, deren Anteil am BIP von 2015 bis 2024 um 2,3 %-Punkte anstieg. Dazu trugen vor allem die Pensions- und Gesundheitsausgaben bei. Letztere wiesen mit einem Anstieg um 64,9 % im Zeitraum von 2015 bis 2024 die stärkste Zunahme der dargestellten Ausgabenbereiche auf. Die Pensionsausgaben stiegen im gleichen Zeitraum beispielsweise um 56,5 %. Dadurch stieg der Anteil der Gesundheits-



ausgaben an den gesamten Staatsausgaben von 13,7 % im Jahr 2015 um 0,8 %-Punkte auf 14,5 % im Jahr 2024 an. Der Anteil der Ausgaben für Bildung und Familie sowie Pflege am BIP entwickelte sich im gleichen Zeitraum vergleichsweise stabil und war 2024 jeweils um 0,1 %-Punkte höher als 2015. Bei den nicht-demografieabhängigen Ausgaben, welche unter anderem die Zinsausgaben umfassen, wirkte vor allem die günstige Entwicklung des Zinsniveaus bis zum Jahr 2022 dämpfend auf das Ausgabenwachstum. Ihr Anteil am BIP stieg von 2015 bis 2024 um 1,7 %-Punkte.

Die zukünftige Entwicklung der Staatsausgaben wird aufgrund der erwarteten demografischen Entwicklung ebenfalls stark von den demografieabhängigen Ausgaben geprägt. Verantwortlich dafür ist insbesondere der weiter erwartete Anstieg der Lebenserwartung bei gleichzeitig niedriger Fertilitätsrate. Laut der **langfristigen Budgetprognose 2025** des Bundesministeriums für Finanzen (BMF) soll die Ausgabenquote bis zum Jahr 2060 im Vergleich zu 2024 um 3,3 %-Punkte auf 58,6 % ansteigen. Der Anteil der demografieabhängigen Ausgaben soll dabei im gleichen Zeitraum um 3,2 %-Punkte ansteigen. Wesentlich für diesen Anstieg sind wiederum die Bereiche Pensionen und Gesundheit, wobei der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP mit 1,3 %-Punkte stärker steigen soll als jener der Pensionsausgaben (+0,9 %-Punkte). Die langfristige Entwicklung der **Gesundheitsausgaben** wird dabei sowohl von nachfrage- als auch angebotsseitigen Faktoren beeinflusst:

- ♦ Die **Nachfrage** nach Gesundheitsleistungen steigt dabei grundsätzlich mit dem Alter, was sich in entsprechend höheren Gesundheitsausgaben pro Kopf widerspiegelt. Die erwartete Zunahme der Lebenserwartung und der damit einhergehende Anstieg des Anteils älterer Personen in der Bevölkerung führen demnach zu einem langfristigen Anstieg der Gesundheitsausgaben. Darüber hinaus tragen auch steigende Einkommen zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei.



- ♦ Auf der **Angebotsseite** ist vor allem der technologische Fortschritt (z. B. neue Behandlungsmethoden und Arzneien) maßgebend für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Dieser wirkt sich dabei tendenziell kostentreibend aus, da er nicht nur die Qualität und Effizienz, sondern auch die Nachfrage nach Arzneien und Behandlungen erhöht. Außerdem beeinflussen auch die institutionellen Rahmenbedingungen (z. B. Entlohnung des Gesundheitspersonals), welche durch Maßnahmen und Reformen im Gesundheitsbereich gesteuert werden können, die Ausgabenentwicklung.

Ein besonders starker Anstieg wird bei den **Pflegeausgaben** erwartet. Ihr Anteil am BIP soll bis 2060 von 1,5 % im Jahr 2024 auf 2,8 % ansteigen und sich damit nahezu verdoppeln. Dieses Wachstum ist dabei vor allem auf die Ausgaben für Sachleistungen zurückzuführen. Analog zu den Gesundheitsausgaben steigt auch hier die Nachfrage vor allem im hohen Alter stark an, was aufgrund der demografischen Entwicklung zu einem entsprechenden Anstieg der Pflegeausgaben führt. Darüber hinaus trägt auch der Rückgang der unentgeltlichen Pflege innerhalb der Familie (z. B. aufgrund der steigenden Erwerbsbeteiligung älterer Frauen) zu einem Anstieg der Nachfrage nach öffentlichen Pflegeleistungen bei, was die Kostendynamik weiter verstärkt. Der Anteil der Ausgaben für das Pflegegeld am BIP soll dagegen konstant bleiben.

Gegenläufig sollen die **Bildungs- und Familienausgaben** am BIP aufgrund der niedrigen Fertilitätsrate bis 2060 um 0,3 %-Punkte sinken. Die nicht-demografieabhängigen Ausgaben sollen bis zum Jahr 2060 in etwa gleich stark wachsen wie das nominelle BIP. Für eine detaillierte Analyse der Entwicklung der einzelnen Ausgabenbereiche wird auf die [Analyse des Budgetdienstes zur langfristigen Budgetprognose 2025](#) verwiesen.



3.2 Entwicklung der Gesundheitsausgaben seit 2015

Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege³ gemäß SHA in Österreich für die Jahre 2015 bis 2024 in Mrd. EUR und als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP):

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege seit 2015

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2015	
	in Mrd. EUR										in Mrd. EUR	in %
Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege	32,6	33,7	35,2	36,6	38,0	39,1	45,2	45,7	48,5	52,1	+19,5	+60,0%
Öffentlich	24,0	24,7	25,9	27,0	28,2	29,8	35,1	35,3	36,9	39,5	+15,5	+64,9%
Privat*	8,6	9,0	9,3	9,6	9,8	9,3	10,1	10,4	11,6	12,6	+4,0	+46,3%
Laufende Gesundheitsausgaben	30,7	31,9	33,1	34,5	36,0	37,1	43,1	43,6	46,0	49,5	+18,9	+61,5%
Öffentlich	22,5	23,4	24,3	25,4	26,7	28,3	33,6	33,8	35,1	37,5	+15,0	+66,6%
Privat	8,2	8,5	8,8	9,1	9,3	8,8	9,5	9,8	11,0	12,0	+3,9	+47,6%
Investitionen	1,9	1,8	2,1	2,1	2,0	2,0	2,1	2,1	2,5	2,6	+0,7	+34,8%
Öffentlich	1,5	1,3	1,6	1,6	1,4	1,5	1,5	1,5	1,9	2,0	+0,6	+38,4%
Privat*	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	+0,1	+24,0%
Bruttoinlandsprodukt, nominell	342	356	367	383	396	380	406	449	478	494	152	+44,4%
	in % des BIP										in %-Punkten	
Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege	9,5	9,5	9,6	9,5	9,6	10,3	11,1	10,2	10,1	10,6	+1,0	
Öffentlich	7,0	6,9	7,0	7,1	7,1	7,8	8,6	7,9	7,7	8,0	+1,0	
Privat*	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,5	2,3	2,4	2,6	+0,0	
Laufende Gesundheitsausgaben	9,0	9,0	9,0	9,0	9,1	9,7	10,6	9,7	9,6	10,0	+1,1	
Öffentlich	6,6	6,6	6,6	6,6	6,8	7,4	8,3	7,5	7,3	7,6	+1,0	
Privat	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,4	+0,1	
Investitionen	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	-0,0	
Öffentlich	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	-0,0	
Privat*	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	-0,0	

* inklusive private Investitionen im Bereich der Langzeitpflege.

Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Die **Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege** betrugen im Jahr 2015 32,6 Mrd. EUR bzw. 9,5 % des nominellen BIP. Bis zum Jahr 2019 stiegen diese mit durchschnittlich 3,9 % pro Jahr in etwa gleich stark wie die Wirtschaftsleistung an, sodass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in diesem Zeitraum nahezu konstant blieb. Vor dem Hintergrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie stiegen die Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege vor allem im Jahr 2021 relativ stark an. Im Vergleich zum Jahr 2020 waren die Ausgaben 2021 um 15,6 % höher, wobei die öffentlichen

³ Ausgaben für Langzeitpflege sind, insoweit sie gesundheitliche Leistungen betreffen, grundsätzlich Teil der Gesundheitsausgaben gemäß SHA. Da der Fokus der Analyse jedoch auf der Entwicklung der Gesundheitsausgaben im engeren Sinne liegt, werden die Ausgaben für Langzeitpflege nicht berücksichtigt. Diese betrugen im Jahr 2024 insgesamt 8,3 Mrd. EUR, wovon 6,3 Mrd. EUR die öffentlichen und 2,0 Mrd. EUR die privaten Finanzierungssysteme betrafen.



Ausgaben⁴ (+17,8 %) deutlich stärker stiegen als die privaten⁵ (+8,7 %). Die vergleichsweise hohen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben setzten sich nach 2021 fort, was neben den Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie auch auf die hohen Inflationsraten während der Energiekrise zurückzuführen war. In den Jahren 2023 und 2024 stiegen die Gesundheitsausgaben um 6,2 % bzw. 7,5 % gegenüber dem entsprechenden Vorjahr an. Das durchschnittliche Wachstum war von 2019 bis 2024 mit 6,5 % deutlich höher als in den Jahren davor. Aufgrund der gleichzeitig schwächeren wirtschaftlichen Entwicklung stieg der Anteil am BIP von 9,6 % im Jahr 2019 auf 10,6 % im Jahr 2024 an. Im gesamten dargestellten Zeitraum stiegen die Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege insgesamt stärker als das nominelle BIP (+44,4 %). Im Jahr 2024 waren diese mit 52,1 Mrd. EUR um 19,5 Mrd. EUR bzw. 60,0 % höher als 2015, der Anteil am BIP war um 1,0 %-Punkte höher als 2015. Das Ausgabenwachstum lag auch über dem Anstieg der Verbraucherpreise (+33,9 %). Unter Berücksichtigung des Bevölkerungswachstums stiegen die Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege pro Kopf von 3.778 EUR im Jahr 2015 auf 5.682 EUR im Jahr 2024 an (+50,4 %).

Der Großteil der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege entfällt mit etwa 95 % auf die **laufenden Gesundheitsausgaben**, welche den Konsum von Gesundheitsleistungen und -gütern messen. Diese wuchsen im dargestellten Zeitraum deutlich stärker als die Investitionen. Während die laufenden Gesundheitsausgaben im Jahr 2024 mit 49,5 Mrd. EUR um 18,9 Mrd. EUR bzw. 61,5 % höher waren als 2015, stiegen die Investitionen im gleichen Zeitraum nur um 0,7 Mrd. EUR bzw. 34,8 % an. Die Investitionsausgaben haben dabei vor allem seit 2019 vergleichsweise stark zugenommen. Nachdem diese zwischen 2015 und 2019 nahezu konstant waren, stiegen sie seither um durchschnittlich 5,9 % pro Jahr. Auch das Wachstum der laufenden Gesundheitsausgaben fiel mit durchschnittlich 6,6 % jährlich nach 2019 stärker aus als in den Jahren davor (+4,1 %).

⁴ Die öffentlichen Gesundheitsausgaben beziehen sich im SHA auf das Finanzierungssystem Staat und verpflichtende Beitragssysteme der Gesundheitsfinanzierung (HF.1). In Österreich beinhaltet dies die Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden (Finanzierungssystem Staat) sowie der Sozialversicherung.

⁵ Entsprechend der Systematik des SHA umfassen die privaten Gesundheitsausgaben sowohl die Ausgaben privater Haushalte (HF.3) als auch jene der freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung (HF.2). Letztere beinhalten unter den Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck auch den Eigenanteil der Ordensspitäler an der Betriebsabgangsdeckung, welche in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) nicht dem privaten Sektor, sondern dem Sektor Staat zugeordnet werden.

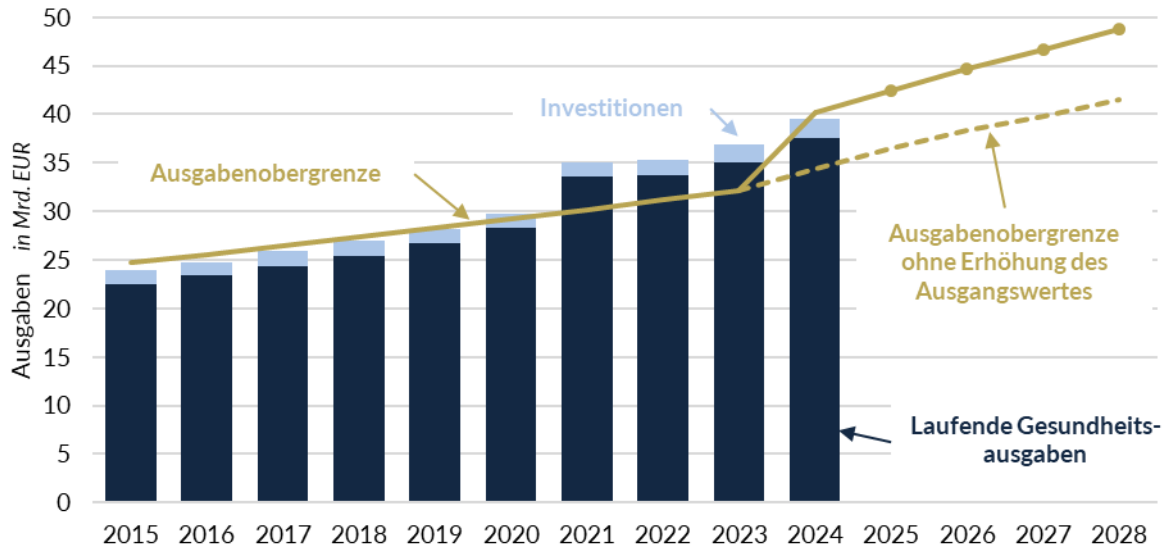


Im SHA wird auch zwischen den Ausgaben öffentlicher und privater Finanzierungssysteme unterschieden. Die **öffentlichen Gesundheitsausgaben** ohne Langzeitpflege stiegen dabei von 2015 bis 2024 um insgesamt 15,5 Mrd. EUR bzw. 64,9 % an, was deutlich über dem Wachstum der privaten Ausgaben lag (+4,0 Mrd. EUR bzw. +46,3 %). Dementsprechend erhöhte sich auch der Anteil der öffentlichen Ausgaben an den Gesamtausgaben von 73 % auf 76 %. Das Wachstum der öffentlichen Ausgaben war dabei sowohl bei den laufenden Gesundheitsausgaben (+66,6 %) als auch bei den Investitionen (+38,4 %) höher als jenes der privaten Gesundheitsausgaben (+47,6 % bzw. +24,0 %).

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werden seit 2012 **Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben** ohne Langzeitpflege festgelegt.⁶ Dadurch soll das Ausgabenwachstum entsprechend gedämpft werden. In der ersten Periode der Zielsteuerung von 2012 bis 2016 sollten die Kosten stufenweise so gedämpft werden, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 % nicht überschreitet. Für die 2. Zielsteuerungsperiode sollte das jährliche Ausgabenwachstum von 3,6 % im Jahr 2017 auf 3,2 % im Jahr 2023 zurückgeführt werden. In der aktuellen Zielsteuerungsperiode der Jahre 2024 bis 2028 wurden sowohl der Ausgangswert für die Berechnung der Ausgabenobergrenzen als auch die angestrebten Wachstumsraten erhöht. So soll das jährliche Wachstum nunmehr von 6,7 % im Jahr 2024 schrittweise auf 4,42 % im Jahr 2028 sinken. Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege von 2015 bis 2024 sowie die vereinbarten Ausgabenobergrenzen bis 2028:

⁶ Die Festlegung der Ausgabenobergrenzen orientiert sich dabei am in der jeweils aktuellen WIFO-Mittelfristprognose erwarteten nominellen BIP-Wachstum. Gemäß der aktuellen Vereinbarung wird dabei zusätzlich ein Aufschlag berücksichtigt, der gegen Ende der Laufzeit abnimmt. Dadurch sollen insbesondere die demografische Entwicklung und die zusätzliche Inflation im Gesundheitswesen berücksichtigt werden.

Grafik 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege und Ausgabenobergrenzen



Quellen: Statistik Austria, Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit, eigene Berechnungen.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege blieben im Jahr 2015 um 0,7 Mrd. EUR unterhalb der vereinbarten Ausgabenobergrenze. Diese wurde auch in den weiteren Jahren bis 2019 eingehalten. Ab dem Jahr 2020 führten die hohen pandemiebedingten Ausgaben (z. B. für Schutzausrüstungen, Testungen, Contact Tracing, Ausgaben für 1450, Medienkampagnen) zu einer Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege lagen dabei in den Jahren 2021 bis 2023 um durchschnittlich 4,6 Mrd. EUR über den vereinbarten Ausgabenobergrenzen.

In der aktuellen Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit, welche die Ausgabenobergrenzen für die Jahre 2024 bis 2028 festlegt, wurde der Ausgangswert für die Berechnung der Obergrenzen deutlich angehoben. So betrug die Ausgabenobergrenze für 2023 in der letzten Zielsteuerungsvereinbarung 32,2 Mrd. EUR. In der aktuellen Vereinbarung ist für das Jahr 2023 ein Ausgangswert von 37,6 Mrd. EUR ausgewiesen. Dies führte in Verbindung mit der im Vergleich zu den Vorjahren relativ hohen zulässigen Wachstumsrate von 6,7 % dazu, dass die Ausgabenobergrenze im Jahr 2024 wieder eingehalten wurde. Ohne die Erhöhung des Ausgangswertes wäre dies nicht der Fall gewesen.

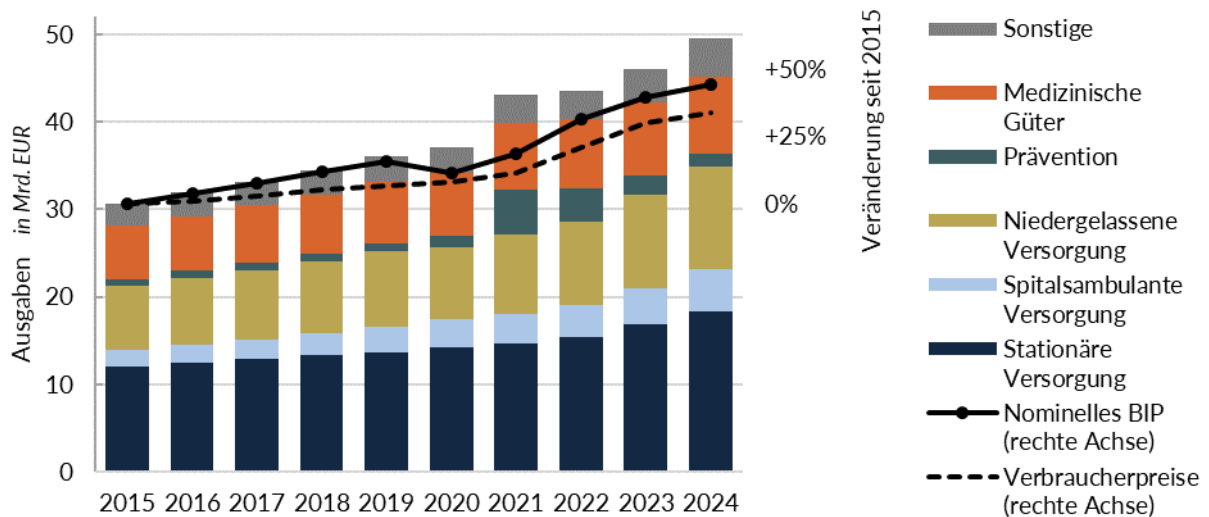
Für die weiteren Jahre bis 2028 sieht die aktuelle Zielsteuerungsvereinbarung einen Anstieg der Obergrenze für die jährlichen öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 48,7 Mrd. EUR vor. Das zulässige Ausgabenwachstum liegt damit über der erwarteten Zunahme des nominellen BIP, wodurch der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP von 8,0 % auf bis zu 8,6 % ansteigen würde. Ohne die Anpassung des Ausgangswertes in der aktuellen Zielsteuerungsvereinbarung würde die Ausgabenobergrenze in etwa einer Fortschreibung des Anteils am BIP der Jahre 2015 bis 2019 entsprechen.

3.3 Ausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern

3.3.1 Entwicklung der Ausgaben im Überblick

Im System of Health Accounts (SHA) werden die Gesundheitsausgaben unter anderem für verschiedene Gesundheitsleistungen und -güter erhoben. Die nachstehende Grafik zeigt die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege seit 2015 aufgeteilt nach Gesundheitsleistungen und -gütern:

Grafik 3: Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege nach Gesundheitsleistungen und -gütern



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.



Die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Gesundheitsleistungen und -güter:

- ◆ Der größte Teil der laufenden Gesundheitsausgaben betraf im Jahr 2024 mit 23,1 Mrd. EUR bzw. einem Anteil von 47 % die vorwiegend von Krankenanstalten erbrachte stationäre⁷ und spitalsambulante Versorgung. Davon umfasst sind sowohl kurative als auch rehabilitative Leistungen.⁸ Der Anteil war in den Jahren 2015 bis 2024 relativ stabil, wobei ein Rückgang des Anteils der Ausgaben für die stationäre Versorgung durch einen entsprechenden Anstieg des Anteils der Ausgaben für die spitalsambulante Versorgung ausgeglichen wurde.
- ◆ Der zweitgrößte Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben entfiel im Jahr 2024 mit 11,8 Mrd. EUR bzw. 24 % auf die kurative und rehabilitative niedergelassene Versorgung. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und -ärzten sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (z. B. Logopädie, Psychologie) erbrachten Leistungen. Auch dieser Anteil war im Zeitverlauf vergleichsweise stabil.
- ◆ Demgegenüber hat sich der Anteil der Ausgaben für medizinische Güter (v. a. Arzneimittel und Heilbehelfe), die im niedergelassenen Bereich abgegeben werden, rückläufig entwickelt.⁹ Im Jahr 2015 entfielen 20 % (6,1 Mrd. EUR) der laufenden Gesundheitsausgaben auf medizinische Güter, bis zum Jahr 2024 sank dieser Anteil um 2 %-Punkte auf 18 % (8,8 Mrd. EUR).
- ◆ Die Ausgaben für Prävention sind im Zuge der COVID-19-Pandemie besonders stark angestiegen und erreichten mit 5,2 Mrd. EUR im Jahr 2021 ihren Höchststand, was einem Anteil von 12 % an den Gesamtausgaben entsprach. Seither sind die Ausgaben wieder auf 1,4 Mrd. EUR zurückgegangen, ihr Anteil an den Gesamtausgaben war 2024 mit 3 % in etwa gleich hoch wie im Jahr 2015.

⁷ Darin enthalten sind auch die Ausgaben für tagesklinisch erbrachte Leistungen.

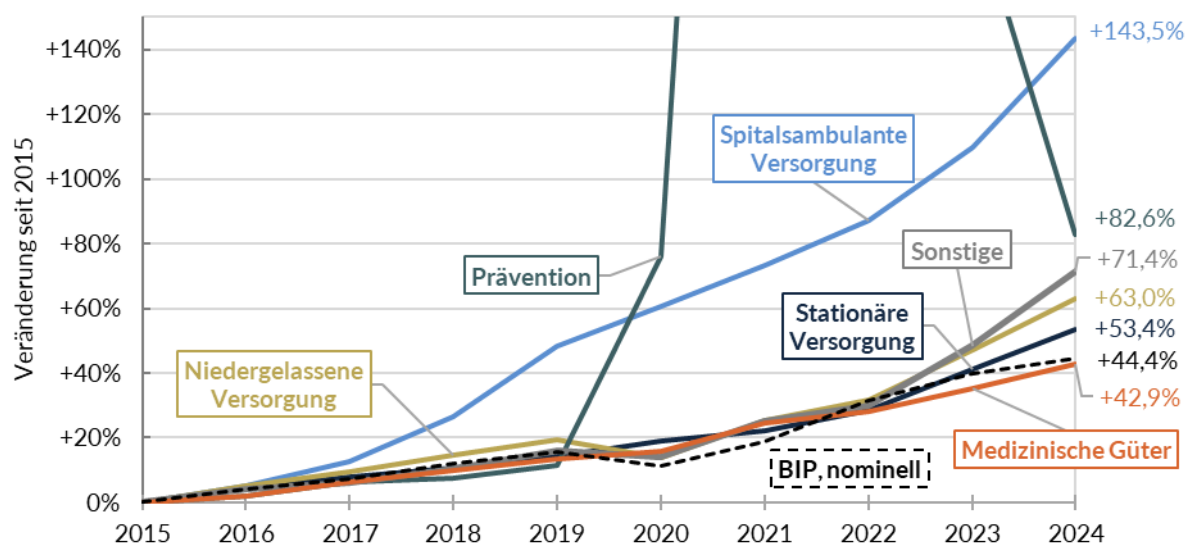
⁸ Als kurative Leistungen gelten medizinische, paramedizinische und pflegerische Leistungen zum Zweck der Heilung bzw. Linderung von Krankheits- und Verletzungssymptomen (z. B. chirurgische Eingriffe). Die rehabilitative Gesundheitsversorgung umfasst medizinische, paramedizinische und pflegerische Leistungen, welche auf die psychische und physische Stärkung von Personen mit (langfristigen) gesundheitlichen Beeinträchtigungen abzielen (z. B. Physiotherapie).

⁹ Bei den medizinischen Gütern werden nur jene erfasst, die ambulant direkt an Patientinnen und Patienten abgegeben werden. Medizinische Güter, die während einer stationären, spitalsambulant oder tagesklinischen Behandlung verbraucht werden, werden demnach den Gesundheitsleistungen der kurativen und rehabilitativen Versorgung zugeordnet.

- Die Ausgaben für die in der Grafik ausgewiesenen sonstigen Ausgaben beliefen sich im Jahr 2024 auf 4,4 Mrd. EUR. Diese betrafen mit 2,5 Mrd. EUR die Verwaltungskosten im Gesundheitswesen und mit 1,8 Mrd. EUR die Ausgaben für Hilfeleistungen (z. B. Labordiagnostik, Rettungswesen). Der Anteil der sonstigen Ausgaben war mit 9 % etwas höher als 2015.

Die nachstehende Grafik zeigt, wie sich die laufenden Gesundheitsausgaben für die einzelnen Gesundheitsleistungen und -güter seit 2015 entwickelt haben:

Grafik 4: Veränderung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Die gesamten laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich waren im Jahr 2024 um 61,5 % höher als 2015. Die Entwicklung der einzelnen Gesundheitsleistungen und -güter wird dabei im Folgenden näher erläutert.

3.3.2 Stationäre und spitalsambulante Versorgung

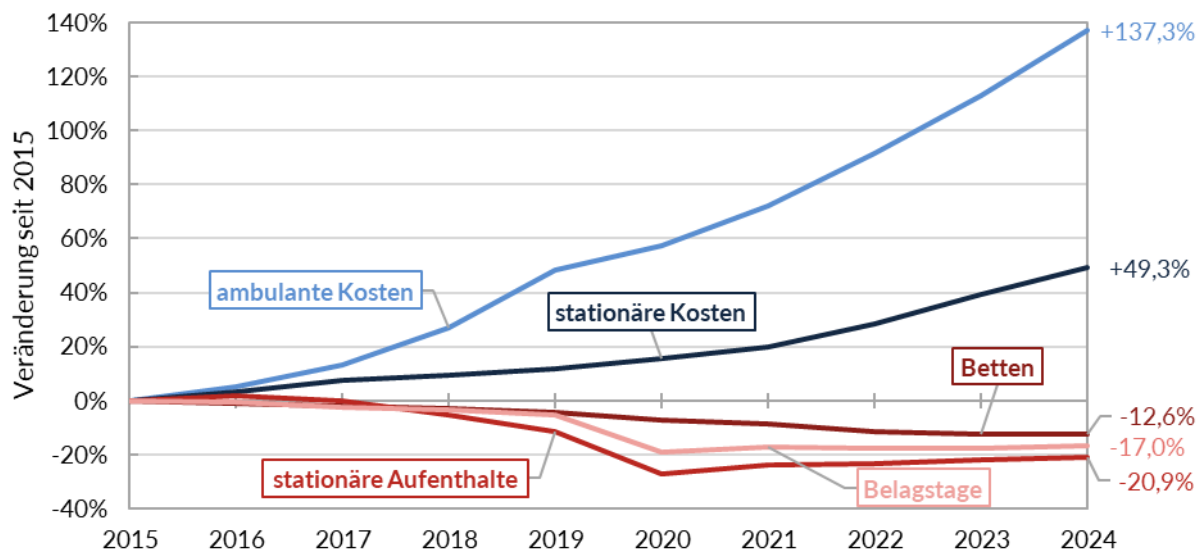
Das Ausgabenwachstum war aufgrund ihres hohen Anteils an den Gesamtausgaben maßgeblich von den Ausgaben für die **stationäre und spitalsambulante Versorgung** geprägt, welche im Jahr 2024 um 66,1 % höher waren als 2015. Damit war etwa die Hälfte des Anstiegs der Gesamtausgaben auf diesen Bereich zurückzuführen. Da die Ausgaben im spitalsambulanten Bereich mit 143,5 % deutlich stärker gewachsen sind als im stationären (+53,4 %) und im niedergelassenen Bereich (+63,0 %), kam es zu einer Verschiebung der Ausgabenanteile vom stationären und niedergelassenen hin



zum spitalsambulanten Bereich. Dementsprechend war auch der Anteil letzterer an den Gesamtausgaben im Jahr 2024 um 3,2 %-Punkte höher als 2015, während jener der stationären Ausgaben um 2,0 %-Punkte niedriger war. Das Wachstum der Ausgaben für die spitalsambulante Versorgung war dabei bereits zu Beginn des dargestellten Zeitraums höher als jenes für die stationäre Versorgung. Der Unterschied vergrößerte sich dann zusätzlich in den Jahren 2021 und 2022, in denen die Ausgaben im stationären Bereich deutlich weniger stark wuchsen als im spitalsambulanten Bereich.

Das stärkere Wachstum der Ausgaben für die spitalsambulante Behandlung spiegelt sich auch in der Kostenstruktur der **Fondskrankenanstalten** wider. Dabei handelt es sich um jene Krankenanstalten, die von den Landesgesundheitsfonds (LGF) finanziert werden. Diese stellen zwar nicht die Mehrheit der Krankenanstalten dar (2024: 106 von 257 Krankenanstalten), sind jedoch für den Großteil der in Krankenanstalten erbrachten Leistungen verantwortlich (siehe Pkt. 2.1). Die nachstehende Grafik zeigt die Entwicklung der stationären und ambulanten Kosten sowie einzelner Leistungsindikatoren der Fondskrankenanstalten seit 2015:¹⁰

Grafik 5: Kosten und Leistungsindikatoren der Fondskrankenanstalten



Quellen: BMASGPK, eigene Berechnungen.

¹⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Fondskrankenanstalten im dargestellten Zeitraum von 120 im Jahr 2015 auf 106 im Jahr 2024 gesunken ist.



Die Gesamtkosten der Fondskrankenanstalten waren im Jahr 2024 um 63,3 % höher als 2015. Wie bei den Ausgaben für alle Krankenanstalten gemäß SHA wuchsen die Kosten für die ambulante Behandlung mit 137,3 % deutlich stärker als jene im stationären Bereich (+49,3 %). Das vergleichsweise geringere Wachstum der stationären Kosten ist dabei auch auf das gegenüber 2015 rückläufige Leistungsgeschehen in diesem Bereich zurückzuführen. Der bereits bis 2019 beobachtbare Rückgang wurde dabei durch die eingeschränkte Leistungserbringung während der COVID-19-Pandemie beschleunigt. Seither kam es bei den stationären Aufenthalten und den Belagstagen zwar wieder zu einem kontinuierlichen Anstieg, die Werte der dargestellten Indikatoren liegen aber weiterhin unterhalb des Niveaus von 2019. Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten in Fondskrankenanstalten war im Jahr 2024 um 12,6 % niedriger als 2015, die Zahl der stationären Aufenthalte und die Anzahl der Belagstage sank im gleichen Zeitraum um 20,9 % bzw. 17,0 %. Insgesamt bedeutet dies, dass sich die steigenden Kosten auf weniger stationär erbrachte Leistungen verteilen. So sind beispielsweise die Kosten der stationären Behandlung pro Aufenthalt von 2015 bis 2024 um 88,7 % angestiegen. Die Verdichtung der Leistungserbringung zeigt sich auch dadurch, dass die durchschnittliche Anzahl der Belagstage pro stationärem Aufenthalt von 5,01 Tagen im Jahr 2015 auf 5,25 Tage im Jahr 2024 angestiegen ist. Auch die Zahl der erbrachten Leistungen pro Aufenthalt war 2024 um 5,6 % höher als 2015. Dabei ist vor allem die Anzahl der operativen Leistungen pro Aufenthalt deutlich angestiegen (+29,8 %), während die durchschnittliche Anzahl nichtoperativer Leistungen rückläufig war (-1,5 %).

Der Großteil der Gesamtkosten der Fondskrankenanstalten entfällt mit etwa 60 % auf **Personalkosten**. Diese waren 2024 um 62,6 % höher als 2015. Sie sind damit stärker als die gesamtstaatlichen Arbeitnehmerentgelte gestiegen (+52,1 %). Im gleichen Zeitraum stieg der Personalstand der Fondskrankenanstalten von 118 Tsd. Vollzeitäquivalenten (VZÄ) um 8,7 % auf 128 Tsd. VZÄ an, wobei der Personalaufbau beim ärztlichen Dienst mit 11,5 % stärker ausfiel als bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen (+6,1 %). Der durchschnittliche Personalaufwand pro VZÄ stieg von 2015 bis 2024 um 49,6 % und damit stärker als die Verbraucherpreise (+33,9 %). Ein wesentlicher Kostentreiber der Fondskrankenanstalten sind auch die **Medikamentenkosten**, welche sich von 2015 bis 2024 mehr als verdoppelt haben (+104,1 %) und damit deutlich stärker wuchsen als die Personalkosten. Ihr Anteil an den Gesamtkosten stieg damit von 5 % im Jahr 2015 auf 7 % im Jahr 2024.



Sowohl die Höhe als auch die Dynamik der Kosten der Fondskrankenanstalten unterscheiden sich zum Teil deutlich zwischen den **Bundesländern**. So waren die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Einwohnerin bzw. Einwohner im Jahr 2024 in Wien mit 3.043 EUR deutlich höher als in den anderen Bundesländern. Dies dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass in Wien auch verstärkt Leistungen für Einwohnerinnen und Einwohner anderer Bundesländer erbracht werden. In den weiteren Bundesländern lagen die durchschnittlichen Kosten zwischen 2.496 EUR (Salzburg) und 1.675 EUR (Niederösterreich). Bezüglich der Veränderung der Gesamtkosten kam es im Burgenland zu einem besonders starken Anstieg. Die Gesamtkosten der dortigen Fondskrankenanstalten waren im Jahr 2024 um 112,0 % höher als 2015, was deutlich über dem österreichweiten Anstieg lag (+63,3 %). Dabei sind in den burgenländischen Fondskrankenanstalten sowohl die stationären (+89,1 %) als auch die ambulanten Kosten (+285,6 %) deutlich stärker gestiegen als im österreichischen Durchschnitt (+49,3 % bzw. +137,3 %). Der Rückgang der stationären Aufenthalte und der tatsächlich aufgestellten Betten fiel ähnlich hoch aus wie in den anderen Bundesländern, während die Zahl der Belagstage gegenläufig zum allgemein rückläufigen Trend im Burgenland geringfügig höher war als 2015 (+1,0 %). Der stärkere Anstieg der Gesamtkosten im Burgenland ist unter anderem auch auf einen deutlich stärkeren Anstieg der Personalkosten zurückzuführen. Diese waren im Burgenland im Jahr 2024 um 97,2 % höher als 2015, während der Anstieg österreichweit durchschnittlich 62,6 % betrug. Auch die Medikamentenkosten sind in den burgenländischen Fondskrankenanstalten stärker gestiegen (+160,7 %) als in allen österreichischen Fondskrankenanstalten (+104,1 %).

3.3.3 Weitere Gesundheitsleistungen und -güter

Die Ausgaben für die **weiteren Gesundheitsleistungen und -güter** entwickelten sich gemäß SHA wie folgt:

- ♦ Die Ausgaben für die Versorgung im **niedergelassenen Bereich** sind bis zum Jahr 2019 um durchschnittlich 4,5 % pro Jahr gestiegen, ehe es im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie zu einem Rückgang der Ausgaben kam. Danach beschleunigte sich das Ausgabenwachstum auf durchschnittlich 9,3 % pro Jahr. Insgesamt waren die Ausgaben für den niedergelassenen Bereich im Jahr 2024 um 63,0 % höher als 2015. Die Ausgaben sind dabei vor allem für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung sowie für Leistungen durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe überdurchschnittlich stark angestiegen.



- ♦ Die Ausgaben für **medizinische Güter** sind in den Jahren 2015 bis 2024 um insgesamt 42,9 % und damit weniger stark als die Gesamtausgaben gestiegen. Die Ausgaben für Arzneimittel sind dabei um 43,7 % gewachsen, wobei jene für rezeptfreie Arzneimittel (+52,2 %) stärker gestiegen sind als jene für verschriebene Arzneimittel (+40,9 %). Bei den Ausgaben für therapeutische Hilfsmittel (+40,7 %) kam es vor allem bei den orthopädischen und prothetischen Hilfsmitteln zu einem deutlichen Anstieg (+58,2 %), während die Ausgaben für Brillen und sonstige Sehhilfen (+19,4 %) sowie Hörhilfen (+16,2 %) vergleichsweise gering angestiegen sind.
- ♦ Die Ausgaben im Bereich der **Prävention** sind vor allem während der COVID-19-Pandemie besonders stark angestiegen. Die Ausgaben erreichten dabei im Jahr 2021 mit 5,2 Mrd. EUR ihren Höchststand und waren damit fast sechsmal so hoch wie 2019. Auch 2022 kam es mit 3,8 Mrd. EUR noch zu deutlich höheren Ausgaben in diesem Bereich. Entsprechend der Pandemiemaßnahmen sind dabei vor allem die Ausgaben für Früherkennungsprogramme, Immunisierungsprogramme und die epidemiologische Überwachung besonders stark angestiegen. Seither haben sich die Präventionsausgaben wieder rückläufig entwickelt, waren mit 1,4 Mrd. EUR im Jahr 2024 aber weiterhin über dem Vorkrisenniveau. Im Vergleich zu 2015 waren die Ausgaben um 82,6 % höher.
- ♦ Die Ausgaben für **sonstige Gesundheitsleistungen und -güter** sind von 2015 bis 2024 um 71,4 % angestiegen. Die Ausgaben für die Verwaltung im Gesundheitssystem stiegen dabei etwas stärker (+72,8 %) als jene für Hilfeleistungen (+70,5 %).

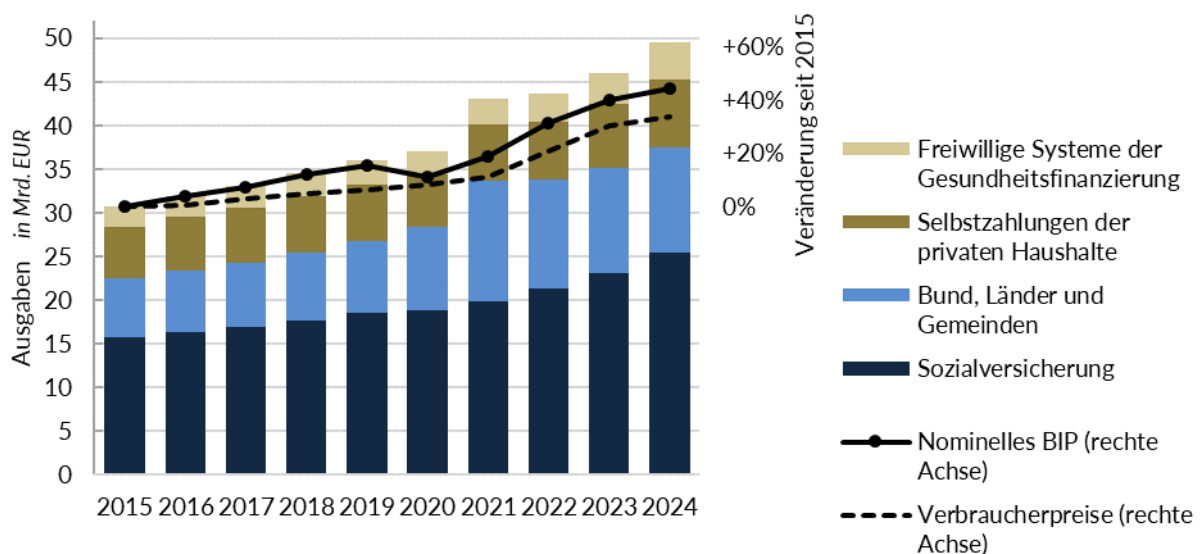
3.4 Ausgaben nach Finanzierungssystemen

Im System of Health Accounts (SHA) werden die Gesundheitsausgaben auch auf verschiedene Finanzierungssysteme aufgeteilt. Den öffentlichen Ausgaben werden dabei das Finanzierungssystem Staat¹¹ (HF.1.1), welches in Österreich im Wesentlichen Bund, Länder und Gemeinden beinhaltet, sowie das Finanzierungssystem der Sozialversicherungsträger (HF.1.2.1) zugeordnet. Innerhalb der privaten

¹¹ Das Finanzierungssystem Staat gemäß SHA ist dabei vom Sektor Staat gemäß VGR zu unterscheiden. Letzterer umfasst neben Bund, Ländern und Gemeinden (inkl. ausgegliederte Einheiten) auch die Sozialversicherungsträger, welche im SHA einem eigenen Finanzierungssystem zugeordnet werden.

Gesundheitsausgaben wird zwischen den Selbstzahlungen der privaten Haushalte (HF.3) und den freiwilligen Systemen der Gesundheitsfinanzierung (HF.2) unterschieden, wobei letztere vor allem die Ausgaben privater Versicherungsunternehmen und privater Organisationen ohne Erwerbszweck umfassen. Die nachstehende Grafik zeigt die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege seit 2015 aufgeteilt nach Finanzierungssystemen:

Grafik 6: Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege nach Finanzierungssystemen

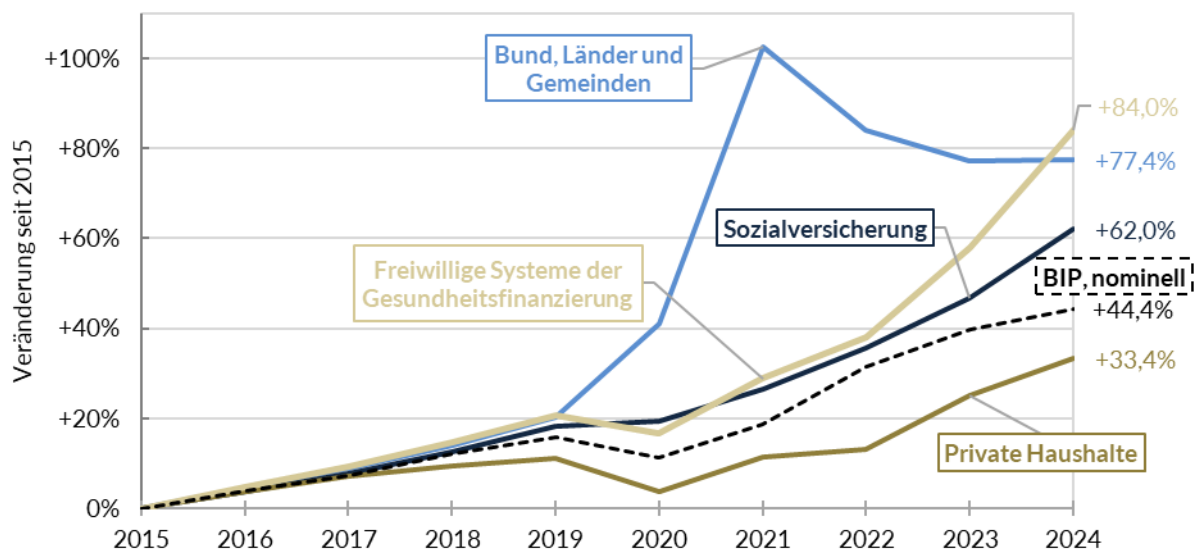


Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Etwa die Hälfte der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege iHv 49,5 Mrd. EUR entfällt auf die Sozialversicherung. Ihre Ausgaben beliefen sich im Jahr 2024 auf 25,5 Mrd. EUR. Auf Bund, Länder und Gemeinden entfielen im Jahr 2024 mit 12,0 Mrd. EUR 24 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege. Ihr Anteil war damit um 2 %-Punkte höher als 2015. Im gleichen Zeitraum ist auch der Anteil der freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung, deren Ausgaben im Jahr 2024 4,2 Mrd. EUR betrugen, von 7 % auf 9 % angestiegen. Demgegenüber hat sich der Anteil der Selbstzahlungen der privaten Haushalte rückläufig entwickelt. Während im Jahr 2015 noch knapp ein Fünftel der laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege diesem Finanzierungssystem zugeordnet wurde, waren es im Jahr 2024 mit 7,8 Mrd. EUR nur mehr 16 %.

Die nachstehende Grafik zeigt, wie sich die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der einzelnen Finanzierungssysteme seit 2015 entwickelt haben:

Grafik 7: Veränderung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen



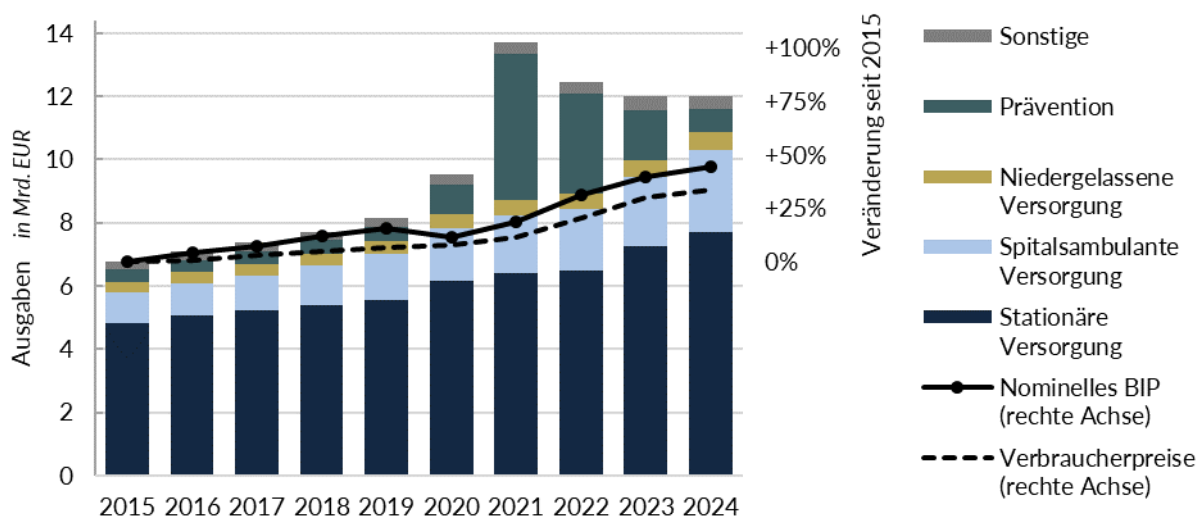
Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Innerhalb der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege sind von 2015 bis 2024 vor allem die Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden vergleichsweise stark angestiegen. Diese waren im Jahr 2024 um 77,4 % höher als 2015. Die Ausgaben sind vor allem während der COVID-19-Pandemie deutlich angestiegen und trotz einer rückläufigen Entwicklung in den Folgejahren auf einem hohen Niveau verblieben. Demgegenüber sind die Ausgaben der Sozialversicherungsträger im gleichen Zeitraum mit 62,0 % weniger stark gewachsen. Im Bereich der privaten laufenden Gesundheitsausgaben kam es insbesondere bei den Ausgaben der freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung zu einem deutlichen Anstieg (+84,0 %). Die Selbstzahlungen privater Haushalte sind mit 33,4 % deutlich weniger stark gestiegen als die Ausgaben der anderen Finanzierungssysteme. Im Folgenden wird die Entwicklung der Ausgaben der einzelnen Finanzierungssysteme im Detail betrachtet.

3.4.1 Bund, Länder und Gemeinden

Die nachstehende Grafik zeigt die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege des Bundes, der Länder und Gemeinden (gemäß System of Health Accounts (SHA) des Staates)¹² seit 2015 aufgeteilt nach Gesundheitsleistungen und -gütern:

Grafik 8: Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege von Bund, Ländern und Gemeinden nach Gesundheitsleistungen und -gütern



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

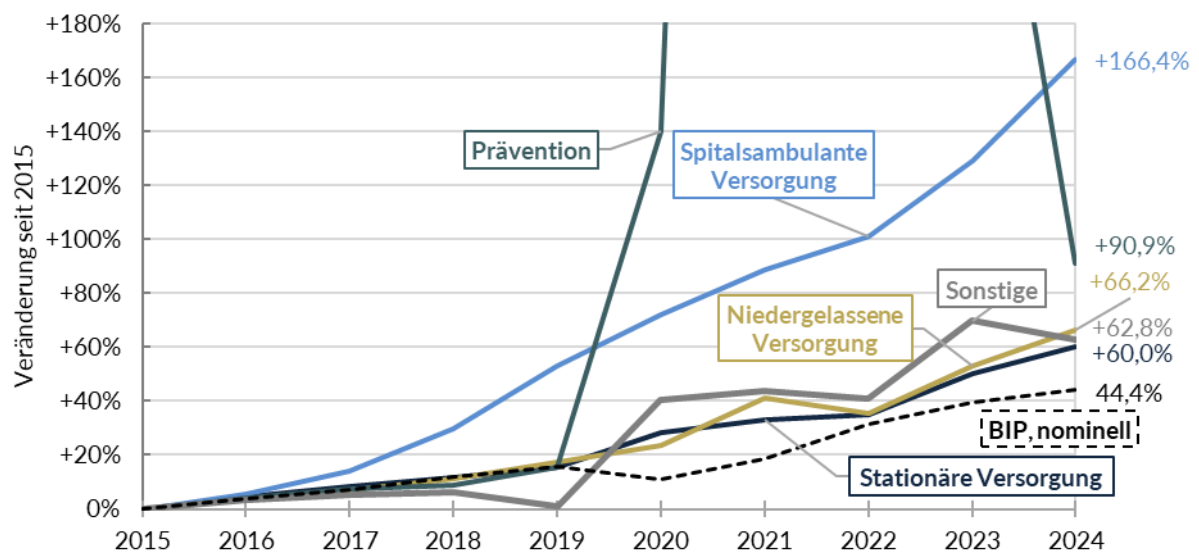
Die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege von Bund, Ländern und Gemeinden betrugen im Jahr 2015 6,8 Mrd. EUR. Bis zum Jahr 2024 stiegen diese um 5,2 Mrd. EUR bzw. 77,4 % auf 12,0 Mrd. EUR an. Das Wachstum fiel dabei stärker als in anderen Bereichen aus, wodurch der Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben im gleichen Zeitraum von 22 % auf 24 % anstieg. Der Großteil der Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden entfällt entsprechend der Zuständigkeiten im Gesundheitssystem mit etwa 85 % auf die stationäre und ambulante Versorgung in den Krankenanstalten. Der Anteil der Ausgaben für Prävention ist während der COVID-19-Pandemie stark angestiegen, hat sich seither aber wieder dem Vorkrisenniveau von etwa 6 % angenähert.

¹² Eine Aufteilung der Ausgaben auf Bund, Länder und Gemeinden ist dabei nicht verfügbar.

Bis 2019 sind die staatlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in etwa gleich stark gewachsen wie das nominelle BIP, wodurch ihr Anteil mit etwa 2 % des BIP in diesem Zeitraum konstant blieb. In weiterer Folge kam es aufgrund der COVID-19-Pandemie zu einem starken Anstieg der Gesundheitsausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden. Im Jahr 2021 betrugen diese 13,7 Mrd. EUR und waren damit etwa doppelt so hoch wie 2015. Durch das Auslaufen der Krisenmaßnahmen haben sich die Ausgaben bis 2024 rückläufig entwickelt, verblieben aber deutlich über dem Vorkrisenniveau. Der Anteil am BIP war im Jahr 2024 mit 2,4 % um 0,5 %-Punkte höher als 2015.

Die nachstehende Grafik zeigt, wie sich die Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden für die einzelnen Gesundheitsleistungen und -güter seit 2015 entwickelt haben:

Grafik 9: Veränderung der laufenden Gesundheitsausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden nach Gesundheitsleistungen und -gütern



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Der Großteil der laufenden Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden entfällt auf die **stationäre und spitalsambulante Versorgung**. Diese betreffen vor allem die von den Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen. Die Gebietskörperschaften leisten dabei zum einen Zuschüsse, die primär als Anteile am Abgabenaufkommen definiert sind, und zum anderen sind Länder und Gemeinden für die Abdeckung der Betriebsabgänge der Fondskrankenanstalten verantwortlich (siehe Pkt. 4.1.1). Die Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden waren in diesem Bereich im Jahr 2024 um 77,7 % höher als 2015 und trugen damit 66,5 %-Punkte zum Anstieg der Gesamtausgaben



bei. Die Ausgaben im spitalsambulanten Bereich sind dabei mit 166,4 % deutlich stärker gewachsen als jene im stationären Bereich (+60,0 %). Dementsprechend war auch der Anteil ersterer an den Gesamtausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden im Jahr 2024 um 7,2 %-Punkte höher als 2015, während jener der stationären Ausgaben um 7,0 %-Punkte niedriger war.

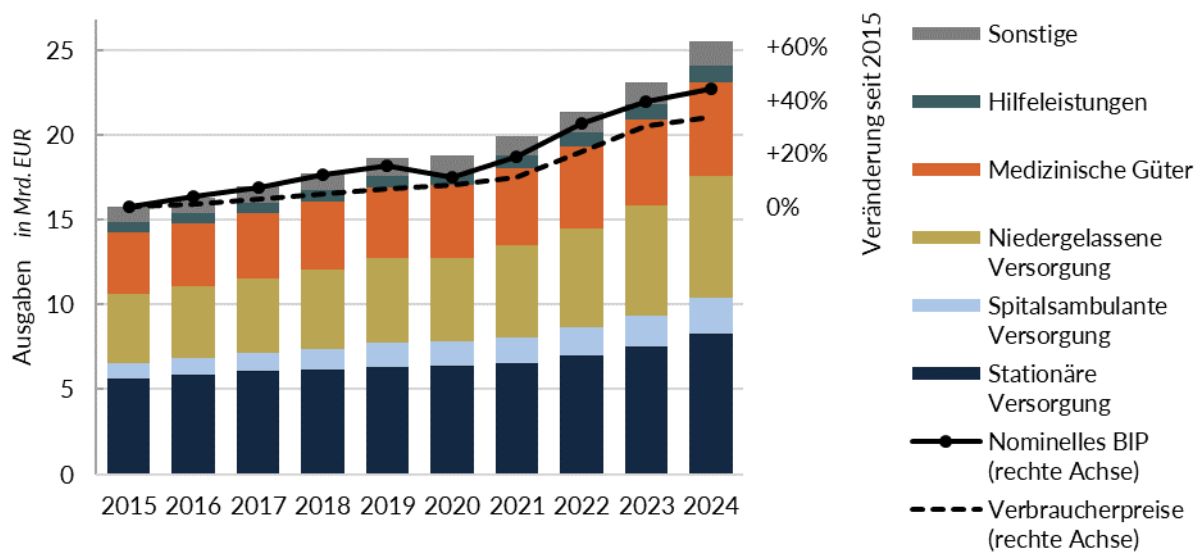
Bei den Ausgaben für **Präventionsmaßnahmen** kam es vor allem während der COVID-19-Pandemie zu einem starken Anstieg, der insbesondere vom Bund getragen wurde. Die Ausgaben stiegen im Jahr 2021 auf 4,6 Mrd. EUR an, was einer Verzehnfachung gegenüber dem Ausgabenniveau von 2019 entsprach. Auch im Jahr 2022 waren die Ausgaben mit 3,2 Mrd. EUR noch deutlich höher als im letzten Vorkrisenjahr. Der Anstieg betraf dabei vor allem die Ausgaben für Früherkennungsprogramme, Immunisierungsprogramme und die epidemiologische Überwachung. Die Präventionsausgaben sind seither auf 0,7 Mrd. EUR im Jahr 2024 zurückgegangen, lagen damit aber weiterhin über dem Vorkrisenniveau. Im Vergleich zu 2015 waren die Ausgaben um 90,9 % höher, was etwa 5 %-Punkte zum Gesamtanstieg beitrug.

Die Ausgaben für die **niedergelassene Versorgung sowie für sonstige Gesundheitsleistungen und -güter** (v. a. Hilfeleistungen und Verwaltung) sind zwischen 2015 und 2024 ähnlich stark gewachsen wie die Ausgaben im stationären Bereich. Ihr Anteil an den gesamten Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden ist dabei im gleichen Zeitraum um jeweils 0,3 %-Punkte gesunken. Das Ausgabenwachstum in diesen Bereichen trug 5,7 %-Punkte zum Anstieg der staatlichen Gesamtausgaben bei.

3.4.2 Sozialversicherung

Die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der Sozialversicherung haben sich in den Jahren 2015 bis 2024 wie in der nachfolgenden Grafik dargestellt auf die einzelnen Gesundheitsleistungen und -güter aufgeteilt:

Grafik 10: Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der Sozialversicherung nach Gesundheitsleistungen und -gütern



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

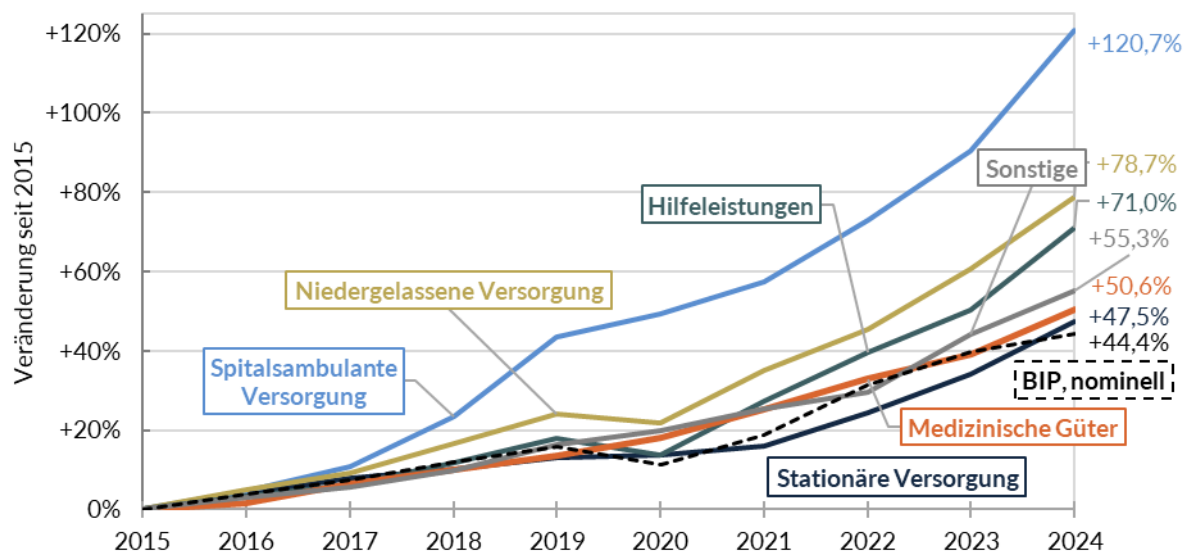
Im Jahr 2024 beliefen sich die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der Sozialversicherung gemäß System of Health Accounts (SHA) auf 25,5 Mrd. EUR und waren damit um 9,8 Mrd. EUR bzw. 62,0 % höher als 2015. Die Ausgaben sind dabei stärker gewachsen als das nominelle BIP, wodurch ihr Anteil am BIP von 4,6 % auf 5,2 % gestiegen ist. Der größte Teil der laufenden Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung entfällt mit etwa 40 % auf die stationäre und spitalsambulante Versorgung. Im Bereich der kurativen Leistungen betreffen diese neben den Ausgaben für die Behandlung in Unfallkrankenanstalten, welche von der Unfallversicherung selbst betrieben werden, primär den Anteil an der Finanzierung der Fondskrankenanstalten. Bei letzterem handelt es sich im Wesentlichen um einen Pauschalbeitrag (siehe Pkt. 4.1.1), dessen Höhe vom Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten losgelöst ist und sowohl den stationären als auch den spitalsambulanten Bereich abdeckt. Die rehabilitativen Leistungen werden dahingegen größtenteils in Kuranstalten und Rehabilitationszentren erbracht, die im Aufgabenbereich der Sozialversicherung liegen (z. B. Maßnahmen der medizinischen

Rehabilitation¹³ und Kuraufenthalte¹⁴).

Der niedergelassene Bereich war im Jahr 2024 für Ausgaben iHv 7,2 Mrd. EUR bzw. 28 % aller Ausgaben der Sozialversicherung verantwortlich. Auf die Ausgaben für medizinische Güter, welche Medikamente und Heilbehelfe umfassen, entfielen 21 % der Ausgaben. Der Anteil der Ausgaben für Hilfeleistungen (klinische Labore, bildgebende Diagnoseverfahren und Patiententransporte) betrug 4 %. Die sonstigen Ausgaben, welche 5 % der gesamten Ausgaben ausmachten, entfielen größtenteils auf die Verwaltung.

Die nachstehende Grafik zeigt, wie sich die Ausgaben der Sozialversicherung für die einzelnen Gesundheitsleistungen und -güter seit 2015 entwickelt haben:

Grafik 11: Veränderung der laufenden Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung nach Gesundheitsleistungen und -gütern



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

¹³ Medizinische Rehabilitation umfasst stationäre und ambulante Behandlungen mit dem Ziel, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen oder auf ein akutes Ereignis folgenden Erkrankungen ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft bewahren oder wieder einnehmen können bzw. das Fortschreiten der Erkrankungen zu begrenzen oder umzukehren. Je nach Lebensphase stehen dabei die Erhaltung oder die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit oder die allgemeine Teilhabe am Leben im Vordergrund (z. B. Vermeidung von Pflegebedarf). Neben medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation gibt es auch berufliche Maßnahmen (z. B. Unterstützung bei Berufsfindung und Umschulung) und soziale Maßnahmen (z. B. Darlehen für die Adaptierung von Wohnräumen) der Rehabilitation.

¹⁴ Ein Kuraufenthalt ist ein mehrwöchiger stationärer Aufenthalt (üblicherweise drei Wochen) in einer Kuranstalt. Die angebotenen Heilverfahren sollen den Zweck erfüllen, die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebensnotwendigen Bedürfnisse zu sorgen, nachhaltig zu festigen oder zu verbessern. Im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation, welche üblicherweise an eine Krankenbehandlung aufgrund eines Ereignisses mit nachwirkenden Gesundheitsfolgen anschließt, dienen Kuraufenthalte auch verstärkt der allgemeinen Gesundheitsvorsorge (z. B. Programm „Gesundheitsvorsorge Aktiv“).



Die Ausgaben der Sozialversicherung für die **stationäre und spitalsambulante Versorgung** sind zwischen 2015 und 2024 um 58,2 % und damit etwas weniger stark als die Gesamtausgaben der Sozialversicherung angestiegen. Wie bei den Gesundheitsausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden unterscheiden sich die Wachstumsraten allerdings maßgeblich zwischen der stationären und der spitalsambulanten Versorgung. Die Ausgaben der Sozialversicherung für die spitalsambulante Versorgung waren im Jahr 2024 um 120,7 % höher, während jene im stationären Bereich nur um 47,5 % angestiegen sind. Dementsprechend kam es auch bei den Anteilen an den Gesamtausgaben der Sozialversicherung zu einer Verschiebung vom stationären (-3,2 %-Punkte) hin zum spitalsambulanten Bereich (+2,2 %-Punkte).

Ein weiterer wesentlicher Teil der Ausgaben der Sozialversicherung betrifft den **niedergelassenen Bereich**. Diese sind zwischen 2015 und 2024 um 78,7 % von 4,0 Mrd. EUR auf 7,2 Mrd. EUR angestiegen. Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsleistungen und -gütern erhöhten sich die Ausgaben der Sozialversicherung in diesem Bereich vergleichsweise stark. Zu einem starken Anstieg kam es dabei vor allem bei den Ausgaben für die fachärztliche Behandlung (+85,8 %) und die Behandlung durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe (+123,0 %), wobei letztere unter anderem die Bereiche Logopädie, Psychotherapie und Physiotherapie umfassen. Auch die Ausgaben für die Behandlungen in ambulanten Zentren der Gesundheitsversorgung (z. B. Ambulatorien der Sozialversicherung) sind mit 86,7 % stärker als die Gesamtausgaben der Sozialversicherung gewachsen. Dahingegen sind die Ausgaben im Bereich der Allgemeinmedizin (+71,0 %) und der Zahnarztpraxen (+59,2 %) unterdurchschnittlich stark angestiegen. Die Ausgaben für klinische Labore und bildgebende Diagnoseverfahren sowie Patientinnen- und Patiententransporte werden gemäß SHA den **medizinischen Hilfeleistungen** zugeordnet. Die diesbezüglichen Ausgaben der Sozialversicherung sind zwischen 2015 und 2024 um insgesamt 71,0 % angestiegen. Der Anstieg war dabei vor allem auf die klinischen Labore und die Patientinnen- und Patiententransporte zurückzuführen. In beiden Bereichen waren die Ausgaben im Jahr 2024 um jeweils etwa 80 % höher als 2015. Bei den bildgebenden Diagnoseverfahren fiel das Ausgabenwachstum mit 53,2 % weniger stark aus.

Für eine detailliertere Aufschlüsselung können Daten zu den Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen herangezogen werden. Diese entstehen größtenteils durch die an die Vertrags-



partnerinnen und -partner gezahlten Honorare, beinhalten aber durch die entsprechenden Kostenerstattungen auch die Versorgung im Wahlbereich. Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der entsprechenden Aufwendungen der Krankenversicherungsträger seit 2015:

Tabelle 3: Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen

in Mio. EUR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2015	
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	3.552	3.690	3.845	4.088	4.361	4.283	4.820	5.226	5.780	6.414	+2.863	+80,6%
Leistungen durch Vertragspartnerinnen und -partner	2.546	2.649	2.728	2.875	3.052	2.988	3.354	3.584	3.952	4.287	+1.742	+68,4%
Ärztliche Hilfe	2.456	2.551	2.627	2.777	2.948	2.887	3.242	3.462	3.806	4.123	+1.667	+67,9%
Gleichgestellte Leistungen	90	97	101	98	104	101	113	122	146	165	+74	+82,2%
Psychotherapie	36	40	42	46	49	54	57	61	67	76	+40	+109,9%
Psychologie	6	6	7	8	9	8	10	11	14	17	+11	+181,9%
Physiotherapie	38	40	40	32	34	29	33	37	47	53	+15	+40,8%
Logopädie	10	11	12	12	13	11	13	13	17	18	+8	+78,5%
Leistungen im Wahlbereich	329	345	379	401	444	436	508	571	673	834	+505	+153,5%
Ärztliche Hilfe	178	187	206	220	242	239	274	302	342	408	+230	+129,0%
Gleichgestellte Leistungen	151	158	173	181	201	197	234	269	332	426	+275	+182,4%
Psychotherapie	17	17	18	19	23	25	32	32	37	46	+29	+171,8%
Psychologie	1	1	1	1	1	1	1	2	2	7	+6	+559,1%
Physiotherapie	126	133	145	152	168	162	190	223	278	355	+229	+182,2%
Logopädie	8	8	8	9	10	9	11	13	15	19	+12	+157,2%
Ambulante Leistungen in sonstigen Einrichtungen	460	476	509	558	597	587	676	747	812	914	+454	+98,7%
Leistungen in eigenen Einrichtungen	113	116	121	131	135	146	141	160	171	181	+68	+59,8%
Sonstige	104	104	107	122	133	127	140	164	171	198	+94	+90,9%

Quellen: Dachverband der Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen.

Die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (exkl. Aufwendungen für die spitalsambulante Behandlung)¹⁵ beliefen sich im Jahr 2015 auf 3,6 Mrd. EUR. Bis zum Jahr 2024 sind diese um 2,9 Mrd. EUR bzw. 80,6 % auf 6,4 Mrd. EUR angestiegen. Die einzelnen Aufwandspositionen zeigten dabei folgende Entwicklungen:

- ♦ Im dargestellten Zeitraum sind vor allem die Aufwendungen für Leistungen im **Wahlbereich** besonders stark angestiegen. Diese waren im Jahr 2024 um 153,5 % höher als 2015, wobei die Aufwendungen für die gleichgestellten Leistungen stärker wuchsen als für die ärztliche Hilfe. Da es sich dabei aber nur um die von den Krankenversicherungsträgern geleisteten Kostenerstattungen an die Patientinnen und Patienten handelt, stellen diese Aufwendungen nur einen Teil der tatsächlich für die Leistungen im Wahlbereich gezahlten Honorare dar.

¹⁵ Gemäß den Rechnungsvorschriften der Sozialversicherungsträger ist ein bestimmter Anteil der von der Krankenversicherung für die Finanzierung der Fondskrankenanstalten entrichteten Beträge der ärztlichen Hilfe zuzuordnen.



- ◆ Demgegenüber sind die Aufwendungen für die **Leistungen durch Vertragspartnerinnen und -partner** mit 68,4 % im gleichen Zeitraum deutlich weniger stark angewachsen. Wie bei den Leistungen im Wahlbereich sind auch hier die Aufwendungen für die gleichgestellten Leistungen (+82,2 %) stärker angestiegen als für die ärztliche Behandlung (+67,9 %).
- ◆ Bei den weiteren Aufwendungen im Rahmen der ärztlichen Hilfe kam es von 2015 bis 2024 insbesondere bei den Aufwendungen für **ambulante Leistungen in sonstigen Einrichtungen** (+98,7 %) und den sonstigen Aufwendungen (+90,9 %) zu einem überdurchschnittlich starken Anstieg. Erstere betreffen vor allem die Vertragsinstitute in den Bereichen der Schnittbilduntersuchungen und der physikalischen Medizin. Hingegen sind die Aufwendungen für die **Leistungen in eigenen Einrichtungen** der Krankenversicherungsträger vergleichsweise gering angestiegen (+59,8 %).

Aufgrund des deutlich stärkeren Wachstums der Aufwendungen für die Leistungen im Wahlbereich ist ihr Anteil an den dargestellten Gesamtaufwendungen der Krankenversicherungsträger von 9 % im Jahr 2015 auf 13 % im Jahr 2024 angestiegen. Damit entfällt zwar insgesamt weiterhin der Großteil der Aufwendungen auf Leistungen im Vertragsbereich, durch die unterschiedliche Dynamik kommt es aber zu einer immer stärkeren Verlagerung der Aufwendungen. Im Bereich der ärztlichen Hilfe sind die Kostenerstattungen im Wahlbereich von 2017 bis 2023¹⁶ vor allem in den Fachgruppen Kinder- und Jugendpsychiatrie (+174,8 %), Augenheilkunde (+102,5 %), Kinder- und Jugendheilkunde (+100,5 %), Urologie (+95,2 %) sowie Dermatologie (+93,3 %) vergleichsweise stark angestiegen.¹⁷ Im Bereich der Allgemeinmedizin war der Anstieg hingegen deutlich geringer (+33,0 %). Tendenziell sind auch die Beträge der eingereichten Wahlarztrechnungen stärker gestiegen als die Kostenerstattungen. Bei den gleichgestellten Leistungen ist die Bedeutung des Wahlbereichs bereits jetzt erheblich, vor allem im Bereich der Physiotherapie. Im Jahr 2024 waren die von den

¹⁶ Die Grundlage dafür bilden die Beantwortungen zweier parlamentarischer Anfragen ([17511/AB XXVII. GP](#) und [18220/AB XXVII. GP](#)), welche Informationen zur Anzahl der Anträge auf Kostenerstattung, zur Höhe der geleisteten Kostenerstattungen sowie zur Höhe der eingereichten Rechnungsbeträge für die Jahre 2017 bis 2023 enthalten. Dabei wurden jedoch nicht alle Fachgruppen abgefragt, sondern nur ausgewählte (Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Urologie sowie Psychiatrie).

¹⁷ Gemäß dem Bericht des Rechnungshofes über die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023 ([Reihe BUND 2025/43](#)) war der Versorgungsanteil des Wahlbereiches im Jahr 2023 gemessen am Anteil der Kostenerstattungen an den jeweiligen Aufwendungen für ärztliche Hilfe der ÖGK vor allem in den Bereichen Frauenheilkunde (21 %), Psychiatrie (25 %) und Dermatologie (14 %) besonders hoch. Im Bereich der Allgemeinmedizin war der Anteil mit 1,4 % dahingegen vergleichsweise gering.



Krankenversicherungsträgern gezahlten Kostenerstattungen mehr als sechsmal so hoch wie die an die Vertragspartnerinnen und -partner geleisteten Honorare. Dabei gilt es zu beachten, dass die Ausgaben der Patientinnen und Patienten für Behandlungen im Wahlbereich tendenziell untererfasst sind. Dies liegt beispielsweise daran, dass nicht alle Patientinnen und Patienten eine Kostenerstattung beantragen und nicht alle im Wahlbereich erbrachten Leistungen auch erstattungsfähig sind.¹⁸

Etwa ein Fünftel der laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der Sozialversicherung entfällt auf **medizinische Güter**. Im Jahr 2024 betrugen die Ausgaben dafür 5,5 Mrd. EUR und waren damit um 1,8 Mrd. EUR bzw. 50,6 % höher als 2015. Die Ausgaben für medizinische Güter sind damit weniger stark gewachsen als jene für andere Gesundheitsleistungen und -güter, wodurch sich ihr Anteil an den Gesamtausgaben der Sozialversicherung rückläufig entwickelt hat. Die medizinischen Güter umfassen sowohl Arzneimittel als auch therapeutische Hilfsmittel (z. B. Brillen, Hörhilfen, orthopädische und prothetische Hilfsmittel). Im Bereich der Sozialversicherung entfällt der Großteil der Ausgaben für medizinische Güter auf verschriebene Arzneimittel. Diese sind von 2015 bis 2024 mit 42,8 % vergleichsweise gering angestiegen. Dahingegen war das Ausgabenwachstum im Bereich der therapeutischen Hilfsmittel mit 86,5 % mehr als doppelt so hoch.

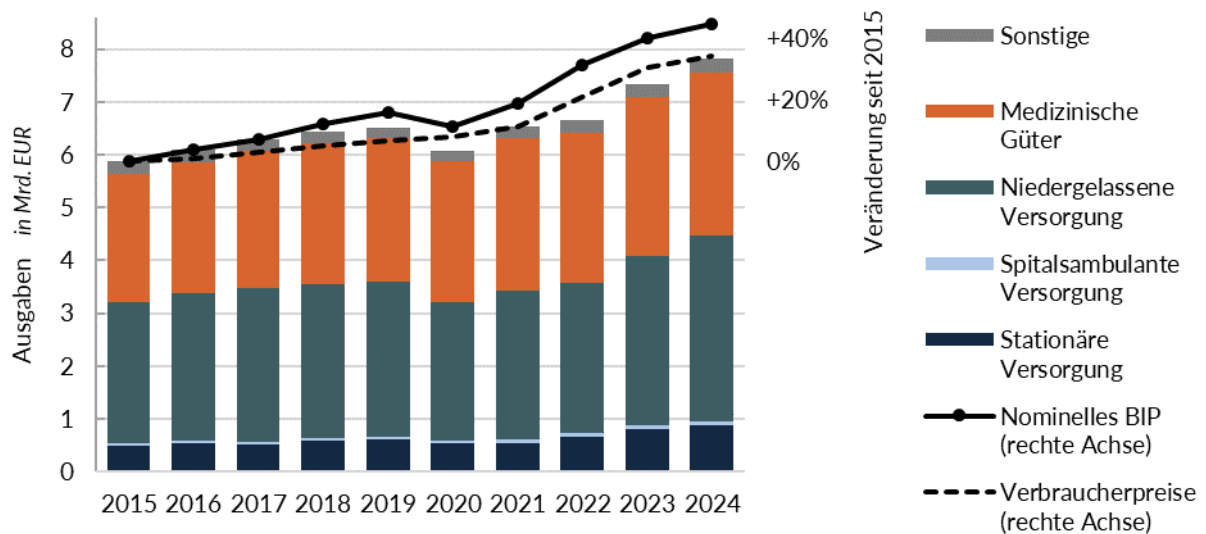
Die **sonstigen laufenden Gesundheitsausgaben** der Sozialversicherung betreffen vor allem die Verwaltungskosten. Diese betrugen im Jahr 2024 1,1 Mrd. EUR, was einem Anstieg um 0,4 Mrd. EUR bzw. 53,8 % gegenüber 2015 entsprach. Ein weiterer Teil betrifft die Präventionsausgaben, welche vor allem aufgrund der COVID-19-Pandemie besonders stark angestiegen sind. Mit 0,3 Mrd. EUR im Jahr 2024 waren diese um 63,4 % höher als 2015.

¹⁸ Im Bericht des Rechnungshofes über die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023 ([Reihe BUND 2025/43](#)) wird angeführt, dass laut einer Befragung der ÖGK im Jahr 2024 75 % der Personen, die eine wahlärztliche Leistung in Anspruch nahmen, die Honorarnote bei der ÖGK einreichten. Seit 1. Juli 2024 müssen Wahlärztinnen und -ärzte, die mehr als 300 verschiedene Personen pro Jahr behandeln, die Honorarnoten für ihre Patientinnen und Patienten nach deren Zustimmung an die Sozialversicherungsträger übermitteln.

3.4.3 Private Haushalte

Im Vergleich zu den Ausgaben der öffentlichen Finanzierungssysteme fiel das Wachstum der Ausgaben der privaten Haushalte deutlich gedämpfter aus. Die nachstehende Grafik zeigt die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der privaten Haushalte zwischen 2015 und 2024:

Grafik 12: Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der privaten Haushalte nach Gesundheitsleistungen und -gütern



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der privaten Haushalte gemäß System of Health Accounts (SHA) betrugen im Jahr 2024 7,8 Mrd. EUR. Im Vergleich zu 2015 waren sie somit um 2,0 Mrd. EUR bzw. 33,4 % höher, womit sie deutlich weniger stark als die Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden sowie der Sozialversicherung angestiegen sind. Die Ausgaben der privaten Haushalte wuchsen auch weniger stark als das nominelle BIP, weshalb der Anteil am BIP mit 1,6 % im Jahr 2024 um 0,1 %-Punkte niedriger war als 2015. Bereinigt man die Ausgaben der privaten Haushalte um den allgemeinen Anstieg der Verbraucherpreise, so sind diese im dargestellten Zeitraum in etwa konstant geblieben. Die Ausgaben für die verschiedenen Gesundheitsleistungen und -güter haben sich dabei wie folgt entwickelt:

- Der Großteil der Ausgaben der privaten Haushalte entfiel im Jahr 2024 mit 3,5 Mrd. EUR auf den Bereich der **niedergelassenen Versorgung**, was einem Anteil von 45 % entsprach. Die Ausgaben haben sich dabei seit 2015 um 31,9 % erhöht. Der Anstieg war vor allem auf Leistungen durch Zahnarztpraxen



zurückzuführen (+34,9 %), welche etwa die Hälfte der Ausgaben der privaten Haushalte im niedergelassenen Bereich ausmachten. Auch die Ausgaben für Leistungen durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind vergleichsweise stark gestiegen. Dahingegen sind die Ausgaben für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Behandlung mit 13,9 % unterdurchschnittlich stark gestiegen.

- ◆ Auf den Bereich der **medizinischen Güter** entfallen etwa 40 % der laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der privaten Haushalte. Diese sind zwischen 2015 und 2024 um 26,4 % angestiegen. Der überwiegende Teil der Ausgaben betrifft dabei die Kosten für rezeptfreie Arzneimittel, welche von den privaten Haushalten zur Gänze selbst zu bezahlen sind. Die privaten Haushalte gaben hierfür im Jahr 2024 um 47,9 % mehr aus als 2015, während die Ausgaben für verschriebene Arzneimittel, welche im Wesentlichen die Rezeptgebühr umfassen, lediglich um 17,2 % gewachsen sind. Im Bereich der therapeutischen Hilfsmittel war das Ausgabenwachstum mit 8,9 % noch deutlich niedriger. Dies war vor allem auf stark rückläufige Ausgaben für Hörhilfen zurückzuführen (-52,7 %).
- ◆ Der Bereich der kurativen und rehabilitativen **stationären und ambulanten Behandlung** in Krankenanstalten war im Jahr 2024 für 12 % der Ausgaben der privaten Haushalte verantwortlich. Darunter fallen vor allem Selbstzahlungen und Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten. Das Ausgabenwachstum war in diesem Bereich mit 78,6 % im Vergleich zu den anderen Gesundheitsleistungen und -gütern besonders hoch.

Das vergleichsweise geringe Wachstum der laufenden Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte spiegelt sich auch auf der Einnahmenseite der Krankenversicherungsträger wider. Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Einnahmen der Kranken- und Pensionsversicherungsträger aus Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen seit 2015:¹⁹

¹⁹ In der Tabelle nicht enthalten sind die gemäß § 447f ASVG von Versicherten nach dem ASVG oder BSVG zu leistenden Kostenbeiträge bei der stationären Behandlung von mitversicherten Angehörigen. Außerdem werden die Selbstbehalte bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln nicht berücksichtigt, da diese von den Versicherten direkt entrichtet werden und die Sozialversicherungsträger den abgebenden Stellen nur den verbleibenden Betrag erstattet. Die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für Heilbehelfe und Hilfsmittel werden in der Finanzstatistik demnach nur abzüglich der Selbstbehalte dargestellt. Gleiches gilt für die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für die Leistungen in eigenen Einrichtungen, da diese ebenfalls netto (d. h. abzüglich etwaiger Einnahmen aus Selbsthalten) in die Finanzstatistik übergeleitet werden. Diese Selbstbehalte werden deshalb auch nicht in der Tabelle berücksichtigt.



Tabelle 4: Einnahmen der Kranken- und Pensionsversicherungsträger aus Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen

in Mio. EUR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2015	
Krankenversicherungsträger	708	675	669	654	671	655	687	717	764	804	+96	+13,6%
Rezeptgebühr	409	403	403	412	423	427	434	451	473	493	+84	+20,5%
Service-Entgelt	38	38	40	41	43	44	46	47	49	50	+12	+32,9%
Kostenbeteiligungen	109	105	105	78	77	63	74	75	80	85	-24	-21,7%
Behandlungsbeiträge und Kostenanteile	152	129	121	123	128	121	134	144	161	175	+23	+15,3%
in % der Aufwendungen für Versicherungsleistungen	4,4%	4,0%	3,8%	3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%	3,2%	3,1%	-1,3%-Punkte	
Pensionsversicherungsträger	56	59	64	66	68	45	59	68	79	88	+32	+57,7%
Gesundheitsvorsorge	40	41	44	46	47	29	36	44	53	60	+20	+50,9%
Rehabilitation	16	18	20	21	21	16	23	24	26	28	+12	+74,5%
in % der Aufwendungen für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	5,4%	5,3%	5,5%	5,4%	5,4%	4,0%	4,6%	5,0%	5,2%	5,2%	-0,2%-Punkte	

Quellen: Dachverband der Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen.

Die Einnahmen der **Krankenversicherungsträger** aus Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen beliefen sich im Jahr 2015 auf 708 Mio. EUR. Sie entwickelten sich in weiterer Folge maßnahmenbedingt rückläufig und waren erst im Jahr 2022 wieder in etwa auf dem Niveau von 2015. Im Jahr 2024 betrugen die Einnahmen 804 Mio. EUR und waren damit um 96 Mio. EUR bzw. 13,6 % höher als 2015. Die Einnahmen sind damit deutlich weniger stark gewachsen als die Verbraucherpreise (+33,9 %) und die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für Versicherungsleistungen. Der Anteil der Einnahmen aus Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen an den Aufwendungen für Versicherungsleistungen war deshalb mit 3,1 % im Jahr 2024 um 1,3 %-Punkte niedriger als im Jahr 2015.

Der Großteil der Einnahmen der Krankenversicherungsträger aus Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen entfällt auf die **Rezeptgebühr**. Diese ist von den Versicherten für rezeptpflichtige Medikamente zu entrichten und wird jährlich mit der Aufwertungszahl gemäß § 108a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) erhöht.²⁰ Die Einnahmen aus der Rezeptgebühr waren 2024 mit 493 Mio. EUR um

²⁰ Die Krankenversicherungsträger haben unter gewissen Umständen von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen, wobei die Kriterien durch eine vom Dachverband der Sozialversicherungsträger zu erlassende Richtlinie festgelegt werden. Von der Rezeptgebühr befreit sind etwa Personen mit einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit oder Personen mit besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit (z. B. Bezieherinnen und Bezieher einer Ausgleichszulage). Darüber hinaus ist eine Befreiung auf Antrag möglich, wenn das monatliche Nettoeinkommen den Ausgleichszulagenrichtsatz nicht übersteigt (2024: 1.217,96 EUR für Alleinstehende, 1.921,46 EUR für Ehepaare), wobei sich die Einkommensgrenze für Personen mit einem aufgrund einer Krankheit oder eines Gebrechens erhöhten Medikamentenbedarf um 15 % erhöht. Außerdem ist die Rezeptgebühr nur bis zum Erreichen einer gewissen Obergrenze zu entrichten. Übersteigen die gezahlten Rezeptgebühren in einem Kalenderjahr 2 % des Jahresnettoeinkommens ist ab dem Überschreiten dieser Rezeptgebührenobergrenze keine Rezeptgebühr mehr zu entrichten. In den Jahren 2027 bis 2030 wird die Rezeptgebührenobergrenze schrittweise von 2 % auf 1,5 % des Jahresnettoeinkommens abgesenkt und seit 1. Jänner 2026 werden auch die Ausgaben für Heilmittel mit einem Verkaufspreis unterhalb der Rezeptgebühr in die Ausgaben miteinbezogen. Außerdem wurde die Valorisierung der Rezeptgebühr im Jahr 2026 ausgesetzt.



84 Mio. EUR bzw. 20,5 % höher als 2015 (409 Mio. EUR). Diese sind damit weniger stark gestiegen als die Rezeptgebühr, welche im Jahr 2024 mit 7,10 EUR pro Packung um 27,9 % höher war als 2015. Weitere Einnahmen der Krankenversicherungsträger betreffen das **Service-Entgelt** für die e-Card. Dieses ist von den nach dem ASVG Krankenversicherten einmal jährlich zu entrichten und wird ebenfalls mit der Aufwertungszahl gemäß § 108a ASVG valorisiert.²¹ Das im Jahr 2024 eingehobene Service-Entgelt betrug 13,80 EUR pro Kalenderjahr.²² Die Einnahmen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) beliefen sich im Jahr 2024 auf 50 Mio. EUR, was einem Anstieg um 12 Mio. EUR bzw. 32,9 % gegenüber 2015 entsprach.

Demgegenüber waren die Einnahmen aus **Kostenbeteiligungen** im Jahr 2024 mit 85 Mio. EUR um 24 Mio. EUR bzw. 21,7 % niedriger als 2015. Diese umfassen im Wesentlichen die Selbstbehalte der Versicherten an den Kosten für bestimmte Leistungen der Krankenversicherung. Bei den einzelnen Leistungen kam es dabei zu gegenläufigen Entwicklungen. Die Selbstbehalte in den Bereichen Zahnbehandlung und Zahnersatz, auf die der Großteil der Einnahmen entfällt (2024: 65 Mio. EUR), waren 2024 um 24,0 % niedriger als 2015. Die Selbstbehalte an den Transportkosten betrugen in den Jahren 2015 bis 2017 in etwa 6 Mio. EUR jährlich und wurden ab 2018 schrittweise abgeschafft.²³ Gegenläufig waren die Einnahmen aus Kostenbeteiligungen im Bereich medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung im Jahr 2024 um 20,6 % höher als 2015. Diese betreffen im Wesentlichen die Zuzahlungen der Versicherten für Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und zur Gesundheitsfestigung (v. a. Kuraufenthalte), deren Kosten von der Krankenversicherung getragen werden. Die Zuzahlungen sind als einkommensabhängige Pauschalbeträge pro Verpflegstag festgelegt und werden jährlich mit der Aufwertungszahl gemäß § 108a ASVG erhöht. Im Jahr 2024 betrug die Zuzahlung

²¹ Bei einer Befreiung von der Rezeptgebühr ist auch kein Service-Entgelt zu entrichten. Ausgenommen sind darüber hinaus etwa auch geringfügig Beschäftigte, Zivildienstler und Präsenzdienstler.

²² Das Service-Entgelt wird am 15. November eines jeden Jahres für das nächste Jahr eingehoben. Mit dem Budgetbegleitgesetz 2025 wurde das im Jahr 2025 zu entrichtende Service-Entgelt für das Jahr 2026 auf 25 EUR erhöht und der Kreis der Zahlungspflichtigen auf Pensionistinnen und Pensionisten ausgeweitet. Diese haben das Service-Entgelt erstmals im Jahr 2026 für das Jahr 2027 zu entrichten.

²³ So hat beispielsweise die Wiener Gebietskrankenkasse durch eine entsprechende Satzungsänderung die Kostenbeteiligung der Versicherten an den Transportkosten per 1. Jänner 2018 abgeschafft ([avsv Nr. 178/2017](#)). Davor war für die meisten Transporte eine Kostenbeteiligung in Höhe der doppelten Rezeptgebühr vorgesehen, wobei unter Umständen eine Befreiung möglich war (z. B. im Fall der Ersten Hilfe oder für von der Rezeptgebühr befreite Versicherte). Per 1. Jänner 2020 wurden die Satzungen der Gebietskrankenkassen durch jene der neu geschaffenen Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) ersetzt. Darin war keine Kostenbeteiligung an den Transportkosten vorgesehen. Ende Dezember 2025 wurde die Kostenbeteiligung durch eine Neufassung der Satzung ([avsv Nr. 68/2025](#)) wieder eingeführt. Diese beträgt für die meisten Transporte die doppelte Rezeptgebühr, wobei sie maximal für 28 Krankentransporte pro Kalenderjahr verrechnet wird und unter gewissen Umständen eine Befreiung möglich ist.



zwischen 9,70 EUR und 23,56 EUR pro Verpflegstag.²⁴ Die Höhe der Zuzahlung und Einkommensgrenzen sind dabei bei allen Krankenversicherungsträgern gleich. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge sind wesentliche Leistungen der Pensionsversicherung, werden in gewissen Fällen aber auch von den Kranken- und Unfallversicherungsträgern erbracht.

Die Einnahmen aus **Behandlungsbeiträgen und Kostenanteilen** betreffen Selbstbehalte der Versicherten für die allgemeine Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen, insbesondere im Bereich der ärztlichen Hilfe. Die Einnahmen der Krankenversicherungsträger betrugen in diesem Bereich im Jahr 2015 152 Mio. EUR. In den Jahren 2016 und 2017 führte insbesondere die ab 1. April 2016 gültige Senkung der Selbstbehalte für bei der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA) Krankenversicherte von 20 % auf 10 % zu einem Rückgang der Einnahmen auf 129 Mio. EUR bzw. 121 Mio. EUR. Die Einnahmen stiegen danach, mit Ausnahme eines Rückgangs im Jahr 2020 aufgrund der geringeren Inanspruchnahme von Leistungen während der COVID-19-Pandemie, wieder kontinuierlich auf 175 Mio. EUR im Jahr 2024 an, womit sie um 23 Mio. EUR bzw. 15,3 % höher waren als im Jahr 2015. Auch diese Einnahmen wuchsen damit weniger stark als die Verbraucherpreise.

Die einzelnen Krankenversicherungsträger sehen dabei für ihre jeweiligen Versicherten eine unterschiedlich starke Beteiligung an den Behandlungskosten vor. Dies betrifft vor allem die über die Kostenbeteiligungen bei Zahnbehandlungen und -ersatz sowie bei medizinischer Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung hinausgehenden Behandlungsbeiträge und Kostenanteile. Für nach dem ASVG Krankenversicherte sind solche zusätzlichen Selbstbehalte nicht vorgesehen. Demgegenüber müssen nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) Krankenversicherte neben den Kostenbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen der Krankenversicherung allgemein einen Kostenanteil von 20 % der Behandlungskosten leisten.²⁵ In der bäuerlichen Kranken-

²⁴ Die Einkommensgrenzen werden durch Aufschläge auf den Ausgleichszulagenrichtsatz für alleinlebende Pensionsberechtigte definiert, wobei dieser Richtsatz jährlich mit dem Anpassungsfaktor gemäß § 108f ASVG erhöht wird. Auf Basis der für das Jahr 2024 gültigen Werte ergeben sich dabei folgende Einkommensgrenzen und Zuzahlungen: Versicherte, deren monatliches Einkommen 1.799,34 EUR nicht übersteigt, mussten eine Zuzahlung von 9,70 EUR pro Verpflegstag leisten. Für jene mit einem Einkommen zwischen 1.799,34 und 2.380,73 EUR betrug die Zuzahlung 16,62 EUR. Versicherte mit einem höheren Einkommen hatten 23,56 EUR pro Verpflegstag zu entrichten.

²⁵ Im Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sind höhere Kostenanteile vorgesehen, während die Anstaltspflege grundsätzlich davon ausgenommen ist. Unter gewissen Voraussetzungen ist eine Befreiung vom Kostenanteil möglich. Außerdem ist eine temporäre Reduktion des Kostenanteils auf 10 % möglich, wenn die Versicherten gewisse Gesundheitsziele erreichen. Die Dauer der Reduktion hängt dabei vom Alter der Versicherten ab. Eine weitere temporäre Reduktion ist möglich, wenn Versicherte mit reduziertem Kostenanteil andere Versicherte, die die Voraussetzungen für die Kostenanteilsreduktion erfüllen,



versicherung beträgt der Kostenanteil ebenfalls grundsätzlich 20 %, wobei dieser für Leistungen im Rahmen der ärztlichen Hilfe mit einem Pauschalbetrag, der jährlich valorisiert wird, festgelegt wird (2024: 11,71 EUR pro Behandlungsfall und Quartal). Die bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) Krankenversicherten müssen bei der Inanspruchnahme von Vertragspartnerinnen und -partnern im Rahmen der ärztlichen Hilfe einen Behandlungsbeitrag von 10 % des Vertragshonorars entrichten. Mit 1. Juni 2026 wurde der Selbstbehalt auf 20 % erhöht.

Diese regulatorischen Unterschiede spiegeln sich auch in den Einnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger aus Kostenbeteiligungen, Behandlungsbeiträgen und Kostenanteilen wider. So betrugen diese Einnahmen bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) im Jahr 2024 10,79 EUR pro Versicherten, während bei der BVAEB 113,09 EUR, der gewerblichen Krankenversicherung 117,19 EUR und der bäuerlichen Krankenversicherung 86,86 EUR pro Versicherten eingenommen wurden. Auch der Anteil dieser Einnahmen an den Ausgaben für Versicherungsleistungen war im Jahr 2024 bei der ÖGK mit 0,3 % deutlich geringer als bei der BVAEB (2,6 %) sowie der gewerblichen (4,7 %) und der bäuerlichen (3,1 %) Krankenversicherung.

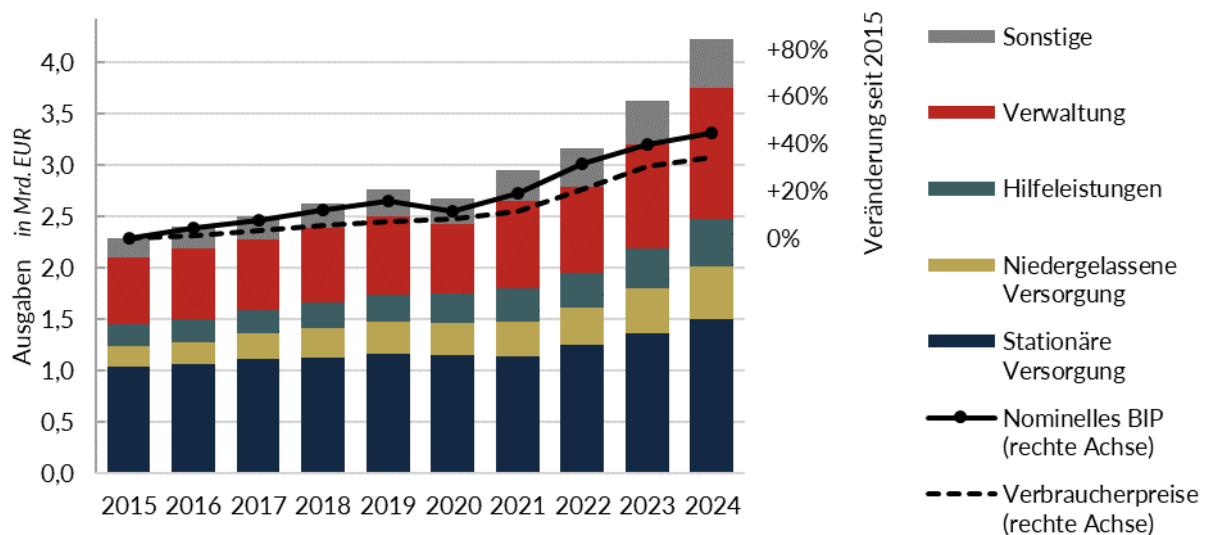
Die Einnahmen der **Pensionsversicherungsträger** aus Kostenbeteiligungen betrugen im Jahr 2024 88 Mio. EUR und waren damit um 32 Mio. EUR bzw. 57,7 % höher als 2015. Diese betreffen ausschließlich die Zuzahlungen der Versicherten im Rahmen der Gesundheitsvorsorge (v. a. Kuraufenthalte) und der Rehabilitation, die gleich hoch sind wie im Bereich der Krankenversicherungsträger. Die Einnahmen sind im Beobachtungszeitraum stärker gewachsen als die Verbraucherpreise. Der Anteil der Einnahmen aus Kostenbeteiligungen an den Aufwendungen der Pensionsversicherungsträger für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge war im Jahr 2024 mit 5,2 % in etwa gleich hoch wie 2015 (-0,2 %-Punkte).

für das Vorsorgeprogramm „Selbständig Gesund“ anwerben. Der Kostenanteil der/des angeworbenen Versicherten reduziert sich auf 10 %, jener der/des anwerbenden Versicherten auf 5 %.

3.4.4 Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung

Als weiteres Finanzierungssystem werden im System of Health Accounts (SHA) auch sogenannte freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung erfasst. Diese betreffen insbesondere Ausgaben freiwilliger Krankenversicherungssysteme (v. a. private Versicherungsunternehmen) und privater Organisationen ohne Erwerbszweck.²⁶ Die nachstehende Grafik zeigt die Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung zwischen 2015 und 2024:

Grafik 13: Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung nach Gesundheitsleistungen und -gütern



Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Die den freiwilligen Systemen der Gesundheitsfinanzierung zugeordneten Ausgaben betrugen im Jahr 2024 4,2 Mrd. EUR und waren damit um 1,9 Mrd. EUR bzw. 84,0 % höher als im Jahr 2015. Die Ausgaben sind damit stärker gewachsen als das nominelle BIP, wodurch ihr Anteil von 0,7 % des BIP im Jahr 2015 auf 0,9 % im Jahr 2024 angestiegen ist.

²⁶ In diesem Finanzierungssystem werden auch die Ausgaben von Unternehmen für betriebsärztliche Leistungen erfasst. Diese betrugen im Jahr 2024 171 Mio. EUR.



Zu einem besonders starken Anstieg um 116,7 % kam es dabei vor allem bei den Ausgaben für Hilfeleistungen, auf die im Jahr 2024 0,5 Mrd. EUR bzw. 11 % der Ausgaben entfielen. Diese umfassen im Wesentlichen die Ausgaben für Krankentransporte und den Rettungsdienst, insofern diese durch private Organisationen ohne Erwerbszweck erbracht werden. Auch die Ausgaben privater Versicherungsunternehmen für Leistungen im niedergelassenen Bereich haben sich von 2015 bis 2024 mehr als verdoppelt (+155,1 %). Die Verwaltungsausgaben betrugen im Jahr 2024 1,3 Mrd. EUR und sind seit 2015 ebenfalls deutlich gestiegen (+97,1 %). Diese umfassen neben den Verwaltungskosten privater Versicherungsunternehmen auch deren Betriebsüberschüsse.²⁷ Demgegenüber stiegen die Ausgaben für Leistungen im Bereich der stationären Versorgung unterdurchschnittlich stark (+44,5 %).²⁸

²⁷ Die Berechnung der Verwaltungsausgaben der freiwilligen Krankenversicherungssysteme basiert dabei auf dem Konzept der sogenannten Service Charge. Dazu werden von den gezahlten Versicherungsprämien und den Kapitalerträgen der Versicherer, auf die Versicherte Anspruch haben, die Versicherungsauszahlungen abgezogen. Dementsprechend sind darin auch Betriebsüberschüsse enthalten.

²⁸ Die Ausgaben in diesem Bereich betreffen überwiegend die freiwilligen Krankenversicherungssysteme. Die Ausgaben der Ordensspitäler werden nur dann zur Gänze dem Finanzierungssystem der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zugeordnet, wenn diese keine Fondskrankenanstalten sind. Bei den Ordensspitalern, die auch Fondskrankenanstalten sind, wird hier nur der Eigenanteil am Betriebsabgang berücksichtigt.



4 Finanzielle Verflechtungen im österreichischen Gesundheitssystem

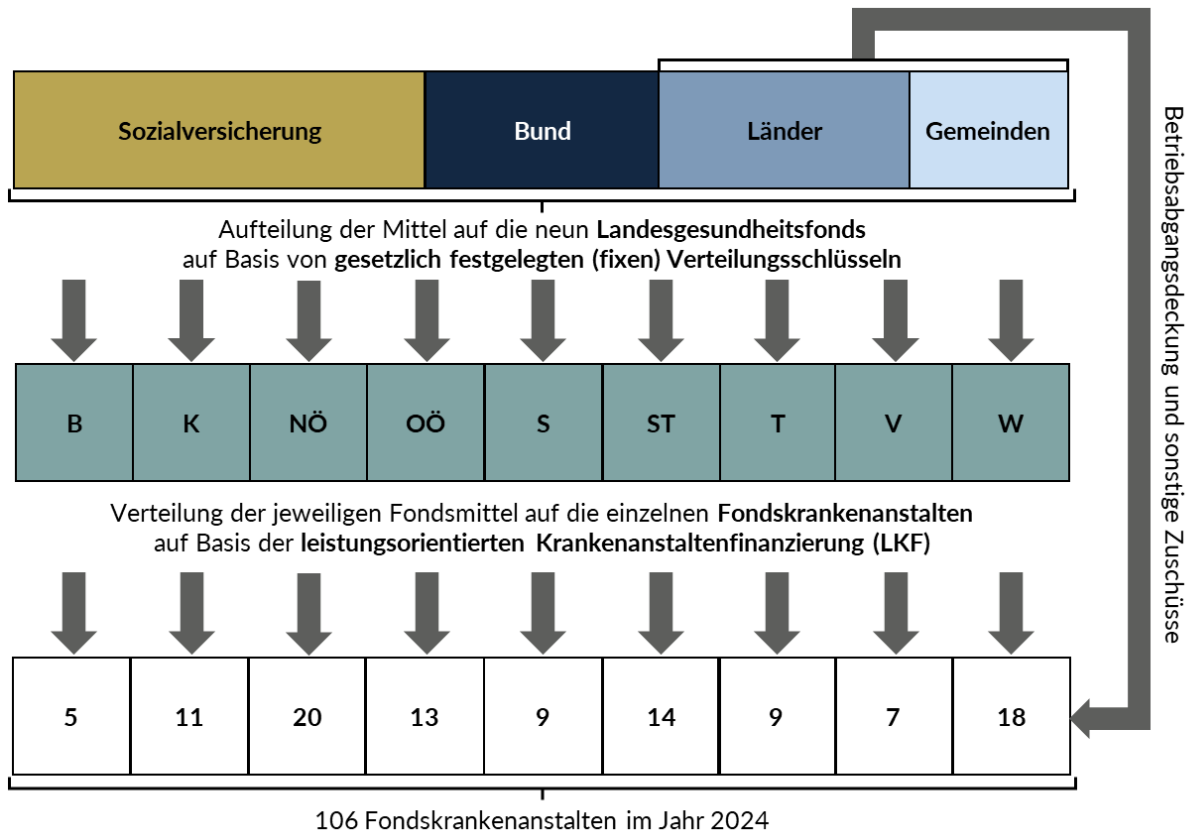
Auf Basis der Kompetenzverteilung im österreichischen Gesundheitssystem (siehe Pkt. 2.1) werden die Mittel zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen vielfach durch Beiträge verschiedener Akteure im Gesundheitssystem aufgebracht. Dadurch entstehen entsprechende finanzielle Verflechtungen zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und den Sozialversicherungsträgern. In diesem Abschnitt werden die wesentlichen Zahlungsströme und deren Entwicklung seit 2019 dargestellt. In Pkt. 4.1 wird zunächst auf die Krankenanstaltenfinanzierung eingegangen, die eine vergleichsweise komplexe Finanzierungsstruktur aufweist. Dabei wird zuerst in Pkt. 4.1.1 die Finanzierung der Fondskrankenanstalten im Detail beschrieben, die für den wesentlichen Teil des Leistungsgeschehens im stationären und spitalsambulanten Bereich verantwortlich sind. Ergänzend dazu werden dann in Pkt. 4.1.2 weitere Zahlungsströme im Zusammenhang mit Krankenanstalten betrachtet, die die Fondskrankenanstalten nicht oder nur teilweise betreffen. In Pkt. 4.2 erfolgt schließlich eine eingehende Betrachtung weiterer gesundheitsrelevanter finanzieller Verflechtungen, die den Bundeshaushalt betreffen.

4.1 Krankenanstaltenfinanzierung

Der Bereich der Krankenanstalten weist in Österreich eine vergleichsweise hohe Komplexität der Steuerungs- und Finanzierungsverantwortungen auf (siehe Pkt. 2.1). Bei der Finanzierung der Krankenanstalten nehmen die in den einzelnen Bundesländern eingerichteten neun **Landesgesundheitsfonds** (LGF) eine wesentliche Rolle ein. Diese bündeln die von den einzelnen Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern geleisteten Finanzierungsbeiträge und verteilen diese an die 106 landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (**Fondskrankenanstalten**). Die folgende Grafik zeigt eine stark vereinfachte Darstellung dieser Finanzierungsstruktur:



Grafik 14: Vereinfachte Darstellung der Finanzierung der Fondskrankenanstalten



Anmerkung I: Die Mittel der Landesgesundheitsfonds und der Fondskrankenanstalten werden neben den Zahlungen von Bund, Ländern, Gemeinden und der Sozialversicherung auch durch Beiträge der behandelten Patientinnen und Patienten aufgebracht. Diese werden in der Grafik nicht dargestellt.

Anmerkung II: Die Zahlungen für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse der Länder und Gemeinden werden nicht ausschließlich direkt an die Fondskrankenanstalten geleistet, sondern zum Teil auch über die Landesgesundheitsfonds abgewickelt. Die Verteilung dieser Mittel erfolgt jedoch nicht auf Basis der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung.

Abkürzungen: B ... Burgenland, K ... Kärnten, NÖ ... Niederösterreich, OÖ ... Oberösterreich, S ... Salzburg, ST ... Steiermark, T ... Tirol, V ... Vorarlberg, W ... Wien.

Quelle: BMASGPK.

Die Mittel der LGF werden im Wesentlichen durch Beiträge von Bund, Ländern, Gemeinden und den Sozialversicherungsträgern aufgebracht und auf Basis von gesetzlich festgelegten, in der Regel fixen Verteilungsschlüsseln auf die neun LGF aufgeteilt. Diese verteilen die Mittel in weiterer Folge auf die Fondskrankenanstalten im jeweiligen Bundesland. Die Verteilung der Leistungsentgelte an die einzelnen Krankenanstalten basiert dabei im stationären Bereich seit 1997 und im spitalsambulantem Bereich seit 2019 auf dem System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).²⁹ Dabei werden die unterschiedlichen erbrachten Leistungen und Diagnosen bepunktet und die Mittel anhand dieses Punktesystems

²⁹ Davor erfolgte die Mittelallokation auf Basis von pauschalen Tagessätzen.



auf die einzelnen Krankenanstalten verteilt. Da die so verteilten Leistungsentgelte in der Praxis nicht die Gesamtkosten der Krankenanstalten decken, übernehmen die Länder bzw. die Träger der Krankenanstalten die entstehenden Betriebsabgänge aus ihren Budgetmitteln. Den Ländern ist es dabei im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung überlassen, inwieweit sie ihre Gemeinden an der Betriebsabgangsdeckung beteiligen.

Neben den 106 Fondskrankenanstalten, die für den wesentlichen Teil der Leistungserbringung im stationären und spitalsambulanten Bereich verantwortlich sind (siehe Pkt. 2.1), existieren noch weitere, **nicht von den LGF finanzierte Krankenanstalten**. Diese umfassen zum einen die selbst von einzelnen Sparten der Sozialversicherung betriebenen Einrichtungen, die stationäre und spitalsambulante Leistungen erbringen (z. B. Unfallkrankenhäuser, Rehabilitationszentren). Zum anderen gibt es auch private Krankenanstalten. Manche von diesen werden durch den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert, welcher sich unter anderem durch Beiträge der Sozialversicherungsträger speist.

Im Folgenden werden in Pkt. 4.1.1 zunächst die wesentlichen Zahlungsströme im Zusammenhang mit den Fondskrankenanstalten im Detail erläutert. Der Fokus liegt dabei neben der Mittelaufbringung vor allem auf den Regelungen zur Aufteilung der Mittel auf die neun LGF. Danach wird in Pkt. 4.1.2 noch auf weitere bedeutende Zahlungsströme der Krankenanstaltenfinanzierung eingegangen.

4.1.1 Finanzierung der Fondskrankenanstalten

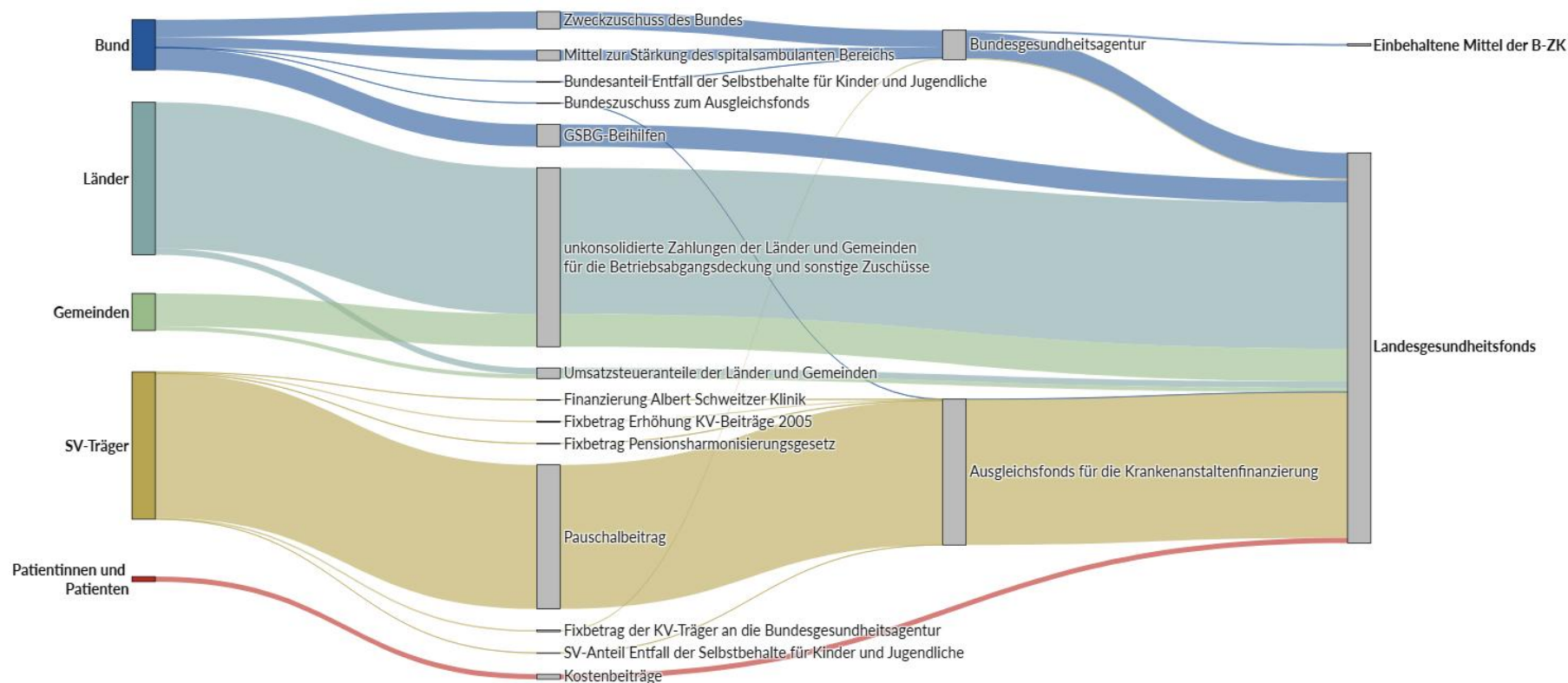
An der Finanzierung der Fondskrankenanstalten sind alle Gebietskörperschaften und die Sozialversicherungsträger in Österreich beteiligt. Von den öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten gemäß System of Health Accounts (SHA) entfällt der Großteil der Ausgaben mit etwa 40 % auf die Sozialversicherung. Die Länder (inkl. Wien) tragen etwa ein Drittel der Ausgaben, auf den Bund und die Gemeinden entfallen etwa 15 % bzw. 10 %. Seit 2015 sind dabei vor allem die Anteile des Bundes und der Länder gestiegen, während sich jene der Gemeinden und der Sozialversicherung rückläufig entwickelten.



Im Folgenden werden die wesentlichen Zahlungsströme im Zusammenhang mit der Finanzierung der Fondskrankenanstalten im Detail erläutert. Die wesentlichen Rechtsgrundlagen dafür bilden die Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art. 15a B-VG-Vereinbarung OFG), das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sowie das im jeweiligen Jahr gültige Finanzausgleichsgesetz (FAG). Die nachstehende Grafik zeigt die wesentlichen Zahlungsströme für die Aufbringung der Mittel der Landesgesundheitsfonds (LGF), wobei die Breite der dargestellten Ströme auf den Beträgen des Jahres 2024 basiert:



Grafik 15: Wesentliche Zahlungsströme im Zusammenhang mit der Finanzierung der Fondskrankenanstalten



Anmerkung: Seit 1. Jänner 2024 können die GSBG-Beihilfen direkt von den Krankenanstalten über FinanzOnline beantragt werden und werden auch direkt vom Bund an diese ausgezahlt.

Abkürzungen: B-ZK ... Bundes-Zielsteuerungskommission, GSBG-Beihilfen ... Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, KV-Beiträge ... Krankenversicherungsbeiträge, KV-Träger ... Krankenversicherungsträger, SV-Träger ... Sozialversicherungsträger.

Quellen: Budgetdaten, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, Gesundheit Österreich GmbH, eigene Berechnungen.



Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

Ein wesentlicher Teil der Finanzierung der Fondskrankenanstalten ist in § 447f Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt. Die Zahlungen werden dabei über den beim Dachverband der Sozialversicherungsträger eingerichteten Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung abgewickelt. Dieser bündelt die von den einzelnen Sparten und Trägern der Sozialversicherung zu leistenden Beiträge und teilt sie in weiterer Folge auf die neun LGF auf. Die folgende Tabelle zeigt die Zahlungsströme im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung:

Tabelle 5: Zahlungsströme im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

in Mio. EUR	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	5.863	5.986	6.257	6.617	7.117	7.731	+1.867	+31,8%
Pauschalbeitrag	5.772	5.894	6.165	6.525	7.024	7.638	+1.866	+32,3%
Fixbetrag Pensionsharmonisierungsgesetz	15	15	15	15	15	15	0	0,0%
Fixbetrag Erhöhung KV-Beiträge 2005	60	60	60	60	60	60	0	0,0%
Bundeszuschuss zum Ausgleichsfonds	8	8	8	8	8	8	0	0,0%
SV-Anteil Entfall der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche	5	5	5	5	5	5	0	0,0%
Finanzierung Albert Schweitzer Klinik	4	4	4	4	4	5	+1	+32,3%

Abkürzungen: KV-Beiträge ... Krankenversicherungsbeiträge, SV-Anteil ... Sozialversicherungsanteil.

Quellen: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz.

Die Beiträge der Sozialversicherung zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten betreffen insbesondere den **Pauschalbeitrag** gemäß § 447f Abs. 1 und 2 ASVG. Dieser betrug im Jahr 2024 7.638 Mio. EUR und war damit um 1.866 Mio. EUR bzw. 32,3 % höher als im Jahr 2019. Da der Pauschalbeitrag jährlich mit der Veränderung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger³⁰ angepasst wird, entspricht der Anstieg des Pauschalbeitrags in etwa der Zunahme der Beitragseinnahmen in diesem

³⁰ Dabei wird für jedes Jahr (t) bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres (t-1) ein vorläufiger Pauschalbeitrag festgelegt. Dieser basiert auf dem endgültig abgerechneten Pauschalbeitrag des zweitvorangegangenen Jahres (t-2), welcher zunächst mit der erwarteten Veränderung der Beitragseinnahmen im vorangegangenen Jahr (t-1) gegenüber dem zweitvorangegangenen Jahr (t-2) multipliziert wird. Dadurch wird ein Schätzwert für den voraussichtlichen endgültigen Pauschalbeitrag des Vorjahres (t-1) ermittelt. Für den vorläufigen Pauschalbeitrag des jeweiligen Jahres (t) wird dieser Schätzwert noch mit der erwarteten Veränderung der Beitragseinnahmen im jeweiligen Jahr (t) gegenüber dem vorangegangenen Jahr (t-1) multipliziert. Bei der Berechnung der Steigerung sind Beitragsmehreinnahmen aus gewissen, in § 447f Abs. 1 ASVG abschließend aufgezählten Maßnahmen nicht zu berücksichtigen (z. B. Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage mit dem Pensionsharmonisierungsgesetz im Jahr 2004, Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionistinnen und Pensionisten mit dem Budgetsanierungsmaßnahmen-gesetz 2025 Teil II). Eine endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrags für jedes Jahr (t) hat bis zum 31. Oktober des Folgejahres (t+1) zu erfolgen, wobei Abrechnungsreste unverzüglich zu überweisen sind. Da sich das Wachstum der Beitragseinnahmen zwischen den Krankenversicherungsträgern unterscheidet, ist in § 322a ASVG ein Belastungsausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern über ein beim Dachverband der Sozialversicherungsträger eingerichtetes Verrechnungskonto vorgesehen.



Zeitraum (+32,2 %). Wie bei den Mitteln der BGA ist auch die Aufteilung des Pauschalbeitrags der Sozialversicherungsträger auf die LGF vom aktuellen Leistungsgeschehen in den Fondskrankenanstalten losgelöst. Die Anteile der neun LGF werden durch fixe, seit 1997 unveränderte Prozentsätze in § 447f Abs. 4 ASVG festgelegt. Für die Überweisung wird der Gesamtbetrag in zwei Teile mit unterschiedlichen Zahlungszeitpunkten aufgeteilt. Beginnend mit dem 20. April eines jeden Jahres sind 70 % des Pauschalbeitrags in zwölf gleich hohen Monatsraten zu überweisen, die restlichen 30 % in vier gleich hohen Quartalsbeträgen.³¹

Für die Finanzierung der **Albert Schweitzer Klinik** in Graz leistete der Ausgleichsfonds im Jahr 2024 einen Beitrag iHv 5 Mio. EUR an den LGF Steiermark. Die jährliche Valorisierung des Betrags erfolgt dabei analog zum Pauschalbeitrag, weshalb dieser seit 2019 auch gleich stark angestiegen ist.³²

Zusätzlich zum Pauschalbeitrag leistet die Sozialversicherung bei der Finanzierung der Fondskrankenanstalten noch folgende **Fixbeträge**:

- ♦ Mit dem FAG 2005 wurden die von der Sozialversicherung an die Fondskrankenanstalten zu leistenden Beträge um sogenannte Erhöhungsgelder iHv 75 Mio. EUR pro Jahr erhöht. Davon stehen 15 Mio. EUR im Zusammenhang mit der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage mit dem Pensionsharmonisierungsgesetz im Jahr 2004 und 60 Mio. EUR mit der Erhöhung der Krankenversicherungsbeitragsätze im Jahr 2005. Die Mittel sind dabei ausschließlich von den Krankenversicherungsträgern aufzubringen.³³ Die Aufteilung dieser Beträge auf die LGF basiert auf einem vergleichsweise komplexen Mechanismus, der neben fixen Verteilungsschlüsseln auch Vorwegabzüge für einzelne LGF und Einnahmen der LGF aus Kostenbeiträgen der Versicherten zur stationären

³¹ Die zwei Teilbeträge unterscheiden sich auch hinsichtlich der Aufbringung der Mittel innerhalb der Sozialversicherung. Der erste Teil (70 % des Pauschalbeitrags) wird durch Zahlungen der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherungsträger aufgebracht, wobei der Anteil der einzelnen Sparten und Träger durch fixe Prozentsätze in § 447f Abs. 10 ASVG festgelegt wird. Der zweite Teil (30 % des Pauschalbeitrags) wird nur von den Krankenversicherungsträgern getragen. Diese leisten zunächst Zahlungen iHv 0,5 % ihrer jeweiligen Beitragsgrundlagen. Reicht dieser Betrag nicht aus, wird der Rest nach einem in § 447f Abs. 11 Z 2 ASVG festgelegten Verteilungsschlüssel von den einzelnen Trägern aufgebracht. Der Verteilungsschlüssel kann dabei grundsätzlich jährlich an die Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger angepasst werden. Die Verteilungsschlüssel gemäß § 447f Abs. 10 und Abs. 11 Z 2 ASVG wurden entsprechend der Ermächtigung in § 447f Abs. 18 ASVG durch eine ab dem Jahr 2020 gültige Verordnung an die Änderungen im Zusammenhang mit der Strukturreform der Sozialversicherungsträger angepasst (BGBl. II Nr. 427/2019).

³² Darüber hinaus trägt die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) als Trägerin des Hanusch-Krankenhauses in Wien einen Teil des Betriebsabgangs der Krankenanstalt.

³³ Der Anteil der einzelnen Krankenversicherungsträger ergibt sich gemäß § 447f Abs. 12 ASVG aus ihrem jeweiligen Anteil am Pauschalbeitrag gemäß § 447f Abs. 1 und 2 ASVG. Die Anteile sind auf fünf Dezimalstellen zu runden.

Behandlung berücksichtigt.³⁴ Die ermittelten Beträge sind in zwölf gleich hohen Monatsraten jeweils am Monatszwanzigsten an die LGF zu überweisen.

- ♦ Ein Teil der Mittel des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung wird vom Bund über die UG 44-Finanzausgleich zur Verfügung gestellt. Das BMF hat gemäß § 447f Abs. 6a ASVG im September eines jeden Jahres einen Betrag iHv 8,3 Mio. EUR an den Ausgleichsfonds zu überweisen. Die Aufteilung auf die neun LGF folgt dabei einem ähnlich komplexen Mechanismus wie die Aufteilung der oben genannten Erhöhungsgelder.³⁵
- ♦ Der Anteil der Krankenversicherungsträger am Ausgleich der Mindereinnahmen der Krankenanstalten aus dem Entfall der Kostenbeiträge für Kinder und Jugendliche beträgt 5 Mio. EUR pro Jahr. Die Überweisung an die LGF erfolgt dabei einmal jährlich am 20. April. Für die Aufbringung durch die einzelnen Krankenversicherungsträger und die Anteile der neun LGF ist die Versichertenzahl im jeweils zweitvorangegangenen Jahr maßgeblich.

Bundesgesundheitsagentur

Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds, der vom jeweils für Gesundheit zuständigen Bundesministerium geführt wird. Bei der Finanzierung der Fondskrankenanstalten übernimmt die BGA die Aufteilung der an sie überwiesenen Mittel an die neun LGF. In der nachstehenden Tabelle werden die Zahlungsströme im Zusammenhang mit der BGA im Detail dargestellt:

³⁴ Die Aufteilung der insgesamt 75 Mio. EUR basiert auf dem in § 447f Abs. 4a ASVG geregelten Mechanismus. Zunächst ist der Gesamtbetrag um die Hälfte der Vorweganteile der LGF Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol gemäß § 447f Abs. 16 ASVG iHv insgesamt 22 Mio. EUR zu verkürzen. Der verbleibende Betrag ist sodann um die Hälfte der bundesweiten Einnahmen aus Kostenbeiträgen gemäß § 27a Abs. 3 KAKuG zu erhöhen und dieser Gesamtbetrag nach dem fixen Schlüssel gemäß § 447f Abs. 4 ASVG auf die LGF aufzuteilen. Von den so ermittelten Anteilen der LGF ist jeweils die Hälfte ihrer Einnahmen aus Kostenbeiträgen gemäß § 27a Abs. 3 KAKuG abzuziehen.

³⁵ Der Aufteilungsmechanismus ist in § 447f Abs. 5 ASVG geregelt. Zunächst ist der Gesamtbetrag wie bei den Erhöhungsgeldern um die Hälfte der Vorwegabzüge gemäß § 447f Abs. 16 ASVG zu verringern. Der Restbetrag ist sodann um die Hälfte der bundesweiten Einnahmen aus Kostenbeiträgen gemäß § 27a Abs. 3 KAKuG zu erhöhen. Davon ist die Hälfte nach der Volkszahl auf Basis der Volkszählung 2001 und die andere Hälfte nach dem Verhältnis der endgültigen LKF-Kernpunkte des Jahres 2003 auf die neun LGF aufzuteilen. Von den Anteilen der LGF ist schließlich die Hälfte ihrer jeweiligen Einnahmen aus Kostenbeiträgen gemäß § 27a Abs. 3 KAKuG abzuziehen. Da die zu berücksichtigenden Vorwegabzüge mit 11 Mio. EUR den zu verteilenden Gesamtbetrag iHv 8,3 Mio. EUR übersteigen, werden die Vorwegabzüge entsprechend gekürzt und der Verteilungsmechanismus eines allfälligen Restbetrages kommt nicht zur Anwendung.

**Tabelle 6: Zahlungsströme im Zusammenhang mit der Bundesgesundheitsagentur**

<i>in Mio. EUR</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Mittel der Bundesgesundheitsagentur für die Landesgesundheitsfonds	787	753	706	902	940	1.434	+647	+82,2%
Zahlungen des Bundes und der Sozialversicherungsträger	822	789	752	960	999	1.558	+736	+89,5%
Zweckzuschuss des Bundes	734	700	663	872	910	920	+186	+25,3%
Mittel zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen						550	+550	-
Fixbetrag der Krankenversicherungsträger an die Bundesgesundheitsagentur	84	84	84	84	84	84	0	0,0%
Bundesanteil Entfall der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche	5	5	5	5	5	5	0	0,0%
Einbehaltene Mittel der Bundes-Zielsteuerungskommission	-36	-36	-46	-58	-58	-124	-89	+249,8%

Quellen: Budgetdaten, Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, eigene Berechnungen.

Der überwiegende Teil dieser Mittel wird vom Bund aufgebracht und betrifft im Wesentlichen den Zweckzuschuss des Bundes zur Krankenanstaltenfinanzierung gemäß § 57 Abs. 1 KAKuG. Die Höhe des Zweckzuschusses ist dabei nicht vom Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten abhängig, sondern ist mit 0,864748 % am Nettoaufkommen der Abgaben mit einheitlichem Schlüssel gemäß FAG (v. a. Umsatzsteuer, Einkommensteuer, Körperschaftsteuer) festgelegt. Im Bundeshaushalt wird der Zweckzuschuss in der UG 24-Gesundheit verrechnet. Im Jahr 2024 wurden dafür insgesamt 920 Mio. EUR ausbezahlt, was einem Anstieg um 186 Mio. EUR bzw. 25,3 % seit 2019 entsprach. Weitere Zahlungen des Bundes an die BGA betreffen seit 2024 die im Rahmen des Finanzausgleich Gesundheit vereinbarten Mittel für die Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und Strukturreformen. Diese betrugen im Jahr 2024 550 Mio. EUR und steigen bis 2028 auf 657 Mio. EUR an (siehe Pkt. 4.2.3). Zum Ausgleich der Mindereinnahmen der Krankenanstalten aus dem Entfall des Selbstbehalts für Kinder und Jugendliche wurde eine Drittelfinanzierung durch Bund, Länder und Krankenversicherungsträger vereinbart. Der Bund überweist seinen Anteil iHv 5 Mio. EUR pro Jahr an die BGA. Die BGA erhält neben den Zahlungen des Bundes auch einen jährlichen Fixbetrag von der Sozialversicherung iHv 84 Mio. EUR.³⁶

Der BGA standen damit im Jahr 2024 Mittel iHv insgesamt 1.558 Mio. EUR zur Verfügung, was einem Anstieg um 736 Mio. EUR bzw. 89,5 % gegenüber 2019 entsprach. Neben dem Anstieg des Zweckzuschusses des Bundes aufgrund der positiven Entwicklung der zugrundeliegenden Abgaben war dieser Anstieg vor allem auf die zusätzlichen Mittel im Rahmen des Finanzausgleich Gesundheit zurückzu-

³⁶ Die Höhe des von den Sozialversicherungsträgern an die BGA zu zahlenden Betrags ist in § 57 Abs. 3 KAKuG und § 447f Abs. 6 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) mit 83.573.759,29 EUR festgelegt.



führen. Die BGA teilt diese Mittel in weiterer Folge auf die neun LGF auf, wobei der Aufteilungsmechanismus relativ komplex und von der Leistungserbringung in den Fondskrankenanstalten entkoppelt ist:³⁷

- ◆ Der Zweckzuschuss des Bundes zur Krankenanstaltenfinanzierung wird in zwei Teile geteilt. Der erste Teil iHv 0,453115 % des Nettoaufkommens der Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (2024: 477 Mio. EUR) ist in monatlichen Vorschüssen analog zu den Ertragsanteilen an die LGF zu überweisen. Die Aufteilung auf die LGF erfolgt dabei auf Basis der im Jahr 1997 festgelegten Prozentwerte (§ 59 Abs. 1 KAKuG).
- ◆ Der zweite Teil des Zweckzuschusses iHv 0,411633 % des Nettoaufkommens der Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (2024: 442 Mio. EUR) wird in weitere Tranchen mit unterschiedlichen Zahlungsmodalitäten unterteilt:
 - 9,29 % davon sind in vier gleichen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Quartals an die LGF zu überweisen. Für die Aufteilung auf die LGF sind wiederum die in § 59 Abs. 1 KAKuG festgelegten Prozentwerte maßgeblich.
 - 2,87 % des zweiten Teils des Zweckzuschusses sind zu den gleichen Zahlungsterminen an die LGF zu überweisen. Die für die Aufteilung auf die LGF anzuwendenden Prozentsätze werden in § 59 Abs. 4 KAKuG festgelegt und unterscheiden sich geringfügig von den in Abs. 1 festgelegten Werten. So beträgt etwa der Anteil Wiens gemäß Abs. 1 31,376 %, gemäß Abs. 4 sind es 31,465 %.
 - Von 49,14 % des zweiten Teils sind zunächst Vorweganteile iHv insgesamt 11,62 Mio. EUR für die LGF Oberösterreich, Steiermark und Tirol abzuziehen. Danach werden weitere Mittel abgezogen, die für bestimmte Zwecke auf Basis von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission zu verwenden sind. Im Jahr 2024 beliefen sich diese Abzüge auf insgesamt 124 Mio. EUR.³⁸ Der nach Abzug aller Beträge verbleibende Betrag ist auf

³⁷ Im Folgenden wird nur die Aufteilung der BGA-Mittel auf die LGF beschrieben. Dieser gehen jeweils Überweisungen des Bundes und der Sozialversicherungsträger an die BGA voraus. Diese Überweisungen sind üblicherweise zwischen fünf und sieben Tagen vor den nachfolgend beschriebenen Auszahlungen durch die BGA an die LGF zu tätigen.

³⁸ Davon betreffen etwa 60 Mio. EUR den Länderanteil an den Mitteln im Rahmen des Finanzausgleichs Gesundheit (Digitalisierung und eHealth, Gesundheitsförderung sowie Impfen). Weitere 40 Mio. EUR sind für die Finanzierung überregionaler Vorhaben zu verwenden. Für die Förderung des Transplantationswesens stehen 5 Mio. EUR, für die Finanzierung des Länderanteils an der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) 3,417 Mio. EUR und für Projekte und Planungen (v. a. aufgrund von



Basis der Volkszahl nach der Volkszählung 2001 auf die LGF aufzuteilen. Die Überweisung erfolgt dabei alle drei Monate in vier gleich hohen Teilbeträgen beginnend am 20. April.

- Die verbleibenden 38,70 % sind zuerst um Vorwegabzüge iHv insgesamt 20 Mio. EUR zu vermindern. Davon gehen 14 Mio. EUR an den LGF Tirol sowie jeweils 2 Mio. EUR an die LGF Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg. Der verbleibende Betrag ist dann jeweils zur Hälfte auf Basis der Volkszahl nach der Volkszählung 2001 und auf Basis von in § 59 Abs. 8 Z 2 KAKuG festgelegten Prozentsätzen auf die LGF aufzuteilen. Die Überweisung erfolgt dabei wiederum alle drei Monate in vier gleich hohen Teilbeträgen beginnend am 20. April.
- ♦ Die im Rahmen des Finanzausgleich Gesundheit vereinbarten Mittel zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen (2024: 550 Mio. EUR) sind einmal jährlich am 31. März an die LGF zu überweisen. Die Anteile der einzelnen LGF werden dabei in § 59 Abs. 12 KAKuG festgelegt.
- ♦ Der Anteil des Bundes an den Kosten für den Entfall des Selbstbehalts für Kinder und Jugendliche ist von der BGA jährlich am 20. April an die LGF zu überweisen. Die Aufteilung erfolgt dabei nach der Volkszahl gemäß FAG.
- ♦ Der Fixbetrag der Krankenversicherungsträger iHv 84 Mio. EUR ist in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Quartals von der BGA an die LGF zu überweisen. Für die Aufteilung auf die LGF sind dabei die in § 59 Abs. 4 KAKuG festgelegten Prozentsätze maßgeblich.

Strukturmaßnahmen und für Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme) 16 Mio. EUR zur Verfügung. Diese Mittel fließen dabei zunächst grundsätzlich nicht an die LGF. Gemäß § 59 Abs. 6 Z 5 KAKuG sind jedoch die in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpften Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, für Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung und für die Finanzierung der ELGA sowie die Vermögenserträge der BGA an die LGF zu verteilen.



Beihilfen gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz

Im Zuge des EU-Beitritts Österreichs kam es zu einer Umstellung für Umsätze aus der Erbringung von Leistungen im Gesundheits- und Sozialbereich von einer echten auf eine unechte Umsatzsteuerbefreiung.³⁹ Als Ausgleich für die dadurch entstehenden Mehraufwendungen erhalten die betroffenen Institutionen⁴⁰ seit 1. Jänner 1997 Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG). Die Beihilfen richten sich dabei nach der Höhe der tatsächlich nicht abziehbaren Vorsteuern und wird grundsätzlich vom Bund ausgezahlt. Allerdings werden die GSBG-Beihilfen bei der Berechnung der Ertragsanteile vom Umsatzsteueraufkommen abgezogen. Dadurch tragen auch die Länder und Gemeinden im Verhältnis ihres Anteils an der Umsatzsteuer etwa ein Drittel dieser Beihilfen. Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der GSBG-Beihilfen seit 2019:

Tabelle 7: Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz für Fondskrankenanstalten

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
in Mio. EUR								
GSBG-Beihilfen	779	816	892	921	1.043	1.180	+401	+51,5%

Abkürzung: GSBG-Beihilfen ... Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz.

Quellen: Gesundheit Österreich GmbH.

Die Fondskrankenanstalten erhielten im Jahr 2019 insgesamt 779 Mio. EUR an GSBG-Beihilfen. Bis zum Jahr 2024 stiegen diese deutlich um 401 Mio. EUR bzw. 51,5 % auf 1.180 Mio. EUR an.⁴¹ Da die GSBG-Beihilfen auf Grundlage der tatsächlich nicht abziehbaren Vorsteuer ausgezahlt werden, hängen diese im Gegensatz zu jenen Zahlungen, die auf der Höhe des Abgabenaufkommens basieren, viel direkter von den Preisentwicklungen bei den Vorleistungen für die Erbringung von stationären und spitalsambulanten Leistungen sowie der Entwicklung des Leistungsgeschehens in den Krankenanstalten ab.

³⁹ Eine echte Umsatzsteuerbefreiung bedeutet, dass Unternehmer für die Umsätze, die sie aus den befreiten Leistungen erzielen, keine Umsatzsteuer einheben müssen, gleichzeitig aber einen Vorsteuerabzug geltend machen dürfen. Bei einer unechten Umsatzsteuerbefreiung ist ebenfalls keine Umsatzsteuer einzuheben, es steht jedoch auch kein Recht auf Vorsteuerabzug zu.

⁴⁰ Davon betroffen sind im Wesentlichen die Umsätze der Sozialversicherungsträger, der Kranken- und Kuranstalten und der Pflegeheime sowie Umsätze aus der ärztlichen Behandlung und aus der Beförderung von kranken und verletzten Personen.

⁴¹ Seit 1. Jänner 2024 können die GSBG-Beihilfen direkt von den Krankenanstalten über FinanzOnline beantragt werden und werden auch direkt vom Bund an diese ausgezahlt. Die GSBG-Beihilfen werden deshalb seither nicht mehr über die LGF abgewickelt.



Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden

Die Mittel der LGF werden auch durch Zahlungen der Länder und Gemeinden aufgebracht, deren Höhe sich am Umsatzsteueraufkommen orientiert. Diese werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 8: Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden

<i>in Mio. EUR</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden	436	407	428	523	563	564	+128	+29,2%
Anteil der Länder	260	243	255	312	336	336	+76	+29,2%
Anteil der Gemeinden	176	164	173	211	227	228	+52	+29,3%

Quellen: Budgetdaten, Budgetbeilage Zahlungsströme zwischen den Gebietskörperschaften.

Der Beitrag der **Länder** ist in Art. 29 Abs. 1 Z 2 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung OFG mit 0,949 % des Aufkommens der Umsatzsteuer⁴² festgelegt. Dieser ist von den Ländern aus ihren Budgetmitteln direkt an den jeweiligen LGF zu leisten. Im Jahr 2024 betrugen diese Zahlungen der Länder 336 Mio. EUR und waren damit um 76 Mio. EUR bzw. 29,2 % höher als 2019. Die Aufteilung auf die einzelnen LGF erfolgt dabei nach den in Art. 30 Abs. 1 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung OFG festgelegten Landesquoten.⁴³ Die Überweisung erfolgt monatlich als Vorschussleistung.

Die Höhe des Umsatzsteueranteils der **Gemeinden** beträgt 0,642 % des Umsatzsteueraufkommens und wird im jeweils gültigen FAG geregelt. Im Jahr 2024 betrug dieser Anteil der Gemeinden 228 Mio. EUR und war damit um 52 Mio. EUR bzw. 29,3 % höher als 2019. Da Überweisungen der einzelnen Gemeinden an die jeweiligen LGF nicht zweckmäßig wären, wird der Anteil der Gemeinden rechtlich als ein Zweckzuschuss an die Länder ausgestaltet. Die Ertragsanteile der Gemeinden sind dabei vor der länderweisen Verteilung um den Umsatzsteueranteil zu reduzieren, wodurch die Länder die entsprechend gekürzten Ertragsanteile ihrer Gemeinden erhalten. Damit die Länder die Zahlung an die LGF dennoch leisten können, erhalten sie vom Bund einen Zweckzuschuss in der Höhe des Umsatzsteueranteils der Gemeinden. Dieser wird wiederum nach den Landesquoten gemäß Art. 30 Abs. 1 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung OFG aufgeteilt. Im Bundeshaushalt wird dieser

⁴² Vom Umsatzsteueraufkommen sind dabei die Zahlungen gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) abzuziehen.

⁴³ Diese Landesquoten unterscheiden sich dabei von den Anteilen der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben. Deshalb wird ein Teil der Ertragsanteile der Länder im Ausmaß des Umsatzsteueranteils von 0,949 % im FAG nach diesen Landesquoten verteilt.



Zweckzuschuss als Auszahlung in der UG 44-Finanzausgleich erfasst, der eine Einzahlung in gleicher Höhe aus einer Abüberweisung in der UG 16-Öffentliche Abgaben gegenübersteht.

Kostenbeiträge der Patientinnen und Patienten

Ein Teil der Mittel der Fondskrankenanstalten wird durch Kostenbeiträge der behandelten Patientinnen und Patienten für stationäre Aufenthalte aufgebracht. Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Einnahmen von 2019 bis 2024:

Tabelle 9: Einnahmen der Landesgesundheitsfonds aus Kostenbeiträgen

<i>in Mio. EUR</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Kostenbeiträge der Patientinnen und Patienten	214	208	176	231	269	270	+56	+26,1%

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH.

Im Jahr 2024 betrugen diese Einnahmen 270 Mio. EUR. Im Vergleich zu 2019 waren sie damit um 56 Mio. EUR bzw. 26,1 % höher, womit sie weniger stark gestiegen sind als andere Mittel der Fondskrankenanstalten. Die Einnahmen aus Kostenbeiträgen betreffen dabei im Wesentlichen zwei Sachverhalte, wobei eine Zuordnung zu den einzelnen Kategorien aufgrund der in den jeweiligen Ländern zum Teil unterschiedlichen Datenerfassung nicht immer trennscharf möglich ist:

- ♦ Der Großteil der in der Tabelle ausgewiesenen Einnahmen entfällt mit etwa 85 % auf die von ausländischen Gastpatientinnen und -patienten entrichteten Pflegegebührenersätze. Diese werden jährlich von den Ländern für die einzelnen Krankenanstalten festgelegt und sollen die Kosten der stationären Versorgung in der Krankenanstalt abdecken.⁴⁴
- ♦ Die verbleibenden etwa 15 % betreffen Kostenbeiträge und Zuzahlungen aller Patientinnen und Patienten. So müssen Versicherte bei einem stationären Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse pro Tag einen sogenannten Verpflegskostenbeitrag entrichten. Die genaue Höhe dieses Beitrags wird auf Basis einer Grundsatzbestimmung in § 27a KAKuG von den Ländern im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung festgelegt, wodurch sich die Verpflegskosten-

⁴⁴ So beträgt beispielsweise der Pflegegebührenersatz für ausländische Staatsangehörige ohne Wohnsitz in der EU im AKH Wien im Jahr 2026 2.486 EUR pro Pfl egetag.

beiträge zwischen den Ländern unterscheiden.⁴⁵ In Wien betragen diese beispielsweise 15,59 EUR pro Tag, in der Steiermark und in Vorarlberg sind es 12,48 EUR bzw. 13,40 EUR pro Tag.⁴⁶ Der Verpflegskostenbeitrag wird dabei für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben und ist in gewissen Fällen nicht zu entrichten (z. B. für Minderjährige, bei stationären Aufenthalten im Zusammenhang mit der Mutterschaft, bei von der Rezeptgebühr befreiten Personen).

Nicht in der Tabelle enthalten sind die Einnahmen der Fondskrankenanstalten aus **Anstaltsgebühren und Arzthonoraren**. Beide Einnahmen (2024: 413 Mio. EUR) erwachsen den Krankenanstalten aus der Einrichtung einer sogenannten Sonderklasse entsprechend der jeweiligen landesgesetzlichen Vorgaben. Die Anstaltsgebühren stellen dabei einen Ersatz für die zusätzlichen Verpflegungs- und Unterbringungsleistungen der Sonderklasse dar und werden von Patientinnen und Patienten eingehoben, die in einem Krankenzimmer der Sonderklasse untergebracht werden. Darüber hinaus können die Fondskrankenanstalten mit gewissen Ärztinnen und Ärzten (z. B. Abteilungsleiterinnen und -leitern) vereinbaren, dass diese für die Behandlung der Patientinnen und Patienten der Sonderklasse ein eigenes Honorar einheben dürfen. Die Voraussetzungen dafür sind wiederum in den einzelnen Landesgesetzen geregelt, wobei dazu üblicherweise ein sogenannter Hausrücklass in Form eines fixen Anteils der jeweiligen Krankenanstalten an den vereinnahmten Arzthonoraren zählt.⁴⁷

⁴⁵ Gemäß § 27a KAKuG besteht der Verpflegskostenbeitrag aus drei Teilen. Der erste Teil verbleibt bei der jeweiligen Krankenanstalt und wird jährlich valorisiert. Weitere 1,45 EUR pro Tag werden von der Krankenanstalt auf Rechnung des jeweiligen LGF eingehoben. Zusätzlich gehen 0,73 EUR pro Tag an den Patientenentschädigungsfonds.

⁴⁶ Für nach dem ASVG mitversicherte Angehörige und nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz Krankenversicherte sind gemäß § 447f Abs. 7 ASVG abweichende Verpflegskostenbeiträge vorgesehen. Diese basieren auf den am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätzen, werden jährlich valorisiert und sind je nach Bundesland und Krankenanstalt unterschiedlich. Für die Steiermärkischen Landeskrankenanstalten ist im Jahr 2026 beispielsweise 28,50 EUR pro Tag zu entrichten, im AKH Wien sind es 32,40 EUR pro Tag. Auch dieser Beitrag wird für maximal vier Wochen im Kalenderjahr eingehoben und unter gewissen Umständen ist eine Befreiung vorgesehen.

⁴⁷ Der Hausrücklass stellt einen Ersatz für die Inanspruchnahme der von der Krankenanstalt zur Verfügung gestellten Infrastruktur dar. Die Höhe wird dabei in den jeweiligen Landesgesetzen geregelt. In Oberösterreich beträgt der Hausrücklass beispielsweise 31 % der Arzthonorare, in Wien sind es 12 %.



Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse der Länder und Gemeinden

Neben den bereits betrachteten Umsatzsteueranteilen sind die Länder und Gemeinden gemäß Art. 29 Abs. 1 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung OFG noch mit folgenden Beiträgen an der Aufbringung der Mittel der LGF beteiligt:

- ◆ Beiträge zur Abdeckung des Betriebsabgangs der Krankenanstalten und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen
- ◆ allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften

Während die Höhe der von den Ländern und Gemeinden zu zahlenden Umsatzsteueranteile einfach festzustellen ist, steht für die Betriebsabgangsdeckung und die sonstigen Zuschüsse keine einheitliche Datengrundlage zur Verfügung. Informationen zu Zahlungen der Länder und Gemeinden für Fondskrankenanstalten können dabei

- ◆ den Rechnungsabschlüssen der Länder und Gemeinden,
- ◆ den Daten gemäß System of Health Accounts (SHA),
- ◆ dem Finanzzielmonitoring und
- ◆ dem Krankenanstalten-Berichtswesen des Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) entnommen werden.

Die aus den verschiedenen Datenquellen gewonnenen Informationen unterscheiden sich jedoch sowohl hinsichtlich der Höhe der geleisteten Zahlungen als auch in Bezug auf deren Dynamik. Dies ist einerseits auf den unterschiedlichen Umfang der einbezogenen Zahlungen und andererseits darauf zurückzuführen, dass es je nach Datenquelle nicht immer möglich ist, Doppelzahlungen anderer Zahlungen (v. a. Umsatzsteueranteile, Anteile der Gemeinden an der Betriebsabgangsdeckung) zu vermeiden. Außerdem werden die geleisteten Beiträge in den Ländern zum Teil unterschiedlich verrechnet, was eine einheitliche Definition berücksichtigter Zahlungen und eine Bereinigung um Doppelzahlungen zusätzlich erschwert. Diese Probleme wurden auch im Bericht des Rechnungshofs über das System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen ([Reihe BUND 2019/47](#)) hervorgehoben.⁴⁸

Die nachstehende Tabelle zeigt die aus den Rechnungsabschlüssen und dem SHA abgeleiteten Zahlungen der Länder und Gemeinden für Fondskrankenanstalten⁴⁹ für die Jahre 2020 bis 2024. Da die Werte aus den Rechnungsabschlussdaten der Länder und Gemeinden aufgrund der ab dem Jahr 2020 wirksamen Änderung der Rechnungslegungsvorschriften nur eingeschränkt mit jenen der Vorjahre vergleichbar sind,⁵⁰ werden die Werte erst ab dem Jahr 2020 ausgewiesen und die Veränderung aller Zahlungen gegenüber dem Jahr 2020 berechnet.

Tabelle 10: Zahlungen der Länder und Gemeinden für Krankenanstalten

in Mio. EUR	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2020	
Transferzahlungen für Krankenanstalten gemäß Rechnungsabschlüssen*	6.962	8.238	8.187	9.074	9.485	+2.523	+36,2%
Länder	5.658	6.851	6.732	7.510	7.747	+2.090	+36,9%
Gemeinden	1.304	1.387	1.455	1.564	1.737	+433	+33,2%
Ausgaben für Fondskrankenanstalten gemäß System of Health Accounts	5.696	6.014	6.510	7.350	7.730	+2.034	+35,7%
Länder	4.339	4.596	5.035	5.680	5.943	+1.604	+37,0%
Gemeinden	1.357	1.418	1.475	1.670	1.786	+430	+31,7%

* Auszahlungen für Transfers in den Haushaltsabschnitten 55-Eigene Krankenanstalten, 56-Krankenanstalten anderer Rechtsträger und 59-Gesundheit, Sonstiges. Darin enthalten sind möglicherweise auch Zahlungen an nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten. Doppelzahlungen von Mitteln aus anderen Finanzierungstöpfen (v. a. Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden sowie Anteile der Gemeinden an der Betriebsabgangsdeckung) können nicht ausgeschlossen werden.

Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

⁴⁸ Der Rechnungshof kritisierte dabei, dass die Rechnungsabschlüsse der LGF unterschiedlich strukturiert sind und abweichende Bezeichnungen für vergleichbare Sachverhalte aufweisen, wodurch die Transparenz und Vergleichbarkeit beeinträchtigt wird. Außerdem bestehen keine länderübergreifend gültigen Verrechnungsvorschriften für die LGF. Auch die Ausgabenpositionen der Rechnungsabschlüsse der Länder waren nach Ansicht des Rechnungshofes nur eingeschränkt dazu geeignet, die Ausgaben für Fondskrankenanstalten nachvollziehen zu können. So wies der Rechnungshof explizit darauf hin, dass sich die in den Abschlüssen der LGF und den Abschlüssen der Länder ausgewiesenen Beträge für die Betriebsabgangsdeckung unterscheiden.

⁴⁹ Insbesondere bei den Zahlungen der Länder und Gemeinden auf Basis der Rechnungsabschlüsse kann aufgrund der aggregierten Datenverfügbarkeit nicht ausgeschlossen werden, dass darin auch Zahlungen an nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten enthalten sind.

⁵⁰ Die Rechnungsabschlussdaten der Länder und Gemeinden für die Jahre vor 2020 sind deshalb auch nur auf einem sehr aggregierten Niveau verfügbar.



Auf Basis der **Rechnungsabschlüsse der Länder und Gemeinden** ergeben sich in den für die Krankenanstaltenfinanzierung relevanten Haushaltsabschnitten⁵¹ folgende Auszahlungen für Transfers:⁵²

- ♦ Die Auszahlungen der **Länder** (inkl. Wien) betrugen im Jahr 2024 7,7 Mrd. EUR und waren damit, wie in den Vorjahren, deutlich höher als die gemäß SHA ausgewiesenen Beträge (2024: 5,9 Mrd. EUR). Der Anstieg seit 2020 war mit 36,9 % dabei jedoch in etwa gleich hoch wie bei den Ausgaben der Länder gemäß SHA (+37,0 %).
- ♦ In den Rechnungsabschlüssen der **Gemeinden** waren für die Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 2024 Auszahlungen für Transfers iHv 1,7 Mrd. EUR ausgewiesen. Damit war die Differenz zu den Ausgaben der Gemeinden gemäß SHA im Vergleich zu den Ländern deutlich geringer. Der Anstieg seit 2020 fiel dabei jedoch auf Basis der Rechnungsabschlussdaten mit 33,2 % etwas stärker aus als in den SHA-Daten (+31,7 %). Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Umsatzsteueranteile der Gemeinden in den SHA-Daten enthalten sind, in den Rechnungsabschlussdaten jedoch nicht, da diese über die Landeshaushalte verrechnet werden.

Bei der Interpretation dieser Daten ist zu beachten, dass es sich bei den Beträgen um eine sehr weite Definition von Zahlungen der Länder und Gemeinden für Fonds-krankenanstalten handelt. Aufgrund der entsprechend aggregierten Verfügbarkeit der Abschlussdaten ist eine genaue Abgrenzung der einzelnen Zahlungsströme nicht möglich. Insgesamt ergeben sich dadurch insbesondere aus den Rechnungsabschlüssen der Länder deutlich höhere Zahlungen als in den anderen Datenquellen (siehe unten). Die Vergleichbarkeit und Interpretation der Zahlungen werden dabei

⁵¹ Berücksichtigt werden Auszahlungen für Transfers (ohne Kapitaltransfers) in den Abschnitten 55-Eigene Krankenanstalten, 56-Krankenanstalten anderer Rechtsträger und 59-Gesundheit, Sonstiges. Die Bundesländer unterscheiden sich dabei zum Teil in der Zuordnung der Zahlungen zu den einzelnen Abschnitten, was nicht zuletzt auch auf die teilweise unterschiedliche organisatorische Ausgestaltung der Fondskrankenanstalten zurückzuführen ist. Im Burgenland wird etwa der Großteil der Zahlungen an den LGF bzw. die Fondskrankenanstalten im Abschnitt 59 erfasst, während in Tirol die wesentlichen Zahlungsströme fast ausschließlich im Abschnitt 56 verrechnet werden. In Oberösterreich werden die Zahlungen für die öffentlichen Fondskrankenanstalten im Abschnitt 55 erfasst, jene für die landesgesundheitsfondsfinanzierten Ordensspitäler jedoch im Abschnitt 56. In Niederösterreich werden die Zahlungen seit 2021 im Abschnitt 56 erfasst, davor im Abschnitt 55.

⁵² Neben Auszahlungen für Transfers werden in den ausgewerteten Haushaltsabschnitten noch weitere Auszahlungen erfasst. In manchen Bundesländern wird der Personalaufwand für die Beschäftigten in den Fondskrankenanstalten als Auszahlung im Landeshaushalt erfasst. Da der Personalaufwand den Ländern jedoch von den Fondskrankenanstalten zu ersetzen ist, stehen den Auszahlungen für Personalaufwand Einzahlungen in gleicher Höhe gegenüber. Deshalb werden die Auszahlungen für Personalaufwand hier nicht berücksichtigt. Darüber hinaus leisten die Länder auch Kapitaltransfers an die LGF bzw. die Krankenanstalten (2024: 554 Mio. EUR). Da es sich hierbei um Zahlungen für Investitionen handelt, werden diese analog zum SHA nicht berücksichtigt. Sonstige nicht berücksichtigte Zahlungen (2024: etwa 200 Mio. EUR) betreffen überwiegend den Sachaufwand.



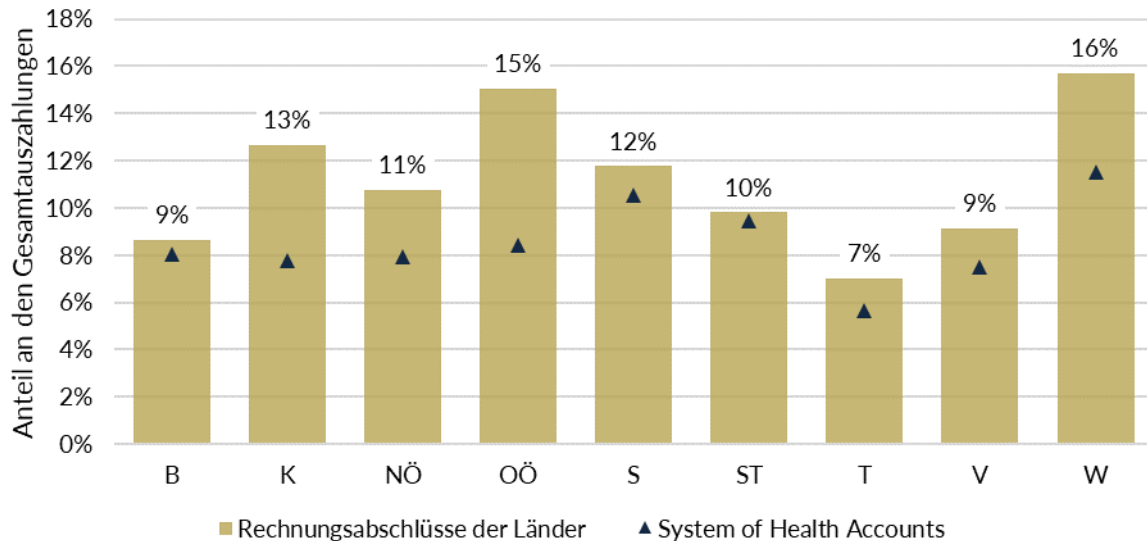
aus mehreren Gründen beeinträchtigt, die vor allem den Umfang der berücksichtigten Zahlungen und mögliche Doppelzahlungen von Mitteln aus anderen Finanzierungstöpfen (z. B. Umsatzsteueranteile, Betriebsabgangsmittel der Gemeinden) betreffen. Diese werden in Anhang 3 näher ausgeführt.

Im Rahmen der Daten gemäß **SHA** werden auch die Gesamtausgaben der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungsträger für die Fondskrankenanstalten veröffentlicht. Dafür greift Statistik Austria ebenfalls auf Rechnungsabschlüsse zurück (v. a. Rechnungsabschlüsse der LGF) und berücksichtigt grundsätzlich nur Zahlungen, die die **laufenden Gesundheitsausgaben der Fondskrankenanstalten** betreffen. Dementsprechend werden etwa keine Ausgaben für Investitionen berücksichtigt. Die Ausgaben der Länder und Gemeinden haben sich dabei wie folgt entwickelt:

- ♦ Die Ausgaben der **Länder** (inkl. Wien) für Fondskrankenanstalten gemäß SHA beliefen sich im Jahr 2024 auf 5,9 Mrd. EUR, was einem Anstieg um 1,6 Mrd. EUR bzw. 37,0 % gegenüber 2020 entsprach. In diesen Ausgaben sind nicht nur die für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zwecke geleisteten Zahlungen enthalten, sondern auch die Umsatzsteueranteile der Länder.
- ♦ Den **Gemeinden** wurden gemäß SHA im Jahr 2024 insgesamt Ausgaben iHv 1,8 Mrd. EUR für Fondskrankenanstalten zugeordnet. Diese sind seit 2020 um 0,4 Mrd. EUR bzw. 31,7 % angestiegen und damit weniger stark gewachsen als die Ausgaben der Länder. Neben ihren Umsatzsteueranteilen beinhalten die Ausgaben der Gemeinden vor allem die Beiträge der Gemeinden zur Betriebsabgangsdeckung. Letztere sind in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausgestaltet.

Das Ausmaß der Unterschiede zwischen den Rechnungsabschlussdaten und den Daten gemäß SHA wird bei einer Betrachtung der Ausgaben nach Ländern getrennt besonders deutlich. Zur besseren Vergleichbarkeit der Länder wurden die Auszahlungen der Länder aus den Rechnungsabschlüssen und die Ausgaben der Länder gemäß SHA ins Verhältnis zu den Gesamtauszahlungen des jeweiligen Landeshaushalts gesetzt. Die nachstehende Grafik zeigt die durchschnittlichen Anteile von 2020 bis 2024 der einzelnen Bundesländer:

Grafik 16: Anteile der Ausgaben der Länder für Krankenanstalten an den Gesamtauszahlungen



Abkürzungen: B ... Burgenland, K ... Kärnten, NÖ ... Niederösterreich, OÖ ... Oberösterreich, S ... Salzburg, ST ... Steiermark, T ... Tirol, V ... Vorarlberg, W ... Wien.

Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

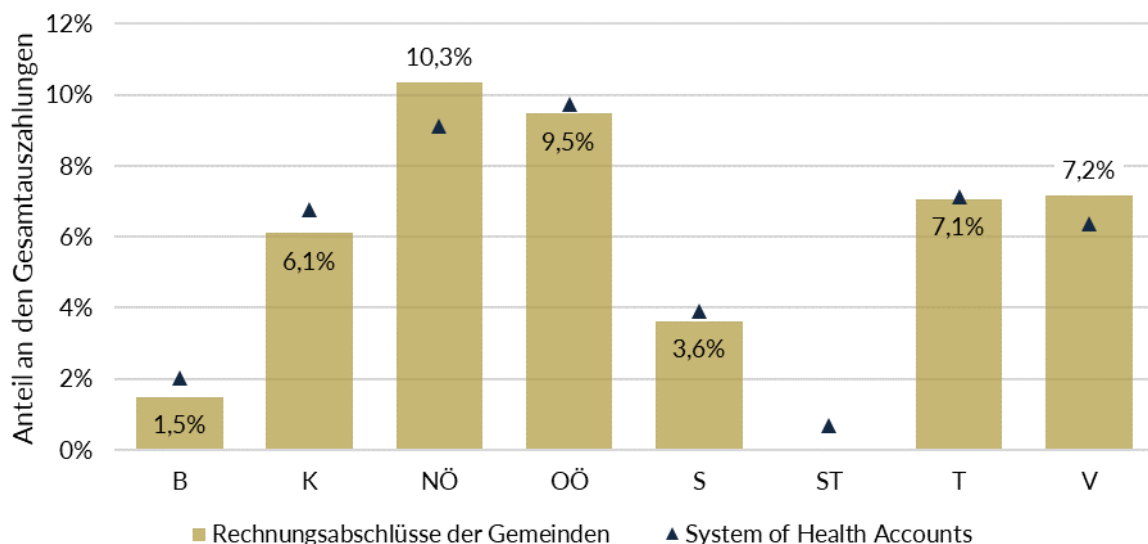
Die Auszahlungen auf Basis der Rechnungsabschlussdaten sind in allen Ländern höher als die Ausgaben gemäß SHA. Dies verdeutlicht die breitere Definition der in den Rechnungsabschlussdaten enthaltenen Zahlungen sowie die Problematik möglicher Doppelzahlungen. Die Abweichungen zwischen den Rechnungsabschlussdaten und den SHA-Daten fallen dabei in den einzelnen Ländern unterschiedlich groß aus. Insbesondere in Kärnten, Oberösterreich und Wien sind die Differenzen vergleichsweise groß. In Kärnten und Oberösterreich dürfte das unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass die Beiträge der Gemeinden zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten indirekt in den Auszahlungen des Landes enthalten sind. In der Steiermark und im Burgenland sind die Unterschiede dagegen vergleichsweise gering.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Haushalte der Länder durch die Krankenanstaltenfinanzierung unterschiedlich stark belastet werden. So betrugen die erfassten Auszahlungen in den Rechnungsabschlüssen Wiens in den Jahren 2020 bis 2024 durchschnittlich 16 % der Gesamtauszahlungen, während dieser Anteil in Tirol nur bei 7 % lag. Die Anteile der Ausgaben gemäß SHA an den Gesamtauszahlungen sind aufgrund der genannten Datenunterschiede in allen Bundesländern geringer. Wien weist mit 12 % jedoch auch hier den höchsten und Tirol mit 6 % den niedrigsten Wert auf.



Ob und in welchem Ausmaß die Länder ihre jeweiligen Gemeinden an der Finanzierung der Fondskrankenanstalten beteiligen, ist diesen im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung überlassen. Demnach bestehen zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede bei den Ausgaben der Gemeinden für die Krankenanstaltenfinanzierung. Die nachstehende Grafik zeigt den durchschnittlichen Anteil dieser Ausgaben an den Gesamtauszahlungen der Gemeindehaushalte. Dabei wird zwischen den Auszahlungen gemäß Rechnungsabschlusssdaten und den Ausgaben gemäß SHA unterschieden.

Grafik 17: Anteil der Ausgaben der Gemeinden für Krankenanstalten an den Gesamtauszahlungen



Abkürzungen: B ... Burgenland, K ... Kärnten, NÖ ... Niederösterreich, OÖ ... Oberösterreich, S ... Salzburg, ST ... Steiermark, T ... Tirol, V ... Vorarlberg, W ... Wien.

Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Auf Basis der Rechnungsabschlüsse weisen die Gemeinden in Niederösterreich und Oberösterreich die höchsten Auszahlungen aus. In den Jahren 2020 bis 2024 wendeten diese durchschnittlich 10,3 % bzw. 9,5 % ihrer Gesamtauszahlungen für Transferauszahlungen in den für die Krankenanstaltenfinanzierung relevanten Haushaltsabschnitten auf. In den weiteren Bundesländern lagen die Anteile zwischen 1,5 % im Burgenland und 7,2 % in Vorarlberg. In der Steiermark, wo die Gemeinden nicht an der Finanzierung der Fondskrankenanstalten beteiligt sind, werden in den Rechnungsabschlüssen dementsprechend nur sehr geringe Auszahlungen erfasst (2024: 180 Tsd. EUR). Auf Basis der Ausgaben gemäß SHA ergibt sich beim Ausmaß der Beteiligung der Gemeinden grundsätzlich ein ähnliches Bild. Die Ausgaben der Gemeinden gemäß SHA sind in einigen Bundesländern auch höher als die



Auszahlungen in den Rechnungsabschlüssen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Ausgaben gemäß SHA auch die Umsatzsteueranteile der Gemeinden enthalten, die in den Rechnungsabschlüssen nicht aufscheinen. Deshalb ist bei den Ausgaben gemäß SHA auch für die Gemeinden in der Steiermark ein wesentlicher Betrag ausgewiesen.

Informationen zur Höhe der von den Ländern und Gemeinden für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse (ohne Umsatzsteueranteile) geleisteten Zahlungen werden auch von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Rahmen des **Finanzzielmonitorings** erhoben. Diese werden in der nachstehenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 11: Zahlungen für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse gemäß Finanzzielmonitoring

in Mio. EUR	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2020	
Zahlungen für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse gemäß Finanzzielmonitoring							
Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds*	3.530	4.249	4.705	5.286	6.052	+2.522	+71,4%
Aufwendungen der Länder und Gemeinden**	4.234	4.490	4.882	5.512	5.813	+1.579	+37,3%

* ohne Werte für Vorarlberg und 2020 ohne Werte für Kärnten.

** Burgenland: inklusive offene Forderungen gegenüber dem Land aus der Betriebsabgangsdeckung, Niederösterreich: inklusive NÖ Krankenanstaltensprengel-Umlage (NÖKAS-Umlage) und Standortbeiträge gemäß § 71 Abs. 3 NÖ Krankenanstaltengesetz.

Quellen: Gesundheit Österreich GmbH.

Im Rahmen des Finanzzielmonitorings werden die Zahlungen für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse aus zwei Perspektiven erhoben, da sowohl die Aufwendungen der LGF⁵³ als auch die Aufwendungen der Länder und Gemeinden⁵⁴ für diese Zahlungen erfasst werden. Diese unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Höhe und Dynamik. So betrugen die Aufwendungen der LGF für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse im Jahr 2024 6,1 Mrd. EUR, während sich die von den Ländern und Gemeinden gemeldeten Aufwendungen auf 5,8 Mrd. EUR beliefen. Im Vergleich zum Jahr 2020 sind die Aufwendungen der LGF mit 71,4 % auch deutlich

⁵³ Darin enthalten sind über die LGF ausgewiesenen Betriebsabgänge, Zuschüsse, Beiträge, Trägeranteile und Sockelfinanzierungen.

⁵⁴ Darin enthalten sind über Länder und Gemeinden ausgewiesene Betriebsabgangsdeckungen der Länder, Landeszuschüsse, Beiträge der Gemeinden zum Betriebsabgang und Beiträge der Länder als Krankenanstaltensprengel.



stärker gewachsen als jene der Länder und Gemeinden mit 37,3 %.⁵⁵ In den einzelnen Bundesländern ergeben sich dabei zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den Aufwendungen des jeweiligen LGF und den Aufwendungen des jeweiligen Landes und seiner Gemeinden, die in Anhang 3 näher erläutert werden.

Darüber hinaus stellen die Länder dem BMASGPK im Rahmen des **Berichtswesens zu den Rechnungsabschlüssen der Fondskrankenanstalten** Informationen über die geleisteten Zuschüsse zur Verfügung. Diese werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 12: Zahlungen für Zuschüsse zu den Fondskrankenanstalten gemäß Krankenanstalten-Berichtswesen

in Mio. EUR	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2020	
Zuschüsse gemäß Krankenanstalten-Berichtswesen	5.221	5.789	5.840	6.887	7.715	+2.494	+47,8%
Betriebszuschüsse	4.514	5.006	4.956	5.874	6.610	+2.096	+46,4%
Investitionszuschüsse	556	600	736	837	923	+366	+65,8%
Zins- und Annuitätenzuschüsse	151	183	148	176	183	+32	+21,1%

Quelle: BMASGPK.

Der betragsmäßig größte Teil der erfassten Zuschüsse entfällt auf Betriebszuschüsse, welche die Betriebsabgangsdeckung umfassen. Diese betrugen im Jahr 2024 6,6 Mrd. EUR und waren um 2,1 Mrd. EUR bzw. 46,4 % höher als 2020. Der Anstieg fällt damit tendenziell höher aus als auf Basis der anderen Datenquellen. Eine Aufteilung der Betriebszuschüsse auf die Anteile der Länder und Gemeinden ist aufgrund der Datenverfügbarkeit nicht eindeutig möglich. Dies liegt vor allem daran, dass nicht unwesentliche Teile der Betriebszuschüsse den LGF als Finanzierungsträgern zugeordnet werden. Da deren Mittel neben Ländern und Gemeinden auch vom Bund und den Sozialversicherungsträgern aufgebracht werden, können diese Zahlungen nicht automatisch zur Gänze den Ländern zugerechnet werden. Außerdem werden in manchen Bundesländern keine Zahlungen der Gemeinden ausgewiesen, obwohl diese sehr wohl Beiträge zur Betriebsabgangsdeckung leisten.

⁵⁵ Die Vergleichbarkeit der Aufwendungen der LGF mit den Aufwendungen der Länder und Gemeinden wird dabei durch verschiedene Faktoren verzerrt. Zum einen werden in Vorarlberg die Zahlungen für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse nicht über die LGF, sondern zur Gänze über den Landeshaushalt abgewickelt, weshalb in den Aufwendungen der LGF keine Werte für Vorarlberg enthalten sind. Die Aufwendungen der Länder und Gemeinden in Vorarlberg betrugen laut Finanzzielmonitoring im Jahr 2024 15 Mio. EUR. Außerdem sind in den Aufwendungen der LGF im Jahr 2020 keine Werte für Kärnten enthalten, da in diesem Jahr die gesamten Zahlungen über den Landeshaushalt abgerechnet wurden (333 Mio. EUR). Bereinigt man die beiden Positionen um diese Unterschiede, bleibt die grundsätzliche Aussage, dass die Aufwendungen der LGF stärker stiegen als jene der Länder und Gemeinden, erhalten. Addiert man die Werte für Kärnten und Vorarlberg aus dem Landeshaushalt zu den Aufwendungen der LGF, waren die Aufwendungen der LGF im Jahr 2024 um 56,6 % höher als 2020. Jene der Länder und Gemeinden stiegen hingegen um 37,3 %. Auch im Vergleich zu 2019 sind die Aufwendungen der LGF (inkl. Kärnten, ohne Vorarlberg) bis 2024 mit 77,2 % stärker gestiegen als die Aufwendungen der Länder und Gemeinden (+59,1 %).



Zusätzlich zu den Betriebszuschüssen erhalten die Fondskrankenanstalten auch Investitions- sowie Zins- und Annuitätenzuschüsse. Diese beliefen sich im Jahr 2024 auf 0,9 Mrd. EUR bzw. 0,2 Mrd. EUR. Im Vergleich zu 2020 sind vor allem die Investitionszuschüsse vergleichsweise stark gestiegen, wobei diese jedoch von 2019 auf 2020 stark gesunken sind und der Vergleichswert dementsprechend besonders niedrig ist. Wie bei den Betriebszuschüssen steht auch hier keine eindeutige Aufteilung auf ausschließlich von den Ländern und Gemeinden geleistete Zahlungen zur Verfügung.

Die nachstehende Tabelle zeigt zusammenfassend die Aufbringung, Aufteilung und Höhe der Mittel zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten im Jahr 2024:

**Tabelle 13: Zusammenfassung der wesentlichen Zahlungsströme zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten**

Finanzierungstopf	Gesamt 2024 in Mio. EUR	Mittelaufbringung				Aufteilung auf die Landesgesundheitsfonds
		Beitragsart	Bemessungsgrundlage	Finanzierung	2024 in Mio. EUR	
Ausgleichsfonds für die Krankenanstellenfinanzierung	7.731	Pauschalbeitrag	Pauschalbetrag, jährliche Valorisierung mit Beitrags- einnahmenwachstum	SV	7.638	fixe, seit 1997 unveränderte Prozentsätze
		Erhöhungsgelder	Fixbetrag	KV	75	komplexer Mechanismus mit fixen und variablen Anteilen sowie Vorwegabzügen
		Bundeszuschuss	Fixbetrag	Bund	8	
		SV-Anteil Entfall der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche	Fixbetrag	KV	5	im Verhältnis der Versichertenanzahl
		Pauschalbeitrag für die Finanzierung der Albert Schweitzer Klinik	Pauschalbetrag, jährliche Valorisierung mit Beitrags- einnahmenwachstum	SV	5	Überweisung an den LGF Steiermark
Bundesgesundheitsagentur	1.434	Zweckzuschuss des Bundes	Abgabenaufkommen	Bund	920	- mehrere Teilbeträge mit unterschiedlichen Verteilungsschlüsseln und Zahlungszeitpunkten - Aufteilung u.a. auf Basis fixer Prozentsätze und der Volkszahl 2001 abzüglich einbehaltener Mittel der Bundes-Zielsteuerungskommission - Prozentsätze zum Teil seit 1997 unverändert
		Mittel zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen	jährlich steigender Fixbetrag	Bund	550	
		Beitrag der Krankenversicherungsträger	Fixbetrag	KV	84	
		Bundesanteil Entfall der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche	Fixbetrag	Bund	5	
		einbehaltene Mittel der B-ZK	Fixbetrag	Bund	-124	
GSBG-Beihilfen	1.180	Überweisungen des Bundes	nicht abziehbare Vorsteuer	Bund	802	- Überweisungen an die LGF (bis 2023) bzw. die Krankenanstalten (seit 2024) - reduziert die Ertragsanteile der Länder und Gemeinden durch Vorwegabzug von den gemeinschaftlichen Bundesabgaben
				Länder	239	
				Gemeinden	140	
Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden	564	Anteil der Länder	0,949% des USt-Aufkommens (exkl. GSBG-Beihilfen)	Länder	336	Überweisungen der Länder auf Basis fixer Landesquoten
		Anteil der Gemeinden	0,642% des USt-Aufkommens (exkl. GSBG-Beihilfen)	Gemeinden	228	- Ertragsanteile der Gemeinden werden um Umsatzsteueranteil gekürzt - Länder erhalten Zweckzuschuss in gleicher Höhe - Aufteilung auf die Länder auf Basis fixer Landesquoten - Überweisungen durch die Länder
Kostenbeiträge	270	Zahlungen der Patientinnen und Patienten	(valorisierte) Fixbeträge und landesrechtliche Regelungen	Patientinnen u. Patienten	270	- Zahlungen pro stationärem Aufenthalt - zum Teil direkt an Krankenanstalten
Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse	9.485*	Überweisungen der Länder und Gemeinden	Betriebsabgänge der Fonds- krankenanstalten und landes- rechtliche Vorschriften	Länder	7.747	- auf Basis der Betriebsabgänge der Fondskrankenanstalten im jeweiligen Bundesland und der landesrechtlichen Vorgaben für sonstige Zuschüsse - Beteiligung der Gemeinden je nach landesrechtlicher Regelung
				Gemeinden	1.737	

* Es handelt sich hierbei um unkonsolidierte Zahlungen auf Basis der Rechnungsabschlüsse der Länder und Gemeinden. Doppelzahlungen von Mitteln aus anderen Finanzierungstopfen (v. a. Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden sowie Anteile der Gemeinden an der Betriebsabgangsdeckung) wurden nicht bereinigt. Zudem können auch Zahlungen an Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesgesundheitsfonds abgewickelt werden, sowie Zahlungen an nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten enthalten sein.

Abkürzungen: B-ZK ... Bundes-Zielsteuerungskommission, GSBG-Beihilfen ... Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, KV ... Krankenversicherung, LGF ... Landesgesundheitsfonds, SV ... Sozialversicherung, USt ... Umsatzsteuer.

Quellen: Budgetdaten, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, Gesundheit Österreich GmbH, eigene Berechnungen.



4.1.2 Weitere Zahlungsströme im Zusammenhang mit Krankenanstalten

Zusätzlich zu den in Pkt. 4.1.1 beschriebenen Zahlungsströmen gibt es noch weitere finanzielle Verflechtungen im Zusammenhang mit Krankenanstalten, die die Fondskrankenanstalten nicht oder nur teilweise betreffen. Die wesentlichen Zahlungsströme werden in der nachstehenden Tabelle ausgewiesen:

Tabelle 14: Weitere Zahlungsströme im Zusammenhang mit Krankenanstalten

in Mio. EUR	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Unfallheilbehandlung	485	507	506	521	517	544	+59	+12,1%
Ausgaben für stationäre und ambulante Unfallheilbehandlung durch UV-Träger	263	288	289	303	367	394	+131	+49,7%
Barleistungen der UV-Träger während der Unfallheilbehandlung	2	2	2	2	2	2	-0	-10,9%
Ersatzleistungen der UV-Träger an die KV-Träger	220	217	216	215	148	148	-72	-32,6%
UKH-Pauschale der KV-Träger an die AUVA	58	59	62	66	71	77	+19	+32,3%
Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (PRIKRAF)	148	151	158	167	179	195	+48	+32,2%
Pauschalbeitrag der SV-Träger	146	150	156	166	178	194	+47	+32,3%
Kostenbeiträge und Erstattungsbeiträge ausländischer Versicherter	1	1	1	1	1	2	+0	+17,5%
Zuschuss des Bundes an gemeinnützige Krankenanstalten für die Abschaffung der Selbstträgerschaft	84	84	84	67	100	84	0	0,0%
Dotierung der Gesundheitsförderungsfonds	15	15	15	15	15	41	+26	+173,3%
Anteil SV-Träger	13	13	13	13	13	26	+13	+100,0%
Anteil Länder	2	2	2	2	2	15	+13	+650,0%
Kostenbeitrag der Länder für die stationäre Behandlung der Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten	13	13	13	13	13	13	-0	-0,0%

Abkürzungen: AUVA ... Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, KV-Träger ... Krankenversicherungsträger, SV-Träger ... Sozialversicherungsträger, UKH ... Unfallkrankenhäuser, UV-Träger ... Unfallversicherungsträger.

Quellen: Budgetdaten, Dachverband der Sozialversicherungsträger, PRIKRAF-Jahresabschlüsse, Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, eigene Berechnungen.

Unfallheilbehandlung

Stationäre und ambulante Leistungen werden auch von den Unfallversicherungsträgern im Rahmen der **Unfallheilbehandlung** erbracht. Diese zielt darauf ab, Gesundheitsstörungen oder Behinderungen, die durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit hervorgerufen wurden, zu beseitigen oder zumindest zu verbessern. Die Gesamtaufwendungen⁵⁶ der Unfallversicherungsträger dafür beliefen sich im Jahr 2024 auf 544 Mio. EUR und waren damit um 59 Mio. EUR bzw. 12,1 % höher als

⁵⁶ Der ausgewiesene Gesamtbetrag ist dabei exklusive der nicht abziehbaren Vorsteuer, da diese durch die GSBG-Beihilfen ersetzt wird. Im Jahr 2024 betrugen die nicht abziehbaren Vorsteuern im Zusammenhang mit der Unfallheilbehandlung 1 Mio. EUR.



2019. Dabei kam es bei den einzelnen Aufwandspositionen zu gegenläufigen Entwicklungen:

- ♦ Die Aufwendungen für die **stationäre und ambulante Unfallheilbehandlung** stiegen von 263 Mio. EUR im Jahr 2019 um 131 Mio. EUR bzw. 49,7 % auf 394 Mio. EUR im Jahr 2024. Der Großteil dieser Aufwendungen entfällt dabei mit über 90 % auf die Nettoaufwendungen⁵⁷ für die Behandlung in eigenen Einrichtungen der Unfallversicherungsträger (z. B. Unfallkrankenhäuser, Traumazentren, Rehabilitationszentren). Der Rest betrifft den Aufwand für die Unfallheilbehandlung in fremden Einrichtungen, welche sowohl Einrichtungen anderer Sozialversicherungsträger als auch Vertragseinrichtungen im In- und Ausland umfassen.
- ♦ Darüber hinaus gewähren die Unfallversicherungsträger auch gewisse **Barleistungen** während der Unfallheilbehandlung.⁵⁸ Die Aufwendungen dafür beliefen sich im Jahr 2024 auf 2,1 Mio. EUR und haben sich damit im Vergleich zu 2019 rückläufig entwickelt.
- ♦ Im Zusammenhang mit der Unfallheilbehandlung kommt es auch zur Verrechnung von **Ersatzansprüchen zwischen den Unfall- und Krankenversicherungsträgern**. Im Jahr 2024 wurden dafür insgesamt 148 Mio. EUR von den Unfallversicherungsträgern an die Krankenversicherungsträger überwiesen, was einem Rückgang um 72 Mio. EUR bzw. 32,6 % entsprach. Der Großteil dieses Betrags entfällt dabei auf den besonderen Pauschbetrag gemäß § 319a ASVG, welchen die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) an die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) zur Abgeltung der wechselseitigen Ersatzansprüche zu leisten hat. Dieser betrug bis zum Jahr 2022 209 Mio. EUR jährlich und wurde für die Jahre 2023 bis 2025 auf 140 Mio. EUR pro Jahr reduziert. Ab dem Jahr 2026 soll dieser Betrag jährlich angepasst werden.

⁵⁷ Gemäß den Rechnungsvorschriften der Sozialversicherungsträger ist für die Unfallheilbehandlung in eigenen Einrichtungen nur die Differenz zwischen den Aufwendungen für die Unfallheilbehandlung (Personal- und Sachaufwand sowie medizinischer Aufwand inkl. Verpflegung) und den daraus erzielten Erträgen in die Erfolgsrechnung überzuleiten.

⁵⁸ So haben etwa nach dem ASVG Krankenversicherte, die nicht vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind, unter gewissen Voraussetzungen ab dem Beginn der 27. Woche nach dem Eintritt des Versicherungsfalles Anspruch auf Familiengeld (Versicherte mit Angehörigen) bzw. Taggeld (alleinstehende Versicherte).



UKH-Pauschale

Gemäß § 149 Abs. 4 ASVG hat der Dachverband der Sozialversicherungsträger im Namen der Krankenversicherungsträger für die Erbringung stationärer Leistungen der Krankenversicherung in den Unfallkrankenhäusern (UKH) einen Vertrag mit der AUVA abzuschließen. Auf Grundlage dieses Vertrags erhält die AUVA von den Krankenversicherungsträgern eine pauschale Ersatzzahlung in Form der sogenannten **UKH-Pauschale**. Diese belief sich im Jahr 2024 auf 77 Mio. EUR und wird jährlich mit dem gleichen Prozentsatz wie der Pauschalbeitrag gemäß § 447f ASVG für die Finanzierung der Fondskrankenanstalten erhöht.

Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds

Die Sozialversicherungsträger leisten für die Behandlung in gewissen privaten Krankenanstalten einen jährlichen Pauschalbeitrag an den **Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds** (PRIKRAF). Im Gegensatz zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten wird dieser Pauschalbeitrag ausschließlich von den Sozialversicherungsträgern aufgebracht. Im Jahr 2024 belief er sich auf 194 Mio. EUR. Da der Pauschalbeitrag jährlich mit dem gleichen Prozentsatz wie der Pauschalbeitrag für die Finanzierung der Fondskrankenanstalten gemäß § 447f ASVG erhöht wird, stiegen die Zahlungen an den PRIKRAF seit 2019 mit 32,3 % gleich stark wie jene für den Pauschalbeitrag für die Fondskrankenanstalten.⁵⁹ Weitere Mittel des PRIKRAF stammen aus Kostenbeiträgen und Erstattungsbeiträgen ausländischer Versicherter, die in PRIKRAF-Krankenanstalten behandelt werden.

Der PRIKRAF verteilt die Mittel in weiterer Folge nach den Grundsätzen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung auf Basis eines Punktesystems an die begünstigten Krankenanstalten. Zahlungen aus dem PRIKRAF erhalten dabei nur jene 45 privaten Krankenanstalten, die in Anlage 1 des PRIKRAF-Gesetzes angeführt werden. Außerdem decken die Zahlungen des PRIKRAF nur stationäre und tagesklinische Behandlungen ab, für die grundsätzlich eine Leistungsverpflichtung durch die Krankenversicherungsträger besteht. Ambulante Leistungen sowie Rehabilitations- und Kurleistungen sind aus dem PRIKRAF nicht abzugelten.

⁵⁹ Neben der jährlichen Valorisierung kam es in der Vergangenheit wiederholt zu außertourlichen Erhöhungen des jährlichen Pauschalbeitrags für den PRIKRAF. Zuletzt wurde dieser im Jahr 2019 vergleichsweise deutlich um 14,7 Mio. EUR aufgestockt. Dadurch erhöhte sich auch die Ausgangsbasis für die Valorisierung in den Folgejahren.



Weitere Zahlungsströme

Darüber hinaus existieren noch folgende relevante Zahlungsströme:

- ♦ Als Ausgleich für die seit dem **Entfall der Selbstträgerschaft**⁶⁰ im Jahr 2008 von den gemeinnützigen Krankenanstalten zu entrichtenden Dienstgeberbeiträge zum Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) gewährt der Bund diesen einen jährlichen Zuschuss, dessen Höhe im FAG 2017 und im FAG 2024 mit 83,511 Mio. EUR festgelegt wurde. Da der Zuschuss auf das Kriterium der Gemeinnützigkeit abstellt, sind davon auch Krankenanstalten umfasst, die nicht von den LGF finanziert werden. Die Aufteilung der Mittel auf die verschiedenen Krankenanstalten wird in einer eigenen Verordnung geregelt ([BGBl. II Nr. 410/2017](#)). Dabei sind 73,3 % des Gesamtbetrags nach fixen Prozentwerten auf die neun Träger der Fondskrankenanstalten aufzuteilen, die restlichen 26,7 % werden an die sonstigen Träger öffentlicher und privater gemeinnütziger Krankenanstalten im Verhältnis der Personalkosten des jeweiligen Vorjahres verteilt. Die Auszahlung der Mittel wird in der UG 24-Gesundheit erfasst.
- ♦ Gemäß Art. 15a B-VG-Vereinbarung OFG ist bei den neun LGF jeweils ein **Gesundheitsförderungsfonds** zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention einzurichten. Die Mittel der Fonds werden dabei von den Sozialversicherungsträgern und den Ländern aufgebracht. Bis zum Jahr 2023 betrug die jährliche Dotierung 15 Mio. EUR, wovon 13 Mio. EUR auf die Sozialversicherungsträger und 2 Mio. EUR auf die Länder entfielen. Mit den zusätzlich im Rahmen des Finanzausgleichs Gesundheit seit 2024 für Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellten Mittel wurde auch die Dotierung der Gesundheitsförderungsfonds um 26 Mio. EUR pro Jahr erhöht, wobei die Aufstockung jeweils zur Hälfte von den Krankenversicherungsträgern und zur Hälfte von den Ländern zu tragen ist. Die Aufbringung der Mittel für die Gesundheitsförderungsfonds erfolgt bei den Sozialversicherungsträgern im Verhältnis der Versichertenzahl und bei den Ländern nach der Volkszahl. Letztere ist auch für die Aufteilung der Mittel auf die neun Gesundheitsförderungsfonds maßgeblich.

⁶⁰ Bis Ende 2007 waren Bund, Länder, Gemeinden mit mehr als 2.000 Einwohnerinnen und Einwohnern sowie gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 42 Familienlastenausgleichsgesetz 1967 von der Entrichtung des Dienstgeberbeitrags zum FLAF befreit. Dafür mussten sie den Aufwand für die Familienbeihilfe aus ihren eigenen Mitteln tragen. Seit 2008 ist von den genannten Körperschaften der Dienstgeberbeitrag zum FLAF zu entrichten und die Familienbeihilfe wird aus dem FLAF finanziert.



- ♦ Die Kosten für die medizinische Versorgung der **Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten** werden grundsätzlich vom Bund getragen. Die Länder beteiligen sich jedoch durch einen jährlichen Pauschalbetrag an den Kosten der stationären Behandlung und Betreuung in den öffentlichen Krankenanstalten. Dieser beträgt seit dem Jahr 2017 12,7 Mio. EUR pro Jahr und wurde mit dem Finanzausgleich 2024 von einer davor gültigen Art. 15a B-VG-Vereinbarung in das FAG 2024 überführt. Die von den einzelnen Ländern zu zahlenden Beträge sind dabei im Gesetz festgelegt. Die Überweisungen der Länder, welche in zwei gleich großen Raten jeweils am 30. Juni und am 20. Dezember an das Bundesministerium für Justiz (BMJ) zu tätigen sind, werden im Bundeshaushalt in der UG 13-Justiz als Einzahlung erfasst.
- ♦ Nicht in der Tabelle ausgewiesen ist der im Jahr 2022 vom Bund an die Länder ausgezahlte **COVID-19-Zweckzuschuss** iHv 750 Mio. EUR. Gemäß § 57a KAKuG diente dieser Zweckzuschuss dem Ausgleich von Mehrausgaben der Länder und der Mindereinnahmen im Bereich der Krankenanstalten im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie.
- ♦ Außerdem erhielten die Länder und Gemeinden mit dem FAG 2017 erstmals eine jährliche **Finanzzuweisung des Bundes zur Sicherstellung einer nachhaltigen Haushaltsführung** in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Soziales iHv 240 Mio. EUR jährlich (exkl. Mittel für den Strukturfonds). Mit dem FAG 2024 wurde diese Finanzzuweisung weitergeführt. Der Bereich Soziales wurde dabei durch den Bereich Klima ersetzt und der Betrag auf 480 Mio. EUR pro Jahr erhöht.

4.2 Weitere gesundheitsrelevante finanzielle Verflechtungen mit dem Bundeshaushalt

In diesem Abschnitt werden weitere wesentliche finanzielle Verflechtungen im österreichischen Gesundheitssystem, die den Bundeshaushalt betreffen, im Detail dargestellt. Einzelne Zahlungsströme wurden dabei, sofern bekannt, um Beiträge der weiteren Gebietskörperschaften (v. a. Länder) und der Sozialversicherungsträger ergänzt. Die dargestellten Zahlungen umfassen auch die bereits in Pkt. 4.1.1 angeführten GSBG-Beihilfen für Fondskrankenanstalten sowie die Mittel des Bundes zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen im Rahmen des Finanzausgleichs Gesundheit. Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung dieser Zahlungsströme von 2019 bis 2024:

**Tabelle 15: Weitere gesundheitsrelevante finanzielle Verflechtungen mit dem Bundeshaushalt**

<i>in Mio. EUR</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
GSBG-Beihilfen (inkl. Beihilfen für Fondskrankenanstalten)	2.346	2.480	2.609	2.842	3.068	3.370	+1.024	+43,7%
Gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen		777	4.455	5.172	2.316	267	+267	-
Finanzausgleich Gesundheit*						1.054	+1.054	-
Bund (inkl. Mittel für Spitalsbereich)						920	+920	-
Länder						67	+67	-
Sozialversicherungsträger						67	+67	-
Mittel gemäß Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz						115	+115	-
Fonds gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz	84	286	291	297	306	316	+232	+275,6%
Bund	84	184	184	184	184	184	+100	+118,8%
Sozialversicherungsträger		102	106	113	122	132	+132	-
Krankenhilfe für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher	106	115	109	111	127	137	+31	+29,6%
Bund	56	62	55	55	66	67	+11	+20,1%
Länder	50	53	54	56	61	70	+20	+40,1%
Klinischer Mehraufwand der Universitätskrankenanstalten	263	280	283	300	308	324	+61	+23,2%
Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation	18	18	18	18	20	21	+4	+19,6%
Bund	9	9	9	9	10	11	+2	+18,4%
Sozialversicherungsträger	9	9	9	9	10	11	+2	+20,8%
Sonstige Zahlungen des Bundes	143	143	150	222	829	157	+13	+9,2%

* Planwerte gemäß Art. 31 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Abkürzungen: GSBG-Beihilfen ... Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz.

Quellen: Budgetdaten, budget.gv.at, Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Österreichische Gesundheitskasse, BMFWF, eigene Berechnungen.

4.2.1 Beihilfen gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz

Als Folge des EU-Beitritts Österreichs können Organisationen, die bestimmte Leistungen im Gesundheits- und Sozialbereich (z. B. ärztliche Behandlung, Behandlung in einer Krankenanstalt) erbringen, keinen Vorsteuerabzug mehr geltend machen. Zur Kompensation der dadurch entstehenden Mehraufwendungen leistet der Bund seit 1. Jänner 1997 Beihilfen gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) in der Höhe der tatsächlich nicht abziehbaren Vorsteuern. Gemäß FAG reduzieren die GSBG-Beihilfen das für die Berechnung der Ertragsanteile maßgebliche Volumen der gemeinschaftlichen Bundesabgaben, wodurch auch Länder und Gemeinden an der Finanzierung beteiligt sind. Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der im Bundeshaushalt ausgezahlten GSBG-Beihilfen seit 2019:

Tabelle 16: Beihilfen gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz

<i>in Mio. EUR</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
GSBG-Beihilfen	2.346	2.480	2.609	2.842	3.068	3.370	+1.024	+43,7%
an Länder	1.329	1.457	1.438	1.602	1.794	1.992	+663	+49,9%
an Sozialversicherungsträger	981	983	1.128	1.193	1.218	1.319	+338	+34,5%
an Rettungsdienste	36	40	42	46	56	59	+23	+63,6%

Abkürzung: GSBG ... Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz.

Quelle: Budgetdaten.

Im Jahr 2024 wurden GSBG-Beihilfen iHv 3.370 Mio. EUR vom Bund ausgezahlt, was einem Anstieg um 1.024 Mio. EUR bzw. 43,7 % gegenüber dem Jahr 2019 entsprach. Das Ausgabenwachstum hat sich dabei vor dem Hintergrund der höheren Inflationsraten insbesondere ab dem Jahr 2022 beschleunigt. So sind die Auszahlungen für GSBG-Beihilfen von 2022 bis 2024 um durchschnittlich 8,9 % pro Jahr gewachsen, während es von 2019 bis 2021 nur 5,5 % pro Jahr waren. Insgesamt haben sich die Auszahlungen im dargestellten Zeitraum jedoch stärker als die Verbraucherpreise erhöht (+25,6 %).

Etwa 60 % der GSBG-Beihilfen entfallen auf Einrichtungen im Bereich der Länder. Diese betreffen neben den nicht abziehbaren Vorsteuern der Fondskrankenanstalten (siehe Pkt. 4.1.1) vor allem auch jene der Pflegeheime. Die an die Sozialversicherungsträger gezahlten GSBG-Beihilfen, die etwa 40 % des Gesamtbetrags ausmachen, betreffen neben den von den Sozialversicherungsträgern selbst erbrachten Leistungen vor allem die ärztliche Behandlung im niedergelassenen Bereich. Im Jahr 2024 wurden dafür insgesamt 1.319 Mio. EUR ausgezahlt. Im Vergleich zu 2019 waren die Auszahlungen an die Sozialversicherungsträger um 34,5 % höher und sind damit weniger stark gestiegen als die Zahlungen an die Länder (+49,9 %). Da auch die Umsätze aus der Beförderung von kranken und verletzten Personen der unechten Umsatzsteuerbefreiung unterliegen, erhalten auch Rettungsdienste GSBG-Beihilfen. Im Jahr 2024 wurden dafür 59 Mio. EUR ausgezahlt, was einem Anstieg um 63,6 % gegenüber dem Jahr 2019 entsprach.

4.2.2 Gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen

Wie in Pkt. 3.3 dargestellt, sind die Gesundheitsausgaben für Präventionsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie stark angestiegen. Ein wesentlicher Teil dieser zusätzlichen Ausgaben betraf dabei den Bundeshaushalt. Die folgende Tabelle zeigt die Auszahlungen des Bundes für gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen von 2020 bis 2024:

Tabelle 17: Auszahlungen des Bundes für gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen

in Mio. EUR	2020	2021	2022	2023	2024	Gesamt
Gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen	777	4.455	5.172	2.316	267	12.987
UG 24-Gesundheit	610	3.871	4.174	2.312	267	11.235
Zahlungen nach dem Epidemiegesetz	100	1.044	1.650	1.368	186	4.347
Transfers an Länder nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz	363	1.244	891	501	16	3.014
Kostenersätze an Krankenversicherungsträger	93	990	817	199	24	2.124
Beschaffungen von Impfstoffen und Arzneimitteln	48	367	772	236	39	1.463
Beschaffung von Antigentests für Apotheken		220	37	6		262
Sonstige (v.a. Abwassermonitoring, Impfkampagnen)	5	8	6	3	2	24
UG 44-Finanzausgleich			750			750
Finanzzuweisung an Länder für die Krankenanstaltenfinanzierung			750			750
Weitere Untergliederungen	167	583	248	4	0	1.002
UG 30-Bildung	20	245	149	3		417
UG 14-Militärische Angelegenheiten	79	129	11	0		219
UG 42-Land- und Forstwirtschaft, Regionen und Wasserwirtschaft	44	125	22			190
UG 40-Wirtschaft		72	64	0		136
UG 11-Inneres	16	8	1			25
UG 13-Justiz	9	4	2	0		15

Quelle: budget.gv.at.

Die Auszahlungen des Bundes für gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen beliefen sich von 2020 bis 2024 auf insgesamt 13,0 Mrd. EUR. Der Großteil dieser Auszahlungen wurde mit insgesamt 11,2 Mrd. EUR bzw. 87 % in der **UG 24-Gesundheit** verrechnet. Die finanzierten Maßnahmen betrafen dabei neben den als Sachaufwand erfassten Zahlungen nach dem Epidemiegesetz (4,3 Mrd. EUR) insbesondere Transferzahlungen an die Länder gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz (z. B. für die Durchführung von bevölkerungsweiten Testungen oder den Betrieb von Impfstellen) iHv 3,0 Mrd. EUR und Transferzahlungen an die Krankenversicherungsträger für Kostenersätze (z. B. für COVID-19-Impfungen) iHv 2,1 Mrd. EUR. Darüber hinaus wurden in der UG 24 auch die Auszahlungen des Bundes für die Beschaffung von Impfstoffen und Arzneimitteln (1,5 Mrd. EUR) sowie Antigentests (0,3 Mrd. EUR) erfasst. Die Finanzzuweisung an die Länder für die Krankenanstaltenfinanzierung iHv 0,8 Mrd. EUR (siehe Pkt. 4.1.2) wurde in der **UG 44-Finanzausgleich** verrechnet.



In den **weiteren Untergliederungen** gelangten von 2020 bis 2024 insgesamt 1,0 Mrd. EUR für gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen zur Auszahlung. Diese betrafen insbesondere die Kosten für Schutzmaßnahmen und Testungen im schulischen Bereich in der UG 30-Bildung, für COVID-19-Lager und Massentests in der UG 14-Militärische Angelegenheiten, für betriebliche Testungen in der UG 40-Wirtschaft sowie für Präventionsprogramme im Bereich Tourismus in der UG 42-Land- und Forstwirtschaft, Regionen und Wasserwirtschaft.

4.2.3 Finanzausgleich Gesundheit

Im Rahmen des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 wurde auch eine Weiterführung der Zielsteuerung-Gesundheit bis 2028 beschlossen. Dabei wurden im Rahmen des sogenannten Finanzausgleich Gesundheit zusätzliche Mittel für das Gesundheitssystem bereitgestellt. Die nachstehende Tabelle zeigt die gemäß Art. 31 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung OFG für die Jahre 2024 bis 2028 zusätzlich zur Verfügung gestellten Mittel:

Tabelle 18: Zusätzliche Mittel im Rahmen des Finanzausgleich Gesundheit

<i>in Mio. EUR</i>	2024	2025	2026	2027	2028	Gesamt
Finanzausgleich Gesundheit	1.054	1.082	1.108	1.133	1.161	5.537
Bund	920	948	974	999	1.027	4.867
Stärkung des niedergelassenen Bereichs	300	300	300	300	300	1.500
Stärkung des spitalsambulant Bereichs und Strukturreformen	550	578	604	629	657	3.017
Digitalisierung und eHealth	17	17	17	17	17	85
Gesundheitsförderung	20	20	20	20	20	100
Impfen	30	30	30	30	30	150
Medikamente	3	3	3	3	3	15
Länder	67	67	67	67	67	335
Digitalisierung und eHealth	17	17	17	17	17	85
Gesundheitsförderung	20	20	20	20	20	100
Impfen	30	30	30	30	30	150
Sozialversicherungsträger	67	67	67	67	67	335
Digitalisierung und eHealth	17	17	17	17	17	85
Gesundheitsförderung	20	20	20	20	20	100
Impfen	30	30	30	30	30	150

Quelle: Art. 31 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Insgesamt sollen für die Zielsteuerungsperiode 2024 bis 2028 zusätzliche Mittel iHv 5.537 Mio. EUR zur Verfügung gestellt werden. Der Großteil davon wird mit 4.867 Mio. EUR vom Bund aufgebracht, was einem Anteil von 88 % entspricht. Der verbleibende Betrag wird von den Ländern und den Sozialversicherungsträgern zu gleichen Teilen iHv je 335 Mio. EUR geleistet.



Folgende Mittel sind dabei **ausschließlich vom Bund** zu tragen:

- ♦ Für die **Stärkung des niedergelassenen Bereichs** sind jährlich 300 Mio. EUR vorgesehen, über die gesamte Laufzeit somit insgesamt 1.500 Mio. EUR. Neben dem quantitativen Ausbau des niedergelassenen Bereichs, etwa durch die Errichtung von Primärversorgungszentren und die Schaffung zusätzlicher Kassenstellen, sollen die Mittel auch dem Ausbau der Qualität der niedergelassenen Leistungserbringung dienen (z. B. Sicherstellung des Leistungsangebots an Tagesrandzeiten und Wochenenden, Vereinbarung eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrags der ÖGK). Der Bund hat diese Mittel jährlich der Bundesgesundheitsagentur (BGA) zur Verfügung zu stellen. Diese überweist den Gesamtbetrag jährlich am 31. März an den Dachverband der Sozialversicherungsträger, der diesen in weiterer Folge auf die Krankenversicherungsträger verteilt.
- ♦ Zur **Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen** sollen in den Jahren 2024 bis 2028 insgesamt 3.017 Mio. EUR ausgezahlt werden. Die jährlichen Beträge steigen dabei ausgehend von 550 Mio. EUR im Jahr 2024 schrittweise auf 657 Mio. EUR im Jahr 2028 an. Die Mittel sollen dabei für Vorhaben zur Entlastung des stationären Bereichs eingesetzt werden, beispielsweise in den Bereichen Schmerzversorgung, onkologische Versorgung oder für die Steuerung von Patientinnen- und Patientenwegen. Die Art. 15a B-VG-Vereinbarung OFG sieht dabei vor, dass in den Jahren 2025 bis 2028 mindestens 1.207 Mio. EUR jedenfalls für solche Vorhaben einzusetzen sind. Der Rest kann für den laufenden Betrieb der Krankenanstalten und für die Betriebsabgangsdeckung verwendet werden. Die Auszahlung der Mittel wird wiederum über die BGA abgewickelt, welche diese nach fixen Prozentwerten auf die neun LGF aufteilt und einmal jährlich am 31. März an diese überweist.
- ♦ Die Mittel für den Bereich **Medikamente** iHv 3 Mio. EUR jährlich sind unter anderem für die Etablierung und Finanzierung eines im BMASGPK einzurichtenden Bewertungsboards für hochpreisige und spezialisierte Medikamente zu verwenden.



Bei den verbleibenden Mittelkategorien ist jeweils eine **Drittelfinanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherungsträger** vorgesehen:

- ♦ Für den Bereich **Impfen** werden von den Zielsteuerungspartnern jährlich insgesamt 90 Mio. EUR zur Verfügung gestellt.⁶¹ Damit soll insbesondere die Umsetzung eines umfassenden öffentlich finanzierten Impfprogramms sichergestellt werden.
- ♦ Von den Mitteln im Bereich **Gesundheitsförderung** iHv 60 Mio. EUR jährlich sind vonseiten des Bundes 13 Mio. EUR für die Erhöhung der Dotierung des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ; inkl. Fortführung und Weiterentwicklung der Agenda Gesundheitsförderung) zu leisten, während die Länder und Krankenversicherungsträger ihren Anteil an der Dotierung der Gesundheitsförderungsfonds um jeweils 13 Mio. EUR jährlich erhöhen (siehe Pkt. 4.1.2). Weitere 21 Mio. EUR dienen zur Finanzierung von Frühen Hilfen und werden zu gleichen Teilen von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern getragen.
- ♦ Die Mittel für **Digitalisierung und eHealth** betragen 51 Mio. EUR jährlich und betreffen insbesondere den Bereich Telemedizin. So sollen beispielsweise das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ durch den Ausbau von telemedizinischen Angeboten gestärkt werden, die Gesundheitsberatung 1450 weiterentwickelt und ausgebaut werden sowie die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) weiterentwickelt werden.

Im bisherigen Budgetvollzug wurden die vom Bund bereitgestellten Mittel nicht immer zur Gänze ausgezahlt. So wurde im Jahr 2024 in den Bereichen Gesundheitsförderung (7 Mio. EUR), Impfen (3 Mio. EUR) sowie Digitalisierung und eHealth (2 Mio. EUR) nur ein Teil der Mittel abgeholt. Auch im Erfolg des Jahres 2025 wurde der BVA in den Bereichen Impfen sowie Digitalisierung und eHealth erneut unterschritten, im Bereich Gesundheitsförderung kam es hingegen aufgrund der Auszahlung nicht verbrauchter Mittel aus dem Vorjahr zu einer Voranschlagsüberschreitung.

⁶¹ Der Anteil der Sozialversicherungsträger iHv 30 Mio. EUR jährlich wird dabei gemäß § 9a Abs. 2 Gesundheits-Zielsteuergesetz zu gleichen Teilen von den Krankenversicherungs- und den Pensionsversicherungsträgern aufgebracht, wobei der Anteil der Pensionsversicherungsträger die Ausfallhaftung des Bundes in der Pensionsversicherung erhöht.



4.2.4 Mittel gemäß Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz

Seit dem Jahr 2024 stellt der Bund zusätzliche Mittel für die im [Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz](#) (GesRefFinG) vorgesehenen Maßnahmen bereit. Auf Basis des Erfolgs für die Jahre 2024 und 2025 sowie der aktuellen Budgetplanung bis 2028 ergeben sich dabei die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Zahlungen:

Tabelle 19: Mittel gemäß Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz

<i>in Mio. EUR</i>	Erfolg 2024	Erfolg 2025	BVA 2026	BVA 2027	BVA 2028
Mittel gemäß Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz	115	83	62	49	46
Zusätzliche ärztliche Vertragsstellen	50	53	57	44	41
Startbonus	10				
Gleichstellung klinisch-psychologische Behandlung	50	25			
HIV-Präexpositionsprophylaxe	5	5	5	5	5

Quellen: Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz, Budgetdaten, BVA 2026, 2027 und 2028.

In der UG 24-Gesundheit wurden im Jahr 2024 115 Mio. EUR für die Maßnahmen gemäß GesRefFinG ausgezahlt. Bis zum Jahr 2028 ist ein Rückgang der Auszahlungen auf 46 Mio. EUR veranschlagt. Die Abwicklung der Mittel erfolgt dabei über den beim Dachverband der Sozialversicherungsträger eingerichteten Gesundheitsreformmaßnahmenfonds. Die Auszahlungen des Bundes an den Fonds für die einzelnen Maßnahmen entwickeln sich dabei wie folgt:

- ♦ Eine wesentliche Maßnahme des GesRefFinG ist die **Schaffung von 100 zusätzlichen ärztlichen Vertragsstellen** in bestimmten Fachgebieten (z. B. Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe). Zur Abdeckung der dadurch entstehenden Aufwendungen stellt der Bund einen Betrag iHv 50 Mio. EUR pro Jahr bereit, der ab dem Jahr 2025 mit der Aufwertungszahl gemäß § 108a ASVG zu valorisieren ist. Dadurch steigen die Auszahlungen bis 2026 auf 57 Mio. EUR an. Der in den BVA 2027 und 2028 veranschlagte Auszahlungsrückgang ist darauf zurückzuführen, dass ab dem Jahr 2027 in den Vorjahren nicht verbrauchte Mittel für den Startbonus von den jährlich zu überweisenden Beträgen abgezogen werden und der Zahlungsmodus geändert wird. Nach Auskunft des BMASGPK in einer Budgetanfragebeantwortung ([34/SABBA](#)) konnten bis zum Mai 2026 insgesamt 75 der 100 Kassenstellen besetzt werden. Bei 13 weiteren Stellen wird aufgrund der bereits erfolgreichen Ausschreibung ab Juli 2026 mit einem Beginn der Tätigkeit gerechnet.



- ♦ Die Krankenversicherungsträger konnten für zwischen dem 1. August 2023 und dem 31. Dezember 2024 abgeschlossene Einzel- bzw. Primärversorgungsverträge einen **Startbonus** iHv maximal 100.000 EUR pro Vertragsstelle ausbezahlen.⁶² Dafür stellte der Bund im Jahr 2024 einmalig 10 Mio. EUR zur Verfügung.
- ♦ Mit dem Budgetbegleitgesetz 2024 ([BGBl. I Nr. 152/2023](#)) wurde die **klinisch-psychologische Behandlung** der ärztlichen Hilfe gleichgestellt. Seither können auch die Kosten der von klinischen Psychologinnen und Psychologen erbrachten therapeutischen Leistungen durch die Krankenversicherungsträger entweder als Sachleistung oder durch einen Kostenzuschuss übernommen werden. Davor war dies nur für diagnostische Leistungen möglich. Zur Finanzierung dieser Maßnahme leistete der Bund in den Jahren 2024 und 2025 Zahlungen iHv 50 Mio. EUR bzw. 25 Mio. EUR an den Gesundheitsreformmaßnahmenfonds. In den Jahren ab 2026 sind gemäß GesRefFinG keine Zahlungen mehr vorgesehen.
- ♦ Seit einer Änderung des GesRefFinG ([BGBl. I Nr. 23/2024](#)) haben die Krankenversicherungsträger Zuschüsse zur **HIV-Präexpositionsprophylaxe** an krankenversicherte Personen und deren anspruchsberechtigte Angehörige zu leisten.⁶³ Die Zuschüsse sind zu leisten, solange die vom Bund dafür jährlich zur Verfügung gestellten Mittel iHv 5 Mio. EUR und etwaige in den Vorjahren nicht verbrauchte Mittel ausreichen.

4.2.5 Fonds gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz

Neben dem Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (siehe Pkt. 4.1.1) sieht das ASVG die Einrichtung weiterer Fonds vor, deren Mittel vom Bund und den Sozialversicherungsträgern aufgebracht werden. Die nachstehende Tabelle zeigt die Zahlungen im Zusammenhang mit diesen Fonds von 2019 bis 2024:

⁶² Voraussetzung dafür war, dass es sich bei der Besetzung entweder um eine der 100 zusätzlich geschaffenen Vertragsstellen handelte oder um eine bereits im Stellenplan bestehende Vertragsstelle, die vor der Besetzung mindestens zwei Mal erfolglos ausgeschrieben wurde.

⁶³ Davon umfasst ist ein Zuschuss zu den Kosten für den Monatsbedarf an antiviralen Medikamenten iHv maximal 60 EUR pro Monat sowie maximal 25 EUR pro Quartal für die Kosten einer ärztlichen Beratung.

Tabelle 20: Fonds gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz

in Mio. EUR	Zahler	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Innovations- und Zielsteuerungsfonds der ÖGK	Bund, SV		202	206	213	222	232
Beitragsanteil ÖGK	SV		102	106	113	122	132
Pauschale GSBG-Beihilfe	Bund		100	100	100	100	100
Zahngesundheitsfonds	Bund	80	80	80	80	80	80
Fonds für Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung	Bund	4	4	4	4	4	4

Abkürzungen: GSBG-Beihilfen ... Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, ÖGK ... Österreichische Gesundheitskasse, SV ... Sozialversicherungsträger.

Quellen: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, Jahresberichte der Österreichischen Gesundheitskasse 2020 bis 2024, Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz.

Mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz ([BGBl. I Nr. 100/2018](#)) wurde der bis dahin bestehende Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen in § 447a ASVG ab 2020 durch den **Innovations- und Zielsteuerungsfonds der Österreichischen Gesundheitskasse** (ÖGK) ersetzt. Die Dotierung des Fonds erfolgt dabei durch einen Anteil iHv 0,8 % an den Beitragseinnahmen der ÖGK und durch eine pauschale GSBG-Beihilfe iHv 100 Mio. EUR jährlich. Die Mittel des Fonds sind zum einen für die Finanzierung von Gesundheitsreformprojekten in den Landesstellen der ÖGK (v. a. Stärkung der hausärztlichen Versorgung, Umsetzung von Präventionsmaßnahmen, eHealth-Anwendungen) und zum anderen für das Zielsteuerungssystem zwischen der Hauptstelle und den Landesstellen der ÖGK einzusetzen, wobei nahezu die gesamten Mittel für letzteres verwendet werden (2024: 230 Mio. EUR).

Seit dem Jahr 2015 übernehmen die Krankenversicherungsträger für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei Vorliegen einer entsprechenden Behandlungsbedürftigkeit die Kieferregulierung als Sachleistung ohne Selbstbehalt („Gratiszahnspange“). Zur Finanzierung dieser Leistung leistet der Bund in der UG 24-Gesundheit seit dem Jahr 2016 eine jährliche Zahlung iHv 80 Mio. EUR an den beim Dachverband der Sozialversicherungsträger gemäß § 447i ASVG eingerichteten **Zahngesundheitsfonds**. Dieser verteilt die Mittel in weiterer Folge auf die einzelnen Krankenversicherungsträger.

Zur Finanzierung von Vorsorgeuntersuchungen sowie von Maßnahmen zur zielgerichteten, wirkungsorientierten Gesundheitsförderung und Prävention wurde im Jahr 2005 der **Fonds für Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung** beim Dachverband der Sozialversicherungsträger eingerichtet. Die Dotierung des Fonds erfolgt durch eine jährlich im September zu leistende Zahlung des Bundes iHv 4 Mio. EUR. Die Auszahlung wird im Bundeshaushalt in der UG 44-Finanzausgleich erfasst.



4.2.6 Krankenhilfe für Bezieherinnen und Bezieher der Sozialhilfe

Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe bzw. bedarfsorientierter Mindestsicherung, die nicht bereits anderweitig krankenversichert sind, werden im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung miteinbezogen. Die Länder, welche auch für die Gewährung der Sozialhilfe verantwortlich sind, übernehmen dabei die Krankenversicherungsbeiträge und die Kosten für etwaige sonstige Leistungen der Krankenhilfe (z. B. Selbstbehalte) dieser Personengruppe. Sofern die tatsächlichen Behandlungskosten für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher die von den Ländern geleisteten Beiträge übersteigen, übernimmt der Bund gemäß § 75a ASVG in Form einer Ausfallhaftung den entsprechenden Unterschiedsbetrag. Die Auszahlungen dafür werden in der UG 24-Gesundheit verrechnet. Die nachstehende Tabelle zeigt die Ausgaben für die Krankenhilfe für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher von 2019 bis 2024:

Tabelle 21: Ausgaben für die Krankenhilfe für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher

<i>in Mio. EUR</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Krankenhilfe für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher	106	115	109	111	127	137	+31	+29,6%
KV-Beiträge und sonstige Krankenhilfe durch Länder	50	53	54	56	61	70	+20	+40,1%
Ausfallhaftung des Bundes	56	62	55	55	66	67	+11	+20,1%
Einbezogene Personen*	56.964	57.343	56.537	54.863	56.408	60.056	+3.092	+5,4%

* Aufgrund von mangelnder Datenverfügbarkeit ohne Niederösterreich.

Abkürzung: KV-Beiträge ... Krankenversicherungsbeiträge.

Quellen: Statistik Austria, Sozialhilfestatistik, Budgetdaten, eigene Berechnungen.

Die Ausgaben für die Krankenhilfe für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher betrugen im Jahr 2024 137 Mio. EUR und waren damit um 31 Mio. EUR bzw. 29,6 % höher als 2019. Der Anstieg war dabei nur zum Teil auf eine höhere Anzahl an einbezogenen Personen zurückzuführen (+3 Tsd. Personen bzw. +5,4 %; ohne Bezieherinnen und Bezieher in Niederösterreich). Die Zahlungen der Länder für Krankenversicherungsbeiträge und sonstige Leistungen der Krankenhilfe beliefen sich im Jahr 2024 auf 70 Mio. EUR, was einem Anstieg um 40,1 % gegenüber dem Jahr 2019 entsprach. Die Auszahlungen des Bundes für die Ausfallhaftung in diesem Bereich stiegen im gleichen Zeitraum weniger stark auf 67 Mio. EUR (+20,1 %). Dabei ist zu beachten, dass die vom Bund insbesondere im Jahr 2024 geleisteten Zahlungen unterhalb des tatsächlichen Bedarfs lagen, weshalb es unter Berücksichtigung der entstandenen Abrechnungsreste im Jahr 2025 zu einem deutlichen Anstieg der



Auszahlungen auf 106 Mio. EUR kam (+39 Mio. EUR bzw. +58,1 %). Der BVA 2025 wurde damit ebenfalls deutlich um 21 Mio. EUR bzw. 25,4 % überschritten.

Die Einbeziehung der Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe in die Krankenversicherung wurde in der Vergangenheit durch eine Änderung der entsprechenden Verordnung wiederholt verlängert. Zuletzt wurde im Dezember 2025 eine Verlängerung um ein weiteres Jahr bis 31. Dezember 2026 festgelegt ([BGBl. II Nr. 319/2025](#)). Im BVA 2026 sind dafür Auszahlungen iHv 77 Mio. EUR veranschlagt. Da der tatsächliche Mittelbedarf voraussichtlich höher ausfallen wird, wurden in den BVA 2027 und 2028 mit 104 Mio. EUR bzw. 93 Mio. EUR deutlich höhere Auszahlungen veranschlagt.

4.2.7 Klinischer Mehraufwand

Mit dem sogenannten Klinischen Mehraufwand ersetzt der Bund den Trägern jener öffentlichen Krankenanstalten, die neben dem laufenden Betrieb zugleich der Lehre und Forschung an medizinischen Universitäten dienen, die Mehraufwendungen, die sich aus den Bedürfnissen der universitären Lehre und Forschung ergeben. Davon umfasst sind sowohl die Mehrkosten für Klinikbauten als auch die Mehrkosten für den laufenden Betrieb der betroffenen Krankenanstalten.⁶⁴ Die nachstehende Tabelle zeigt die entsprechenden Auszahlungen des Bundes in den Jahren 2019 bis 2024:

Tabelle 22: Auszahlungen des Bundes für den Klinischen Mehraufwand

<i>in Mio. EUR</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Klinischer Mehraufwand der Universitätskrankenanstalten	263	280	283	300	308	324	+61	+23,2%
Laufender Klinischer Mehraufwand (inkl. Geräte)	240	241	242	253	256	261	+21	+8,8%
Wien	61	61	61	61	61	61	0	0,0%
Graz	75	75	75	75	75	75	0	0,0%
Innsbruck	68	68	68	68	68	68	0	0,0%
Medizinische Fakultät Linz (inkl. Anteil MedUni Graz)	36	37	38	49	52	57	+21	+59,4%
Klinikbauten	23	40	41	47	52	63	+40	+170,6%

Abkürzungen: inkl. ... inklusive, MedUni ... Medizinische Universität.

Quellen: Budgetdaten, BMFWF, eigene Berechnungen.

⁶⁴ Darüber hinaus ersetzt der Bund den Trägern der betroffenen Krankenanstalten die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse oder die aufgrund der Unterbringung tatsächlich entstandenen Kosten für zu Unterrichtszwecken herangezogenen Personen.



Die Auszahlungen des Bundes für den Klinischen Mehraufwand beliefen sich im Jahr 2024 auf insgesamt 324 Mio. EUR, was einem Anstieg um 61 Mio. EUR bzw. 23,2 % gegenüber dem Jahr 2019 entsprach. Der Großteil der Auszahlung entfällt dabei auf den **laufenden Klinischen Mehraufwand** (inkl. Beschaffung von Forschungsgeräten, medizinisch-technischen Geräten und anderen Geräten), der von den jeweiligen Universitäten für den Bund an die Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalten zu überweisen ist. Die Höhe des laufenden Klinischen Mehraufwands wird in den mit den jeweiligen Universitäten beschlossenen Leistungsvereinbarungen für eine Periode von drei Jahren vereinbart. Für die medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck wurde der Betrag aus der Leistungsvereinbarung für die Jahre 2019 bis 2021 für die nächste Periode von 2022 bis 2024 konstant fortgeschrieben. Die Zahlungen an die Universität Linz für die medizinische Fakultät wurden dahingegen um insgesamt 30 Mio. EUR erhöht und werden jährlich auf Basis der Entwicklung der Verbraucherpreise valorisiert.⁶⁵ Die Auszahlungen des Bundes für **Klinikbauten** betrugen im Jahr 2024 63 Mio. EUR und waren damit um 40 Mio. EUR bzw. 170,6 % höher als 2019. Da die Auszahlungen hierbei vom Fortschritt der konkreten Bauvorhaben abhängen, kann es zwischen den Jahren zu entsprechenden Schwankungen kommen.

Der Klinische Mehraufwand fließt teilweise auch in die allgemeinen **Ausgaben des Bundes für Forschung und Forschungsförderung im Gesundheitswesen** ein. Diese werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 23: Ausgaben des Bundes für Forschung und Forschungsförderung im Gesundheitswesen

<i>in Mio. EUR</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Forschungsausgaben des Bundes im Gesundheitswesen	609	644	710	757	881	991	+382	+62,7%

Quelle: Statistik Austria.

⁶⁵ Ein Teil des für die Medizinische Fakultät der Universität Linz ausgewiesenen Betrags geht dabei an die Medizinische Universität Graz, da die ersten vier Semester des Bachelorstudiums Humanmedizin an der Universität Linz gemeinsam mit der Medizinischen Universität Graz durchgeführt werden.



Die Forschungsausgaben des Bundes im Gesundheitswesen beliefen sich im Jahr 2024 auf 991 Mio. EUR und sind seit 2019 um 382 Mio. EUR bzw. 62,7 % angestiegen. Die Ausgaben für diesen Bereich sind in diesem Zeitraum damit stärker gewachsen als die forschungswirksamen Ausgaben des Bundes insgesamt, welche mit 4.403 Mio. EUR im Jahr 2024 um 46,3 % höher waren als 2019. Dementsprechend ist auch der Anteil der Forschungsausgaben im Gesundheitswesen an den gesamten Ausgaben des Bundes für Forschung und Forschungsförderung von 20 % im Jahr 2019 auf 23 % im Jahr 2024 angestiegen.

4.2.8 Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation

Im Jahr 2000 wurde ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds) eingerichtet. Dieser übernimmt bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen grundsätzlich 70 % der Kosten für Maßnahmen der In-vitro-Fertilisation für maximal vier Versuche. Die verbleibenden 30 % sind von den betroffenen Paaren zu übernehmen. Die Mittel des IVF-Fonds werden zu 50 % vom Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) und zu 50 % von den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern, den Krankenfürsorgeeinrichtungen und privaten Versicherungsunternehmen aufgebracht. Die Auszahlungen des Bundes und der gesetzlichen Krankenversicherungsträger beliefen sich im Jahr 2024 auf jeweils 11 Mio. EUR und sind seit dem Jahr 2019 um etwa 20 % angestiegen.⁶⁶ Die Zahl der Versuche ist im gleichen Zeitraum um 14,5 % von 11.028 Versuchen im Jahr 2019 auf 12.623 Versuche im Jahr 2024 angestiegen.

⁶⁶ Die vom Bund und den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern geleisteten Zahlungen stimmen dabei nicht ganz mit den ihnen zugerechneten jährlichen Kosten des IVF-Fonds überein (z. B. aufgrund von verzögerten Abrechnungen). Laut dem [Jahresbericht des IVF-Fonds](#) betrugen die Kosten des IVF-Fonds im Jahr 2024 insgesamt 21,4 Mio. EUR. Davon wurden 10,7 Mio. EUR (50 %) dem Familienlastenausgleichsfonds und 10,2 Mio. EUR (48 %) den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern zugerechnet. Der verbleibende Betrag iHv 0,5 Mio. EUR (2 %) entfiel größtenteils auf die Krankenfürsorgeanstalten (0,3 Mio. EUR).



4.2.9 Sonstige Zahlungen des Bundes

Zusätzlich zu den bisher beschriebenen Zahlungen leistete der Bund in den Jahren 2019 bis 2024 Auszahlungen für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen, die in der nachfolgenden Tabelle dargestellt werden:

Tabelle 24: Sonstige Zahlungen des Bundes

in Mio. EUR	UG	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Differenz zu 2019	
Sonstige Zahlungen des Bundes	div.	143	143	150	222	829	157	+13	+9,2%
Bundesanteil Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen	24, 25	41	41	41	41	54	54	+13	+31,9%
Bundesanteil Kinderimpfkonzept	24	16	16	16	21	22	16	-0	-2,0%
Infrastruktursicherungsbeitrag	24, KV						27	+27	-
Gesund aus der Krise	24				11	18	23	+23	-
RRF-Projekte	24			1	7	13	18	+18	-
Basiszuwendung AGES	24, 42	72	72	78	78	72	90	+19	+26,1%
Zahlungen an die Gesundheit Österreich GmbH	24	14	14	14	15	14	15	+1	+5,3%
Entgelterhöhungs-Zweckzuschuss	21					547	-16	-	-
Pflegeausbildungs-Zweckzuschuss	21				50	88	-71	-	-

Abkürzungen: AGES ... Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, div. ... diverse, RRF-Projekte ... Projekte laut Aufbau- und Resilienzfähigkeit, KV ... Krankenversicherungsträger.

Quellen: Budgetdaten, eigene Berechnungen.

Die Auszahlungen des Bundes für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen waren im Jahr 2024 mit 157 Mio. EUR um 13 Mio. EUR bzw. 9,2 % höher als 2019. Die einzelnen Zahlungen haben sich dabei wie folgt entwickelt:

- ♦ Die Kosten für die **Untersuchungen im Rahmen des Eltern-Kind-Passes** werden zwischen dem Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) und den Krankenversicherungsträgern aufgeteilt. Die Kosten für Versicherte werden dabei zu zwei Dritteln vom FLAF und zu einem Drittel von den Krankenversicherungsträgern getragen, für Nichtversicherte übernimmt der FLAF die Kosten zur Gänze (2024: 239 Tsd. EUR). Außerdem trägt der FLAF die Gesamtkosten für die Auflage des Eltern-Kind-Passes.⁶⁷ Die entsprechenden Auszahlungen des Bundes betrugen im Jahr 2024 54 Mio. EUR und waren damit um 13 Mio. EUR bzw. 31,9 % höher als 2019. Die Zahlung des Bundes an den Dachverband der Sozialversicherungsträger, welcher die Mittel in weiterer Folge an die Krankenversicherungsträger verteilt, wird in der UG 24-Gesundheit erfasst. Dieser steht jedoch eine Einzahlung aus dem FLAF in gleicher Höhe gegenüber, welche als Auszahlung in der UG 25-Familie und Jugend verrechnet wird.

⁶⁷ Beim elektronischen Eltern-Kind-Pass werden die Kosten für Wartung und Betrieb zu zwei Dritteln vom FLAF und zu einem Drittel von den Krankenversicherungsträgern getragen.



- ♦ Die Ausgaben für Impfstoffe für das **öffentliche Kinderimpfkonzept** werden zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern aufgeteilt. Die Auszahlungen des Bundes, der zwei Drittel der Kosten trägt, waren mit 16 Mio. EUR im Jahr 2024 nach einem Anstieg in den Jahren 2022 und 2023 wieder in etwa gleich hoch wie 2019. Das verbleibende Drittel wird zu gleichen Teilen von den Ländern und den Sozialversicherungsträgern aufgebracht.
- ♦ Zur Sicherstellung der Versorgung mit niedrigpreisigen Medikamenten wurde im Jahr 2023 der **Infrastruktursicherungsbeitrag** eingeführt und 2024 um ein weiteres Jahr verlängert. Auf Antrag erhielten Arzneimittel-Großhändler für jede zwischen 1. September 2023 und 31. August 2025 an eine im Inland ansässige öffentliche Apotheke (inkl. Anstaltsapotheken) abgegebene Handelspackung für Arzneimittelspezialitäten mit Kosten unterhalb der Rezeptgebühr einen Beitrag von 0,28 EUR pro Packung. Die Kosten dafür trägt grundsätzlich der Bund (2024: 27 Mio. EUR, 2025: 29 Mio. EUR), allerdings erstatten die Krankenversicherungsträger diesem den Infrastruktursicherungsbeitrag für Handelspackungen, die an von der Rezeptgebühr befreite Personen abgegeben werden. Die entsprechenden Einzahlungen iHv 10 Mio. EUR wurden erst im Jahr 2025 in der UG 24-Gesundheit erfasst. Im Juli 2025 wurde der Infrastruktursicherungsbeitrag um weitere drei Jahre verlängert. Dabei wurde der Beitrag auf 0,13 EUR pro Packung gesenkt und die Erstattung der Krankenversicherungsträger auf einen jährlichen Pauschalbetrag iHv 4,5 Mio. EUR umgestellt.
- ♦ Das ursprünglich im Zuge der COVID-19-Pandemie im Jahr 2022 eingeführte Programm „**Gesund aus der Krise**“ wurde seither kontinuierlich verlängert. Die Auszahlungen des Bundes beliefen sich dafür im Jahr 2024 auf 23 Mio. EUR. Mit den Mitteln werden Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre finanziert, die auf Grund aktueller Belastungen psychosoziale Unterstützung benötigen.
- ♦ In der UG 24-Gesundheit wurden in den Jahren 2020 bis 2024 für Projekte, die aus der **Aufbau- und Resilienzfazilität (RRF)** finanziert werden, Auszahlungen iHv insgesamt 39 Mio. EUR erfasst. Der Großteil der Mittel betraf dabei mit 25 Mio. EUR das Projekt zum Ausbau der Primärversorgung. Für Frühe Hilfen wurden insgesamt 12 Mio. EUR und für die Digitalisierung des Eltern-Kind-Passes insgesamt 2 Mio. EUR ausgezahlt.



- ♦ **Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)** ist ein Unternehmen der Republik Österreich, deren Eigentümervertreter das BMASGPK und das Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Klima- und Umweltschutz, Regionen und Wasserwirtschaft (BMLUK) sind. Die AGES besteht seit dem 1. Juni 2002 und unterstützt die Bundesministerien und die ihr zugeordneten Bundesämter in Fragen der öffentlichen Gesundheit, Tiergesundheit, Lebensmittelsicherheit, Ernährungssicherheit sowie Verbraucherinnen- und Verbraucherschutz. Die Basiszuwendung der AGES beträgt seit 2007 grundsätzlich 54,5 Mio. EUR und wurde mit dem Budgetbegleitgesetz 2024 auf 70,6 Mio. EUR für das Jahr 2024 erhöht. Dieser Betrag wird zu 40 % vom BMLUK und zu 60 % vom BMASGPK getragen. Daneben erhält die AGES seit 2013 vom BMASGPK eine jährliche Erhöhung der Basiszuwendung iHv 19,8 Mio. EUR, welche jedoch in den Jahren 2016 bis 2023 auf 17,2 Mio. EUR abgesenkt wurde. Darüber hinaus wurden die Transferzahlungen an die AGES im Zuge der COVID-19-Pandemie für Investitionen und Bauvorhaben in den Jahren 2021 und 2022 um jeweils 6 Mio. EUR erhöht.
- ♦ **Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)** wurde im Jahr 2006 als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als nationale Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung errichtet. Alleingesellschafter der GÖG ist der Bund, vertreten durch das BMASGPK. Für ihre drei Geschäftsbereiche erhielt die GÖG von 2019 bis 2024 etwa 15 Mio. EUR jährlich. Davon betreffen 7,3 Mio. EUR die Basisdotierung des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), welche bei der Berechnung der Ertragsanteile vom Umsatzsteueraufkommen abgezogen wird und somit auch von Ländern und Gemeinden zu einem Drittel mitgetragen wird.⁶⁸ Die verbleibenden etwa 7 Mio. EUR pro Jahr betreffen die Geschäftsbereiche Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit und Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen.

⁶⁸ Mit dem Finanzausgleich Gesundheit wurde die jährliche Dotierung des FGÖ zu Lasten des Bundes um 13 Mio. EUR erhöht.



- ♦ Zur finanziellen Attraktivierung der Pflegeberufe gewährte der Bund in den Jahren 2022 und 2023 **Zweckzuschüsse** an die Länder. Davon betrafen 547 Mio. EUR einen Zweckzuschuss für die Erhöhung des Entgelts des Pflege- und Betreuungspersonals und insgesamt 138 Mio. EUR einen Zweckzuschuss zur Unterstützung von Auszubildenden in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen. Im Jahr 2024 kam es bei beiden Zweckzuschüssen zu Rückzahlungen nicht verbrauchter Mittel durch die Länder.

Nicht in der Tabelle ausgewiesen sind die Auszahlungen des Bundes im Zusammenhang mit dem **Gesundheitsreformfonds**, da diese erst im Jahr 2026 erstmals fällig wurden. Diesem Fonds werden die aus der Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrags der Pensionistinnen und Pensionisten zum Zeitpunkt der Gesetzesänderung geschätzten zusätzlichen Hebesatzzahlungen zugeführt.⁶⁹ Zu diesem Zweck wurde mit dem [Gesundheitsreformfonds-Gesetz](#) (GRFG) per 1. Jänner 2026 jeweils bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) sowie der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) ein eigener Fonds eingerichtet. Aus den Mitteln der Fonds sollen die Krankenversicherungsträger verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitssystems finanzieren (z. B. Sicherstellung und Verbesserung der Qualität, Effizienz und Effektivität der niedergelassenen Versorgung).

Das GRFG sieht vor, dass der Bund den Fonds im Jahr 2026 497,5 Mio. EUR zukommen lässt. Der jährliche Gesamtbetrag soll bis 2030 auf 580,6 Mio. EUR ansteigen. Durch die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitsreformfonds ergibt sich eine vergleichsweise komplexe Finanzierungsstruktur:

- ♦ Am Beginn stehen Überweisungen der Pensionsversicherungsträger aus den höheren Hebesatzzahlungen an den Bund. Die Träger haben den jährlichen Gesamtbetrag bis zum 28. Februar eines jeden Jahres zu überweisen, was als entsprechende Einzahlung in der UG 24-Gesundheit erfasst wird.

⁶⁹ Mit dem Budgetsanierungsmaßnahmengesetz 2025 Teil II wurde der Krankenversicherungsbeitrag der Pensionistinnen und Pensionisten ab 1. Juni 2025 von 5,1 % auf 6,0 % erhöht. Die von der Pensionsversicherung einbehaltenen Krankenversicherungsbeiträge werden dabei durch einen Hebesatz vervielfacht und an die Krankenversicherung weitergeleitet. Im Rahmen der Ausfallhaftung des Bundes in der Pensionsversicherung werden diese Hebesatzzahlungen effektiv vom Bund getragen. Durch die Beitragserhöhung steigen somit auch die Hebesatzzahlungen und damit die Ausfallhaftung des Bundes. Im Bereich der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) beträgt der Hebesatz 178 %, das heißt die von den Versicherten geleisteten Beiträge werden um 78 % erhöht. Bei den nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz bzw. dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz versicherten Pensionistinnen und Pensionisten betragen die Hebesätze 196 % bzw. 387 %.



- ◆ Da der Bund der Pensionsversicherung im Rahmen der Ausfallhaftung die gestiegenen Auszahlungen für die Hebesätze ersetzt, kommt es durch den Liquiditätsbedarf für die Überweisung der Pensionsversicherungsträger an den Bund im Februar eines jeden Jahres auch zu Auszahlungen in gleicher Höhe des Bundes in der UG 22-Pensionsversicherung.
- ◆ In weiterer Folge überweist der Bund den jährlichen Gesamtbetrag bis zum 31. März des jeweiligen Jahres an die drei Fonds. Dies wird als Auszahlung in der UG 24-Gesundheit erfasst, welcher die oben erwähnten Einzahlungen in gleicher Höhe gegenüberstehen. Vom Gesamtbetrag fließen dabei 72,959 % an den Fonds der ÖGK, 22,236 % an den Fonds der SVS und 4,805 % an den Fonds der BVAEB.
- ◆ Schließlich zahlen die drei Fonds die vom Bund überwiesenen Mittel an den jeweiligen Krankenversicherungsträger aus. Die konkrete Mittelverwendung wird dabei durch eine Verordnung der zuständigen Bundesministerin bzw. des zuständigen Bundesministers festgelegt, wobei zur Vorbereitung der Verordnung ein Beirat von fünf von der Bundesregierung bestellten Personen eingerichtet wurde. Die Verordnung für die Jahre 2026 und 2027 trat dabei am 1. April 2026 in Kraft ([BGBl. II Nr. 69/2026](#)) und legt Zielvorgaben für die Bereiche Versorgung, Vorsorge und Digitalisierung fest. Zwar sollte die Auszahlung der Fondsmittel grundsätzlich an die Zielerreichung gekoppelt sein, gemäß den Bestimmungen im GRFG werden jedoch 90 % der Mittel des Jahres 2026 und 80 % der Mittel des Jahres 2027 bereits vor Erreichung der in der Verordnung festgelegten Ziele bis spätestens 15. April eines jeden Jahres an die Krankenversicherungsträger überwiesen. Die verbleibenden 10 % bzw. 20 % sollen grundsätzlich erst nach der Zielerreichung ausgezahlt werden, allerdings sieht das GRFG in seiner aktuellen Form vor, dass alle bis zum 31. Dezember 2030 nicht verbrauchten Mittel automatisch an die Krankenversicherungsträger fließen.



Darüber hinaus bestehen noch weitere Zahlungsverflechtungen zwischen dem Bundeshaushalt und den Sozialversicherungsträgern. Da diese vielfach jedoch nicht die Erbringung von Gesundheitsleistungen im weiteren Sinne umfassen, werden diese nicht in der Tabelle dargestellt. Dazu zählen unter anderem folgende Zahlungen:

- ◆ **Ersätze des Bundes für von den Sozialversicherungsträgern ausgezahlte Geldleistungen:** So erstattet der FLAF den Krankenversicherungsträgern 70 % der Aufwendungen für das Wochengeld (inkl. Betriebshilfe für Selbständige) und das Sonderwochengeld (2024: 453 Mio. EUR). Außerdem ersetzt der Bund den Krankenversicherungsträgern aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung den Aufwand für das Krankengeld von Arbeitslosen bis zum 56. Tag der Erkrankung (2024: 277 Mio. EUR).⁷⁰ Die Aufwendungen der SVS für die Beitragsgutschrift in der gewerblichen und bäuerlichen Krankenversicherung werden ebenfalls vom Bund übernommen (2024: 65 Mio. EUR).⁷¹
- ◆ **Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen:** Im Rahmen der Partnerleistung übernimmt der Bund 0,85 %-Punkte des Krankenversicherungsbeitrags der Gewerbetreibenden sowie der Bäuerinnen und Bauern (2024: 126 Mio. EUR). Die Krankenversicherungsbeiträge für Asylwerbende in der Grundversorgung und Vertriebene aus der Ukraine, die nicht anderweitig krankenversichert sind, werden ebenfalls aus Bundesmitteln aufgebracht (2024: 29 Mio. EUR).⁷² Darüber hinaus werden die Krankenversicherungsbeiträge auch für Bezieherinnen und Bezieher verschiedener Geldleistungen des Bundes übernommen (z. B. Kinderbetreuungsgeld, Familienzeitbonus, Pflegekarenzgeld).

⁷⁰ Ab dem Jahr 2026 ersetzt der Bund die Aufwendungen für das Krankengeld für die gesamte Anspruchsdauer.

⁷¹ Der Anspruch auf Beitragsgutschrift besteht, wenn die monatliche Bemessungsgrundlage 2.900 EUR nicht übersteigt, wobei die Höhe der Gutschrift von der Bemessungsgrundlage abhängt. Mit dem Budgetbegleitgesetz 2027-2028 wurde für Gewerbetreibende im Jahr 2027 eine Halbierung und ab dem Jahr 2028 die Abschaffung der Beitragsgutschrift beschlossen.

⁷² Die Krankenversicherungsbeiträge für Asylwerbende in der Grundversorgung werden dabei seit 2021 über die Bundesagentur für Betreuungs- und Unterstützungsleistungen Gesellschaft mit beschränkter Haftung (BBU-GmbH) abgerechnet. Sie werden seither nicht mehr explizit im Bundesbudget ausgewiesen sondern sind Teil des Transfers des Bundes an die BBU-GmbH. Die Einbeziehung der Ukraine-Vertriebenen in die Krankenversicherung ist mit 31. Mai 2025 ausgelaufen.



5 Anreizwirkungen der Finanzierungsstruktur

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine auf mehrere Akteure verteilte Planungs-, Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung gekennzeichnet. Aus der in der Analyse beschriebenen Kompetenz- und Finanzierungsstruktur können unter anderem folgende **Kritikpunkte** abgeleitet werden:

- ♦ **Die Planungs- und Steuerungsverantwortung sind im österreichischen Gesundheitssystem auf mehrere Akteure verteilt.** Dies führt insbesondere dazu, dass die konkreten operativen Zuständigkeiten für die wesentlichen Versorgungsbereiche der niedergelassenen Versorgung und der Krankenanstalten bei unterschiedlichen Akteuren liegen. Während die unmittelbare Leistungs- und Kapazitätssteuerung im niedergelassenen Bereich im Wesentlichen bei der Sozialversicherung und im Krankenanstaltenbereich im Wesentlichen bei den Ländern liegt, setzt der Bund die gesetzlichen Rahmenbedingungen und wirkt an der strategischen und sektorübergreifenden Planung mit. Letzteres erfolgt über das System der Zielsteuerung-Gesundheit, in dessen Rahmen Bund, Länder und Sozialversicherung bei der Planung und Steuerung des Gesundheitssystems zusammenwirken. Da die konkrete Umsetzung der Maßnahmen und Ziele innerhalb der gemeinsam vereinbarten und vorgegebenen Grenzen jedoch jedem einzelnen Akteur im jeweils eigenen Zuständigkeitsbereich obliegt, wird das Problem der zersplitterten Kompetenzen nur teilweise aufgelöst.
- ♦ **Die Zuständigkeit für Planung und Steuerung sowie die Finanzierungsverantwortung fallen teilweise auseinander.** Dies trifft insbesondere auf den Bereich der Fondskrankenanstalten zu. Die Zuständigkeit für die Planung und die operative Steuerung liegt dabei wesentlich bei den Ländern, da diese einerseits durch die Ausführungsgesetzgebung die konkreten gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgeben und andererseits vielfach Träger der Krankenanstalten sind. Die Mittel zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten werden hingegen nur zum Teil von den Ländern aufgebracht, da auch der Bund, die Gemeinden und die Sozialversicherungsträger wesentlich an der Finanzierung mitwirken. Im niedergelassenen Bereich ist diese Mischfinanzierung weniger stark ausgeprägt, da dieser im Wesentlichen von der Sozialversicherung finanziert wird. Wie jedoch die Entwicklung der in Pkt. 4.2 dargestellten



Zahlungsströme zeigt, stellt der Bund seit 2024 auch vermehrt Mittel für Leistungen zur Verfügung, die eher den niedergelassenen Bereich betreffen, etwa im Rahmen des Finanzausgleichs Gesundheit oder durch die Mittel gemäß Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz. Außerdem erhöhen letztlich auch die von den Pensionsversicherungsträgern erbrachten Gesundheitsleistungen, etwa die medizinische Rehabilitation und Kuraufenthalte, die Ausfallhaftung des Bundes.

- ♦ **Die Aufteilung der Mittel zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten an die Landesgesundheitsfonds orientiert sich nur eingeschränkt am aktuellen Leistungsgeschehen.** Wie in Pkt. 4.1.1 dargestellt, werden die Mittel der Landesgesundheitsfonds (LGF) durch verschiedene Pauschalbeträge, Fixbeträge oder Beiträge, deren Höhe vom Abgabenaufkommen abhängig ist, aufgebracht. Die Aufteilung der Mittel auf die neun LGF vielfach vom aktuellen Leistungsgeschehen in den einzelnen Ländern losgelöst. So kommen bei der Aufteilung wesentlicher Finanzierungstöpfen fixe, gesetzlich festgelegte Prozentsätze zur Anwendung, die teilweise seit dem Jahr 1997 nicht verändert wurden. In anderen Fällen erfolgt die Mittelaufteilung auf Basis von Bevölkerungszahlen aus dem Jahr 2001 oder dem im Jahr 2003 abgerechneten Leistungsgeschehen. Die Mittelaufteilung bildet damit nicht nur das aktuelle Leistungsgeschehen teilweise unzureichend ab, sondern folgt auch Veränderungen des Leistungsgeschehens zwischen den Versorgungsstrukturen nicht automatisch. Dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ wird damit nur eingeschränkt Rechnung getragen. Davon zu unterscheiden ist die Verteilung der Leistungsentgelte durch die LGF an die Fondskrankenanstalten, die über das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) grundsätzlich auf Basis der tatsächlich abgerechneten Leistungen erfolgt. Abhängig von der tatsächlichen finanziellen Situation der Krankenanstalten leisten die Länder und – je nach landesgesetzlicher Regelung – die Gemeinden Zahlungen zur Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse.



Aufgrund dieser Faktoren entstehen für die Akteure im Gesundheitssystem zum Teil widersprüchliche **finanzielle Anreize** für die Leistungserbringung in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Dies kann insbesondere an der Schnittstelle zwischen dem niedergelassenen Bereich sowie der ambulanten und stationären Versorgung in den Krankenanstalten zu Problemen führen. Gleichzeitig wird dadurch eine integrierte Planung der verschiedenen Versorgungsbereiche und in weiterer Folge die Steuerung von Leistungsverchiebungen zwischen den einzelnen Bereichen erschwert. Davon betroffen sind auch das nicht zuletzt im Rahmen der politischen Einigung zur Reformpartnerschaft kommunizierte Ziel zur Schaffung eines „best point of service“ für die Erbringung von Gesundheitsleistungen sowie der im Sinne des im aktuellen Zielsteuerungsvertrag verankerten Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ geplante Ausbau der niedergelassenen Versorgung zur Entlastung der Krankenanstalten. Aufgrund des bestehenden Finanzierungssystems führen solche Leistungsverchiebungen nämlich nicht automatisch zu einer entsprechenden Verschiebung der Finanzierungslast, da wesentliche Zahlungsströme nicht automatisch an Veränderungen des Leistungsgeschehens angepasst werden. Gemeinsam mit der Mischfinanzierung führt dies dazu, dass die Kosten und der Nutzen solcher Maßnahmen bei unterschiedlichen Akteuren anfallen:

- ♦ Die Mehrkosten des Ausbaus der niedergelassenen Versorgung sind aufgrund der bestehenden Kompetenzverteilung primär von der Sozialversicherung zu tragen. Gleichzeitig wird diese im bestehenden Finanzierungssystem nicht durch ein dadurch mögliches, geringeres Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten entlastet, da ihre Beiträge zur Finanzierung der Krankenanstalten als Pauschal- und Fixbeträge ausgestaltet und von der tatsächlichen Nutzung des Versorgungsangebots in den Krankenanstalten unabhängig sind. Dadurch wird der finanzielle Anreiz der Sozialversicherung zum Ausbau der niedergelassenen Versorgung insgesamt abgeschwächt.
- ♦ Eine bessere niedergelassene Versorgung kann demgegenüber die Inanspruchnahme der Krankenanstalten und Spitalsambulanzen reduzieren, was unter Umständen zu einer finanziellen Entlastung der Länder, etwa durch geringere Betriebsabgänge der Krankenanstalten, führen kann. Inwieweit eine solche Entlastung tatsächlich entsteht, hängt maßgeblich davon ab, ob gleichzeitig die vorhandenen Kapazitäten und die damit verbundenen Fix- und Vorhaltekosten angepasst werden.



- ♦ Darüber hinaus fallen Kosten und Nutzen auch zeitlich auseinander. Der Ausbau der niedergelassenen Versorgung verursacht kurzfristig Mehrkosten, während Effizienzgewinne und Einsparungen möglicherweise erst nach Jahren sichtbar werden. Die empirischen Ergebnisse der [Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung \(WIFO\)](#) zu den Struktur- und Schnittstellenproblemen im österreichischen Gesundheitssystem zeigen darüber hinaus, dass ein Ausbau der ärztlichen Versorgungskapazitäten nicht automatisch zu einer geringeren stationären Inanspruchnahme führt. Mögliche Entlastungseffekte treten demnach langfristig, strukturell und kontextabhängig auf.
- ♦ Gleichzeitig werden bestehende Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich teilweise durch die Krankenanstalten, insbesondere durch die Spitalsambulanzen, ausgeglichen, was zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Länder führen kann. Den Ländern kommen aufgrund der bestehenden Kompetenzverteilung jedoch keine wesentlichen Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich zu. Die Möglichkeit, Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich durch Krankenanstalten und Spitalsambulanzen aufzufangen, kann darüber hinaus den unmittelbaren Druck zur Schließung dieser Lücken reduzieren.

Durch die bestehende Kompetenz- und Finanzierungsstruktur entstehen auch finanzielle Anreize zur Beibehaltung bestehender Strukturen, da deren Aufrechterhaltung trotz einer möglicherweise geringeren Auslastung gemeinsam mit anderen Akteuren im Gesundheitssystem finanziert wird. Dadurch entstehen auch innerhalb der einzelnen Versorgungsbereiche zum Teil widersprüchliche Anreize. Laut der Studie des WIFO betrifft dies insbesondere die Krankenanstalten. Aufgrund der Mischfinanzierung werden die Kosten der Versorgung in den Krankenanstalten auch vom Bund und von der Sozialversicherung mitgetragen, wodurch für die Länder ein finanzieller Anreiz entsteht, stationäre Strukturen aufrechtzuerhalten. Da die Beiträge des Bundes und der Sozialversicherung jedoch nicht vom tatsächlichen Leistungsgeschehen abhängen, sind zusätzlich entstehende Kosten über die Betriebsabgangsdeckung letztlich von den Ländern zu tragen, sodass eine Aufrechterhaltung oder Ausweitung des stationären Angebots nicht zwingend in ihrem finanziellen Interesse liegt.



Die wesentlichen Ursachen für die beschriebenen Anreizprobleme werden in der politischen Einigung zur Reformpartnerschaft aufgegriffen. Außerdem werden Instrumente für eine stärkere Verknüpfung von Planung, Versorgungsverantwortung und Finanzierung konzeptionell beschrieben. So sollen unter anderem die Planungs- und Steuerungsverantwortung des Bundes gestärkt und eine österreichische Gesundheitsfinanzierungsgesellschaft als Weiterentwicklung der Bundesgesundheitsagentur eingerichtet werden. Diese soll in der Steuerungsverantwortung des Bundes unter Beteiligung der Länder und der Sozialversicherung integrierte Versorgungsangebote umsetzen und finanzieren. Genannt werden dabei etwa der Auf- und Ausbau von Facharztzentren und des niedergelassenen fachärztlichen Bereichs sowie die Finanzierung einer eHealth Agentur. Insgesamt kann noch nicht beurteilt werden, inwieweit die bestehenden widersprüchlichen Anreize auf Basis der politischen Einigung tatsächlich reduziert werden. Die in der politischen Einigung angeführten Punkte sind allgemein gehalten und betreffen vorwiegend die Planung und Finanzierung neuer Versorgungsangebote. Änderungen bei der Planung und Steuerung bestehender Versorgungsstrukturen und bei den aktuell zur Anwendung kommenden Finanzierungssystemen sind noch offen. Eine Reduktion der widersprüchlichen finanziellen Anreize durch eine stärkere Koppelung der Finanzierungsbeiträge an das Leistungsgeschehen könnte die Effizienz der öffentlichen Ausgaben erhöhen. Die konkrete Ausgestaltung der geplanten Maßnahmen soll erst im Zuge der kommenden Finanzausgleichsverhandlungen für die Periode ab 2029 festgelegt werden.



Anhang 1: Anfrage

NEOS
Das Neue Österreich
und Liberales Forum
Parlamentsklub
Dr. Karl Renner-Ring 3
1017 Wien



Anfrage an den Budgetdienst:
Abg. z. NR Dipl.-Ing. Karin Doppelbauer (NEOS)
Sprecherin für Budget, Energie und Landwirtschaft
(23. Januar 2026)

Wien, 23. Januar 2026

Anfrage an den Budgetdienst: Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems

Im internationalen Vergleich sind die Gesundheitsausgaben in Österreich überdurchschnittlich hoch, wobei der Zugang zu medizinischer Behandlung in Österreich generell sehr gut und vom Haushaltseinkommen unabhängig ist (WIFO 2024). Die gesamtstaatlichen Gesundheitsausgaben stiegen zwischen 2015 und 2024 von 11,1 % des BIPs auf 12 % des BIPs deutlich an. Hauptverantwortlich dafür waren die steigenden laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben, die sich im selben Zeitraum von 7,7 % des BIP auf 8,8 % des BIPs erhöhten (System of Health Accounts, Statistik Austria). Auch für die kommenden Jahre, bzw. Jahrzehnte ist von einer weiteren Erhöhung der gesamtstaatlichen Gesundheitsausgaben auszugehen (siehe dazu auch Langfristige Budgetprognose 2025 des BMFs).

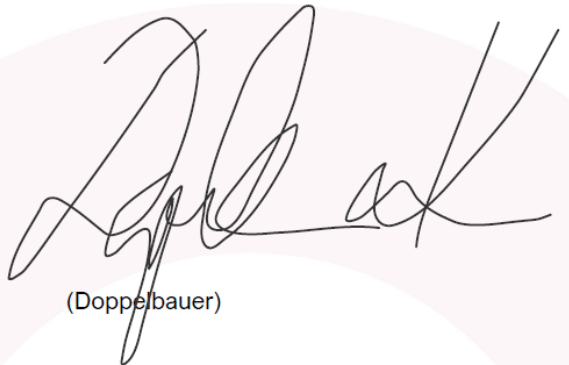
Das öffentliche Gesundheitssystem ist ein zentraler Pfeiler der Gesundheitsversorgung in Österreich und dementsprechend ein entscheidender Treiber der gesamten Gesundheitsausgaben. Es ist durch eine breite Streuung der Zuständigkeiten über mehrere Selbstverwaltungskörper und Gebietskörperschaften gekennzeichnet. Dementsprechend zersplittert ist auch die Finanzierungsstruktur. Diese Zersplitterung bei Finanzierung und Zuständigkeit ist seit Jahrzehnten Gegenstand wissenschaftlicher und politischer Reformvorschläge, mit dem Ziel, öffentliche Gesundheitsleistungen leistungs- und kosteneffizienter zu erbringen.

Die Budgetsprecherin des NEOS Parlamentsklubs, Karin Doppelbauer, stellt daher folgende Anfrage zur Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems in den Jahren 2015-2024 an den Budgetdienst:

- 1. Wie haben sich die gesamtstaatlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) seit 2015 entwickelt?**
 - a. Welche Ausgaben entfallen jeweils auf Bund, SV, Länder und Gemeinden?



2. **Wie stellen sich die wesentlichen Finanzierungsströme zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem im Zeitablauf dar?**
 - a. Verflechtungen zwischen Bund, Länder, Gemeinden und SV
 - b. Unterschiede in der Finanzierung von stationärem und niedergelassenem Bereich sowie Entwicklung der jeweiligen Ausgaben.
3. **Wie sind die Aufgaben im Gesundheitssystem verteilt?**
 - a. Welche wesentlichen Steuerungsinstrumente kommen aktuell zur Anwendung (z. B. 15a-Vereinbarungen, Zielsteuerung Gesundheit)?
 - b. Welche möglichen Anreizwirkungen (z. B. im Hinblick auf Patientensteuerung) ergeben sich daraus?



(Doppelbauer)



Anhang 2: System of Health Accounts

Das System of Health Accounts (SHA) ist ein international harmonisiertes Konzept zur Erfassung von Gesundheitsausgaben. Es wurde gemeinsam von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Eurostat und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt, um die internationale und zeitliche Vergleichbarkeit dieser Ausgaben zu verbessern.

Eine zentrale Unterscheidung innerhalb des SHA besteht zwischen laufenden Gesundheitsausgaben und Investitionsausgaben. Die **laufenden Gesundheitsausgaben** werden auf Grundlage eines konsumbasierten Ansatzes erfasst. Sie messen den Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -leistungen, die unmittelbar zur Befriedigung individueller und kollektiver Bedürfnisse verwendet werden.⁷³ Die Erfassung erfolgt dabei periodengerecht nach dem Zeitpunkt der Leistungserbringung und nach dem Inländerkonzept.⁷⁴ Die laufenden Gesundheitsausgaben können anhand von drei Dimensionen dargestellt werden:

- ◆ Gesundheitsleistungen und -güter (health care functions – HC): Welche Leistungen und Güter werden konsumiert (z. B. kurative Versorgung, Arzneimittel, Prävention)?
- ◆ Leistungserbringer (health care providers – HP): Welche Einrichtungen stellen die Gesundheitsleistungen bereit (z. B. Krankenanstalten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken)?
- ◆ Finanzierungssysteme (health care financing schemes – HF): Wer finanziert die erbrachten Leistungen (z. B. staatliche Systeme, Sozialversicherung, private Zahlungen)?

⁷³ Davon zu unterscheiden sind Vorleistungen, die den Einsatz von Gütern und Dienstleistungen im Produktionsprozess darstellen und somit nur mittelbar der Befriedigung von Bedürfnissen dienen.

⁷⁴ Das bedeutet, dass Gesundheitsgüter und -leistungen, die im Ausland von gebietsansässigen Einheiten konsumiert werden, als Importe in die SHA-Rechnung miteinbezogen werden. Demgegenüber ist der Konsum von Gesundheitsgütern und -leistungen durch Gebietsfremde im Inland (z. B. durch ausländische Touristinnen und Touristen) als Export nicht Teil der Gesundheitsausgaben nach SHA. Als gebietsansässig gelten dabei alle Einheiten, die ihren (wirtschaftlichen) Mittelpunkt in Österreich haben.



Die **Investitionsausgaben** umfassen die Bruttoanlageinvestitionen der Leistungserbringer. Dabei handelt es sich um Kapitalanlagen, die in einer bestimmten Rechnungsperiode hinzukommen und über mehrere Jahre genutzt werden. Dazu zählen beispielsweise Ausgaben für die Anschaffung von medizinischen Geräten, Rettungsfahrzeugen oder digitaler Infrastruktur. Bei der Berechnung der Anlageinvestitionen wird zwischen öffentlichen und privaten Investitionen unterschieden.⁷⁵

Die Berechnung der Gesundheitsausgaben gemäß SHA knüpft methodisch stark an die Buchungsregeln der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) an, insbesondere was die Definition der Konsum- und Investitionsausgaben betrifft. Deshalb wird das SHA häufig als „Gesundheitssatellitensystem der VGR“ bezeichnet. Dabei handelt es sich jedoch nicht um ein vollständiges Satellitensystem, da im SHA lediglich die Konsum- und Investitionsausgaben im Gesundheitswesen berücksichtigt werden und somit nur die Verwendungsseite abgebildet ist. Größen der Entstehungsseite der VGR, wie Produktion, Vorleistungen und Wertschöpfung im Gesundheitswesen, werden im SHA hingegen nicht erhoben.

Informationen zur Höhe der Gesundheitsausgaben sind auch in anderen Ausgabenklassifikationen wie COFOG⁷⁶ und COICOP⁷⁷ verfügbar. Das SHA wurde jedoch speziell zur Erfassung von Gesundheitsausgaben entwickelt und ermöglicht somit eine detailliertere und gesundheitspolitisch ausgerichtete Klassifikation der Gesundheitsausgaben. Außerdem werden im SHA sowohl öffentliche als auch private Ausgaben erfasst, während die anderen Systeme nur öffentliche (COFOG) bzw. private (COICOP) Ausgaben abdecken. Darüber hinaus können unterschiedliche Abgrenzungen zu Abweichungen bei den ermittelten Gesundheitsausgaben führen. Das SHA basiert dabei auf einer vergleichsweise engen Definition der Gesundheitsausgaben. Erfasst werden nur Tätigkeiten, deren primärer Zweck die Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes ist. Ausgaben, die zwar Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, bei denen diese aber nur einen Nebeneffekt darstellen (z. B. Armutsbekämpfung, Gewaltschutz), oder die

⁷⁵ Die öffentlichen Investitionen umfassen dabei neben den Investitionen der Fondskrankenanstalten auch die Investitionen jener Leistungserbringer, die dem Sektor Staat zugeordnet werden und die Ausgaben in der COFOG-Abteilung „07 Gesundheit“ aufweisen. Die privaten Investitionen werden anhand von Ergebnissen der VGR berechnet. Dabei werden die Wirtschaftsaktivitäten Gesundheitswesen sowie Teile des Sozialwesens gemäß ÖNACE 2008 (bis 2024) bzw. ÖNACE 2025 (ab 2025) herangezogen.

⁷⁶ Classification of the Functions of Government.

⁷⁷ Classification of Individual Consumption by Purpose.



eher als Sozialleistungen betrachtet werden können, werden demnach nicht berücksichtigt. Letzteres betrifft vor allem den Bereich der Langzeitpflege und -betreuung.⁷⁸ Weitere Details zum SHA können dem aktuellen [OECD Manual](#) sowie der [Dokumentation von Statistik Austria](#) zu den Gesundheitsausgaben nach SHA entnommen werden.

⁷⁸ Ausgaben für Langzeitpflege sind dabei grundsätzlich Teil der Gesundheitsausgaben gemäß SHA, jedoch nur insoweit es sich um gesundheitliche Leistungen und nicht um soziale Leistungen handelt.



Anhang 3: Anmerkungen zu den Ausgaben der Länder und Gemeinden für Krankenanstalten

Rechnungsabschlüsse der Länder und Gemeinden

Die Interpretation der Zahlungen für die Krankenanstalten auf Basis der von Statistik Austria online zur Verfügung gestellten [Gebärungsdaten der Länder und Gemeinden](#) sowie deren Vergleichbarkeit mit den Werten aus den anderen in Pkt. 4.1.1 genannten Datenquellen werden dabei aus folgenden Gründen beeinträchtigt:

- ♦ Die in den Rechnungsabschlüssen ausgewiesenen Werte beziehen sich auf Zahlungen der Länder und Gemeinden für Krankenanstalten im Allgemeinen. Demnach können diese auch Zuschüsse an nichtlandesgesundheitsfonds-finanzierte Krankenanstalten enthalten.
- ♦ Bei den ausgewiesenen Beträgen handelt es sich um unkonsolidierte Zahlungsströme. Auf Basis der Abschlussdaten können Doppelzahlungen von Mitteln aus anderen Finanzierungstöpfen nicht ausgeschlossen werden. Dies betrifft insbesondere die Auszahlungen der Länder, da beispielsweise die Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden von den Ländern an die LGF ausgezahlt werden.⁷⁹ Mit den vorliegenden Daten konnte zudem nicht genau ermittelt werden, inwieweit die von den Gemeinden gezahlten Beiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung in den Auszahlungen der Länder enthalten sind. Aufgrund der Darstellung der Zahlungen in den Rechnungsabschlüssen dürfte es dabei auch Unterschiede zwischen den Bundesländern geben. So dürften die Gemeinden in Oberösterreich und Kärnten ihre Beiträge an das Land überweisen, welches damit einen Teil seiner insgesamt für die Fondskrankenanstalten geleisteten Zahlungen bedeckt. Dementsprechend wären die Anteile der Gemeinden indirekt in den Auszahlungen der Länder enthalten. Demgegenüber dürften die Beiträge der Gemeinden zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten im Burgenland, in Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg direkt an den jeweiligen LGF überwiesen werden, weshalb im Landeshaushalt nur der Anteil des Landes aufscheint. In der Steiermark und in Wien gibt es keine

⁷⁹ Die Umsatzsteueranteile der Gemeinden werden dabei von den Ertragsanteilen der Gemeinden einbehalten und als Zweckzuschuss des Bundes an die Länder ausgezahlt, welche diesen dann an die LGF weiterleiten.



Probleme durch Doppelzahlungen dieser Zahlungen, da die Betriebsabgangsdeckung dort zur Gänze vom Land bzw. der Gemeinde getragen wird.

- ♦ Insofern die dargestellten Auszahlungen die Fondskrankenanstalten betreffen, müssen diese nicht zwingend über die LGF abgewickelt werden. Länder und Gemeinden können Zuschüsse auch direkt an die Fondskrankenanstalten auszahlen.
- ♦ Auf Basis der Rechnungsabschlussdaten ist es kaum möglich, nur jene Zahlungen zu berücksichtigen, die ausschließlich die Versorgung in den Fondskrankenanstalten betreffen. In manchen Bundesländern werden in den ausgewerteten Haushaltsabschnitten beispielsweise auch die Zahlungen für den Kostenbeitrag der Länder für die stationäre Behandlung der Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten oder die Dotierung des Hospiz- und Palliativfonds erfasst.

Daten gemäß Finanzzielmonitoring

Im Rahmen des Finanzzielmonitoring werden die Aufwendungen der LGF sowie der Länder und Gemeinden für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zahlungen erhoben. Dabei kommt es in den einzelnen Bundesländern zum Teil zu erheblichen Unterschieden zwischen den Aufwendungen des jeweiligen LGF und den Aufwendungen des jeweiligen Landes und seiner Gemeinden. So sind die Aufwendungen des LGF Niederösterreich für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse durchgängig deutlich höher als die vom Land Niederösterreich gemeldeten Aufwendungen des Landes und der Gemeinden. Im Jahr 2024 betrug dieser Unterschied 0,9 Mrd. EUR, zwischen 2020 und 2023 waren es etwa 0,5 Mrd. EUR pro Jahr. Demgegenüber waren die jährlichen Aufwendungen des LGF Wien und des LGF Steiermark in den Jahren 2020 bis 2024 um durchschnittlich etwa 0,6 Mrd. EUR bzw. 0,2 Mrd. EUR niedriger. In den weiteren Bundesländern waren die Unterschiede tendenziell geringer.



Mögliche Erklärungen für diese Differenzen können unterschiedliche Auszahlungszeitpunkte der LGF sowie der Länder und Gemeinden sein (z. B. durch Vorauszahlungen und zeitverzögerte Abrechnungen), was die Zuordnung der Zahlungen zu den einzelnen Jahren beeinflusst. Außerdem unterscheidet sich auch der Umfang der berücksichtigten Zahlungen. Es ist davon auszugehen, dass die Aufwendungen der LGF eher Zahlungen beinhalten, die die Versorgung in den Fondskrankenanstalten betreffen. Demgegenüber umfassen die Aufwendungen der Länder und Gemeinden tendenziell ein breiteres Spektrum von Zahlungen an die Fondskrankenanstalten, die auch direkt an die Krankenanstalten fließen können, ohne über die LGF abgewickelt zu werden. Schließlich wird die Vergleichbarkeit der Zahlungen auch dadurch beeinträchtigt, dass die Verrechnung der Betriebsabgangsdeckung und sonstiger Zuschüsse der Länder sowie die Zahlungen der Gemeinden in den Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet ist.⁸⁰

⁸⁰ Nach Auskunft der GÖG werden in manchen Bundesländern unterjährig laufende Zuschusszahlungen an die Fondskrankenanstalten geleistet. Dadurch fällt der am Ende des Jahres abzudeckende Betriebsabgang geringer aus als wenn dieser einmal jährlich ohne entsprechende laufende Zuschüsse abgedeckt werden müsste. Je nachdem wie die Länder diese laufenden Zahlungen im Rahmen des Finanzzielmonitorings melden, sind diese möglicherweise in den Aufwendungen der Länder und Gemeinden nicht enthalten.



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
Art.	Artikel
Art. 15a B-VG- Vereinbarung OFG	Art. 15a B VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMFWF	Bundesministerium für Frauen, Wissenschaft und Forschung
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLUK	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Klima- und Umweltschutz, Regionen und Wasserwirtschaft
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COFOG	Classification of the Functions of Government
COICOP	Classification of Individual Consumption by Purpose



d. h.	das heißt
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
EUR	Euro
exkl.	exklusive
FAG	Finanzausgleichsgesetz
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
GesRefFinG	Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GRFG	Gesundheitsreformfonds-Gesetz
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
iHv	in Höhe von
inkl.	inklusive
IVF-Fonds	Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation
KAKuG	Krankenanstellen- und Kuranstaltengesetz
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstellenfinanzierung
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pkt.	Punkt(e)
PRIKRAF	Privatkrankenanstellen-Finanzierungsfonds



RSG	Regionale Strukturpläne Gesundheit
RRF	Aufbau- und Resilienzfazilität
SHA	System of Health Accounts
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
Tsd.	Tausend
u. a.	unter anderem
UG	Untergliederung(en)
UKH	Unfallkrankenhaus (Unfallkrankenhäuser)
v. a.	vor allem
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
z. B.	zum Beispiel



Tabellen- und Grafikverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1:	Entwicklung der Staatsausgaben seit 2015	29
Tabelle 2:	Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege seit 2015	32
Tabelle 3:	Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	51
Tabelle 4:	Einnahmen der Kranken- und Pensionsversicherungsträger aus Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen	56
Tabelle 5:	Zahlungsströme im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.....	67
Tabelle 6:	Zahlungsströme im Zusammenhang mit der Bundesgesundheitsagentur.....	70
Tabelle 7:	Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich- Beihilfengesetz für Fondskrankenanstalten	73
Tabelle 8:	Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden.....	74
Tabelle 9:	Einnahmen der Landesgesundheitsfonds aus Kostenbeiträgen	75
Tabelle 10:	Zahlungen der Länder und Gemeinden für Krankenanstalten.....	78
Tabelle 11:	Zahlungen für die Betriebsabgangsdeckung und sonstige Zuschüsse gemäß Finanzzielmonitoring.....	83
Tabelle 12:	Zahlungen für Zuschüsse zu den Fondskrankenanstalten gemäß Krankenanstalten-Berichtswesen.....	84
Tabelle 13:	Zusammenfassung der wesentlichen Zahlungsströme zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten	86
Tabelle 14:	Weitere Zahlungsströme im Zusammenhang mit Krankenanstalten	87
Tabelle 15:	Weitere gesundheitsrelevante finanzielle Verflechtungen mit dem Bundeshaushalt	92



Tabelle 16:	Beihilfen gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz.....	93
Tabelle 17:	Auszahlungen des Bundes für gesundheitspolitische COVID-19-Maßnahmen	94
Tabelle 18:	Zusätzliche Mittel im Rahmen des Finanzausgleich Gesundheit.....	95
Tabelle 19:	Mittel gemäß Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz	98
Tabelle 20:	Fonds gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz	100
Tabelle 21:	Ausgaben für die Krankenhilfe für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher	101
Tabelle 22:	Auszahlungen des Bundes für den Klinischen Mehraufwand.....	102
Tabelle 23:	Ausgaben des Bundes für Forschung und Forschungsförderung im Gesundheitswesen	103
Tabelle 24:	Sonstige Zahlungen des Bundes	105

Grafiken

Grafik 1:	Struktur der österreichischen Krankenanstalten nach Finanzierung über Landesgesundheitsfonds und öffentlicher bzw. privater Trägerschaft	21
Grafik 2:	Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege und Ausgabenobergrenzen	35
Grafik 3:	Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege nach Gesundheitsleistungen und -gütern.....	36
Grafik 4:	Veränderung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern.....	38
Grafik 5:	Kosten und Leistungsindikatoren der Fondskrankenanstalten	39
Grafik 6:	Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege nach Finanzierungssystemen.....	43



Grafik 7:	Veränderung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen.....	44
Grafik 8:	Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege von Bund, Ländern und Gemeinden nach Gesundheitsleistungen und -gütern	45
Grafik 9:	Veränderung der laufenden Gesundheitsausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden nach Gesundheitsleistungen und -gütern	46
Grafik 10:	Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der Sozialversicherung nach Gesundheitsleistungen und -gütern	48
Grafik 11:	Veränderung der laufenden Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung nach Gesundheitsleistungen und -gütern	49
Grafik 12:	Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der privaten Haushalte nach Gesundheitsleistungen und -gütern.....	54
Grafik 13:	Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege der freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung nach Gesundheitsleistungen und -gütern	60
Grafik 14:	Vereinfachte Darstellung der Finanzierung der Fondskrankenanstalten.....	63
Grafik 15:	Wesentliche Zahlungsströme im Zusammenhang mit der Finanzierung der Fondskrankenanstalten	66
Grafik 16:	Anteile der Ausgaben der Länder für Krankenanstalten an den Gesamtauszahlungen	81
Grafik 17:	Anteil der Ausgaben der Gemeinden für Krankenanstalten an den Gesamtauszahlungen	82