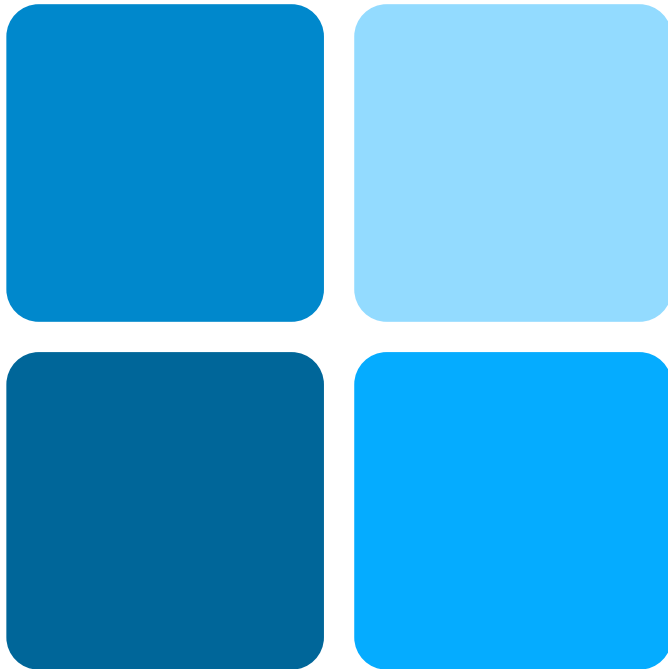


DER ÖFFENTLICHE SEKTOR THE PUBLIC SECTOR



Wa(h)re Gesundheit
Good Health or Health as a Good?

Föderalismus
IFIP-Jahrestagung 2015

On health employment growth and structural
change in care delivery

Ökonomische Effizienz und Wirkungen der EU-
Chemikalienverordnung REACH in Österreich

Beiträge der Akutspitäler zur Regionalwirtschaft in
Österreich

Der gesamtwirtschaftliche Nutzen von 24h-Pflege-
und Betreuungsdiensten im Vergleich zu stationären
Pflegeangeboten.

IFIP-Jahrestagung 2015: Föderalismus.
[R]evolutionäre Perspektiven für Österreich?

Egon-Matzner-Preis für Sozioökonomie 2015

Maria M. Hofmarcher, Eva Festl, Leslie B. Tarver

Denise Zak, Michael Getzner

Gerhard Fülöp

Christoph Gretzl

*Johann Bröthaler, Michael Getzner, Gerlinde Gutheil-
Knopp-Kirchwald, Karin Hiltgartner, Heinrich Neisser,
Helfried Bauer, Anton Matzinger*

Wolfgang Blaas, Armon Rezai

2 | 2015



“Der öffentliche Sektor – The Public Sector”, als Printzeitschrift im Jahr 1975 gegründet, erscheint seit 2015 als elektronische Open-Access-Zeitschrift des Fachbereichs Finanzwissenschaft und Infrastrukturpolitik im Department für Raumplanung der Technischen Universität Wien.

Das zweisprachige Journal lädt zum Diskurs über die Bedeutung und Herausforderungen staatlicher Aufgabenerfüllung, mit besonderem Augenmerk auf die Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichem und wirtschaftlichem Wandel, politischer Steuerung und räumlicher Entwicklung auf unterschiedlichen Ebenen (z.B. Stadtteil, Gemeinde, Region, Nationalstaat, intra- und internationale Ebene). Gleichzeitig sollen verschiedene Rollenmodelle in der Aufgabenverteilung zwischen öffentlichem, privatem und zivilgesellschaftlichem Sektor hinterfragt und diskutiert werden.

In einem multidisziplinären Ansatz werden Fachleute verschiedener Disziplinen angesprochen: Finanzwissenschaft und Fiskalpolitik, Raumplanung, Infrastrukturplanung und -politik, Bodenmanagement und -politik, Ressourcenökonomie, Planungsrecht, Immobilienwirtschaft und Wohnungswesen, Politikwissenschaft, Volkswirtschaftslehre, Stadtsoziologie sowie andere verwandte Gebiete.

“Der öffentliche Sektor – The Public Sector” versteht sich als Wissensspeicher und Kommunikationsplattform zwischen Wissenschaft und Praxis einerseits und zwischen Jungakademiker/innen und erfahrenen Expert/innen andererseits.

Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet, zu dem ein spezifischer “Call for papers” eingerichtet wird. Darüber hinaus werden auch andere geeignete Beiträge aus den oben genannten Themenkreisen veröffentlicht. Die Herausgeber ermutigen insbesondere junge Wissenschaftler/innen, Artikel zur Veröffentlichung einzureichen. Nach Prüfung und Akzeptanz des Abstracts werden alle eingereichten Artikel einer Review durch ein oder mehrere Mitglieder des Editorial Board unterzogen, fallweise werden auch externe Reviewer beigezogen. Es werden keine Autorengebühren eingehoben. Publikationssprachen sind Deutsch oder Englisch.

Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Fachbereich für Finanzwissenschaft und Infrastrukturpolitik, Department für Raumplanung der Technischen Universität Wien; vertreten durch *Ass.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Johann Bröthaler*; Resselgasse 5/2/2, A-1040 Wien, Tel. +43/1/58801-280321
E-Mail: oes@ifip.tuwien.ac.at
Web: <http://www.ifip.tuwien.ac.at>

Schriftleitung:

Univ.-Ass. Dipl.-Ing. Dr. Gerlinde Gutheil-Knopp-Kirchwald
E-Mail: gerlinde.gutheil@tuwien.ac.at
c/o Fachbereich für Finanzwissenschaft und Infrastrukturpolitik, Department für Raumplanung der Technischen Universität Wien, Resselgasse 5/2/2, A-1040 Wien

Layout und Bearbeitung:

Stud.-Ass. Astrid Krisch, BSc
E-Mail: astrid.krisch@tuwien.ac.at

Umsetzung im repositUM:

Dipl.-Ing. Mag. Christian Erlinger-Schiedlbauer, Mag. (FH) Ingrid Haas
Web: <http://repositum.tuwien.ac.at>

ISSN 1563-4604

ISSN 2412-3862 (Internet)

Founded in 1975 and published until recently as a print journal, “Der öffentliche Sektor – The Public Sector” is now presented as an open-access e-journal edited by the Chair of Public Finance and Infrastructure Policy in the Department of Spatial Planning at TU Wien.

The aim of the bilingual journal is to advance the discussion on public intervention in a socio-economic and spatial context, studying the interrelations between economic and social change, policy design and policy impact on different spatial levels. At the same time, it encourages the discussion on role models and co-operation between the public, private and non-commercial sectors.

It follows a multi-disciplinary approach, addressing experts from disciplines and fields such as public economics, urban and regional planning, infrastructure policy, fiscal policy, environmental economics, land use policy and planning, planning law, real estate management and housing economics, political science, urban sociology and other related fields.

“Der öffentliche Sektor – The Public Sector” considers itself as a platform for exchange between science and practice, as well as between young academics and senior experts.

The journal adopts a focused thematic format with specific calls for papers. Each issue is devoted to a particular theme selected by the editorial board. However, papers that fall into the broad research fields mentioned above will also be published. The journal especially encourages young researchers to submit papers. After acceptance of the abstract, all papers will be reviewed by one or more members of the advisory board and eventually also by external reviewers. No open-access or paper submission fees will be charged. Publication languages are English and German.

41. Jahrgang

Heft 2/2015, Dezember 2015

Der Öffentliche Sektor / The Public Sector erscheint zweimal pro Jahr als Open-Access-Zeitschrift unter der Creative Commons-Lizenz CC-BY-NC (non-commercial). Printausgaben können zum Selbstkostenpreis bestellt werden bei:

Rosalinde Pohl
c/o Fachbereich Finanzwissenschaft und Infrastrukturpolitik (E280-3) im Department für Raumplanung der Technischen Universität Wien, Resselgasse 5/2/2, A-1040 Wien
oes@ifip.tuwien.ac.at

Open Access:

Web: <http://oes.tuwien.ac.at>

Druck:

druck.at Druck- und Handelsgesellschaft mbH, Aredstraße 7, A-2544 Leobersdorf, Tel. +43/2256/64131

Bankverbindung:

Technische Universität Wien, Department für Raumplanung
BIC: BKAUATWW, IBAN: AT72 1200 0514 2900 0401
UID: ATU37675002, DVR: 0005886, Handelsgericht Wien

Inhaltsverzeichnis

Editorial	5
On health employment growth and structural change in care delivery <i>Maria M. Hofmacher, Eva Festl, Leslie B. Tarver</i>	7
Ökonomische Effizienz und Wirkungen der EU-Chemikalienverordnung REACH in Österreich <i>Denise Zak, Michael Getzner</i>	19
Beiträge der Akutspitäler zur Regionalwirtschaft in Österreich <i>Gerhard Fülöp</i>	35
Der gesamtwirtschaftliche Nutzen von 24-h Pflege- und Betreuungsdiensten im Vergleich zu stationären Pflegeangeboten. Ein Vergleich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland <i>Christoph Gretzl</i>	45
Themenschwerpunkt der IFIP-Jahrestagung 2015: Föderalismus. [R]evolutionäre Perspektiven für Österreich? <i>Johann Bröthaler, Michael Getzner, Gerlinde Gutheil-Knopp-Kirchwald</i>	65
Öffentliche Aufgabenerfüllung und Reformbedarf aus rechtlicher Sicht <i>Karin Hiltgartner</i>	67
Föderalismus und Demokratie <i>Heinrich Neisser</i>	73
Ökonomische Perspektiven: Neuer Föderalismus gesucht <i>Helfried Bauer</i>	79
Fiskalföderalismus und der Finanzausgleich in Österreich <i>Anton Matzinger</i>	87
Laudatio zur Verleihung des Egon-Matzner-Preises 2015 an Laura de Carvalho und Armon Rezai <i>Wolfgang Blaas</i>	93
Wirtschaftswachstum und die funktionale und persönliche Verteilung von Einkommen – Überblick und neue Erkenntnisse <i>Armon Rezai</i>	95
Die Autor/inn/en	99

Editorial

Die zweite Open-Access-Ausgabe des „Öffentlichen Sektors“ ist gleichzeitig die umfangreichste seit langem: Mit zwei Themenschwerpunkten entspricht sie einer Doppelnummer, auch wenn sie nicht als solche gezählt wird.

Der erste Themenfokus widmet sich der Gesundheitsökonomie. Hier wird aus verschiedenen Perspektiven die Gesundheit als Gut betrachtet, das zwar unbezahlbar ist, für das aber in der einen oder anderen Form sehr wohl tagtäglich bezahlt wird.

Der Beitrag von Hofmarcher, Festl und Tarver blickt in einer internationalen Gegenüberstellung auf das Gesundheitswesen als Gesamtsystem und zeigt strukturelle Optimierungspotenziale auf, die auch aus ganz anderen Bereichen (z.B. Stadtregionale Kooperation, Bildungswesen u.a.) bekannt erscheinen: Interdisziplinäre Teams und integrierte Problembehandlung anstelle von Fragmentierung, Multi-level-Governance und finanzielle Anreize zur Kooperation, Incentives zur Produktivitäts- und Qualitätssteigerung mit Blick auf den „Konsumenten“ (im Beitrag natürlich „Patienten“).

Getzner und Zak analysieren die Wirkungen der EU-Chemikalienverordnung REACH in Österreich. Trotz erheblicher Einschränkungen, was die Datenlage und Quantifizierbarkeit der Nutzeffekte betrifft, stellen sie der Regelung ein positives Zeugnis aus: Die erheblichen positiven Gesundheitswirkungen (geringere Berufskrankheiten, verbesserter allgemeiner Gesundheitszustand) übersteigen die gesamtwirtschaftlichen Kosten.

Fülöp bringt die Diskussion um die österreichische Gesundheitsversorgung in den Raum, indem er die regionalwirtschaftliche Bedeutung der Akutspitäler beleuchtet: Die insgesamt extrem hohe Akutbettendichte ist regional sehr ungleich verteilt. Im Beitrag werden spitalsbezogene „modifizierte Ost-West-Gefälle“ und „regionale Verhaltensmuster“ skizziert und u.a. erklärt, weshalb in strukturschwächeren Regionen die Abhängigkeit von Akutspitälern besonders hoch ist.

Der Beitrag von Gretzl schließlich widmet sich dem immer bedeutender werdenden Thema der Pflege: Mittels der Methode der „Social Return of Investment Analyse“ (SROI) vergleicht er die gesamtwirtschaftlichen Effekte der 24h-Pflegedienste zu Hause mit stationären Angeboten (Pflegeheim). Spannend sind die regional unterschiedlichen Ergebnisse für Wien, Niederösterreich und Burgenland, was das jeweils zu bevorzugende System wäre. Die Erkenntnisse fanden auch die höchste Anerkennung der Expertenjury des BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, die den Autor für seine Diplomarbeit mit dem Wissenschaftspreis für JungakademikerInnen auszeichnete.

Der zweite Teil des Hefts dokumentiert die mittlerweile schon traditionelle IFIP-Jahrestagung, die in diesem Jahr zum Thema „Föderalismus – (R)evolutionäre Perspektiven für Österreich?“ an die TU Wien eingeladen hat.

Kann man im Zusammenhang mit dem Föderalismus in Österreich überhaupt von Revolutionen, Evolutionen oder Perspektiven sprechen? Die Vortragenden Karin Hiltgartner, Heinrich Neisser, Helfried Bauer und Anton Matzinger taten dies, und zwar aus vier verschiedenen Blickwinkeln: aus rechtlicher, demokratiepolitischer, finanzwissenschaftlicher und spezifisch fiskalischer Sicht.

Lesen Sie ihre Ausführungen nach und beurteilen Sie selbst, welch evolutionäres (oder revolutionäres) Gestaltungspotenzial im Zusammenspiel von Bund, Ländern und Gemeinden stecken würde, wenn der politische Wille vorhanden wäre. Und sogar bei letzterem zeigt sich der eine oder andere Lichtblick...

Den Abschluss der Tagung – und auch dieser Ausgabe des Öffentlichen Sektors – bildet die Verleihung des Egon-Matzenner-Preises für Sozioökonomie 2015. Der Preis ging an Laura de Carvalho und Armon Rezai für ihre profunde und hochaktuelle Arbeit über Einkommensverteilung und gesamtwirtschaftliche Nachfrage. Herzliche Gratulation!

Abschließend darf ich Ihnen, auch im Namen des Redaktionsteams und des Editorial Board, ein frohes Weihnachtsfest, erholsame Feiertage und alles Gute für 2016 wünschen!

Gerlinde Gutheil-Knopp-Kirchwald

On health employment growth and structural change in care delivery

Maria M. Hofmarcher^{1,2}, Eva Festl², Leslie B. Tarver²

1 Corresponding author. HS&I Health System Intelligence and Medical University Vienna, A-1080 Wien, Josefstädterstraße 14/60, +4314022724, maria.hofmarcher@healthsystemintelligence.eu

2 This research was largely accomplished at the European Centre of Welfare Policy and Research where all three authors worked until recently. We are grateful to Norbert Gruber who contributed to an earlier version of the paper and to Katharine Schulmann for helpful comments. The paper benefited from invaluable comments by members of the European Health Policy Group during the Spring meeting of the group in April 2012.

Abstract

While rising costs of healthcare have put increased fiscal pressure on public finance, job growth in the health sector has had a stabilizing force on overall employment levels – not least in times of economic crises. At the same time productivity of this growing health work force has not tapped its full potential yet. Policy measures have emerged that focus on enhancing the productivity of the health labor force through structural reform. New forms of better-aligned care models appear promising to improve efficiency and quality in the health system while addressing fractured service delivery. This fragmentation increasingly becomes a barrier to improved performance especially as chronic care demands are growing. The long-term stability of the health system will require new care delivery models that better utilize a growing health work force. We identified three aspects, which might be promising in this respect. First, greater leadership and good governance on the central government level seems to be a prerequisite to initiating consistent and strategic change of care delivery. Second, financial incentives are indispensable in order to promote multidisciplinary delivery models that re-define the roles of health professionals. Finally, care delivery likely fosters both quality and productivity when payment schemes are reformed towards bundled payments on the basis of episodes.

Keywords: health workforce, productivity, delivery models

Introduction

Health policy is increasingly a concern of economic policy. The labor force is the most important input in any health care system. In recent decades job growth in the health and social care sector has even over-compensated for job reductions in industry and manufacturing in many EU countries (Eurostat 2015). Yet employment growth in health and social care sectors is likely to accelerate further. First, on-going technological progress including digitalization will attract high-skilled labor into this sector. Second, emerging chronic care needs require more and diverse labor inputs to meet a broad range of care demands. Thus social and health care sectors may provide employment opportunities in times where unemployment levels resulting from recessions remain high and where, in advanced economies, an overall shift in the labor force from manufacturing to service sectors is taking place. Even though there is some evidence that the health sector suffers from “Baumol cost disease” (Baumol 1993; Hartwig 2008; Hartwig 2011) recent analysis shows that this effect on health expenditure growth is rather moderate if existing at all (Colombier 2012; Medeiros/Schwierz 2013). This suggests that policy measures may well be effective in lifting labor pro-

ductivity. We define labor productivity as output per hour. By convention the volume measure of output is measured either by gross domestic product or by gross value added; labour input is measured either by the total number of hours worked of all persons employed or total employment, often head counts. In health care labor productivity is calculated as the growth in medical services over the growth in the labor input (Triplett 2012, see also footnote 2).

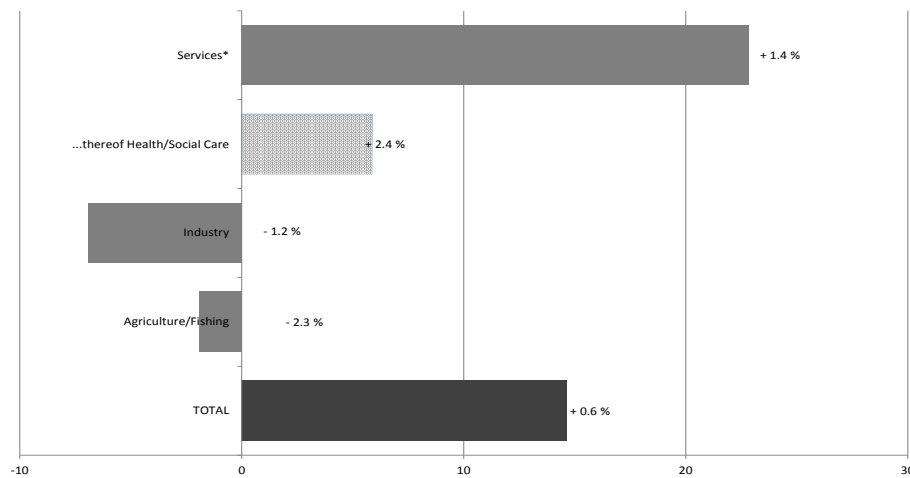
The objective of this paper is to outline the nexus of the impact of health sector employment growth on economic performance and key policy areas that appear promising in enhancing productivity of a growing health work force. First, we look at employment trends in Austria, Belgium, Denmark, Germany, France, The Netherlands, Sweden and Switzerland between 2000 and 2014 using Eurostat data (Eurostat 2015).¹ We infer from these trends that the importance of labor productivity enhancing policy measures in care delivery should be addressed. Thus, secondly the paper illustrates areas whe-

1 The selection of countries was made to ensure a mix of high-income European countries with high levels of social and health protection. We do not classify health care models as traditional boundaries between tax-financed versus social health insurance approaches have become increasingly blurred (OECD 2010a).

re policies should be developed. This is done through a literature survey. We found that good governance at the central government level, financial incentives to promote multidisciplinary delivery models and episode-based payments have potential to promote the performance of a growing health labor force. This paper does not aim to evaluate delivery models in detail. It uses a conceptual model to sketch the impact of employment growth in health and social care and intends to stimulate discussion on the nexus between employment growth and health labor productivity by highlighting policy measures which appear promising in improving health system performance.

Health employment and labor market trends

In 2014 EU-15 countries employed 21 million people in the social and health care sector (Eurostat 2015). Between 2000 and 2014 employment in this sector has risen by 5.9 million corresponding to an increase of 39 percent, almost double the rate of growth observed in the service sector (22 percent). In contrast and in the same period employment in industry went down as a whole almost everywhere generating job losses on the order of 6.9 million (Figure 1). Consequently, the share of employed persons in the health and social care



* other service categories' growth: wholesale and retail trade (+0.3), transport, storage and communications (+2.6), hotels and restaurants (+2.0), financial intermediation (+0.1), real estate, renting and business activities (+2.5), public administration and defense; compulsory social security (+0.1), education (+1.7), other community, social and personal services activities (0.3), activities of private households as employers and undifferentiated production activities of private households (+2.3), extraterritorial organizations and bodies (1.5)

Sources: EUROSTAT, NACE rev1.1 and 2, own calculations 2015, EUROSTAT data report head counts of employment per economic activity (NACE). The classification of rev 1.1 of the NACE was revised to become NACE rev 2 as EU-standard from 2008 on. While in NACE rev 1.1 Section N reports employment in "Health and social work", the corresponding section NACE rev 2 is Q reporting employment in "Human Health and social work activities". The revision excludes veterinary services and as previously also excluded, public administration including employees of compulsory social security.

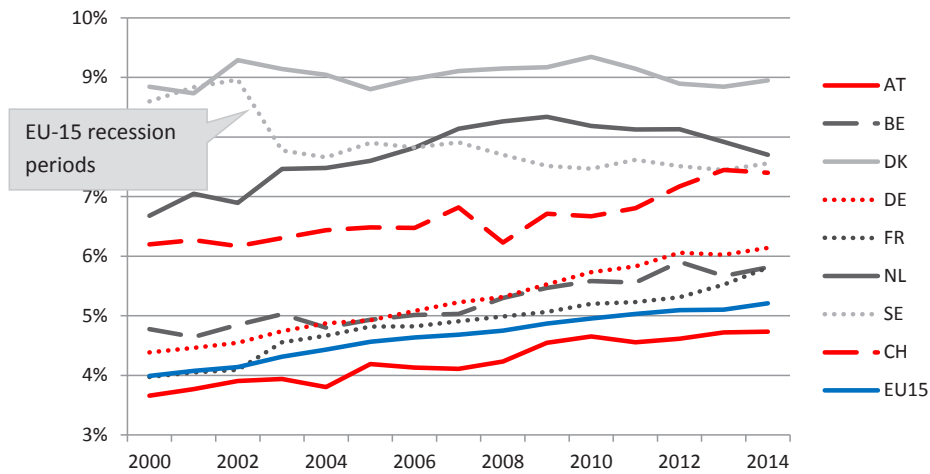
Sources: EUROSTAT, NACE rev1.1 and 2, own calculations 2015

Fig. 1. Employment according to economic activity, absolute change in millions 2000-2014, EU-15

sector in total employment rose across Europe (EU-15) from 9.5 percent to 12.1 percent between 2000 and 2014, on a per-100-capita basis the increase was from 4 health and social care workers to over 5 in 2014, Figure 2.

Labor endowment of the health and social care sector measured in head counts shows a wide dispersion across countries, ranging from 5 health professionals per 100 capita in Austria to almost 9 per 100 capita in Denmark in 2014, Figure 2. When looking at the composition of the health and social

work force, human health activities, i.e. activities related to hospitals as well as medical and dental practices, still comprised by far the largest share of the health and social care labor force in EU-15 countries in 2014 (55%), see Figure 3. However, while labor inputs in the human health activities are less varied across countries, between 2008 and 2014 labor input growth has shifted towards residential care activities and social work as indicated by Figure 3. With ongoing specialization in medicine in parallel to emerging chronic care needs, these occupations become increasingly important in

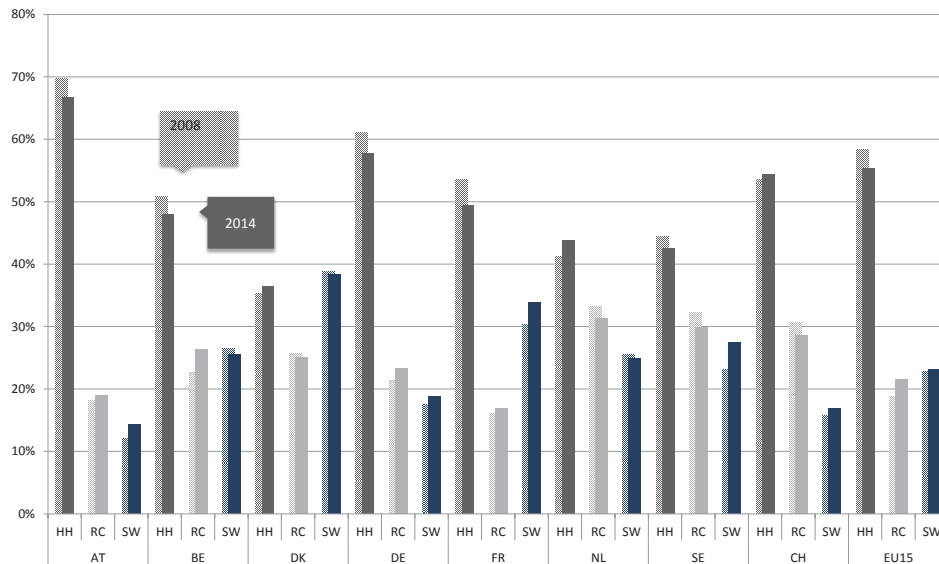


Recession as defined in Table 1

Sources: EUROSTAT, NACE rev. 1.1 and 2, own calculations 2015, EUROSTAT data report head counts of employment per economic activity (NACE). The classification of rev 1.1 of the NACE was revised to become NACE rev 2 as EU-standard from 2008 on. While in NACE rev 1.1 Section N reports employment in "Health and social work", the corresponding section NACE rev 2 is Q reporting employment in "Human Health and social work activities". The revision excludes veterinary services and as previously also excluded, public administration including employees of compulsory social security (Fineberg 2012).

Data on real GDP growth for 2014 not available as of August 2015

Fig. 2. Employment in health and social care per 100 capita (2000-2014)



HH: human health activities, RC: residential care activities, SW: social work activities without accommodation

Sources: EUROSTAT, NACE and 2, own calculations 2015, EUROSTAT data report head counts of employment per economic activity (NACE). NACE rev 2 Q reports employment in "Human Health and social work activities". The revision excludes veterinary services and as previously also excluded, public administration including employees of compulsory social security.

Fig. 3. Categories of employment in health and social work, % of total (2008-2014)

delivering comprehensive quality care that is coordinated between health, long-term and social care. Thus we use the total number of health and social work employees in looking at growth patterns as displayed in Table 1.

Between 2000 and 2014, job growth in health care and social work has not only outpaced employment growth in the economy as a whole but also in individual service sector divisions. Figure 1 and Table 1 present growth rates of employment in the health and social work sector, the service sector and the economy as a whole for our selection of EU countries and Switzerland. Yet, the pattern is not always consistent: With the exception of Denmark and Sweden the average growth of health sector employment is outpacing the respective growth in the service sector and in the overall economy. However, in general the growth pattern in particular in the area of social work and residential care is volatile when compared to the service sector and to the economy as a whole. While this is sometimes due to “outliers”, the variation of health employ-

ment growth remains strong even when excluding outliers.

For most countries considered the trend of constant employment growth in the health and social work sector holds true even when years of crisis are considered: While in 2009 employment continued to decline globally, particularly in manufacturing, transportation as well as in wholesale & retail trade (ILO 2010), employment continued to grow steadily in the health sector (Zeballos/Garry 2010; WHO 2009; OECD 2010b). In every country but Sweden and Denmark – the two countries with the highest health and social sector employment per capita – the health and social work sector has added jobs since 2000, even in years of sluggish growth: On average in EU-15 countries 3.4 % jobs were added per year during the first slowdown from 2002 to 2003, 2.4% during the second (2008 to 2010) and 1.4% since 2012. Thus, our data confirm the permanence of health sector employment growth even when the economy loses steam (EC 2010).

Tab. 1. Growth in health and social care employment 2000-2014

		Growth rates and dispersion						Real GDP <2% §
		Average	Min	Max	Variance	SD	#Outliers **	
AT	Services	1.3	-0.3	3.9	1.5	1.2		2001-03, 2008-10, 2012-13
	Health/social work	2.2	-2.8	11.0	11.9	3.5		
	All sectors	0.8	-3.7	3.9	2.8	1.7	1	
BE	Services	1.4	-0.8	4.0	1.7	1.3		2001-03, 2005, 2008-09, 2011-13
	Health/social work	2.6	-4.0	8.4	12.5	3.5		
	All sectors	0.9	-2.0	3.3	1.8	1.3		
DK	Services	0.8	-1.3	4.0	2.3	1.5		2001-03, 2007-13
	Health/social work	0.4	-2.4	6.7	5.3	2.3	1	
	All sectors	0.0	-2.9	1.9	1.8	1.3		
DE	Services	1.4	-1.0	4.7	1.7	1.3		2001-05, 2008-09, 2012-13
	Health/social work	2.3	-0.3	4.3	1.3	1.1		
	All sectors	0.7	-1.3	2.5	1.2	1.1		
FR	Services	1.7	-0.4	3.8	1.7	1.3		2001-03, 2005, 2008-10, 2012-13
	Health/social work	3.3	0.8	12.1	7.1	2.7	1	
	All sectors	1.1	-1.0	3.0	1.4	1.2		
NL	Services	1.0	-4.1	7.2	8.7	3.0		2001-03, 2008-13
	Health/social work	1.8	-2.3	8.8	10.2	3.2		
	All sectors	0.5	-2.6	3.4	2.5	1.6		
SE	Services	1.7	-0.5	6.3	2.4	1.6	1	2001, 2008-09, 2012-13
	Health/social work	-0.4	-12.9	3.6	14.9	3.9	1	
	All sectors	1.1	-2.0	5.2	2.5	1.6		
CH	Services	1.7	-4.6	6.6	5.6	2.4		2001-03, 2009, 2011-13
	Health/social work	2.4	-7.4	9.1	13.8	3.7	1	
	All sectors	1.1	-0.1	2.6	0.6	0.8		
EU-15	Services	1.5	-0.2	2.8	0.9	1.0		2002-03, 2008-09, 2011-13
	Health/social work	2.3	0.6	4.8	1.0	1.0		
	All sectors	0.7	-1.8	2.0	1.2	1.1		

AT: Austria, BE: Belgium, DK: Denmark, DE: Germany, FR: France, NL: The Netherlands, SE: Sweden, CH: Switzerland

*Defined as persons aged 15 and over who performed work, even for just one hour per week, for pay, profit or family gain during the reference week

** using the Grubb's test

§ We define economic slowdowns or recessions as occurring when in any single year per capita GDP falls below a real annual growth rate of 2 percent, which corresponds to recent long-term forecasts (Duval et al 2009); no seasonal adjustment

Source: EUROSTAT, own calculations 2015, EUROSTAT data report head counts of employment per economic activity (NACE). The classification of rev 1.1 of the NACE was revised to become NACE rev 2 as EU-standard from 2008 on. While in NACE rev 1.1 Section N reports employment in “Health and social work”, the corresponding section NACE rev 2 is Q reporting employment in “Human Health and social work activities”. The revision excludes veterinary services and as previously also excluded, public administration including employees of compulsory social security.

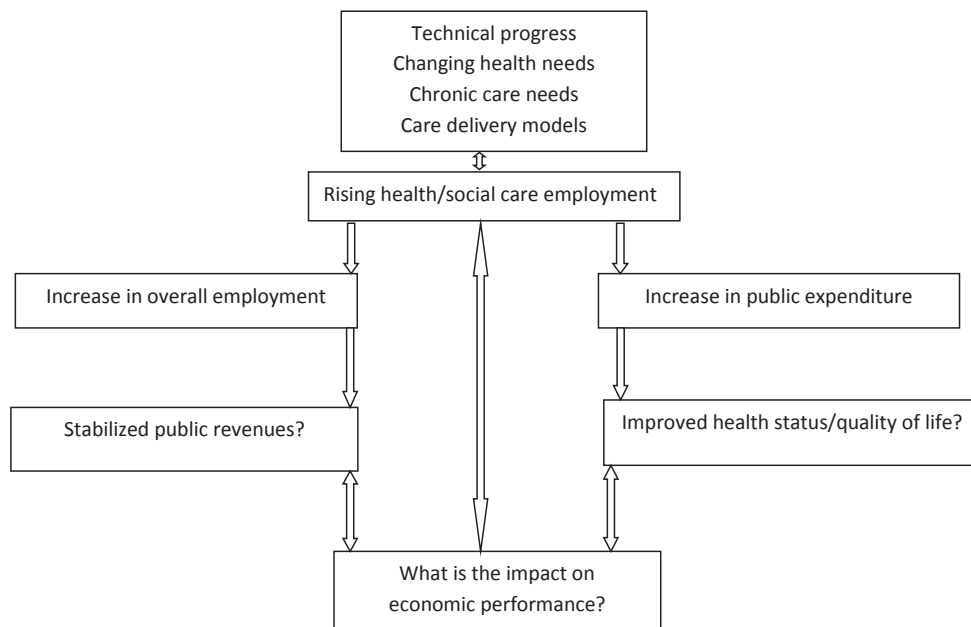
Data on real GDP growth for 2014 not available as of August 2015

Health employment and public spending

In European countries health and many social services are predominately financed and delivered in the public sector (OECD 2010a). Rising employment in health and social care contribute strongly to the pressure on public spending through an increasing wage bill. Even though wage increases only account for a small fraction of health expenditure growth (Colombier 2012), labor costs constitute the greatest proportion of current health spending. Estimates suggest that in many countries this is between 60 and 80 % (Buchan 2000), for the US it has been estimated to be 56 % (Kocher et al 2011). Health sector wages are largely administratively fixed and in many countries relatively equal across geographical areas (e.g. in the UK) (Hall et al 2008; Buchan/Black 2011). Thus, health sector wages and incomes are unlikely to vary substantially throughout business cycles. Further, increasing unification of the health labor force may also contribute to that

observation and help attract skilled labor in this sector (The Economist 2013). This in turn adds to the stabilization of public revenues if gainful employment consistently grows and over-compensates job losses in other economic activities. The OECD Ministerial Committee 2010 recognized that the health sector is an important social and economic stabilizer during times of crisis (OECD 2010d) even though health spending growth in excess to GDP growth contributes significantly to government debt in many OECD countries (OECD 2010b).

While much of the spending increases up to the early 1990s were often expansionary with regard to achieving full coverage or improving access to care (Buchan 2000), excess growth of health expenditure is largely attributed to technical progress (Smith et al 2009; EC 2009), higher unit prices (Aaron/Ginsburg 2009) and institutional factors (Buchan 2000) including a lack of evidence-based care delivery (Maynard 2008). In light of rapid technical progress and population aging care delivery models need to be re-engineered to permit for cost effective higher value care through enhanced labor productivity.



Sources: Authors 2013

Fig. 4. A stylized overview of the impact of health sector employment growth on the economy

Health employment, technical progress and improved health

The health and care sectors employ a significant and growing number of people of diverse skills and qualifications. Further, it creates demand for a number of industries, e.g. pharmaceuticals, ICT, diagnostic and imaging equipment, biotechnology, etc. These industries are associated with frontline knowledge, research and innovation and the development of high-tech products. Medical technology for improving

health and quality of life in particular for the elderly increasingly replaces costly clinical interventions with genetically engineered drugs and treatments, targeting the molecular basis of disease. Modern stroke therapy offers a good example here (Pardes et al 1999). Investment in biomedical technology in and of itself is an important engine of growth (EC 2010), possibly compensating for increased resources needed in the social and health care sector. Moreover, the final output of the health care sector – ensuring a healthy population – will impact the productive capacity of the workforce in general and thus has consequences across all sectors of the economy (Costa/Kahn 2003; Suhrcke et al 2005; Triplett 2012).

Adoption and widespread use of technology which is often

complementary rather than substitutive is generally accepted as an important determinant of the performance of the health sector (Gerdtham/Jönsson 2000; Ginsburg 2008; Dybczak/Przywara 2010; Weisbrod 1991; Newhouse 1992; Moise 2003). In particular, a growing number of chronically ill people will increasingly use “half-way technologies”. For example, half-way technologies are increasingly used to stabilize health states or improve quality of life for patients with a given disease which cannot be cured, e.g. cancer, HIV-AIDS. Half-way technologies are thus more often cost enhancing than cost containing (Weisbrod 1991). However, improvements in the quality of life often remain hidden in performance assessments of health systems. Indeed, scholars have shown that while new technology for treating disease generally increases expenditure, the benefits of improved interventions may outweigh the extra costs (Cutler/Richardson 1997; Cutler et al 1998).

Health employment and performance

Trends in aggregate labor input conceal considerable diversity by type of labor employed (Figure 3). Many countries are currently facing a shortage of health professionals, and without an adequate number of staff, a country’s ability to improve its performance will be impaired (EC 2004; Dubois et al 2004). Equally important is that the labor force possesses the necessary skills (Knai et al. 2008), particularly in the face of increasing chronic care management needs (EC 2010; Dubois et al 2004; Schoen et al 2011) and specialist skills needed as a consequence of rapid technology adoption (EC 2008).

Labor productivity and efficiency in the health and social work sector have a large impact on the performance of economies as a whole. Even if disease cannot be cured to fully restore the health of individuals, quality of life improvements through effective treatment and care is welfare enhancing (Athonen 2013). Yet, and as Figure 4 suggests, the impact of counteracting effects is largely unknown and evidence of the contribution of the health and social care sector employment to overall productivity is patchy and often negative (Kocher et al 2011). On balance, health volume output should be measured as the quantity of health services provided to individuals with an adjustment for new products or services and quality change and not as the quantity of inputs used to produce these services (O’Mahony/Timmer 2009; Schreyer 2012).² While there are many important initiatives to capture the impact of technology on improved health and higher quality of life (OECD 2010c; Nordhaus 2003; Castelli et al 2007; Hollingsworth 2012), no international standards have been established to improve productivity estimates in this area (Triplett 2012).

2 As a predominately public sector area unresolved measurement issues prevail in health and social care. The main problem in measuring output relates to the lack of market prices that allow aggregation across diverse outputs, in addition to the need to incorporate quality improvements. Typically, in the past, nominal output was measured by wages, sometimes including an imputation of capital costs. If output is measured by inputs, productivity growth should be zero by definition. More recently there has been a move to employ quantity indicators to measure volumes of output (Schreyer 2012).

Recent empirical research has confirmed that the “Baumol cost disease”³ applies to the health sector (Hartwig 2008; Hartwig 2011). However, developments of health care expenditure were found to be largely quantity driven, suggesting that the Baumol’s cost disease effect diminishes with adequate specifications of variables commonly used to show the Baumol effect (Colombier 2012). Thus considerable uncertainty prevails on the magnitude of this effect (Medeiros/Schwierz 2013). In turn this implies that policy measures are likely effective when they target the rapid expansion of technology, e.g. digitalization of care processes, assessing additional benefits of health technology and importantly by enhancing health labor productivity that is directed towards increasing the value of care (Cutler/McClellan 2001; Cutler 2004).

If the health care sector is to achieve even the average gain of labor productivity that other sectors in developed economies have experienced, care delivery models need to be redesigned fundamentally using a different quantity and mix of workers engaging in a much higher value set of activities (EC 2010; Kocher et al 2011; Swensen et al 2010). The introduction of new technology requires health workers to be properly trained and educated (EC 2008). Moreover, it is necessary to gain the acceptance of the health workforce for its use, which may sometimes disturb established working methods and structures. In particular, attention needs to be given to investment in change management, an often-neglected area for leveraging productivity gains in care delivery (Berwick 2003).

Some aspects of delivery models appear promising for enhanced health labor productivity

Our data showed that health and social care employment growth is strong in many countries even in times when economic performance is weak. And recent empirical evidence indicates that policy measures may well be effective in lifting labor productivity (Colombier 2012; Medeiros/Schwierz 2013). Improving health system performance depends on a fundamental shift in healthcare delivery towards better aligned care that promotes collaboration and coordination across specialties with an increased emphasis on multi-disciplinary care teams (Bodenheimer et al 2009; Hofmarcher et al 2007). Recent reform initiatives hint to the potential of a set of measures, which appear promising in this respect. For example, Denmark has shown national leadership in developing an integrated care strategy; Germany has been successful in tying financial incentives to integrated care reforms, and the Netherlands has introduced payment reforms to address

3 Baumol’s cost disease model would predict that wages in labor-intensive service sectors like in health care increase in line with the rate of productivity growth of other more progressive sectors, e.g. manufacturing, even if their jobs have shown no productivity gains themselves. While unit costs of the more progressive sectors remain constant over time, unit costs of “Baumol sectors” rise with the difference in the rate of productivity growth between the two sectors, leading to an ever-increasing GDP share spent on health (Baumol 1993).

fragmentation in care delivery and promote multi-disciplinary care teams.

National leadership to promote better balanced care

Given fragmented jurisdictions that afflict most health systems, national leadership and good governance is essential to achieve better balanced care across the health system (Hofmarcher et al 2007; Ham et al 2011). In Denmark, leadership from the federal government has led to an integrated strategy between stakeholders at the central, regional and provider level to support coordinated care models for chronic disease (Frølich et al 2008). Although primary responsibility for provision of services is at the regional level, the Danish National Board of Health played a central role in coordinating and negotiating coordinated care agreements with regional officials and medical providers. The central government co-financed health services with municipalities to increase preventive services, provided a financial incentive to general practitioners for diabetes disease management and promoted quality improvement through benchmarking incentives. In addition, eighteen chronic disease health centers were implemented focusing on inter-sectoral cooperation with the local health and social administration (Frølich et al 2008; Frølich et al 2010; Vrangbaek 2009).

Similar reforms have been attempted in other countries but lack strong federal backing to ensure widespread adoption of coordinated care delivery. The crucial role played by the Danish leadership was in negotiating a policy solution with key stakeholders such as regional authorities and health professionals, to ensure they are co-owners of the strategy (Vrangbaek 2009).

Financial incentives to coordinated care delivery

Improved labor productivity likely depends on financial incentives and payment reforms that reward coordinated, multi-disciplinary care (Ham et al 2011; Busse et al 2010; Korda/Eldridge 2011; Landon 2012). Given poor alignment of incentives, providers and insurers have resisted coordinated care initiatives, and reforms have had variable uptakes in most countries. In Germany, however, integrated care initiatives have achieved widespread implementation by linking financial incentives with participation in integrated care programs (Busse 2004). Due to financial incentives to engage in integrated care contracts, integrated care contracts increased from only 600 to more than 6000 between 2005 and 2008, with approximately four million patients treated under integrated care contracts. German disease management programs (DMPs) were also well accepted due to the attachment of risk equalization to participation in DMPs, which promoted enrollment of chronic disease patients (Schlette et al 2009). In 2009 almost six million patients were enrolled in DMPs and approximately 60-75% of eligible family physicians participated. Since 2009, participation of patients in DMPs is no longer tied to the risk equalization scheme however health insu-

rance funds still receive a uniform flat rate for every DMP patient (OECD 2010b; Nolte et al 2012). Other countries are starting to introduce similar financial incentives to improve coordinated care delivery. As part of recent U.S. Medicaid reforms, the federal government has agreed to match state contributions up to 90% for the first two years for designating enrollees with at least two chronic conditions in a care home (Thorpe/Ogden 2010).

Payment methods that reward quality and efficiency in care delivery

Payment reforms are also important levers to promote care coordination and improved care delivery. Replacing fee-for-service with prospective payment is a key step to re-organizing care and encouraging providers to collaborate and take on shared responsibility for quality and costs (Crosson 2009; Korda/Eldridge 2011) including measures to reward the reduction of unnecessary services (Blumenthal 2012).

Various forms of prospective payment reform are currently under debate in most industrialized countries, with a focus on combined payments for providers of care episodes that cross inpatient and outpatient settings (Brantes/Camillus 2007; Davis 2007; Cortese/Smoldt 2006; Rosen et al 2011; Culter/Ghosh 2012; Ham et al 2011). These initiatives are an important prerequisite for improved productivity analysis (Triplett 2012).

The Netherlands have been a leader in initiating a bundled payment scheme, which was approved in 2010 for nationwide implementation for diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, and vascular risk management (Busse/Stahl 2004; Bodenheimer 2007). In the new payment scheme, health insurers contract with a "care group" formed by multiple providers. The care group is responsible for delivering and funding care for all assigned patients and the fee for the bundle of services is freely negotiated by insurers and care groups. In addition, care groups are expected to follow quality criteria for patient services covered in the bundle (Groenewegen 2009; Struijs/Baan 2011). Initial results of the bundled payment system are promising for enhanced quality and efficiency of care delivery. Care coordination among care providers improved, as well as protocol adherence, and multidisciplinary consultations. Transparency of care also increased, permitting more performance benchmarking and providing information for quality improvement in care groups (Struijs/Baan 2011).

There are still challenges with bundled payment schemes. Insurers may attempt to limit care in order to contain costs (Struijs/Baan 2011; Busse/Stahl 2004). Implementing bundled payment is also complex, especially when assigning responsibility for performance and when patients receive treatment from multiple caregivers. Despite these challenges, estimates indicate that it is possible to achieve substantial health care savings by moving from a fee-for-service model to bundled payments for episodes of care (Cutler/Ghosh 2012). In addition, several studies show that bundled, value-based payment reforms create strong incentives for delivery reforms focusing on service integration, care coordination and stimulate

multidisciplinary care teams (Thorpe/Ogden 2010; Struijs/Baan 2011).

Multi-disciplinary care and re-defined professional roles

Finally, in addition to structural changes in care delivery re-defining professional roles and promoting changes in staff mix are essential to enhance workforce productivity. Multidisciplinary clinical teams have shown to produce clinical outcomes superior to those achieved by “usual care” arrangements (Bodenheimer 2007; Campbell et al 2001; Sylvia et al 2008). Integrated care delivery models have shown that sustainable healthcare value is dependent on reducing or automating care processes and appropriately delegating to lower-cost but capable staff (Paulus et al 2008). Promoting changes in staff-mix in primary care can also substantially contain costs of care (Naylor/Kurtzman 2010; Bodenheimer et al 2009). Payment reform must reward services provided by non-clinician team members and provide incentives for collaborative team models (Mitchell et al 2012). Only when payments specifically remunerate coordination activities (Leichsenring et al 2004) and acknowledge that care coordination is a professional task in its own (Davis 2007) will team-based care become a reality. One of the most essential but also most challenging tasks is re-defining professional roles and expanding the scope of work (Leutz 1999; Bodenheimer et al 2009). To address these issues, the promotion of a „shared culture“ in teams has been found to mitigate some of the resistance of medical providers towards multidisciplinary work (Hofmarcher et al 2007).

Multi-professional team-based care is gaining momentum as a strategy to improve outcomes, continuity, and effectiveness of health care from primary care to acute, hospital-based tertiary settings. To achieve a successful and sustainable health system it is crucial to implement a variety of measures simultaneously (Fineberg 2012): re-engineering care delivery and re-forming payment to promote multi-disciplinary team models must complement prevention, health IT and evidence-based decision making, which are all essential to enhancing higher-value health care and the long-term stability of the health system.

Conclusion

Trends in productivity and efficiency in health and social care sectors have a large and increasing impact on economy-wide performance, such as the level of public spending, the allocation of public revenues to various areas of public spending and competitiveness through its impact on labor costs.

Even though not always consistent, we found strong employment growth in the area of health and social care, also during times of economic slowdowns. We argued that there is much potential for policy makers to contain public health spending growth by enhancing labor productivity of a growing health and social care labor force. Although important initiatives are underway to improve productivity measurement in the area of health, international standards to measure productivity are required. At the same time early experiences from

new delivery models that are currently being implemented and / or piloted point to the potential of enhanced labor productivity. In this context we identified three promising areas. First, greater leadership and good governance on the central government level seems to be conditional to initiate consistent and strategic change of care delivery. Second, financial incentives are indispensable to promote multidisciplinary delivery models, which re-define the roles of health professionals. Finally, care delivery appears to foster both quality and productivity when provider payment is bundled and reformed to reward teamwork.

While this paper has sought to highlight the growing economic importance of the health and social care sector it is only a starting point for further analysis of the nexus of a vigorous health labor market and needed structural changes in health care delivery. Fueled by technical progress often in response to changing health needs delivery models need transformation to raise the productive potential of a growing health workforce especially in light of challenges and missing standards to measure productivity in this area.

First, more analysis is needed to explain differences in the health labor endowment across EU countries which are likely caused by the impact of the underlying welfare model, e.g. the issue of primacy of family versus government responsibility. Second, little is known about the optimal input mix, in particular about the optimal labor input mix in health systems, a fact that complicates productivity analysis beyond conventional measurement issues. Third, the measurement of productivity in the health sector should take into account the full skill range of the “high tech” labor force which is currently classified in other economic activities, e.g. IT industry, imaging but also bioengineering and scientific research and development in this area. Finally, more rigorous evidence of performance improvements through the key delivery model reforms described in the paper is needed to make them true conditions for productivity enhancement of the health labor force.

References

- Aaron H, Ginsburg P. Is health spending excessive? If so, what can we do about it? *Health Affairs*. 2009;28 (September/October):1260-1275 doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1260.
- Ahtonen A. Economic governance: helping European health-care systems to deliver better health and wealth. Policy brief of the European Policy Centre May 2013. Brussels: European Policy Centre; 2013.
- Baumol WJ. Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice, *Public Choice*. 1993;77(1), 17-28.
- Berwick DM. Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*. 2003;289(15):1969-1975. doi:10.1001/jama.289.15.1969.
- Blumenthal D. Performance Improvement in Health Care – Seizing the Moment. *NEJM*. 2012;(April). doi:10.1056/NEJMp1203427.
- Bodenheimer T, Chen E, Bennet H. Confronting the Growing Burden of Chronic Disease: Can the U.S. Health Care Workforce do the Job? *Health Affairs*. 2009;28(1): 64-75.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving prima-

- ry care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002 Oct 9; 288(14):1775-9.
- Bodenheimer T. Building Teams in Primary Care: Lessons learned. Report prepared for the California Health Care Foundation, July. Oakland, California: California Health Care Foundation; 2007.
- Brantes F, Camillus J. Evidence-informed case rates: A new health care payment model. Report of The Commonwealth Fund, April. New York: Commonwealth Fund; 2007.
- Buchan J, Black S. The impact of pay increases on nurses' labour market: A review of evidence from four OECD countries. *OECD Health Working Papers*. 2011;57.
- Buchan J. Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy and Planning*. 2000;15(3): 319-325.
- Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. *European Observatory on Health Systems and Policies, Series No 20*; 2010.
- Busse R and Stahl J. Integrated Care Experiences And Outcomes In Germany, The Netherlands, And England. *Health Affairs*. December 2004.
- Busse R. Disease Management Programs In Germany's Statutory Health Insurance System. *Health Affairs*. 2004.
- Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323:1-6.
- Castelli A, Dawson D, Gravelle H, et al. A new approach to measuring health system output and productivity. *National Institute Economic Review*. 2007;(April): 105-107 doi: 10.1177/00279501072000011201.
- Colombier C. Drivers of Health Care Expenditure: Does Baumol's Cost Disease Loom Large? Discussion Paper No. 12-5, University of Cologne, Germany: FiFo Institute for Public Economics; 2012.
- Cortese D, Smoldt R. Taking steps toward integration. *Health Affairs*. 2006;26 (December): 68-71. doi:10.1377/hlthaff.26.1.w68.
- Costa DL, Kahn ME. Changes in the value of life, 1940-1980. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology; 2003.
- Crosson FJ. 21st-century health care - the case for integrated delivery systems. *NEJM*. 2009;36 (October): 1324-1325 doi: 10.1056/NEJMp0906917.
- Cutler D, Ghosh K. The potential for cost savings through bundled episode payments. *NEJM*. 2012;366(12): 1075-1077.
- Cutler D, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs*. 2001;20(5):11-29.
- Cutler D, Richardson E. Measuring the health of the US population. *Brookings Papers on Economic Activity, Microeconomics*. 1997;29: 519-39.
- Cutler DM, McClellan M, Newhouse JP, Remler D. Are medical prices declining? Evidence from heart attack treatments. *Quarterly Journal of Economics*. 1998;53(4), 991 - 1024.
- Cutler DM. Are the Benefits of Medicine Worth What We Pay for It? Paper presented at the Fifteenth Annual Herbert Laurie Memorial Lecture on Health Policy; 2004.
- Davis K. Paying for care episodes and care coordination. *NEJM*. 2007;356(11): 1130-1139.
- Dubois C, Nolte E, McKee M. Human resources for health in Europe: A proposal for a study by the European Observatory on Health Care Systems; 2004. (http://www.who.dk/observatory/Studies/20031111_1).
- Duval R, de la Maisonneuve C. Long-run GDP growth framework and scenarios for the world economy. *OECD Economics Department Working Papers*. 1999;663 doi: 10.1787/227205684023.
- Dybczak K, Przywara B. The role of technology in health care expenditure in the EU. Joint report on Health Systems. Brussels: European Commission and Economic Policy Committee; 2010.
- European Commission, Ageing Report: Economic and budgetary projections of the EU-27 Member States (2008-2060) Joint Report prepared by the European Commission (DG EC-FIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brussels: European Commission; 2009.
- European Commission. European competitiveness report 2004. Commission staff working document SEC(2004)1397. Luxembourg; 2004.
- European Commission. Green paper on the European Workforce for Health. COM(2008) 725 final. Brussels, Belgium; 2008.
- European Commission. Report on Health Systems. Joint report prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG). Brussels, Belgium; 2010.
- Eurostat Database: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database. Accessed August 2015
- Eurostat NACE Rev. 2, Statistical classification of economic activities in the European Community. Methodologies and Working papers. Luxembourg: European Commission; 2008.
- Fineberg H. A successful and sustainable health system - how to get there from here. *NEJM*. 2012;366: 1020-1027.
- Frølich A, et al. Integration of healthcare rehabilitation in chronic conditions. *Int J Integr Care*. 2010;10(February): e033.
- Frølich A, Strandberg-Larsen M, Schiøtz ML. The chronic care model - A new approach in DK. *Health Policy Monitor*. 2008. <http://www.hpm.org/survey/dk/a11/4>.
- Gerdtham U, Jönsson B. International Comparison of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. In *Handbook of Health Economics*, vol. 1, eds. A.J. Culyer and J.P. Newhouse: Elsevier; 2000.
- Ginsburg P. High and rising health care costs: demystifying U.S. health carespending. Research Synthesis Report No. 16. New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2008.
- Groenewegen PP. Towards patient oriented funding of chronic care. *Health Policy Monitor*. April 2009. <http://www.hpm.org/survey/nl/a13/2>.
- Hall E, Propper C, Van Reenen J. Can Pay Regulation Kill? Panel Data Evidence on the Effect of Labor Markets on Hospital Performance. Centre for Economic Performance Discussion Paper No 843. London: Center for Economic Performance, 2008.
- Ham C, Imlson C, Goodwin N, Dixon A, South P. Where next for the NHS reforms? The case for integrated care. London:

The King's Fund; 2011.

Hartwig J. Can Baumol's model of unbalanced growth contribute to explaining the secular rise in health care expenditure? An alternative test, *Applied Economics*. 2011;43 173-184.

Hartwig J. What Drives Health Care Expenditure? - Baumol's Model of Unbalanced Growth Revisited, *Journal of Health Economics*. 2008;27, 603 - 23.

Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance through better care coordination. OECD Health Working Paper. Paris, France; 2007. <http://www.oecd.org/els/health-systems/39791610.pdf>.

Hollingsworth, B. 2012 Revolution, evolution, or status quo? Guidelines for efficiency measurement in health care, *Journal of Productivity Analysis*, 2012, 37, 1, 1

International Labour Organization. Sectors at a glance, coverage of the global economic crisis. Geneva: ILO; 2010.

Knai C, Nolte E, McKee M (eds.) Managing chronic conditions - experience in eight countries. Observatory Studies Series. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

Kocher R, Nikhil R, Sahni BS. Rethinking Health Care Labor *NEJM*. 2011;365 (October): 1370-1372 doi: 10.1056/NEJMp1109649.

Korda H, Eldridge G. Payment Incentives and Integrated care delivery: levers for health system reform and cost-containment. *Inquiry*. 2011;48(4): 277-287.

Landon BE. Keeping score under a global payment system. *NEJM*. 2012;366 (February): 393-395. doi: 10.1056/NEJMp1112637.

Leichsenring K, Roth G, Wolf M, Sissouras A. Moments of truth. An overview of pathways to integration and better quality. In Long-term care in integrating health and social care services for older persons, evidence from nine European countries. Vienna: Ashgate; 2004.

Leutz WM. Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*. 1999;77(1): 77-110.

Maynard A. Payment for Performance (P4P): International experience and cautionary proposal for Estonia. Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems 2008 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf: accessed April 2012

Medeiros J, Schwierz Ch. Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's „cost-disease“ revisited. *EUROPEAN ECONOMY*. 2013; Economic Papers 507.

Mitchell P, Hall L, Gaines M. A social compact for advancing team-based high-value health care. *Health Affairs Blog*. May 4, 2012. <http://healthaffairs.org/blog/2012/05/04/a-social-compact-for-advancing-team-based-high-value-health-care/>.

Moise P. The technology-health expenditure link. A perspective from the Ageing-Related Diseases Study. In A Disease-based comparison of health systems. What is best and at what cost? OECD Health Working Papers, Paris: OECD, 2003.

Naylor M, Kurtzman E. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs*. 2010;29(5): 893-899.

Newhouse J. „Medical care costs: how much welfare loss?“

Journal of Economic Perspectives. 1992;6(3) 3-21.

Nolte E, Hofmarcher MM, Conklin A, et al. Overcoming fragmentation in health care: Chronic care in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*. 2012;7(January): 125-146. doi: 10.1017/S1744133111000338.

Nordhaus W. The health of nations: The contribution of improved health to living standards. In *The measurement of economic and social performance*, ed. M. Moss. New York: Columbia University Press for National Bureau of Economic Research; 2003.

O'Mahony, M., M.P. Timmer. Output, Input and Productivity Measures at the Industry level: The EU KLEMS Database, *The Economic Journal*, 119 (June), Royal Economic Society 2009.

OECD 2010a, Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>

OECD 2010b. Value for Money in Health Spending, OECD Health Policy Studies, Paris.

OECD 2010c, "Towards Measuring The Volume Output of Education and Health Services: A Handbook", statistics directorate working paper no 31, OECD, Paris

OECD 2010d. OECD health ministerial meeting, Health System Priorities in the Aftermath of the Crisis: Issues for discussion. Paris. <http://www.oecd.org/dataoecd/14/36/46098360.pdf>

Pardes H, Manton K, Lander E, Tolley HD, Ullian AD, Palmer H. Effects of medical research on health care and the economy. *Science* 1. 1999;283(January): 36-37. doi: 10.1126/science.283.5398.36.

Paulus, Ronald A., Karen Davis and Glenn D. Steele, Continuous Innovation in Health Care: Implications of the Geisinger Experience. *Health Affairs*, Vol. 27, No. 5 (September/October 2008).

Rosen R, Mountford J, Lewis G, Lewis R, Shand J, Shaw S. Integration in Action: Four International Case Studies. Research Summary Paper. London: Nuffield Trust; 2011.

Schlette S, Lisac M, Blum K. Integrated primary care in Germany: The road ahead. *International Journal of Integrated Care*. 2009;9 (e14) 20 April 2009.

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*. 2011;30(12): 2437-2448.

Schreyer P. Output, Outcome, and quality adjustment in measuring health and education services, *Review of Income and Wealth*. 2012;Volume 58, Issue 2: 257-278.

Schuetz B, Mann E, Everett W. Educating health professionals collaboratively for team-based primary care. *Health Affairs*. 2010;29(8): 1476-1480.

Smith S, J.P. Newhouse, M.S. Freeland. Income, insurance, and technology: Why does health spending outpace economic growth? *Health Affairs*. 2009;28(September/October): 1276-1284 doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1276.

Struijs J, Baan C. Integrating care through bundled payments - lessons from the Netherlands. *NEJM*. 2011;34(March): 990-1. doi: 10.1056/NEJMp1011849.

- Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsoлова S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: European Commission; 2005.
- Swensen S, Meyer G, Nelson E et al. Cottage industry to postindustrial care - The revolution in health care delivery. *NEJM*. 2010;362(5).
- Sylvia M, Griswold M, Dunbar L, Boyd C, Park M, Boulton C. Guided care: Cost and utilization outcomes in a pilot study. *Disease Management*. 2008;11(1): 29–36.
- The Economist. 2013. The health paradox. <http://www.economist.com>.
- Thorpe K, Ogden L. The foundation that health reform lays for improved payment, care coordination, and prevention. *Health Affairs*. 2010;29(6): 1183-1187.
- Triplett, J.E. Health System Productivity , in Sherry Glied and Peter C. Smith (Ed) *The Oxford Handbook of Health Economics*. 2012 DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.003
- Vrangbaek K. The interplay between central and sub-central levels: the development of a systemic standard based programme for governing medical performance in Denmark. *Health Economics, Policy and Law*. 2009;4(special issue 3): 305-327.
- Weisbrod BA. The health care quadrilemma. An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Perspectives*. 1991; 29 (2):523-52.
- White C. Health care spending growth: How different is the United States from the rest of the OECD? *Health Affairs*. 2007;26(January): 154-161 doi:10.1377/hlthaff.26.1.154.
- WHO The Financial Crisis and Global Health, Report of a High-Level Consultation World Health Organization, Geneva, INFORMATION NOTE/2009/1 21 January 2009, http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf, Accessed October 21, 2013.
- Zeballos E, Garry S. A Global Overview of Employment Trends and Working Conditions by Economic Activity. Sectoral Activities Department Working Paper No.279. Geneva: ILO; 2010.
-

Ökonomische Effizienz und Wirkungen der EU-Chemikalienverordnung REACH in Österreich

Denise Zak, Michael Getzner

1 Einleitung

2008 wurde in Österreich die so genannte REACH-Verordnung (Verordnung EG Nr. 1907/2006, in Kraft seit 1. Juli 2007) eingeführt, die EU-weit ein neues Chemikalienrecht etablierte. Die Bezeichnung REACH setzt sich aus Regulierung (Regulation), Bewertung (Evaluation), Zulassung (Authorisation) und Beschränkung (Restriction) von Chemikalien (Chemicals) zusammen. Das neue Chemikalienrecht REACH zielt auf den Schutz vor den schädlichen Einflüssen bzw. Risiken von chemischen Substanzen auf die menschliche Gesundheit und die Umwelt ab. Um diese Ziele zu erreichen, umfasst REACH insbesondere folgende zentrale Elemente (Umweltbundesamt, 2014):

- Beweislastumkehr: Die chemische Industrie trägt, im Gegensatz zum bis 2007 geltenden österreichischen Chemikaliengesetz, die Verantwortung für die Datenerfassung und Risikobewertung chemischer Substanzen.
- Informationen betreffend Produktsicherheit stehen für die der gesamten Liefer- und Wertschöpfungskette (Hersteller, Importeure, nachgeschaltete AnwenderInnen) zur Verfügung.
- Für besonders besorgniserregende Stoffe bestehen spezielle Prüfverfahren.
- Die Nutzung von Prüfdaten und die Teilung von Prüfkosten sind verpflichtend.

Zur Sicherstellung der Übereinstimmung dieser Kernelemente mit der REACH-Verordnung sowie zur Bereitstellung von Informationen wurde die Europäische Chemikalienagentur ECHA mit Sitz in Helsinki eingerichtet. Die eingereichten Registrierungen werden zunächst von der ECHA bewertet und von den EU-Mitgliedsländern hinsichtlich Gesundheits- und Umweltrisiken bewertet. Schließlich können die (nationalen) Behörden und die ECHA auf Basis einer Risikoabschätzung gefährliche Substanzen entweder verbieten, beschränken oder vorläufig zur Zulassung freigeben (ECHA, 2014).

Vor Einführung von REACH in Österreich wurde 2005 von einem Konsortium aus verschiedenen österreichischen Ministerien und Verbänden u.a. eine Kosten-Nutzen-Analyse zur Erfassung und Bewertung der Kosten und Nutzen der Implementierung von REACH aus einer Ex-ante-Perspektive beauftragt. Die zu diesem Zeitpunkt erarbeitete Kosten-Nutzen-Analyse (Getzner, 2006; Getzner, 2008) kam aufgrund der großen Unsicherheiten hinsichtlich der Auswirkungen von REACH und wegen der bestehenden erheblichen Datenlücken zum Schluss, dass die Wahrscheinlichkeit eines positiven volkswirtschaftlich Nutzen-Kosten-Saldos relativ höher ist als die Wahrscheinlichkeit eines negativen Saldos. Diese Schlussfolgerung ergab sich auf Basis einer Vielzahl von

Szenarien und Annahmen, wobei auch bei erheblichen Abweichungen vom damaligen „Basisszenarium“ noch positive volkswirtschaftliche Nutzen-Kosten-Saldi zu erwarten seien.

Etwa 10 Jahre später, 2014, wurde vom Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (Abteilung für Chemiepolitik) eine „Ex-Post-Evaluierung“ der volkswirtschaftlichen Wirkungen des REACH-Systems in Auftrag gegeben. Diese beinhaltet eine Erfassung und Bewertung der Auswirkungen auf die von REACH betroffenen Wirtschaftszweige und die gesamte österreichische Volkswirtschaft. Hierzu wurden neben einer Input-Output Analyse auch eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt. Der vorliegende Artikel fokussiert auf den Aufbau und die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse. Die durch REACH angestrebten Veränderungen sind mit betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten (Registrierung, geringere Verfügbarkeit von Stoffen, Umbau von Produktionsprozessen) verbunden, die von der chemischen Industrie bzw. von anderen zur Registrierung verpflichteten Branchen und Unternehmen getragen werden. Diesen Kosten stehen gesamtgesellschaftliche Nutzeffekte gegenüber, die sich in Gesundheitseffekte (öffentliche Gesundheit, Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz), Umwelteffekte sowie Unternehmenseffekte (Innovations- und Produktivitätseffekte) gliedern und im Ergebnis im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse bewertet werden.

2 Methodischer Rahmen: Kosten-Nutzen-Analyse des REACH-Systems in Österreich

Die folgende Aufstellung beinhaltet all jene Effekte, die in der Kosten-Nutzen-Analyse berücksichtigt werden. Je nach Datenverfügbarkeit erfolgt eine quantitative oder qualitative Darstellung. Prinzipiell basieren die hier vorgestellten Effekte auf einer Literatur- und Datenanalyse, die sich in folgende Schritte gliederte:

- Literatur- und Datenbankrecherche zu
 - REACH im allgemeinen (mit dem (zeitlichen) Schwerpunkt ab Inkrafttreten der REACH-Verordnung);
 - Gesundheitswirkungen von REACH im Kontext Arbeitsplatz (z.B. Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle) und öffentliche Gesundheit (Allergien, Unfälle im Heim- und Freizeitbereich, multiple chemische Sensitivität); im Rahmen des Gesundheitsfokus wurden neben Studien und Analysen auch Primärdaten von verschiedenen österreichischen Instituti-

onen (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Statistik Austria, Kuratorium für Verkehrssicherheit) erhoben und herangezogen;

- Auswirkungen von REACH für Unternehmen (z.B. Innovations-, Produktivitäts-, Informations- und Wettbewerbseffekte); sowie
- Studien und Datenmaterial mit dem Fokus auf Umwelteffekte (Emissionen, Wassergüte, Umwelthygiene)
- Durchführung eines Workshops zum Austausch betroffener Akteure und einer Stakeholder-Befragung (betroffene Unternehmen) zur qualitativen Beurteilung der Wirkungen von REACH insbesondere betreffend Gesundheitseffekte am Arbeitsplatz.
- ExpertInnenbefragungen (per Email und Telefon).

Im eigens erstellten Kosten-Nutzen-Analyse-Modell wird der Zeitraum, in welchem die erwarteten Nutzeffekte anfallen, auf 2014-2044 festgesetzt. Da REACH bereits seit 2008 (schrittweise) implementiert wird, ist auf der Seite der Kosten bereits das Jahr 2008 berücksichtigt, die potentiellen Nutzeffekte treten erst später und langsam ansteigend auf. Die entwickelten Szenarien sind zudem auf das prognostizierte Bevölkerungswachstum (Statistik Austria, 2014a) bezogen.

3 Nutzeffekte von REACH

Im Allgemeinen kann festgestellt werden, dass sich auch 6 Jahre nach der Einführung von REACH die Quantifizierung der Nutzeffekte äußerst schwierig gestaltet. In einem aktuellen Bericht hält die Europäische Kommission (2013) fest, dass es zwar für eine Quantifizierung der Nutzeffekte noch zu früh ist, aber dennoch erste positive Wirkungen und Tendenzen auszumachen sind. So haben sich die erforderlichen Informationen für Risikobewertungen qualitativ wesentlich verbessert (Menge, Stringenz). Zudem hat der Rückgang des nominalen Risikos durch verbesserte Sicherheitsdatenblätter und mehr verfügbare Informationen positive Effekte innerhalb der Lieferkette, und die Substitution besonders besorgniserregender Stoffe (kurz SVHC) innerhalb der Lieferkette nimmt ebenfalls zu.

Im Rahmen der ExpertInnenbefragung traten grundsätzlich ähnliche Einschätzungen zutage. VertreterInnen von folgenden relevanten Institutionen wurden befragt:

- Verein für Konsumenteninformation;
- Vergiftungsinformationszentrale;
- BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Sektion Konsumentenpolitik, Abteilung Produktsicherheit;
- BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Sektion Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat, Abteilung Arbeitsmedizin und Arbeitshygiene ;
- Umweltbundesamt, Arbeitsgruppe Human-Bio-Monitoring;
- BOKU, Institut für Wald-, Umwelt- und Ressourcenpolitik;
- BOKU, Institut für Siedlungswasserbau, Industriewasserwirtschaft und Gewässerschutz;
- BOKU, Institut für Bodenforschung;
- TU, Institut für Wassergüte, Ressourcenmanagement und Abfallwirtschaft; sowie
- Wirtschaftskammer Österreich, Umwelt- und Energie-

politik (Sparte Industrie).

Alle kontaktierten Stellen wurden nach ihrer persönlichen Einschätzung gefragt, inwiefern sich REACH auf die menschliche Gesundheit, die Umwelt sowie die betroffenen Unternehmen auswirkt bzw. auswirken könnte. In einem weiteren Schritt wurde nach signifikanten Veränderungen seit der Einführung gefragt, bzw. welcher Anteil der Veränderungen REACH zuzuschreiben sein könnte. Zudem wurde erhoben, ob es Empfehlungen für relevante Publikationen oder andere Informationsquellen gibt. Die nun folgenden Auszüge aus den Antworten bieten ein zusammenfassendes Stimmungsbild.

Der **Verein für Konsumenteninformation** beschreibt Lücken im Bereich Fertigwaren, die – mit einem Verweis auf die europäische Konsumentenschutzorganisation ANEC – weitergehende Maßnahmen erfordern. Die Rolle der SVHC-Liste wird wiederum besonders hervorgehoben, da anzunehmen ist, dass die dort angeführten Chemikalien nicht mehr auf den Markt kommen. In Bezug auf die in Anhang XVII angeführten Chemikalien wird ein Anteil von REACH an den Marktveränderungen von 80-90% geschätzt.

Die fehlenden Regelungen für Fertigprodukte werden auch von der **Abteilung Produktsicherheit** in der Sektion Konsumentenpolitik im **Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz** angeführt. Zudem wurde seitens dieser Stelle betont, dass Erhebungsprobleme bzw. Datenmangel in Bezug auf Gesundheits- sowie Umwelteffekte nicht verwunderlich seien, da es bereits große Probleme bereite, den Ausgangszustand vor der Umsetzung von REACH zu bewerten, also jenen Anteil beispielsweise von Berufskrankheiten genau zu erfassen, der direkt auf den Umgang von bzw. die Exposition mit Chemikalien zurückzuführen sei.

Die **Abteilung Arbeitsmedizin und Arbeitshygiene** des genannten Bundesministeriums geht von positiven Gesundheitswirkungen für die ArbeitnehmerInnen aus, allerdings erst dann, wenn die Neuerungen umfassend umgesetzt worden seien. Insbesondere der Einsatz erweiterter Sicherheitsdatenblätter sei relevant, da den Betrieben damit DNELs („Derived no effect level“)¹ und Bedingungen, unter jenen diese eingehalten werden, zur Verfügung stehen würden. Im Allgemeinen sei es derzeit aber noch zu früh, eine genaue Einschätzung der positiven Effekte zu geben, da im Moment noch mehr Investitionen zu tätigen seien, vor allem im Bereich der kleineren Betriebe. Als positiv sei bereits jetzt zu werten, dass der Umgang mit gefährlichen Stoffen im Zuge von REACH mehr ins Bewusstsein rücke, was sich in gesonderten Anfragen in Bezug auf die Schnittstellen zum ArbeitnehmerInnenschutzgesetz ausdrücke. Eine Quantifizierung der Effekte sei zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich. Laut Auskunft hätten sich auch die Zusammenarbeit und die Kommunikationsstruktur zwischen Behörden und den verschiedenen zuständigen Einrichtungen verändert, auch die verbesserte Zusammenarbeit der Ministerien bezüglich der besonders besorgniserregenden Stoffe sei als positiv zu werten. In diesem Fall könne von einem REACH-Anteil von

¹ DNEL ist als abgeleitete Expositionshöhe, unterhalb deren ein Stoff keine Beeinträchtigung der menschlichen Gesundheit bewirkt, zu verstehen.

100% ausgegangen werden. Das bedeutet, dass REACH Zusammenarbeit und Kommunikation sowohl in der Verwaltung, aber auch der Wirtschaft hergestellt hat, die vor Inkrafttreten gefehlt hat. Mittelfristig werde sich auf Grund der Registrierungsdaten die Anzahl der Arbeitsplatzgrenzwerte erhöhen, was – wie auch die Substitution von besonders besorgniserregenden Stoffen – mit einer Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gleichzusetzen wäre.

Das **Institut für Wald-, Umwelt- und Ressourcenpolitik** hat selbst in Bezug auf Produktivitäts- und Innovationswirkungen keine aktuellen Daten zur Verfügung. Die wichtigste Datenquelle sei laut Einschätzung ein REACH-Review aus dem Jahr 2012, wobei auch hier wiederum hauptsächlich qualitative Bewertungen erhoben wurden. Es gibt eine Publikation des Instituts aus dem Jahr 2005, die sich mit dem Thema Innovation und nachhaltiges Wirtschaften, auch in Bezug auf KMUs, befasst (Hansjürgens und Nordbeck, 2005).

Das **Institut für Wassergüte, Ressourcenmanagement und Abfallwirtschaft** an der TU begrüßt, dass durch REACH ein einheitlicher Rahmen zur Beurteilung von Chemikalien geschaffen wurde. Zudem wird davon ausgegangen, dass sich die Substanzen, die von der Chemikalienpolitik betroffen sind, und der Gewässerschutz durch die EU-Wasserrahmenrichtlinie einander annäherten. Insbesondere der Bereich der methodischen Herangehensweise werde davon (zwangsläufig) betroffen sein.

Aus Sicht der **WKO** leistet REACH nur einen geringen Beitrag bei Verbesserungen der Wassergüte. Seitens der Industrie ist – mit Verweis auf den Rechtssetzungsprozess der Umweltqualitätsnorm-Richtlinie 2013/39/EU – die politische Entscheidungsfindung nach wie vor als intransparent einzustufen. Dies betrifft beispielweise die Priorisierung von Stoffen. Zudem entspräche der Einsatz von Bewertungsmethoden oder Maßstäben nicht unbedingt der Expertise des europäischen Chemikalienrechts. Darüber hinaus stelle das Nebeneinander von Systemen für die Industrie ein Problem dar.

Alle befragten Institutionen stimmten darin überein, dass eine **Quantifizierung der Nutzeffekte zum derzeitigen Zeitpunkt nicht möglich** sei, jedoch positive Gesundheitswirkungen zu erwarten bzw. bereits eingetreten seien, deren genaue Erfassung und Quantifizierung jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vorliege.

Auch die umfassende Literaturrecherche, die an dieser Stelle auf Grund des Rahmens nur exemplarisch einige wichtige Arbeiten zusammenfasst, zeigte auf, dass Nutzeffekte eher klassifiziert und qualitativ erfasst werden. Reihlen und Luskow (2007) analysieren beispielsweise 13 Studien, die sich mit möglichen Nutzeffekten, die durch REACH entstehen, befassen. Konkret wird untersucht, wie in den Bezugsstudien die verschiedenen Nutzeffekte qualitativ beschrieben und quantitativ bewertet wurden. Außerdem wird versucht, die Nutzeffekte REACH-spezifischen Mechanismen und Wirkungszusammenhängen zuzuordnen. Im Wesentlichen werden drei Gruppen von Nutzeffekten identifiziert: Unternehmenseffekte, Gesundheits- sowie Umwelteffekte. Die Unternehmenseffekte entstehen zum einen durch Kosteneinsparungen, zum anderen auch auf nicht-monetärer Ebene durch verbesserte Informationslage sowie verstärkte Koope-

ration entlang der Lieferkette. Diese Effekte werden hauptsächlich qualitativ beschrieben. Die Gesundheitseffekte werden jeweils unterteilt in Effekte auf die Arbeitsplatzsicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz sowie auf die öffentliche Gesundheit. Es wird angenommen, dass bestehende gesetzliche Regelungen zur Arbeitssicherheit durch REACH verstärkt umgesetzt werden und andererseits durch verbesserte Information über die schädlichen Wirkungen Effekte erzielt werden können. Damit verbunden ist ein Rückgang der Schadensfälle sowie der Kosten (für Arbeitgeber, im kurativen Bereich und DALY²). Die Effekte für die öffentliche Gesundheit werden nur von wenigen Studien – häufig nur in sehr verkürzter Form – behandelt. Die durch REACH bedingte geringere Menge an SVHC in Verbraucherprodukten und das Mehr an Informationen ermöglichen auch in diesem Wirkungsbereich eine (potenzielle) Reduktion an öffentlichen Gesundheitsausgaben durch eine Reduktion der Schadensfälle.

Hanschmidt et al. (2013) betrachten die Entwicklung von REACH aus der Perspektive der chemischen Industrie, wobei auch in dieser Publikation darauf hingewiesen wird, dass es für eine valide Einschätzung noch zu früh sei und lediglich erste Erfahrungen zusammengetragen würden. Da die Kosten der Implementierung als hoch angenommen werden, liege das Hauptinteresse der chemischen Industrie in einer Vereinfachung und Optimierung der notwendigen Verfahren. Aus der Analyse von Daten des Verbands der Chemischen Industrie sowie von ECHA wird abgeleitet, dass die Sicherheitsdatenblätter als zu umfassend bzw. unverständlich eingestuft wurden, und zwar sowohl seitens der verfassenden als auch der nutzenden Stellen. Da die Sicherheitsdatenblätter für eine hohe Anzahl verschiedener Zielgruppen gedacht sind, schlagen die AutorInnen einige Verbesserungen der Kommunikation vor.

Die „REACH Baseline-Studie“ bzw. deren Aktualisierung (Eurostat 2012) ermittelt anhand der Daten zu nominalen Risiken sowie Qualität von 237 zufällig ausgewählten Bezugsstoffen Risiko- und Qualitätseinstufungen. Diese werden in einem Indikatorensystem mit dem Ziel abgebildet, die Verringerung des Risikos für Mensch und Umwelt sowie die Qualitätsverbesserung der verfügbaren Daten einzuordnen. Da nicht alle Veränderungen im Umgang mit den analysierten Substanzen eindeutig REACH zugeschrieben werden können, wird der Fokus der Untersuchung auf jene Bezugsstoffe gelegt, für die Veränderungen auf Grund von REACH bereits feststellbar sind. Dies sind vor allem die Gruppe der besonders Besorgnis erregenden Stoffe (SVHC) sowie der Chemikalien mit hohem Produktionsvolumen (HPV), da die Registrierung schon bis Ende 2010 erfolgen musste. Von den ursprünglich 87 Bezugsstoffen der Gruppen SVHC und HPV waren 2010 nur 62 tatsächlich registriert. Auf Basis von Expositions- und Toxizitätsabschätzungen werden für die Risikobeschreibung der Bezugsstoffe Risikoquotienten („risk characterisation ratios“) ermittelt. Das Risiko wird weiters in vier Wirkungsbereiche, (Arbeit, Umwelt, KonsumentInnen und Menschen) über die Umwelteinflüsse unterteilt und auf drei Niveaus analysiert. In Bezug auf die Risikominderung ist zusammenfassend festzustellen, dass es bei allen 62 Stoff-

2 DALY („disability adjusted life year“) ist eine Maßzahl zur Quantifizierung der Krankheitslast.

fen zu ausgeprägten Verringerungen im nominalen Risiko kommt. Auch die Datenqualität der analysierten Stoffe hat sich merklich verbessert.

3.1 Nutzen für die menschliche Gesundheit

Generell sind innerhalb von REACH zwei Konzepte, nämlich DNEL und DMEL, vorgesehen, welche als Indikatoren für die gesundheitlichen Wirkungen eines Stoffes herangezogen werden. Falls keine nationalen Grenzwerte zur Verfügung stehen, ist für die Bewertung einer Exposition der DNEL für die verschiedenen Stoffe ein wichtiger Indikator (Nies et al. 2013). Diese DNELs sollten für jede Bevölkerungsgruppe (z.B. ArbeitnehmerInnen) und den wahrscheinlichsten Expositionsweg abgeleitet werden. Besonders kritisch werden die mangelnde Umsetzbarkeit, die fehlende Sanktionierung mangels Rechtsverbindlichkeit und die Berechnung von Schwellenwerten im Zusammenhang mit dem zweiten relevanten Indikator, dem „Derived minimal effect level“ (DMEL)³ für gentoxische bzw. karzinogene Stoffe, gesehen (Püringer 2010). Das DMEL-Konzept ist nur als Empfehlung im Zusammenhang mit ECHA-Leitfäden ausgegeben, aber nicht in REACH verankert. Laut Püringer (2011) sind die in REACH vorgesehenen DNEL-Schwellen für gentoxische Karzinogene oder Mutagene nicht anwendbar. Es stellt sich die Frage, wie sich die gesellschaftlich akzeptierte Risikobelastung in Hinblick auf Krebs ermitteln lässt, und insbesondere auch, ob eine Differenzierung zwischen dem Arbeitsrisiko und dem Alltagsrisiko, an Krebs zu erkranken, erfolgen sollte. Aufbauend auf diesen beiden Analysen empfiehlt die AUVA (2014), keine DMEL abzuleiten oder in den Sicherheitsdatenblättern anzuführen, solange die Aussagekraft dieser Werte nicht verbessert wurde.

Die Belastung durch Chemikalien hat grundsätzlich enorme Auswirkungen auf die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen. Die möglichen Erkrankungen sind vielfältig, zu den schwerwiegendsten bzw. häufigsten zählen Krebs und chronische Atemwegserkrankungen (Asthma und COPD, i.e. „Chronic obstructive pulmonary disease“) sowie Hauterkrankungen (Dermatitis). Der Anteil von beruflich bedingten Krankheiten an der Gesamtzahl an Krankheiten ist jedoch nicht einfach zu erheben. Auch in Bezug auf Chemikalien, oder, noch spezifischer, in Bezug auf von REACH erfasste Stoffe ist die Datenlage als mangelhaft zu bezeichnen. Daher werden im Folgenden zunächst die Gesamthäufigkeiten der relevanten Krankheiten erörtert bzw. – sofern vorhanden – die vorhandene Literatur zu Krankheitsanteilen im Arbeitskontext skizziert.

Für die EU-27 wurden die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Krebserkrankungen entstehen, berechnet (Luengo-Fernandez et al. 2013). Hintergrund dieser Untersuchung ist, dass im Jahr 2008 2,45 Mio. Menschen in der EU an Krebs erkrankt (d.h. diagnostiziert) waren und 1,23 Mio. Menschen daran starben. Hierzu wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eine Datenbankrecherche durchgeführt (Bezugszeitraum 2000-2012). Basierend auf einem bevölkerungsbezogenen Ansatz werden länderspezifische Daten für

Darm-, Lungen-, Prostata- und Brustkrebs hinsichtlich Morbidität sowie Mortalität erhoben. Neben direkten und indirekten Kosten (also z.B. Behandlungskosten) werden auch die Kosten für informelle Pflege geschätzt: Bezogen auf das Jahr 2009 betragen die Gesamtkosten für alle untersuchten Krebsarten in der EU 126 Mrd. EUR, wobei die Kosten für das Gesundheitswesen (Spitalkosten, ambulante Betreuung, Medikamente) mit 51 Mrd. EUR beziffert werden, Produktivitätseinbußen und verlorene Arbeitstage mit 42,6 Mrd. EUR bzw. 9,43 Mrd. EUR geschätzt werden, und sich die Kosten informeller Pflege auf 23,2 Mrd. EUR belaufen. Ein Vergleich der einzelnen Krebsarten ergibt, dass Lungenkrebs die höchsten Kosten verursacht, gefolgt von Brustkrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs. Für Österreich ergeben sich bezogen auf alle Krebsarten Kosten von 144 EUR pro EinwohnerIn. Ergänzend zu diesen Zahlen bietet die Statistik Austria umfassende Daten zur Krebsprävalenz und Inzidenz sowie Mortalität als Grundlage für die Kosten-Nutzen-Analyse.

Im Arbeitskontext ist Asthma die häufigste Erkrankung (Jeebhay und Quirce 2007). Auch wenn es schwierig ist zu extrahieren, ob nicht-diagnostizierte Asthmasymptome bereits vor der beruflichen Exposition mit möglichen auslösenden Stoffen bestanden haben, und auch die Prävalenzraten nicht eindeutig zu klären sind, schätzt Bardana (2003), dass die Bandbreite jener Fälle, die direkt auf berufsbedingte Belastungen zurückzuführen sind, bei 2-6% liegt. Für COPD kann angenommen werden, dass 15% der Fälle durch Belastungen am Arbeitsplatz entstehen (Boschetto et al 2006).

Pickvance et al. (2005) untersuchen die potentiellen Auswirkungen von REACH auf die Gesundheit von ArbeitnehmerInnen ex ante. Der Fokus der Analyse liegt bei häufigen Berufskrankheiten der Atemwege (COPD, Asthma) und der Haut (Dermatitis). Für die Erhebung der ökonomischen Nutzeffekte, der Krankheitslast und die Entwicklung von Szenarien basierend auf den potentiell vermiedenen Krankheitsfällen durch REACH wird ein Methodenmix herangezogen. Aufbauend auf einer umfassenden Recherche in den Datenbanken PubMed, CISDOC, sowie NIOSHTIC, wird die Inzidenz (pro Millionen und Jahr) der Krankheiten berechnet sowie der Anteil an jenen Fällen geschätzt, die mit einer Exposition mit Chemikalien, die durch REACH umfasst sind, in Verbindung gebracht werden können. Die Anzahl an vermeidbaren Fällen für die Erwerbsbevölkerung der EU-25 wurde durch das Heranziehen der Inzidenzrate ermittelt. Auf der Kostenseite werden aktualisierte Werte aus einer Vorgängerstudie herangezogen (RPA 2003). Im Detail werden die Kosten für das Gesundheitswesen mittels Literaturrecherche, Kosten durch Produktivitätseinbußen mittels Humankapital- sowie Friktionskostenansatz und die Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität analysiert. Letztere Dimension wurde durch Multiplikation einer geschätzten Nutzenminderung über eine bestimmte Krankheitsdauer mit dem Wert eines QALY⁴ angenähert.

Naturgemäß müssen für die vorliegende Untersuchung ebenfalls einige wesentliche Annahmen getroffen werden: Neben einigen krankheitsspezifischen Annahmen wird davon ausgegangen, dass die Inzidenz in den ersten 6 Jahren

3 Wenn keine DNELs ermittelt werden können, gibt dieser Referenzwert einen Anhaltspunkt für die Risikoabschätzung wieder.

4 QALY oder „quality adjusted lifeyear“ ist eine weitere Maßzahl in der Gesundheitsökonomie, welche ein Lebensjahr in Relation zum Gesundheitszustand bewertet.

Tab. 1. Schätzung chemikalienbedingter Berufskrankheiten

Berufskrankheiten	Anteil durch Chemikalienexposition bedingter Fälle	Anteil an allen anerkannten Berufskrankheiten	Anteil chemikalienbedingter Krankheiten an allen anerkannten Berufskrankheiten
Krebs	4-90%	5%	0,2-4,5%
Atemwegserkrankungen	36-89%	14%	5-12,5%
Hauterkrankungen	88%	14%	12,30%

Quelle: Eigene Darstellung nach Musu, 2004.

auf Grund von REACH nicht sinkt, dann allerdings ein konstanter Rückgang eintritt (für die beiden Atemwegserkrankungen 12,5% bzw. für Dermatitis 20% über den gesamten Planungszeitraum von 30 Jahren).

Eine zweite zentrale Annahme ist eine jährliche Diskontrate von 3,5%. Die Kosteneinsparungen im Bereich der drei analysierten Krankheiten, die REACH zuzuschreiben sind, beziehen sich auf den Zeitraum 10 Jahre bzw. 30 Jahre nach Umsetzung und betragen im ersten Fall EUR 0,66-6,2 Mrd. und im zweiten Fall 21,2-160,7 Mrd. EUR. Diesem Ergebnis stehen laut Europäischer Kommission Gesamtkosten in der Höhe von 2,8-5,2 Mrd. EUR über 15 Jahre für die chemische Industrie und nachgeschaltete AnwenderInnen gegenüber (Europäische Kommission 2003). Auch wenn die Ergebnisse mit Unsicherheiten behaftet sind und eine genaue Vorhersage der Auswirkungen zur Zeit der Studiererstellung kaum möglich ist, sind mit der Einführung von REACH enorme Nutzensgewinne für die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz verbunden.

Eine andere Studie (Musu 2006) gibt einen Überblick über die rechtliche Lage und hebt die Bedeutung der Sicherheitsdatenblätter sowie der verbesserten Kommunikation der AkteurInnen entlang der Lieferkette hinsichtlich der Verringerung der beruflichen Gesundheitsrisiken hervor. Die Kontroverse über die Kosten für die Industrie und Nutzeffekte hinsichtlich der Gesundheit von ArbeitnehmerInnen wird anhand mehrerer Studien umrissen (RPA 2003, Little 2003). Konkret wird die bereits genannte Studie zur Folgenabschätzung von REACH durch die Europäische Kommission (Europäische Kommission 2003) zitiert und auf dieser Grundlage Kosten in der Größenordnung von 2,8-5,2 Mrd. EUR (Bezugszeitraum 15 Jahre) berechnet sowie potentielle Nutzen im Wirkungsbereich Gesundheit in der Höhe von 50 Mrd. EUR (Bezugszeitraum 30 Jahre) beziffert, der auf der Anzahl an vermiedenen Todesfällen auf Grund von Krebs im beruflichen Kontext beruht. Allerdings ist bei letzterem Wert zu betonen, dass es sich eher um eine Darstellung des potentiellen als eine Schätzung des tatsächlichen Nutzensumfangs handelt.

3.1.1 REACH-relevante Berufskrankheiten in Österreich

In Österreich stehen Daten zu den berufsbedingten Erkrankungen sowie Rentenstände durch die AUVA zur Verfügung. Derzeit sind in Österreich 52 Erkrankungen als Berufskrankheiten gelistet. Nachdem es für die Gesamtzahl an Schadensfällen von Relevanz ist, auch die nicht-erkannten Fälle miteinzubeziehen, wurde eine Sonderauswertung der REACH-relevanten Berufserkrankungen angefordert; zum einen eine Aufstellung der berufsbedingten Hauterkrankungen (BK 19) sowie Lungenerkrankungen (BK 30,41,43)⁵ ab 2005-2013 auf Basis der eingelangten Meldungen, damit Aussagen über die Größenordnung der Gesamtzahl der gesundheitlichen Probleme im Arbeitskontext und nicht nur die Aufstellung der anerkannten Fälle ermöglicht werden. Zum anderen stehen nun Informationen über die Zusammensetzung des Rentenstands mit Ende 2013 für die genannten Krankheiten sowie für Hautkrebs (BK 17) und Krebs und sonstige Neubildungen (BK 18) nach dem jeweiligen Versehrungsgrad zur Verfügung.

Für das Berichtsjahr 2011 stehen keine Daten über nicht anerkannte Fälle zur Verfügung, daher gibt es hier auch keine entsprechenden Summenzeilen. Die in den Daten ablesbaren Schwankungen der Anzahl anerkannter Fälle ist hauptsächlich auf die tendenziell geringere Anzahl an Berufskrankheiten (abnehmende Tendenz) sowie auf zeitlich veränderliche Rahmenbedingungen (z.B. Zugangsvoraussetzungen, Sicherheitsmaßnahmen) zurückzuführen. Für jene Fälle, die auf Grund der Nichtaufgabe des Berufs nicht als Berufskrankheiten im eigentlichen Sinne anerkannt werden, gibt es ebenfalls Leistungen der AUVA. Dies gilt insbesondere für die Gruppe BK 19.

Im Falle einer Berufskrankheit besteht in Österreich die Möglichkeit, eine Voll- oder Teilrente zu beziehen. Sie dient dazu, die Minderung der Erwerbsfähigkeit und die Mehrbelastung durch Behinderung auszugleichen. Die Sicherung des Lebensstandards der Versehrten oder der Hinterbliebenen ist zentral. Entscheidend für die Höhe der Rente ist der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine weitere Geldleistung der AUVA stellt die Übergangsrente dar. Diese ist eine freiwillige Barleistung (ohne Rechtsanspruch), die im Falle einer drohenden Be-

⁵ BK 30 sind die durch allergene Stoffe verursachte Erkrankung Asthma bronchiale (einschließlich Rhinopathie); BK 41 umfasst Erkrankungen der tieferen Atemwege durch chemisch-irritative oder toxische Stoffe, BK 43 Exogen-allergische Alveolitis.

Tab. 2. Entwicklung ausgewählter Berufskrankheiten 2005-2013 in Österreich

Gemeldete Berufskrankheiten 2005 - 2013, ausgewählte BK-Arten		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005 - 2013
(BK-19) Hauterkrankungen	anerkannt	224	220	159	212	247	217	150	178	190	1.797
	nicht anerkannt	519	527	541	514	517	346	k.A.	277	601	
	gesamt	224	220	159	212	247	563		455	791	3.172
(BK-30) Durch allergene Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale (inkl. Rhinopathie)	anerkannt	119	109	76	92	136	89	63	60	87	831
	nicht anerkannt	208	203	242	274	280	177	k.A.	136	256	
	gesamt	119	109	76	92	136	266		196	343	1.460
(BK-41) Erkrankungen der tieferen Atemwege durch chemisch-irritierende oder toxische Stoffe	anerkannt	73	81	57	65	88	108	69	55	62	658
	nicht anerkannt	114	129	130	165	201	128	k.A.	115	263	
	gesamt	73	81	57	65	88	236		170	325	1.228
(BK-43) Exogen-allergische Alveolitis	anerkannt	5	2	4	3	3	2	1	3	0	23
	nicht anerkannt	7	6	3	4	6	4	k.A.	3	24	
	gesamt	5	2	4	3	3	6		6	24	56
ausgewählte Berufskrankheiten		421	412	296	372	474	1.071		827	1.483	5.916

Quelle: AUVA Sonderauswertung 2014.

rufkrankheit erbracht werden kann. Wenn ein Arbeitsplatzwechsel oder Umschulungsmaßnahmen notwendig werden, damit eine Berufskrankheit nicht zum Ausbruch kommt, können Versicherte eine Übergangsrente zur wirtschaftlichen Absicherung erhalten.

Daten zu den Kosten, die mit (anerkannten) Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen einhergehen, sind ebenfalls kaum vorhanden. In einem Übersichtsartikel (Rühl 2007) werden zwei deutsche Quellen herangezogen: Die Berufskrankheiten-Dokumentation der gewerblichen Berufsgenossenschaft hat die Kosten, die durch den beruflichen Umgang mit Stoffen entstehen, für Deutschland erhoben und für das Jahr 2005

Kosten in Höhe von ca. 227 Mio. EUR für beruflich bedingtes Asthma und Hauterkrankungen ermittelt. Werden zusätzlich 10% für diese Krankheiten für Betroffene im öffentlichen Dienst hinzugerechnet, die in den Zahlen der Berufsgenossenschaft nicht enthalten sind, sowie die Kosten für die jeweiligen Betriebe für Ausfallzeiten, ergibt sich ein Wert von ca. 500 Mio. EUR in Deutschland pro Jahr. Die zweite Quelle beziffert die Höhe der Kosten für Hauterkrankungen in der Metallindustrie und im Gesundheitsbereich in Deutschland für das Jahr 2002 auf ca. 550 Mio. EUR (Batzdorfer und Schwanitz 2004).

Tab. 3. Rentenstand ausgewählter Arten von Berufskrankheiten 2013 in Österreich

Rentenstand 2013, ausgewählte BK-Arten	Versehrtenrenten/Betriebsrenten												Hinterbliebenrenten	Versehrtenrenten/ Hinterbliebenrenten	
	Leichtversehrte					Schwerversehrte						MdE			
	0 bis 19	20 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	Leichtversehrte	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 bis 89	90 bis 99	100				Schwerversehrte
(BK-19) Hauterkrankungen	2	1.090	69	14	1.175	8	2	-	-	-	-	10	1.185	1	1.186
(BK-30) Durch allergisierenden Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale (inkl. Rhinopathie)	-	312	123	48	483	18	12	9	8	3	5	55	538	27	565
(BK-41) Erkrankungen d. tieferen Atemwege durch chemisch-irritative oder toxische Stoffe	1	336	173	54	564	53	20	14	10	-	17	114	678	39	717
(BK-43) Exogen-allergische Alveolitis	-	11	4	6	21	2	-	-	2	-	2	6	27	3	30
(BK-17) Hautkrebs	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
(BK-18) Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine	-	1	2	1	4	3	3	-	2	-	2	10	14	6	20
ausgewählte Berufskrankheiten	3	1.750	371	123	2.247	84	37	23	22	3	26	195	2.442	77	2.519

Quelle: AUVA Sonderauswertung 2014.

3.1.2 Allergien und Multiple Chemische Sensitivität (MCS)

Allergische Reaktionen können sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch durch (in)direkten Kontakt mit Stoffen am Arbeitsplatz hervorgerufen werden. In Hinblick auf die Arbeitsplatztoxizität ist beim Umgang mit Chemikalien sicherlich die Sensibilisierung der Haut sowie der Atemwege relevant, die dazu führen kann, dass bei einmaligem Kontakt eine Immunantwort sowie bei mehrmaligen Kontakt eine mitunter schwerwiegendere und aggressivere sekundäre Immunantwort folgt (Kimber et al. 2010). Die Exposition mit

Chemikalien ist auch mit einer Reihe von allergischen Reaktionen verknüpft. Bisher sind beispielsweise ca. 80 Stoffe bekannt, die allergische Reaktionen im Atemwegstrakt auslösen (Kimber et al 2014). Es ist erwiesen, dass durch verschiedene Stoffe (z.B. Diisocyanate, reaktive Farbstoffe) insbesondere Atemwegsallergien (Asthma, Rhinitis) entstehen können, wobei bei diesen Allergien nicht nur die Sensibilisierung von Atemwegen, sondern auch der Haut eine Rolle spielt (Kimber und Dearman 2002). Allergische Kontaktdermatitis kann durch den Kontakt mit Industrie- oder Umweltchemikalien, aber auch als Nebenwirkung (der Entwicklung) von Kosmetika entstehen (Corsini et al. 2013).

Das klinische Bild von multipler chemischer Sensitivität (MCS) oder auch vielfacher Chemikalienunverträglichkeit wird durchaus kontrovers diskutiert (DeLuca et al. 2011, Bolt und Kiesswetter 2002, Miller 1996). Unter MCS werden Unverträglichkeiten subsumiert, bei deren Expositionsniveau normalerweise keine negativen Gesundheitseffekte oder Beeinträchtigungen auftreten (sollten) (Bock und Birbaumer 1998). Betroffen können sowohl Menschen sein, die in ihrem beruflichen Alltag Chemikalien ausgesetzt sind, als auch Menschen, die in exponiertem Umfeld leben, wobei die Bandbreite an Symptomen von Herz-Kreislaufbeschwerden und Magen- und Darmproblemen über Atemprobleme bis hin zu psychischen Beschwerden reichen kann (Winder 2002). Die damit zusammenhängenden qualitativen Einschränkungen im Alltag können beträchtlich sein (Skovbjerg et al. 2009). Die Bandbreite der Prävalenz liegt bei 0,5-6,3% (Bauer et al. 2008), auch für Jugendliche bestehen ähnliche Schätzungen (Andersson et al. 2008). Allerdings schwanken die Angaben zwischen der von AllgemeinärztInnen erhobenen Prävalenz (0,5%) und der Selbsteinschätzung (9%) beispielsweise für Deutschland beträchtlich (Hausteiner et al. 2005). Die klinische Erweiterung des Syndroms (Lacour et al. 2005) sowie die Bedeutung von sozialen Faktoren in der Diagnose und Behandlung (Das-Munshi et al. 2007) werden in neuere Studien betont.

Im Zusammenhang mit Entwicklungen im Konsumentenschutz ist davon auszugehen, dass REACH sich auch in der Ausgestaltung von Produkten niederschlägt und dadurch eine Verbesserung des Schutzes für die KonsumentInnen bedeutet. Eine aktuelle Übersicht über das Vorkommen verschiedener problematischer Stoffe (karzinogene, reproduktionstoxische, mutagene Stoffe) im Zusammenhang mit dem Chemikalienrecht bieten Kaberlah et al. (2011) im Auftrag des deutschen Umweltbundesamts. Kaberlah et al. (2010) halten insbesondere die Informationsverpflichtung der Inverkehrbringer eines Erzeugnisses über im Erzeugnis enthaltene SVHC sowie über den sicheren Umgang mit dem Erzeugnis für eine wichtige Möglichkeit des Schutzes, da sowohl KonsumentInnen als auch z.B. Warenhäuser auf Grund der Informationen auf das Erzeugnis verzichten und sich um Alternativen bemühen können. Auf der anderen Seite werden von den AutorInnen auch Lücken im Verordnungstext ausgemacht, da beispielsweise keine Krebsverdachtsstoffe der Kategorie 3 (CMR-3)⁶ berücksichtigt werden.

3.1.3 Freizeit- und Heimunfälle

Der Umgang mit Chemikalien führt auch im häuslichen Bereich zu Unfällen. Insbesondere Kinder sind von Vergiftungen und Verätzungen betroffen. Für Österreich gibt es eine aktuelle Erhebung im Auftrag des Kuratoriums für Verkehrssicherheit, die die Kosten der Heim-, Freizeit- und Sportunfälle analysiert (Herry Consult 2013). Dabei werden unter Heim- bzw. Freizeitunfällen all jene Unfälle, die nicht

in der Arbeit oder beim Sport auftreten, subsumiert. Eine Differenzierung erfolgt zwar nach Altersstufen und nach Verletzungsschwere, eine Aufschlüsselung nach Unfallkategorien (z.B. Sturz, Vergiftung, Bruch) wird jedoch nicht vorgenommen. Dennoch erlauben die Ergebnisse eine erste Einschätzung der Höhe der Unfallkosten in Österreich. In der zitierten Studie werden medizinische Behandlungskosten, der Verlust an Leistungspotential, der Wert des menschlichen Leids sowie Gemeinkosten berechnet. Im Jahr 2011 entstanden in den Bereichen Heim und Freizeit insgesamt Kosten in der Höhe von 62,8 Mrd. EUR.

Eine Schweizer Studie (Sommer et al. 2007) beziffert die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Unfälle im nicht-beruflichen Kontext entstehen, und differenziert nach den Altersklassen Kinder, Erwachsene und SeniorInnen für das Jahr 2003. Es werden direkte Kosten (medizinische Heilungskosten, Sachschäden), indirekte Kosten (Produktionsausfall, Wiederbesetzung, Administration von Versicherungen, Polizei- und Rechtsfolgekosten) sowie immaterielle Kosten (Leid, Schmerz) erhoben. Im Unterschied zur österreichischen Studie werden die Unfälle noch in Unfallkategorien unterteilt. Verbrennung und Verätzung bilden eine Kategorie und sind daher nicht gänzlich auf den REACH-Kontext, in dem eine Kennzahl allein für Verätzungen notwendig wäre, übertragbar. Auch die Vergiftungszahlen enthalten neben den auf Chemikalien zurückzuführenden Unfällen auch jene mit anderen Ursachen. Dennoch bieten beide Schätzungen Anhaltspunkte für eine mögliche Größenordnung.

Das **Kuratorium für Verkehrssicherheit** erstellte eine Zeitreihe der Vergiftungs- und Verätzungsunfällen für stationäre Patienten für ICD-erfasste Chemikalien-Gruppen im Zeitraum von 1990-2012. Dies kann hilfreich sein, um zum einen die Auswirkungen auf der KonsumentInnenseite und zum anderen - allgemeiner gehalten - auch Rückschlüsse auf Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit durch den (veränderten) Umgang mit Chemikalien zu gewinnen.

Das Kuratorium für Verkehrssicherheit hat darüber hinaus eine Sonderauswertung bereitgestellt, welche die Anzahl und die Entwicklung der Vergiftungs- und Verätzungsfälle in Österreich beinhaltet.

Einschränkend ist zu bemerken, dass der Langzeitvergleich durch den Wechsel der Kodierung von ICD-9 auf ICD-10 im Jahr 2000 erschwert wird. Daher gehen in die Analyse nur die nach ICD-10 kodierten Diagnosen ein, die ab 2001 verfügbar sind und in Tabelle 4 dargestellt sind. Betrachtet man die Zahlen ab 2001 genauer, scheint ein leichter Abwärtstrend mit möglicher zyklischer Komponente zu bestehen. Im Zeitraum 2006 bis 2010 ist ein kontinuierlicher Rückgang der stationären Fallzahlen von potenziell REACH-relevanten Vergiftungen um ca. 40 Fälle pro Jahr zu verzeichnen. 2011 kommt es allerdings wieder zu einem Anstieg. Die größeren Fallzahlen betreffen Vergiftungen durch Gase, wobei die „sonstigen Gase“ eine abnehmende Tendenz zeigen. Zusammenfassend zeigen die vorliegenden Ergebnisse in der Diagnosegruppe „Toxische Wirkungen von medizinisch nicht-gebräuchlichen Substanzen“ in Ansätzen und Teilbereichen rückläufige Trends in den Fallzahlen stationärer Patienten, wobei relativierend eingeräumt werden muss, dass kein klarer Rückschluss auf die Ursache dieser rückläufigen Trends gezogen werden kann.

⁶ CMR-Stoffe sind jene Stoffe, die kanzerogen (krebserregend), mutagen (erbgutverändernd) oder reproduktionstoxisch (fruchtbarkeitsschädigend) wirken. Es erfolgt eine Unterteilung in verschiedene Kategorien, wobei Kategorie 1 bedeutet, dass die Wirkung auf den Menschen bereits nachgewiesen wurde. Kategorie 2 umfasst jene Stoffe, die im Tierversuch eindeutige Befunde geliefert haben. Für Stoffe der Kategorie 3 bestehen Verdachtsmomente.

Tab. 4. Fallzahlen der Diagnosegruppen „Toxische Wirkungen von medizinisch nicht gebräuchlichen Substanzen“ in Österreich (2001-2012)

Fälle nach ICD-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
sonstiger Gase, Dämpfe oder sonstigen Rauches	418	453	366	347	428	471	406	400	332	293	334	344
... von Kohlenmonoxid	195	206	216	222	194	225	237	192	211	264	312	256
... von organischen Lösungsmitteln	38	36	35	26	17	18	25	17	21	24	20	19
... von ätzenden Substanzen	21	17	20	17	18	27	19	16	11	18	43	12
... von Seifen und Detergenzien	22	19	20	28	20	15	15	16	19	9	12	16
... von Metallen	8	10	12	13	9	8	10	7	15	11	7	13
... von Schädlingsbekämpfungsmitteln (Pestiziden)	12	11	11	5	10	4	7	9	11	4	14	5
... von halogenierten aliphatischen und aromatischen Kohlenwasserstoffen	6	2	9	3	6	8	4	3	10	5	1	4
... von sonstigen anorganischen Substanzen	5	8	5	5		6	4	4	6	3	1	7
Gesamtergebnis	725	762	694	666	702	782	727	664	636	631	744	676

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis der eigens erstellten Sonderauswertung des Kuratoriums für Verkehrssicherheit 2014

Zu den Kosten, die mit der Behandlung in einem Spital entstehen, ist zu festzuhalten, dass sich die Aufenthaltsdauer pro Fall von 4,5 Nächten im Jahr 1989 auf 1,7 Nächte (ab 2002) reduzierte. Werden die Kosten eines Spitaltages pauschal mit dem kalkulatorischen Tagessatz von 500 EUR angesetzt, so kostet die stationäre Behandlung einer REACH-relevanten Vergiftung rund 900 EUR, eine Spitalsaufenthaltsdauer von 1,7 Nächten vorausgesetzt. Zu den Kosten der stationären Behandlung kommen aber u.U. noch weitere medizinische Behandlungskosten (Nachbehandlung, Arzt) sowie direkte Folgekosten, etwa durch Krankenstände, dazu. Gemäß der bereits erwähnten Studie zu Unfallkosten (Herry Consult 2013) entfallen etwa 30% der direkten Unfallfolgekosten auf die stationäre Unfallbehandlung. Die gesamten direkten Unfallfolgekosten einer REACH-relevanten Vergiftung liegen damit bei ca. 3.000 EUR pro Fall.

3.1.4 Ökonomische Bewertung der Gesundheitseffekte

Für das in der vorliegenden Studie verwendete ökonomische Modell war es auf Grund von Datenmängeln notwendig, verschiedene Annahmen über die REACH relevanten Gesundheitszustände zu treffen. Die ökonomischen Eingangswerte basieren auf Voruntersuchungen (Getzner 2006 und die dort genannten Quellen) und schwanken naturgemäß nach Art und Ausmaß der notwendigen Behandlung bzw. Krankheitsdauer. Die durchschnittlichen Eingangswerte werden abschließend tabellarisch angeführt.

Im Falle der Hauterkrankungen wird konservativ angenommen, dass 3% der Krankenstandsfälle auf die Exposition mit Chemikalien zurückzuführen sind. Einer medizinischen Behandlung bedürfen 25% der berufsbedingten Hauterkrankungen. Diese Annahme stellt ein mittleres Szenario dar, da die Erhebungen mittels Literaturrecherche eine Spanne von 15-36% (Getzner 2006, basierend auf Diepgen 2001) ergeben haben.

Analog zu den Hauterkrankungen wird auch bei den Atemwegserkrankungen die vorsichtige Annahme getroffen, dass 3% der Krankenstandsfälle chemikalienbedingt sind. Da kei-

ne Daten über Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Behandlung verfügbar waren, können diese nicht miteinbezogen werden. Dies könnte im Modell zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Ausmaßes der Krankheitslast durch Atemwegserkrankungen führen.

Für beide Krankheitsbilder wird auch hinsichtlich der möglichen positiven Veränderungen („REACH Effekt“) ein konservativer Eingangswert angenommen: Wir gehen im Modell davon aus, dass es zu einer gesamten Reduktion der Gesundheitsbeeinträchtigungen um 5% – linear ansteigend bis zu Ende des Betrachtungszeitraums (30 Jahre) – kommt, wenn REACH vollständig umgesetzt ist.

Die Datenlage für *Krebserkrankungen* ist in Österreich als sehr gut einzustufen. Für die Modellierung jener Fälle, die im Zusammenhang mit Belastungen durch Chemikalien stehen, wird basierend auf Musu (2005) ein Wert von 4% angenommen. Die ökonomische Bewertung erfolgt auf Basis des „Werts eines statistischen Lebens“, der auf Preisbasis 2013 fortgeschrieben wurde (ExternE 1999).

Österreichische Prävalenzraten für *Multiple Chemische Sensitivität* sind nicht verfügbar. Basierend auf deutschen Prävalenzraten (Hausteiner et al. 2005) wird im Modell vom untersten Wert der Spanne in der Höhe von 0,5% ausgegangen. Dieser Wert wird auf Grund der fehlenden klinischen Klassifikation und der Vielzahl an möglichen Symptomen für das Modell gewählt. Nachdem auch keine ökonomischen Bewertungen vorliegen und eine Vielzahl von Symptomen in unterschiedlichem Schweregrad im Krankheitsbild vorkommen können, wird ein Pauschalbetrag von 30 EUR pro Fall und Jahr in die KNA integriert.

Bei Vergiftungen und Verätzungen im Heim- und Freizeitbereich werden in der Analyse 3% der Krankenstandsfälle mit REACH-relevanten Chemikalien in Verbindung gebracht. Die ökonomische Bewertung, die in die Kosten-Nutzen-Analyse eingeht, basiert auf Expertenmeinungen und beinhaltet ausschließlich durchschnittliche direkte Kosten. Abschließend veranschaulicht Tabelle 5 die zur Anwendung kommenden Bewertungsansätze.

Tab. 5. Ökonomische Bewertung von Gesundheitsendzuständen, Preisbasis 2013

<i>Krankheitsbild</i>	<i>EUR pro Fall</i>
Atemwegserkrankung mit Arztbesuch	1.076
Atemwegserkrankung ohne Arztbesuch	849
Atemwegserkrankung mit Krankenstand	1.988
Atemwegserkrankung mit Spital	10.864
Hauterkrankung mit Arztbesuch	270
Hauterkrankung ohne Arztbesuch	145
Hauterkrankung mit Krankenstand	1.225
Krebs Krankenstand und Spital	651.497
Wert eines statistischen Lebens	4.488.000
Vergiftungs- und Verätzungsfall*	3.000
Multiple Chemische Sensitivität**	30

* Expertenmeinung (Kuratorium für Verkehrssicherheit)

** eigene Annahme

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen analog Getzner 2006 (Tabelle 17) und den dort genannten Quellen

3.2 Umwelteffekte

In Bezug auf Umwelteffekte ist vor allem die Verringerung von SVHC und damit von Umweltschäden sowie damit verbundene Schadenskosten relevant. REACH beeinflusst die Umwelt positiv durch einen besseren bzw. sichereren Umgang mit den Stoffen und eine höhere Menge an verfügbaren Informationen, aber auch durch Risikosteuerungsmaßnahmen sowie eine Vorab-Beurteilung der Produktsicherheit (Reihlen und Luskow 2007).

In letzter Zeit wurden einige Studien mit dem Schwerpunkt auf Ökotoxizität im Zusammenhang mit der REACH-Verordnung publiziert. In einer Publikationsserie wurden eine Überblicksarbeit über die verfügbaren Ökotoxizitätsdaten (Sobanska et al. 2014) sowie detaillierte Analysen über die aquatische Toxizität (Tarazon et al. 2014), die terrestrische Toxizität (Versonnen et al. 2014) und die Toxizitätsdaten für Sedimentlebewesen (Cesnaitis et al. 2014) anhand der bis zum Ende der ersten Registrierungsfrist bei der ECHA eingegangenen Registrierungsdossiers erstellt. Allerdings handelt es sich hierbei eher um eine vergleichende Beschreibung hinsichtlich der Datenverfügbarkeit und zwischen den Toxizitätsbereichen als um eine tiefgehende inhaltliche Analyse bzw., darauf aufbauend, die Untersuchung möglicher Auswirkungen der REACH-Verordnung.

Scialli (2008) befasste sich mit der Frage, wie sich Daten im Bereich der Entwicklungs- bzw. Reproduktionstoxizität im Rahmen von REACH verändern. REACH kann den Einsatz hoher finanzieller Mittel und Versuchstierressourcen erfordern, selbst wenn es die Möglichkeit von In-vitro-Tests sowie anderen ressourcenschonenden Verfahren einräumt. Besonders die Tatsache, dass die Angaben zur effektiven Dosis keine Rolle spielt, wenn es um die Einstufung eines Stoffes geht, ist nach Meinung des Autors bedenklich und nicht zielführend.

Für die vorliegende Kosten-Nutzen-Analyse wird daher das Hauptaugenmerk auf die Entwicklung gefährlicher Abfälle und die Bereiche Sanierungskosten in Bezug auf kontaminierte Böden und Grundwasserschutz sowie gefährliche Abfälle gelegt. Für die Bewertung der Menge der gefährlichen Abfälle wird die Entwicklung der Abfallmengen von 1998-2007 basierend auf der integrierten NAMEA⁷ (Statistik Austria 2014b) analysiert und auf den Projektzeitrahmen projiziert. In ökonomischer Hinsicht stützt sich die Schätzung von Behandlungskosten gefährlicher Abfälle in der Höhe von 200 EUR/t auf eigene Erhebungen und Expertenmeinungen.

⁷ NAMEA bedeutet „National Accounting Matrix including Environmental Accounts“, also eine umweltökonomische Gesamtrechnung als Ergänzung zu den bestehenden Systemen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR).

Die Sanierungskosten für kontaminierte Böden werden auf Basis des Berichts des Umweltbundesamts (2007) in der KNA berücksichtigt. In Bezug auf den Grundwasserschutz werden Reinigungskosten miteinbezogen. Im Falle der Umweltschäden wird angenommen, dass es durch REACH zu einer Reduktion der Schadenskosten um 5% kommen wird.

3.3 Unternehmenseffekte

Auch dieser Bereich der möglichen Nutzeffekte scheint nach wie vor umstritten zu sein. Bereits im Vorfeld der REACH-Einführung wurden die Auswirkungen der REACH-Verordnung in Hinblick auf Innovationen breit und durchaus kontrovers diskutiert. So wurde z.B. davon ausgegangen, dass sich vor REACH die meisten Innovationen auf neue Formulierungen und Zubereitungen oder auch effizientere Herstellungsstrategien von bereits bekannten Stoffen beschränkten (Nordbeck 2005). Der Einfluss von REACH auf die Innovationsfähigkeit der europäischen Chemieindustrie wurde in einer Zwischenevaluierung näher untersucht (CSES 2012a). Wie zu erwarten, übersteigen die negativen Effekte, die aus den zu befolgenden Anforderungen entstehen, kurzfristig positive Innovationsanreize. Allerdings ist in der langfristigen Perspektive mit bedeutenden Innovationseffekten zu rechnen. Auf Grund der Gleichbehandlung von neuen und Phase-in-Stoffen betont die Europäische Kommission (2013) die positiven Innovationseffekte von REACH durch verstärkte Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen.

Die Auswirkungen von REACH auf die Wettbewerbsfähigkeit europäischer Chemie-Unternehmen wird in einem Review von mehr als 40 Studien analysiert (van Wassenhove et al. 2008). Zwischen den untersuchten Studien schwanken die Kostenschätzungen, die für die Umsetzung von REACH errechnet wurden, beträchtlich. Dies ist besonders auf die unterschiedliche Bewertung möglicher indirekter Kosten zurückzuführen. Eine eindeutige Quantifizierung potentieller Effekte auf die Wettbewerbsfähigkeit ist nicht möglich, dennoch gehen die Autoren davon aus, dass langfristig gesehen die Wettbewerbsfähigkeit der Chemieindustrie nicht gefährdet ist, bzw. sich auch verbessern kann.

Frühere Studien (Hansjürgens und Nordbeck 2007) gingen davon aus, dass REACH vor allem hinsichtlich der Innovationsrichtung sowohl bei den Stoffherstellern als auch bei den AnwenderInnen sowie den Weiterverarbeitern wirkt, da zum einen die Substitution von besonders besorgniserregenden Stoffen durch die Hersteller verlangt wird und zum anderen auch durch die zunehmende Transparenz eine Informationsbasis für die AnwenderInnen, aber auch die VerbraucherInnen geschaffen wird. Die Frage nach der Innovationsgeschwindigkeit ist jedoch nicht eindeutig zu beantworten: Die Entwicklung von Neustoffen wird begünstigt, allerdings ist zu bezweifeln, ob die Innovationsrate tatsächlich ansteigend ist, da diese mit hohen Kosten verbunden und unter Umständen erst ab einer gewissen Größenordnung (Skaleneffekte) rentabel ist. Durch REACH werden Stoffe unterhalb einer in Verkehr gebrachten Menge von einer Tonne pro Jahr nicht mehr systematisch erfasst, was auch Auswirkungen auf die Anzahl an Neuzulassungen haben wird. In Bezug auf Altstoffe lassen sich mangels Daten zum Publikationszeitpunkt kaum Aussagen machen. Dennoch kann langfristig erwartet

werden, dass die positiven Innovationseffekte durch REACH überwiegen. Auf Grund der mangelnden Daten wurden diese Effekte nur qualitativ in die weitere Analyse miteinbezogen bzw. im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse getestet.

4 Kosten der Implementierung von REACH

Auf der Kostenseite sind sowohl direkte als auch indirekte Kosten für die Analyse relevant. In einer Zwischenevaluierung für 2011 wurden basierend auf verfügbaren Daten und der Anzahl an Registrierungen (ca. 25.000 bis Ende 2010) die Vorregistrierungs- bzw. die Registrierungskosten auf ca. 2,1 Mrd. EUR mit einer Spanne von 1,1 bis 4,1 Mrd. EUR geschätzt (CSESb 2012).

Die Kostenbelastung der Industrie bedingt durch REACH war ebenfalls Gegenstand einer Untersuchung (Angerer et al. 2008), basierend auf der Analyse der gesetzlichen, administrativen und wirtschaftlichen Ausgangslage in den neuen EU-Mitgliedsstaaten und drei Fallstudien (Tschechien, Polen, Litauen). Die Untersuchung zeigt auf, dass es keine signifikanten Einschnitte für die Industrie durch REACH geben wird, auch wenn KMUs (kleine und mittlere Unternehmen) vor beträchtliche Herausforderungen gestellt werden. Gubels et al. (2013) stellen in einer aktuellen Literaturübersicht, ergänzt um eigene Erhebungen für chemische Betriebe, die Lage für KMUs unter REACH dar. Da 95% der gesamten Unternehmen in der chemischen Industrie KMUs zuzurechnen sind, ist diese Gruppe für Analysen der Akzeptanz bzw. der wirtschaftlichen Folgen von REACH besonders interessant. Das Stimmungsbild gestaltet sich laut dieser Analyse ambivalent bis negativ. Um die potentiellen Nutzeffekte bzw. den Mehrwert durch REACH tatsächlich zu erfassen, bleibt das Ende der Registrierungsperiode (2018) abzuwarten.

Die in die vorliegende Kosten-Nutzen-Analyse eingehenden Kostenschätzungen basieren zum einen auf Daten aus der im Rahmen des vorliegenden Projekts durchgeführten Unternehmensbefragung (Plas et al. 2015). Die dort erhobenen Kosten beziehen sich auf den Zeitraum ab Inkrafttreten der REACH-Verordnung am 1. Juni 2008⁸. Die teilnehmenden Unternehmen wurden zu Ausmaß und Höhe jener Kosten, die auf Grund der Registrierung von Stoffen anfallen, befragt. Hierunter fallen insbesondere die ECHA-Gebühren, Kosten für die Erstellung von Dossiers, Teilnahmegebühren für Veranstaltungen zum Austausch von Stoffinformationen (SIEFs), Testkosten sowie Beratungskosten. Im Zuge der Erhebung war es nicht möglich, weitere Kosten, wie interne Kosten für Weiterbildung, für den Ausbau von Arbeitsschutzmaßnahmen oder Personal- und Reisekosten, umfassend zu quantifizieren. Diese Kosten gehen daher nicht in die weitere Analyse ein bzw. werden im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse berücksichtigt. Generell ist festzuhalten, dass die Unternehmensangaben in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren (Tonnage, Stoff, u.ä.) sehr unterschiedlich sind. Zum anderen wird eine Auswertung der ECHA (2014) bezüglich der seit 1. Juni 2008 bis einschließlich 2013 angefal-

⁸ Auf Grund des Projektzeitraumes wurden Kosten aus Registrierungen bis 27. Juni 2014 berücksichtigt.

lenen Kosten für österreichische Unternehmen verwendet. Diese Kosten werden mit 8,3 Mio. EUR beziffert.

In einem weiteren Schritt werden aus den ECHA- und Unternehmensdaten zwei Szenarien entwickelt, die sich aus der Kombination aus durchschnittlichen Gesamtminimal- bzw. maximalkosten ergeben. Das „Szenario Durchschnitt“ errechnet sich aus dem Mittelwert der durchschnittlichen Minimal- und Maximalkosten und bildet mit rund 53 Mio. EUR den Eingangswert für die Kosten-Nutzen-Analyse. Das „Szenario Durchschnitt Max“ basiert hingegen auf den durchschnittli-

chen Maximalkosten und ergibt Gesamtkosten von rund 86 Mio. EUR. Dieses Szenario ist für die Sensitivitätsanalysen von Bedeutung. Eine genaue Aufstellung der eingehenden Kosten für beide Szenarien ist Tabelle 6 zu entnehmen.

Basis für das im weiteren Bericht dargestellte Hauptszenarium ist das Durchschnittsszenario, das von Kosten in der Höhe von 53 Mio. EUR ausgeht. Für die Extrapolation werden jährliche Durchschnittsraten ermittelt, wobei für das Modell die Annahme getroffen wird, dass von 2018-2044 30% der durchschnittlichen Kosten anfallen.

Tab. 6. Externe Kosten nach Gütern (Mio. EUR)

Name der Gütergruppe	Szenario „Durchschnitt“	Szenario „Durchschnitt Max“
Steine u. Erden; DL für den Bergbau	0,4	0,7
Papier, Pappe und Waren daraus	0,07	0,1
Kokereierzeugnisse und Mineralölerzeugnisse	6,2	10,1
Chemische Erzeugnisse (inkl. Pharmazeutika)	35,8	58,2
Glas, Keramik, bearbeitete Steine und Erden	1,5	2,4
Metalle und Metallerzeugnisse	7,2	11,7
Elektrische Ausrüstungen	1,5	2,4
Gesamt	52,7	85,6

Quelle: Eigene Darstellung nach Plas et al. (2015)

5 Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse

Die folgenden Ergebnisse werden im Rahmen eines „Hauptszenariums“ dargestellt. Für alle Kosten- und Nutzenkomponenten der Kosten-Nutzen-Analyse werden hierbei jeweils die wahrscheinlichsten Mittelwerte unterstellt. Im Hauptszenarium führt die Einführung von REACH zu einem deutlichen volkswirtschaftlichen Ressourcengewinn, der etwa 2,5 Mrd. EUR beträgt. Eine hohe interne Verzinsung (35%) und ein Nutzen-Kosten-Verhältnis von über 9 deuten ebenfalls auf eine hohe relative volkswirtschaftliche Rentabilität von REACH hin. Die Ausprägungen der Ergebnisvariablen sind in Tabelle 7 dargestellt. Abbildung 1 zeigt die einzelnen volkswirtschaftlichen Kosten- und Nutzenkomponenten im Detail.

Die vorliegenden Berechnungen basieren auf einer Reihe von Annahmen. Daher ist bei der Interpretation der Ergebnisse des Hauptszenariums und der Sensitivitätsanalysen zu bedenken, dass die einzelnen Kosten- und Nutzenkomponenten mittels der besten verfügbaren Daten ermittelt wurden, aber diese mit teilweise großen Unsicherheiten und Informationslücken behaftet sind. Eine Reihe von Sensitivitätsanalysen erlaubt eine differenziertere Betrachtung der Ergebnisse im Hauptszenario und zeigt auf, welche Einflussgrößen in

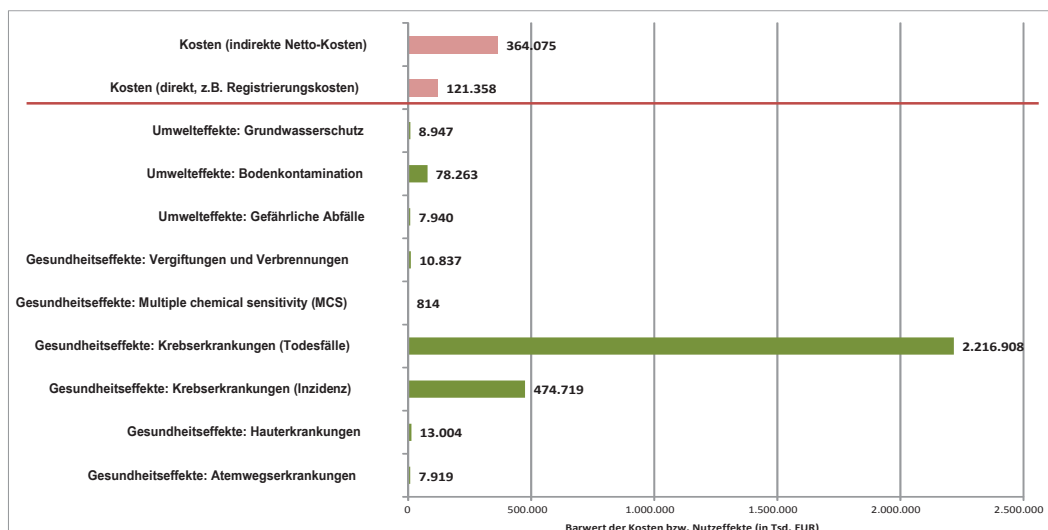
der Beurteilung von REACH relevant sind. Mittels Sensitivitätsanalysen werden auch jene „Schwellenwerte“, ab welchen REACH für Österreich einen Nutzenüberschuss erzielt, identifiziert. Insbesondere die Kosten von REACH (der Einführung und des Vollzugs), der Diskontierungszinssatz, das Ausmaß der positiven Gesundheitswirkungen und die ökonomische Bewertung der Nutzeffekte sind für die Sensitivitätsanalysen von besonderer Bedeutung. Die folgenden Abbildungen 2 bis 5 zeigen eine Auswahl aus den durchgeführten Sensitivitätsanalysen.

Die Sensitivitätsanalysen unterstreichen, dass auch bei sehr pessimistischen Annahmen über das Ausmaß einzelner Kosten- und Nutzenkomponenten das REACH-System insgesamt für die österreichische Volkswirtschaft einen durchgehend positiven Nutzenüberschuss erzielt. Die Sensitivitätsanalyse zum Diskontierungszinssatz ergibt, dass bei einer Vervierfachung des Diskontierungszinssatzes (4% statt 1% im Hauptszenarium) der volkswirtschaftliche Nutzenüberschuss noch immer rund 1,2 Mrd. EUR (anstatt ursprünglich 2,5 Mrd. EUR) beträgt. Hinsichtlich der angenommenen Gesundheitswirkungen zeigt sich, dass selbst dann, wenn nur 1% aller chemikalienbedingten Erkrankungen (anstatt 5% im Hauptszenarium) durch REACH vermieden werden, der Netto-Nutzen noch rund 300 Mio. EUR beträgt. Die Erhöhung der direkten Kosten von REACH (z.B. Registrierungs-, Prüfkosten) beeinflusst das Ergebnis hingegen kaum, denn

Tab. 7. Ergebnisse der volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse von REACH im „Hauptszenarium“

Ergebnisvariable	Ausprägung
Barwert der volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Saldi	2.511.193 Tsd. EUR
Interne Verzinsung	35,14%
Annuität	97.304 Tsd. EUR
Nutzen-Kosten-Verhältnis	9,15
Barwert der Nutzeffekte	2.819.351 Tsd. EUR
Barwert der Kosten	308.158 Tsd. EUR

Annahmen zur Berechnung: Planungszeitraum 2008 bis 2044; Wirksamwerden der ersten positiven Gesundheitswirkungen 2014 im Ausmaß von 5% aller chemikalienbedingten Erkrankungen für das Jahr 2044; Diskontierungszinssatz: 1,00% (real); Bevölkerungsprognose entsprechend Statistik Austria.



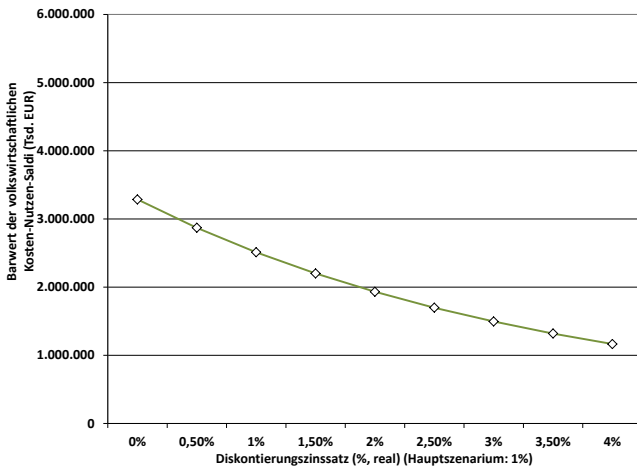
Quelle: eigene Berechnungen

Abb. 1. Übersicht über den Barwert der volkswirtschaftlichen Kosten- und Nutzenkomponenten des REACH-Hauptszenariums

auch bei einer Verdoppelung der direkten Kosten sinkt der Nutzenüberschuss nur knapp unter 2 Mrd. EUR. Auch eine Erhöhung der indirekten Netto-Kosten (d.h. Kosten und Nutzeffekte der Umstellung von Produktionen und Produkten) wirkt sich kaum auf den volkswirtschaftlichen Nettonutzen aus. Werden indirekte Kosten im Ausmaß des Zehnfachen der direkten Kosten (anstatt des Dreifachen) angenommen, reduziert sich der volkswirtschaftlichen Nettonutzen von rund 2,5 auf knapp unter 2 Mrd. EUR.

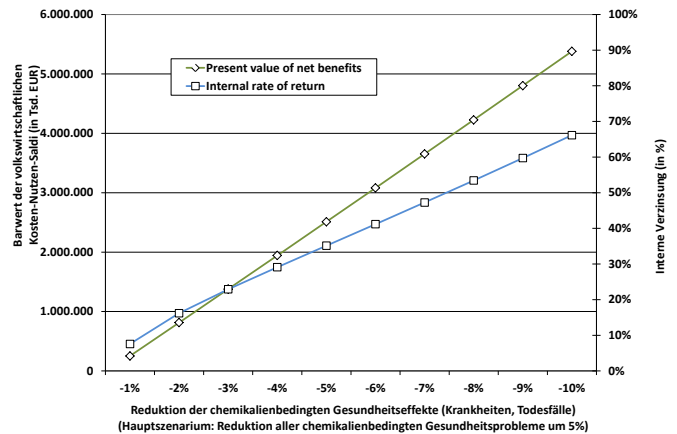
6 Diskussion und Zusammenfassung

Aufgrund der im Rahmen des vorliegenden Beitrags dargestellten und erörterten Unsicherheiten und Ungewissheiten von Daten und Informationen über die Wirkungen von REACH können die volkswirtschaftlichen Kosten und Nutzeffekte lediglich in Bandbreiten sowie im Rahmen von Sensitivitätsanalysen beurteilt werden. Ausgehend von einem Hauptszenarium, in welchem die Kosten und Nutzeffekte jeweils mit einem vom Projektteam angenommenen möglichen und wahrscheinlichen Mittelwert berücksichtigt werden, werden die einzelnen Kosten- und Nutzenkomponenten



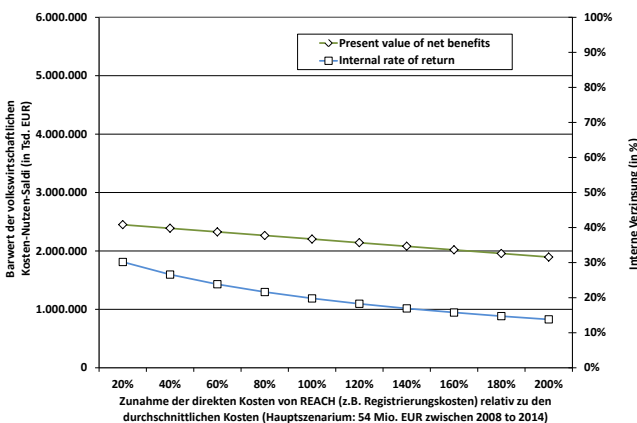
Quelle: eigene Berechnungen

Abb. 2. Sensitivität der Ergebnisse des REACH-Hauptszenariums in Bezug auf den Diskontierungszinssatz



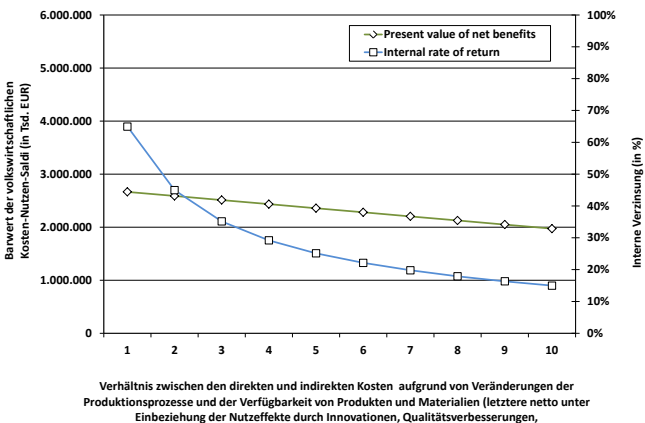
Quelle: eigene Berechnungen

Abb. 3. Sensitivität der Ergebnisse des REACH-Hauptszenariums in Bezug auf die Reduktion chemikalienbedingter Gesundheitsprobleme



Quelle: eigene Berechnungen

Abb. 4. Sensitivität der Ergebnisse des REACH-Hauptszenariums bezüglich der direkten Kosten von REACH



Quelle: eigene Berechnungen

Abb. 5. Sensitivität der Ergebnisse des REACH-Hauptszenariums bezüglich der indirekten Kosten von REACH

in einer sehr großen Bandbreite variiert, um aufzuzeigen, ob und inwieweit auch signifikant größere oder kleinere Kosten bzw. Nutzeffekte das Ergebnis beeinflussen.

Die Analysen zeigen, dass REACH in einer großen Bandbreite möglicher Kosten und Nutzeffekte aus volkswirtschaftlicher Sicht einen positiven Nettonutzen erbringt bzw. bereits erbracht hat. Ausschlaggebend dafür sind die nicht unerheblichen positiven Wirkungen auf die menschliche Gesundheit (Arbeitsplatz, allgemeine Gesundheit), die sich in einer Reduktion der Fälle von Krankheiten und Unfällen widerspiegeln. Anhand der vorliegenden Analyse kann auf Basis der derzeit verfügbaren Daten zwar nicht exakt beziffert werden, wie groß der volkswirtschaftliche Ressourcengewinn durch die Einführung von REACH ist; jedoch zeigt die Kosten-Nut-

zen-Analyse, dass grundsätzlich ein positiver Nettonutzen durch REACH zu erwarten ist. Wichtig bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist, dass die Analyse einen positiven volkswirtschaftlichen Nettonutzen des REACH-Systems nahelegt, jedoch nicht auf die möglichen branchen- und unternehmensspezifischen Umstellungs-, Verteilungs- und Kostentragsprobleme eingehen kann. Jedoch zeigt die vorliegende Studie auch, dass Unternehmen von REACH durch die damit verbundenen Innovationseffekte auch profitieren können, und dass somit betriebliche Nutzeffekte durchaus auch mit den positiven allgemeinen und arbeitsplatzspezifischen Gesundheitswirkungen in Einklang zu bringen sind.

7 Literaturverzeichnis

- Andersson, L., Johansson, Å., Millqvist, E., Nordin, S., & Bende, M. (2008). Prevalence and risk factors for chemical sensitivity and sensory hyperreactivity in teenagers. *International journal of hygiene and environmental health*, 211(5), 690-697.
- Angerer, G., Nordbeck, R., & Sartorius, C. (2008). Impacts on industry of Europe's emerging chemicals policy REACH. *Journal of environmental management*, 86(4), 636-647.
- AUVA online (2014). <http://www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.672776> [Zugriff 22.05.2014]
- Batzdorfer, L.; Schwanz, H. J. (2004). Ökonomische Folgen berufsbedingter Hauterkrankungen. *Die BG*, 6, 278-280.
- Bardana Jr, E. J. (2003). 8. Occupational asthma and allergies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 111(2), 530-539.
- Bauer A, Schwarz E, Mai C. (2008). Multiple Chemical Sensitivity (MCS): Ein Update. *Umwelt Medizin Gesellschaft* 21(4), 9-15.
- Bock, K. W., & Birbaumer, N. (1998). Multiple Chemical Sensitivity. Schädigung durch Chemikalien oder Nozobo-Effekt. *Deutsches Ärzteblatt*, 95(3), 91-94.
- Bolt, H. M., & Kiesswetter, E. (2002). Is multiple chemical sensitivity a clinically defined entity?. *Toxicology letters*, 128(1), 99-106.
- Boschetto, P., Quintavalle, S., Miotto, D., Lo Cascio, N., Zeni, E., Mapp, C.E. (2006). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and occupational exposures. *J Occup Med Toxicol* 1(11),
- CSES, Centre for Strategy and Evaluation Services (2012a). Study on the impact of REACH Regulation on the innovativeness of the EU chemical industry. Report prepared for the Directorate-General for Enterprise and Industry, European Commission
- CSES, Centre for Strategy and Evaluation Services (2012b). Interim Evaluation: Functioning of the European chemical market after the introduction of REACH. Report prepared for the Directorate-General for Enterprise and Industry, European Commission
- Cesnaitis, R., Sobanska, M. A., Versonnen, B., Sobanski, T., Bonnomet, V., Tarazona, J. V., & De Coen, W. (2013). Analysis of the ecotoxicity data submitted within the framework of the REACH Regulation. Part 3. Experimental sediment toxicity assays. *Science of The Total Environment*, 475, 116-122
- Corsini, E., Galbiati, V., Nikitovic, D., & Tsatsakis, A. M. (2013). Role of oxidative stress in chemical allergens induced skin cells activation. *Food and Chemical Toxicology*, 61, 74-81.
- Das-Munshi, J., Rubin, G. J., & Wessely, S. (2007). Multiple chemical sensitivities: review. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 15(4), 274-280.
- De Luca, C., Raskovic, D., Pacifico, V., Thai, J. C. S., & Korkina, L. (2011). The search for reliable biomarkers of disease in multiple chemical sensitivity and other environmental intolerances. *International journal of environmental research and public health*, 8(7), 2770-2797.
- Europäische Chemikalienagentur [ECHA]: <http://echa.europa.eu/web/guest/regulations/reach/understanding-reach>
- Europäische Kommission (2003). Regulation of the European parliament and of the Council concerning the Registration, Evaluation, Authorisation and Restrictions of Chemicals (REACH), establishing a European Chemicals Agency and amending Directive 1999/45/EC and Regulation (EC) Ex-tended Impact Assessment. SEC (2003) 1171/3
- Europäische Kommission (2013). Gesamtbericht zu REACH. COM(2013)49 final, Brüssel <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013DC0049&from=DE>
- Eurostat (2012): The REACH baseline study 5 years update. Comprehensive study report
- ExternE (1999): Externalities of Energy. Volume 7: Methodology update 1998. European Commission, Brussels
- Getzner, M. (2006): Kosten und Nutzeffekte der Chemikalienpolitik. volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse der neuen EU-Chemiepolitik (REACH) für Österreich. LIT Verlag, Wien
- Getzner, M. (2008). Uncertainties and the precautionary principle in cost-benefit environmental policies. *Journal of Policy Modeling* 30 (1), 1-17.
- Gubbels, I., Pelkmans, J., & Schrefler, L. (2013). REACH: A killer whale for SMEs? CEPS Policy Brief 307
- Hammerschmidt, T. & Marx, R. (2014). REACH and occupational health and safety. *Environmental Sciences Europe*, 26(6)
- Hanschmidt, A., Lulei, M., Paetz, A. (2013). Five years REACH: lessons learned and first experiences - an industry's view. *Environmental Sciences Europe*, 25(19)
- Hansjürgens, B., & Nordbeck, R. (Hrsg.) (2005). Chemikalienregulierung und Innovationen zum nachhaltigen Wirtschaften. Physica Verlag, Heidelberg.
- Hansjürgens, B., & Nordbeck, R. (2007). REACH und Innovationen. *uwf UmweltWirtschaftsForum*, 15(4), 205-208.
- Hausteiner, C., Bornschein, S., Hansen, J., Zilker, T., Förstl, H. Self-reported chemical sensitivity in Germany: A population-based survey. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 208(4), 271-278.
- Herry Consult (2013). UKR Heim, Freizeit und Sport. Ermittlung der Unfallkosten für die Bereiche Heim, Freizeit und Sport 2011. Im Auftrag des Kuratoriums für Verkehrssicherheit. Wien
- Jeebhay, M.F., Quirce, S. (2007) Occupational asthma in the developing and industrialised world: a review. *Int J Tuberc Lung Dis*, 11, 122-133
- Kalberlah, F., Augustin, R., Bunke, D., Schwarz, M., Oppl, R. (2011). Karzinogene, mutagene, reproduktionstoxische (CMR) und andere problematische Stoffe in Produkten - Identifikation relevanter Stoffe und Erzeugnisse, Überprüfung durch Messungen, Regelungsbedarf im Chemikalienrecht
- Kalberlah, F., Schwarz, M., Bunke, D., & Wurbs, J. (2010).

- Schadstoffbelastete Erzeugnisse im Verbraucherbereich: Wird REACH zu Verbesserungen führen?. *Umweltwissenschaften und Schadstoff-Forschung*, 22(3), 188-204.
- Kimber, I., Basketter, D. A., & Dearman, R. J. (2010). Chemical allergens—What are the issues?. *Toxicology*, 268(3), 139-142.
- Kimber, I., & Dearman, R. J. (2002). Chemical respiratory allergy: role of IgE antibody and relevance of route of exposure. *Toxicology*, 181, 311-315.
- Kimber, I., Dearman, R. J., Basketter, D. A., & Boverhof, D. R. (2014). Chemical respiratory allergy: Reverse engineering an adverse outcome pathway. *Toxicology*, 318, 32-39.
- Lacour, M., Zunder, T., Schmidtke, K., Vaith, P., & Scheidt, C. (2005). Multiple chemical sensitivity syndrome (MCS)—suggestions for an extension of the US MCS-case definition. *International journal of hygiene and environmental health*, 208(3), 141-151.
- Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., & Sullivan, R. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The lancet oncology*, 14(12), 1165-1174.
- Miller, C. S. (1996). Chemical sensitivity: symptom, syndrome or mechanism for disease?. *Toxicology*, 111(1), 69-86.
- Musu, T. (2006). REACH am Arbeitsplatz: die potenziellen Vorteile der neuen europäischen Chemikalienpolitik für die ArbeitnehmerInnen. *Informationen zur Umweltpolitik* 169, Kammer für Arbeiter und Angestellte, Wien
- Musu, T. (2004). REACHing the workplace: how workers stand to benefit from the new European policy on chemical agents. TUTB.
- Nies, E., Musanke, U., Püringer, J., Rühl, R., Arnone, M. (2013). DNELs for workplaces – observations from an inspection of the DGUV DNEL list. *Gefahrstoffe – Reinhaltung der Luft* 73 (11/12), 455-462.
- Nordbeck, R. (2005). Europäische Chemikalienregulierung-Hemmnis oder Anreiz für Innovationen zum nachhaltigen Wirtschaften? In: Hansjürgens, B., & Nordbeck, R. (Hrsg.). *Chemikalienregulierung und Innovationen zum nachhaltigen Wirtschaften*. Physica Verlag, Heidelberg, 123-169
- Pickvance S. et al (2005). Further assessment of the impact of REACH on occupational health with a focus on skin and respiratory diseases. Final report, prepared for the European Trade Union Institute
- Plas, G., Schweighofer, J., Schwärz, M., Mahlberg, B., Getzner, M., Zak, D. (2015). Endbericht zur Studie „REACH-VO – Evaluierung der Auswirkungen auf die betroffenen Wirtschaftszweige und die gesamte Volkswirtschaft in Österreich. Studie im Auftrag Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. Wien
- Püringer, J. (2010). DMEL-Werte als Grenzwerte für Kanzerogene—Ein problematisches Konzept im Windschatten von REACH. *Gefahrstoffe-Reinhaltung der Luft*, 70(5), 175.
- Püringer, J. (2011). „Derived Minimal Effect Levels“ (DMEL): Defizite ein Jahr nach der REACH-Registrierungspflicht. *Gefahrstoffe-Reinhaltung der Luft*, 71(11), 471.
- Reihlen, A., & Luskow, H. (2007). Analysis of studies discussing the benefits of REACH. *Ökopool*, Institut für Ökologie und Politik
- Rühl, R. (2007). Mit REACH zu einem sicheren Umgang. *TÜ*, 48(9), 29-34.
- Schulte, C., Tietjen, L., Bambauer, A., Fleischer, A. (2012). Five years REACH – lessons learned and first experiences. I. an authorities' view. *Environmental Sciences Europe*, 24(31)
- Scialli, A. R. (2008). The challenge of reproductive and developmental toxicology under REACH. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 51(2), 244-250.
- Skovbjerg, S., Brorson, S., Rasmussen, A., Johansen, J. D., & Elberling, J. (2009). Impact of self-reported multiple chemical sensitivity on everyday life: a qualitative study. *Scandinavian journal of public health*, 37(6), 621-626.
- Sobanska, M. A., Cesnaitis, R., Sobanski, T., Versonnen, B., Bonnomet, V., Tarazona, J. V., & De Coen, W. (2013). Analysis of the ecotoxicity data submitted within the framework of the REACH Regulation. Part 1. General overview and data availability for the first registration deadline. *The Science of the total environment*, 470-471, 1225-1232.
- Sommer, H., Brügger, O., Lieb, C., & Niemann, S. (2007). Volkswirtschaftliche Kosten der Nichtberufsunfälle in der Schweiz. *Strassenverkehr, Sport, Haus und Freizeit [Cost to the national economy of nonoccupational accidents in Switzerland: road traffic, sport, home and leisure]*. Berne: bfu-Swiss Council for Accident Prevention.
- Statistik Austria (2014a): Demographische Prognosen. Online verfügbar: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/index.html
- Statistik Austria (2014b): Namea. Online verfügbar: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_und_umwelt/umwelt/namea/index.html
- Tarazona, J. V., Sobanska, M. A., Cesnaitis, R., Sobanski, T., Bonnomet, V., Versonnen, B., & De Coen, W. (2014). Analysis of the ecotoxicity data submitted within the framework of the REACH Regulation. Part 2. Experimental aquatic toxicity assays. *Science of The Total Environment*, 472, 137-145.
- Umweltbundesamt (online): <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/chemikalien/reach/wasistreach/> [17.06.2015]
- Umweltbundesamt (2012): Bestandsaufnahme der Abfallwirtschaft in Österreich. Status-bericht 2012, Wien
- Van Wassenhove, L. N., Lebreton, B., Lorenz, T. (2008). The REACH Directive and its Impact on the European Chemical Industry: A Critical Review. INSEAD Working Paper No. 53. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1259658>
- Versonnen, B., Tarazona, J. V., Cesnaitis, R., Sobanska, M. A., Sobanski, T., Bonnomet, V., & De Coen, W. (2013). Analysis of the ecotoxicity data submitted within the framework of the REACH Regulation: Part 4. Experimental terrestrial toxicity assays. *Science of The Total Environment*, 475, 123-131.
- Winder, C. (2002). Mechanisms of multiple chemical sensitivity. *Toxicology letters*, 128(1), 85-97.

Beiträge der Akutspitäler zur Regionalwirtschaft in Österreich

Gerhard Fülöp

Abstract

Österreich weist im internationalen Vergleich eine extrem hohe Akutbettendichte und Krankenhaushäufigkeit auf (jeweils Spitzenposition innerhalb der EU-28). Gleichzeitig liegt Österreich auch mit dem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 10,8 % (darunter Kosten für die Akutspitäler im Umfang von etwa 4 bis 5 % des BIP) im EU-Spitzenfeld. Im Rahmen der daraus resultierenden Diskussion über die möglichen Optimierungen (Reduktion von Spitalsstandorten und Akutbetten; Verlagerung der Versorgungsleistungen in den „ambulanten“ bzw. „extramuralen“ Sektor) ist auch die aktuelle regionalwirtschaftliche Bedeutung der Akutspitäler von Relevanz.

Aus den verfügbaren Datengrundlagen (regionale Gesamtrechnung der Statistik Austria, Krankenanstalten-Statistik und Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)- Daten des Gesundheitsministeriums) können Rückschlüsse auf den Beitrag der Akutspitäler zur jeweiligen Regionalwirtschaft abgeleitet werden. Bezüglich der Relation zwischen den Endkosten der Akutspitäler und der regionalen Bruttowertschöpfung zeigt sich ein „regionales Verteilungsmuster“ in Richtung eines „modifizierten West-Ost-Gefälles“. Dies äußert sich einerseits in einer geringeren Abhängigkeit von den Akutspitalern der drei westlichen Bundesländer sowie Wiens und in einer stärkeren Abhängigkeit der beiden wirtschaftlich strukturschwachen Bundesländer Burgenland und Kärnten. Auf Ebene der NUTS-3-Regionen zeigt sich, dass Akutspitäler in ländlich-peripheren/strukturschwachen Regionen besondere Bedeutung und vergleichsweise geringere regionalwirtschaftliche Bedeutung in den westlichen Regionen sowie in den städtischen Dienstleistungszentren haben.

Damit bestätigen sich auch Ergebnisse aus früheren Untersuchungen, dass die relativen regionalen Leistungsvolumina und damit die Bedeutung der Akutspitäler in wesentlich stärkerem Ausmaß mit sozioökonomischen Faktoren und mit der regionalen Akutbettendichte zusammenhängen als mit der regionalen Ausstattung in den komplementären Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens oder mit der regionalen Morbidität. Viele dieser Erkenntnisse finden in der seit 2013 laufenden Gesundheitsreform („Zielsteuerung Gesundheit“) ihren Niederschlag. Im Rahmen dieser Reform können kostendämpfende Effekte in den Akutspitalern primär durch strukturelle Maßnahmen (Spitals-Fusionen inkl. Strukturvereinigungen, Umwidmungen etc.) erreicht werden, wobei im Zuge der Maßnahmen-Umsetzung auch die hier skizzierte – in vielen Regionen erhebliche – regionalwirtschaftliche Bedeutung der Akutspitäler im Auge behalten werden sollte.

1 Hintergrund

Das Gesundheitssystem in Österreich ist geprägt von einer im internationalen Vergleich extrem hohen **Akutbettendichte** (Betten in Akutkrankenanstalten pro 1.000 Einwohner) und einer ebenso hohen **Krankenhaushäufigkeit** (akutstationäre Aufenthalte pro 1.000 Einwohner, KHH) in Bezug auf diese Akutkrankenanstalten. In beiden Bereichen liegt Österreich an der Spitze der EU-28, hinsichtlich der KHH verzeichnet Österreich um 53 % mehr akutstationäre Aufenthalte pro 1.000 Einwohner als dies im Durchschnitt der EU-28 der Fall ist (vgl. WHO/Europe 2015). Die Tatsache, dass die österreichische Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem in hohem Maße **zufrieden** ist (zweitbeste Einschätzung nach Belgien in der gesamten EU, vgl. Eurobarometer-Umfrage „Patient safety and quality of healthcare“ 2009, S. 59), hängt u.a. auch mit der Tatsache zusammen, dass der Zugang zum Gesundheitssystem nahezu ohne Hürden bzw. der Zugang zu den zahlreichen dezentralen Krankenhaus-Standorten

„wohnortnahe“ möglich ist. Andererseits liegt in dieser Situation auch einer der Gründe dafür, dass Österreich mit einem Anteil der **Gesundheitsausgaben am BIP von derzeit 10,8 %** seit den frühen 1990er Jahren im absoluten Spitzenfeld der EU-28 liegt (vgl. WHO/Europe 2015).

Nachdem die Akutspitäler in einer Größenordnung von rund 4 bis 5 % des BIP zu diesen Gesundheitsausgaben beitragen, steht die Diskussion über die Möglichkeiten der **Reduktion** der Spitalsstandorte, der Akutbetten und der akutstationären Aufenthalte bzw. der **Verlagerung** deren Versorgungswirkung in den „ambulanten“ bzw. „extramuralen“ Sektor seit Jahrzehnten im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Seit der Publikation des – mehrere „Umwidmungen“ von Akutspitalern beinhaltenden – „Österreichischen Krankenanstaltenplans 1994“ wurden wiederholt „politische **Standortgarantien**“ für alle Akutspitäler ausgesprochen (und mit wenigen Ausnahmen wie z.B. KH Mondsee oder KH Kitzbühel) auch eingehalten. Andererseits wurden die



Anzahl der **Akutbetten** in den letzten 20 Jahren von rund 55.000 auf rund 49.000 **reduziert** und in mehreren Bundesländern sog. „**Mehrstandort-Krankenanstalten**“ eingerichtet, in deren Rahmen regionale Doppelgleisigkeiten bezüglich der Mehrfach-Vorhaltung von Abteilungen bestimmter Fachrichtungen beseitigt wurden.

Einer der Gründe, warum die Dynamik bezüglich einer umfassenden Restrukturierung der Spitallandschaft nach wie vor überschaubar ist, liegt in der erwähnten hohen Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem insgesamt – zumal der politische Wille, eine für die Wähler/-innen sehr zufriedenstellende Versorgungsstruktur zu verändern, aus naheliegenden Gründen beschränkt sein wird. Ein anderer Grund liegt aber auch in der regionalpolitischen und **regionalwirtschaftlichen Bedeutung** der Akutspitäler, die sowohl von der Politik als auch von den Krankenhaus-Trägerorganisationen immer wieder besonders betont wird. Mit einem Akutspital ist ja nicht nur die Erbringung von medizinischen Leistungen (Operationen, Pharmakotherapien und sonstige Therapien) verbunden, vielmehr ist ein Akutspital auch ein Garant für eine entsprechende regionale Nachfrage nach anderen Gütern und Dienstleistungen (Haustechnik, Energieversorgung, Wäschereinigung, Speisen/Getränke etc.) und somit ein wesentliches Element einer funktionierenden Regionalökonomie. Die „Vinzeng-Gruppe“ als eine der überregionalen Krankenhaus-Trägerorganisationen hat 2009 eine umfassende Untersuchung der **wirtschaftlichen Bedeutung aller 270 österreichischen Spitäler insgesamt** (nicht nur der hier im Mittelpunkt stehenden rund 170 Akutspitäler) in Auftrag gegeben – mit folgenden zentralen Ergebnissen (vgl. Haber, G. / Vinzeng-Gruppe 2009, S. 2 ff):

- „Die Wertschöpfung durch Spitäler schafft einen Anteil am Bruttoinlandsprodukt Österreichs von 2,1 % (direkt) bzw. 4,4 % (insgesamt, inklusive Folgeeffekte). Das ist deutlich mehr als die Leistung der Landwirtschaft (1,5 % BIP-Anteil direkt) und mehr als die Hälfte der Wertschöpfung, die der zentrale Wirtschaftszweig Tourismus bringt (4,1 % BIP-Anteil direkt)“.
- „Die heimischen Spitäler schaffen Arbeitsplätze. In den Spitälern selbst und durch ihre Rolle als großer Wirtschaftsfaktor und Einkäufer in der Region werden rund 248.000 Arbeitsplätze gesichert. Zusätzlich bringen Patienten und Besucher weitere Impulse, etwa in Handel, Gastronomie und Dienstleistung: Das sind noch einmal rund 3.000 zusätzliche Arbeitsplätze, die geschaffen und gesichert werden. Im Endeffekt sind es also 251.000 Jobs durch den Wachstumsmotor Spitäler“.
- „Rund € 11,2 Mrd. an Wertschöpfung für Österreich werden insgesamt durch die Spitäler geschaffen. Spitäler sind Zentren des Lebens und der Begegnung, auch das belebt die Wirtschaft: Durch Patienten- und Besucher Ausgaben und deren Folgeeffekte kommen noch einmal rund 350 Mio. Euro dazu. Die beeindruckende Zahl für den Wirtschaftsfaktor Spital in Österreich ist also: knapp 11,6 Mrd. Euro. Mit dem heutigen Wert berechnet bringt der Wirtschaftsfaktor Spital in 10 Jahren 90 Mrd. Euro an Wertschöpfung“.

Angesichts dieser Volumina und der offensichtlichen wirtschaftlichen Bedeutung der Spitäler für ihre Standort-Re-

gionen erscheint ein genauerer Blick auf die Art und Weise gerechtfertigt, **wie** bzw. in welchem **Umfang** die **Akutspitäler** (nur für diese sind derzeit entsprechend umfassende Datengrundlagen verfügbar) zur regionalen Wertschöpfung **beitragen**. Dabei soll es in der gegenständlichen Untersuchung weniger um eine hoch präzise Detailanalyse in Richtung einer regionalen Input-Output-Analyse gehen, sondern vielmehr um einen **groben Überblick** im Sinne eines Stimmungsbilds bzw. der Größenordnungen für die einzelnen Regionen bezüglich dieser Fragestellung.

2 Datengrundlagen und Methoden

Zur Analyse der Beiträge der Akutspitäler zur Regionalwirtschaft sind grundsätzlich einerseits Daten aus der **regionalen Gesamtrechnung** (z.B. Bruttoregionalprodukt, Bruttowertschöpfung, jeweils in regionaler und sektoraler Differenzierung, wobei derzeit unterhalb der Bundesländer-Ebene bei Statistik Austria die NUTS-3-Regionen bis inkl. Datenjahr 2012 verfügbar sind) erforderlich und andererseits Daten zu den Kosten und „Produktionsweisen“ der **Akutspitäler** (z.B. Menge/Art der stationären Aufenthalte in diesen Spitälern gemäß der Krankenanstalten(KA)-Statistik bzw. der „Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten“ – oft auch kurz als „LKF-Daten“ bezeichnet; bei BMG/GÖG ebenfalls auf der Ebene der NUTS-3-Regionen verfügbar). Im Sinne der für das gegenständliche Erkenntnisinteresse notwendigen Synthese aus diesen beiden „Datenwelten“ wurden für das **Jahr 2012** folgende Datengrundlagen auf Ebene der NUTS-3-Regionen bzw. der Bundesländer zusammengestellt (vgl. Tab. 1 und Tab. 2):

- **Bruttowertschöpfung** (BWS) in Differenzierung nach den drei Wirtschaftssektoren sowie zusätzlich im Bereich „Gesundheits- und Sozialwesen“ (GSW) als Teilsegment des tertiären Sektors (die BWS ergibt sich als Differenz aus den Produktionswerten und den Vorleistungen in den einzelnen Wirtschaftsbereichen; sie umfasst – wie das BIP bzw. das BRP – also jeweils nur den im Produktionsprozess geschaffenen Mehrwert zu Herstellungspreisen bewertet; Datenquelle: Statistik Austria – Regionale Gesamtrechnungen 2012/2013).
- **Endkosten** der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten („Kosten“ sind hier definiert der bewertete Verbrauch von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung von betrieblichen Leistungen und Gütern; auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen in der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 638/2003 i.d.F. BGBl. II Nr. 18/2007, werden nur von den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Kostenrechnungsergebnisse erhoben; damit sind rund 93 % der Bettenkapazität in den österreichischen Akutspitälern abgedeckt, die restlichen 7 % an Betten in den Unfallkrankenhäusern der AUVA und in den privaten nicht gemeinnützigen „Sanatorien“ können mangels Daten nicht berücksichtigt werden; Datenquelle: BMG - Krankenanstaltenstatistik/Kostenrechnungsergebnisse 2012).

- **Stationäre Aufenthalte und LKF-Punkte** in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (Aufenthalte „anstaltsbedürftiger“ Personen im Sinne des KAKuG, inkl. sog. „Nulltages-Aufenthalte“ ohne Nächtigung im Spital; LKF-Punkte als Abrechnungsbasis im LKF-System, den ungefähren Gegenwert des Aufenthalts aufgrund der erbrachten diagnostischen/therapeutischen Leistungen repräsentierend; Datenquelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten).

Auf Basis dieser Ausgangsdaten wurde in Differenzierung nach den NUTS-3-Regionen und nach Bundesländern die **Relation der Endkosten** in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (FKA) **zur BWS** insgesamt, zur BWS im tertiären Sektor sowie zur BWS im Teilssegment „Gesundheits- und Sozialwesen (GSW)“ ermittelt; weiters wurden – zur genaueren Beschreibung des **Zustandekommens** dieser Endkosten – die „Krankenhaustäufigkeit“ (KHH, ausgedrückt in akutstationären Aufenthalten pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) sowie die „LKF-Punkte-Dichte“ (LKPD, ausgedrückt in LKF-Punkten pro 1.000 Einwohner) dargestellt (vgl. Tab. 1). Die für die Akutspitäler ermittelten Indikatoren inkl. der Endkosten wurden – nach regionalen Patientenströmen bereinigt – ausschließlich auf die **Wohnorte** der Patienten/-innen bezogen (= „**quellbezogen**“) berechnet, um hinsichtlich der „Patientenwanderungen“ zwischen den NUTS3-Regionen eine einheitliche Betrachtungsweise zu gewährleisten.

Wie erwähnt sollen auf Basis dieser Daten eine Groborientierung bzw. „regionale Stimmungsbilder“ vermittelt werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf die **Einschränkungen/Limitationen** bezüglich der verwendeten Datengrundlagen explizit hinzuweisen:

- Die BWS für das Teilssegment „GSW“ wurde von Statistik Austria auf Ebene der NUTS-3-Regionen nicht veröffentlicht bzw. ist in publizierter Form nur für die Ebene der Bundesländer verfügbar.
- Die Endkosten für die Akutspitäler sind nur für die KFA verfügbar, nicht jedoch für die UKH und für die Sanatorien, somit werden hier nur rund 93 % der Bettenkapazität bzw. rund 95 % der gesamten Versorgungswirkung der Akutspitäler erfasst.
- Die Transformation sämtlicher Indikatoren aus dem KA-Bereich in Richtung einer „quellbezogenen“ (= auf die Wohnorte der Patienten/-innen ausgerichteten) Analyse ist eine von mehreren denkbaren Ansätzen (z.B. differenzierte Vorgangsweise in einer regionalen Input-/Output-Analyse) und muss nicht unbedingt der optimale Ansatz für eine derartige Untersuchung sein.
- Die Dimensionen der Indikatoren (z.B. BWS versus Endkosten in den Akutspitälern) sind vom Konzept her keineswegs unmittelbar vergleichbar, sodass auch aus diesem Grund Limitationen in der Interpretation zu beachten sind.

3 Ergebnisse

Unter der Annahme, dass die gewählten Indikatoren trotz der oben angeführten Limitationen eine korrekte Abbildung zumindest der Größenordnungen zulassen, ist zunächst für **Österreich insgesamt** festzuhalten, dass die Endkosten der Akutspitäler im Jahr 2012 eine Größenordnung von rund **4,1 % der gesamten BWS** in Österreich bzw. von rund 5,9 % der BWS im gesamten tertiären Sektor bzw. von rund 62 % im Teilssegment „GSW“ ausmachten (vgl. Tab. 1, letzte Zeile). Aus den Datengrundlagen von Statistik Austria gemäß Konzept „System of Health Accounts“ gemäß OECD-Vorgabe lässt sich bestätigend erkennen, dass die „stationäre Gesundheitsversorgung“ im Jahr 2012 einen Anteil von rund 4,2 % des BIP bzw. von rund 40 % der gesamten Gesundheitsausgaben (rund € 34,3 Mrd., die wiederum zu einem BIP-Anteil aller Gesundheitsausgaben in der Höhe der oben erwähnten 10,8 % führen) ausmachten.

Beiträge der Akutspitäler zur regionalen Bruttowertschöpfung

In der Differenzierung nach **Bundesländern** lässt sich hinsichtlich der Relation zwischen den Endkosten der Akutspitäler und der BWS insgesamt bzw. der BWS im tertiären Sektor (und auch der BWS im Bereich GSW) bereits bis zu einem gewissen Grad ein „Muster“ erkennen: Im Burgenland und in Kärnten werden von den Akutspitalern die **höchsten Beiträge** zur BWS insgesamt bzw. zur BWS (III – Tertiärer Sektor) geleistet (Größenordnungen von > 5,3 % bzw. von > 8,0 %), d.h. dass gerade in diesen beiden von wirtschaftlichen Strukturschwächen gekennzeichneten Bundesländern (vgl. Statistik Austria – Regionale Gesamtrechnungen 2012/2013) Akutspitäler für die Regionalökonomie besonders bedeutend sind.

Am anderen Ende der Skala finden sich die Bundeshauptstadt Wien (mit dem höchsten BRP pro Einwohner) sowie die westlichen Bundesländer Salzburg, Tirol und Vorarlberg, die hinsichtlich des Indikators BRP pro Einwohner unmittelbar hinter Wien folgen und in denen sich die niedrigsten Beiträge der Akutspitäler zur regionalen BWS insgesamt bzw. zur BWS (III) ergeben (Größenordnungen von < 4,0 % bzw. von < 5,8 %). Dies dürfte im Bereich der Relation von Endkosten der Akutspitäler zur BWS (III) auch damit zusammenhängen, dass in diesen Bundesländern mächtige „Konkurrenten“ für die Akutspitäler im tertiären Sektor existieren (Wien als bundesweites Dienstleistungszentrum für ganz Österreich, die westlichen Bundesländer hingegen mit hohen BWS-Anteilen der Tourismus-Wirtschaft, sowohl über den Winter-Fremdenverkehr als auch über den Sommer-Fremdenverkehr).

Während sich diese Konstellationen für Wien als „Spitzenreiter“ (mit komparativ niedrigem Beitrag der Akutspitäler zur BWS in der Höhe von 46,8 %) und Burgenland als „Schlusslicht“ (mit komparativ sehr hohem Beitrag der Akutspitäler zur BWS in der Höhe von 84,6 %) auch bei **Einschränkung auf das GSW** per se fortsetzen, ändern sich die Verhältnisse in den anderen Bundesländern z.T. doch erheblich. Insbesondere wird für OÖ erkennbar, dass die Akutspitäler mit einem Anteil von 75,4 % an der BWS im GSW einen vergleichsweise sehr hohen Beitrag leisten (vgl. Tab. 1 fünfte Spalte von rechts) – dies mag u.a. dadurch zu begründen sein, dass der Ausbaugrad der extramuralen Strukturen (niedergelassene

Tab. 1. Bruttowertschöpfung nach Sektoren und Endkosten der FKA (in Mio. €) sowie Krankenhaushäufigkeit und LKF-Punktedichte nach Bundesländern 2012

LC	Bundesland	BWS (I)	BWS (II)	BWS (III)	BWS insg.	BWS GSW*)	EK (FKA)**)	% EK(FKA)/BWS GSW	% EK(FKA)/BWS (III)	% EK(FKA)/BWS insg.	KHH1000(FKA)	LKPD1000(FKA)
1	Burgenland	292	1841	4369	6502	433	366	84,6	8,4	5,6	326	76551
2	Kärnten	335	5042	10291	15668	1214	825	68,0	8,0	5,3	296	88648
3	Niederösterreich	1236	13748	29256	44240	3051	2233	73,2	7,6	5,0	291	82618
4	Oberösterreich	960	19250	27684	47894	2799	2111	75,4	7,6	4,4	333	89179
5	Salzburg	231	5221	15519	20971	1167	723	61,9	4,7	3,4	302	81471
6	Steiermark	944	12530	22710	36184	2692	1605	59,6	7,1	4,4	273	79304
7	Tirol	233	7143	17566	24942	1729	1002	57,9	5,7	4,0	296	84052
8	Vorarlberg	79	4985	7796	12860	756	454	60,1	5,8	3,5	281	73122
9	Wien	35	10530	62142	72707	4990	2334	46,8	3,8	3,2	275	81212
-	Extra-Regio	0	0	84	84	0	0	-	-	-	-	-
0	Österreich	4345	80290	197417	282052	18831	11653,8	61,9	5,9	4,1	294	82780
0	<i>Österreich - BIP nominell</i>	<i>3970</i>	<i>83650</i>	<i>193120</i>	<i>280740</i>	<i>18743</i>	<i>11654</i>	<i>62,2</i>	<i>6,0</i>	<i>4,2</i>		

*) nur Bundesländer-Werte verfügbar; Ermittlung des BIP nominell im Bereich GSW für Österreich insgesamt durch Analogieschätzung

**) um Patientenströme zwischen den NUTS-3-Regionen bzw. zwischen den Bundesländern bereinigte Endkosten (d.h. Wohnort-bezogene bzw. "quellbezogene" Darstellung)

Legende:

RC = Regions-Code; BWS = Bruttowertschöpfung; (I) = primärer Sektor; (II) = sekundärer Sektor; (III) = tertiärer Sektor (Dienstleistungs-Sektor); GSW = Gesundheits- und Sozialwesen (Teilmenge von (I)); EK = Endkosten insgesamt; FKA = Fonds-Krankenanstalten (landesfondsfinanzierte Krankenanstalten); KHH = Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufenthalte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung, d.h. Wohnort-bezogen bzw. "quellbezogen"); LKPD = LKF-Punkte-Dichte (LKF-Punkte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung, d.h. Wohnort-bezogen bzw. "quellbezogen")

Quellen: BMG - KA-Statistik 2012, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; Statistik Austria - Regionale Gesamtrechnungen 2012, Bevölkerungsstatistik 2012; eigene Berechnungen

Tab. 2. Bruttowertschöpfung nach Sektoren und Endkosten der FKA (in Mio. €) sowie Krankenhaushäufigkeit und LKF-Punktedichte nach NUTS-3-Regionen 2012

RC	NUTS-3-Region	BWS (I)	BWS (II)	BWS (III)	BWS insg.	BWS GSW*)	EK (FKA)**)	% EK(FKA)/BWS (III)	% EK(FKA)/BWS insg.	KHH1000(FKA)	LKPD1000(FKA)
AT111	Mittelburgenland	42	255	390	687	n.v.	52	13,2	7,5	389	81892
AT112	Nordburgenland	186	988	2650	3824	n.v.	185	7,0	4,8	309	73465
AT113	Südburgenland	64	598	1329	1991	n.v.	130	9,8	6,5	328	79249
AT121	Mostviertel-Eisenwurzen	308	2454	3381	6143	n.v.	358	10,6	5,8	322	88753
AT122	Niederösterreich-Süd	144	2182	3776	6102	n.v.	327	8,7	5,4	267	77083
AT123	Sankt Pölten	107	1342	3713	5162	n.v.	202	5,4	3,9	269	81166
AT124	Waldviertel	296	1350	3287	4933	n.v.	330	10,0	6,7	316	89730
AT125	Weinviertel	131	545	1410	2086	n.v.	178	12,6	8,5	307	86344
AT126	Wiener Umland/Nordteil	183	2783	4488	7454	n.v.	414	9,2	5,6	289	80297
AT127	Wiener Umland/Südteil	67	3092	9201	12360	n.v.	424	4,6	3,4	275	78985
AT130	Wien	35	10530	62142	72707	n.v.	2334	3,8	3,2	275	81212
AT211	Klagenfurt-Villach	83	2614	6519	9216	n.v.	403	6,2	4,4	284	86936
AT212	Oberkärnten	110	886	1812	2808	n.v.	191	10,6	6,8	317	89969
AT213	Unterkärnten	142	1542	1960	3644	n.v.	231	11,8	6,3	299	90662
AT221	Graz	81	4655	11385	16121	n.v.	478	4,2	3,0	234	70342
AT222	Liezen	98	656	1464	2218	n.v.	126	8,6	5,7	356	94938
AT223	Östliche Obersteiermark	128	2408	2376	4912	n.v.	265	11,2	5,4	318	96275
AT224	Oststeiermark	335	2165	3720	6220	n.v.	337	9,0	5,4	269	75346
AT225	West- und Südsteiermark	179	1690	2343	4212	n.v.	246	10,5	5,8	263	77211
AT226	Westliche Obersteiermark	123	956	1422	2501	n.v.	154	10,9	6,2	317	89584
AT311	Innviertel	321	3473	3816	7610	n.v.	407	10,7	5,3	357	88156
AT312	Linz-Wels	146	8107	15661	23914	n.v.	826	5,3	3,5	333	89350
AT313	Mühlviertel	196	1597	2381	4174	n.v.	277	11,6	6,6	302	80981
AT314	Steyr-Kirchdorf	135	2884	2342	5361	n.v.	255	10,9	4,8	338	99968
AT315	Traunviertel	162	3189	3484	6835	n.v.	347	10,0	5,1	329	90126
AT321	Lungau	16	132	388	536	n.v.	34	8,8	6,3	326	97686
AT322	Pinzgau-Pongau	102	1383	3814	5299	n.v.	235	6,1	4,4	345	86023
AT323	Salzburg und Umgebung	113	3706	11317	15136	n.v.	454	4,0	3,0	280	78356
AT331	Außerfern	13	485	711	1209	n.v.	43	6,1	3,6	306	81740
AT332	Innsbruck	52	2434	8034	10520	n.v.	412	5,1	3,9	283	85688
AT333	Osttirol	21	424	769	1214	n.v.	77	9,9	6,3	344	92546
AT334	Tiroler Oberland	33	718	2709	3460	n.v.	130	4,8	3,8	284	76790
AT335	Tiroler Unterland	114	3082	5343	8539	n.v.	340	6,4	4,0	304	83725
AT341	Bludenz-Bregenz-Wald	38	1268	2076	3382	n.v.	102	4,9	3,0	266	69056
AT342	Rheinthal-Bodenseegebiet	41	3717	5720	9478	n.v.	352	6,2	3,7	286	74385
ATZZZ	Extra-Regio	0	0	84	84	n.v.	0	-	-	-	-

Legende:

RC = Regions-Code; BWS = Bruttowertschöpfung; (I) = primärer Sektor; (II) = sekundärer Sektor; (III) = tertiärer Sektor (Dienstleistungs-Sektor); EK = Endkosten insgesamt; FKA = Fonds-Krankenanstalten (landesfondsfinanzierte Krankenanstalten); KHH = Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufenthalte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung, d.h. Wohnort-bezogen bzw. "quellbezogen"); LKPD = LKF-Punkte-Dichte (LKF-Punkte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung, d.h. Wohnort-bezogen bzw. "quellbezogen")

Quellen: BMG - KA-Statistik 2012, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; Statistik Austria - Regionale Gesamtrechnungen 2012, Bevölkerungsstatistik 2012; eigene Berechnungen

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS

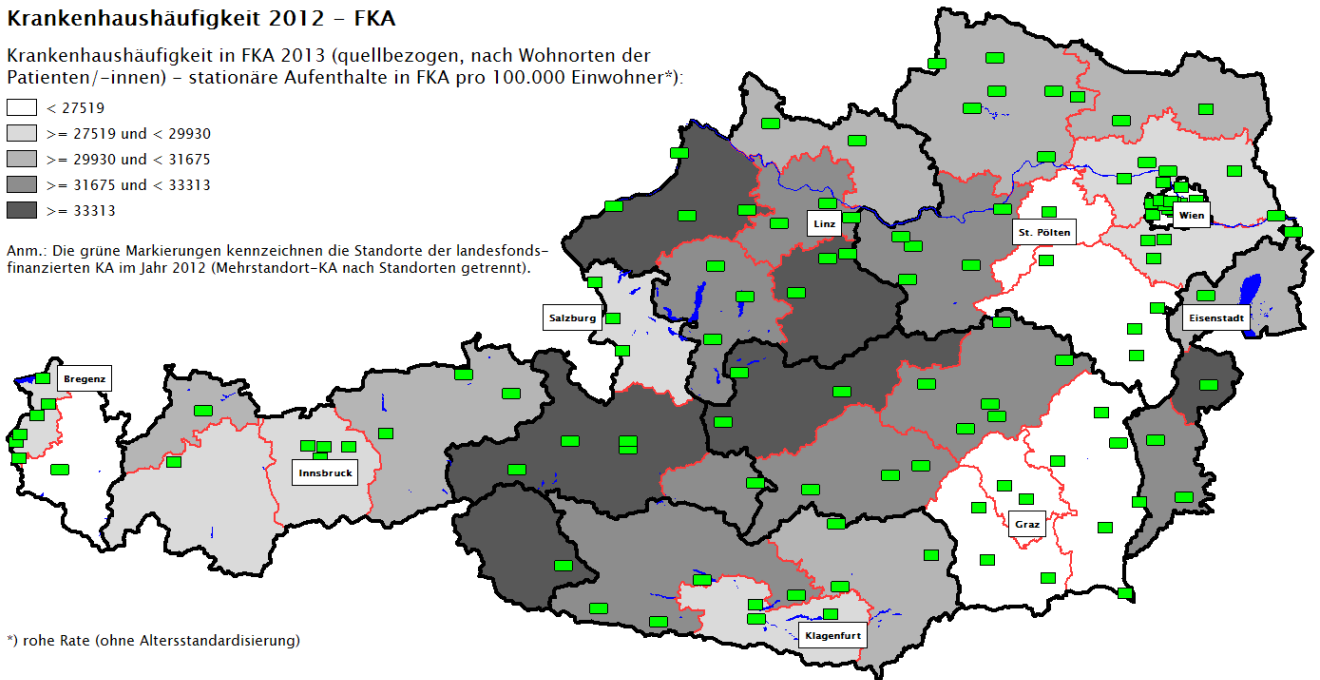


Krankenhaustätigkeit 2012 – FKA

Krankenhaustätigkeit in FKA 2013 (quellbezogen, nach Wohnorten der Patienten/-innen) – stationäre Aufenthalte in FKA pro 100.000 Einwohner*):

- < 27519
- >= 27519 und < 29930
- >= 29930 und < 31675
- >= 31675 und < 33313
- >= 33313

Anm.: Die grüne Markierungen kennzeichnen die Standorte der landesfonds-finanzierten KA im Jahr 2012 (Mehrstandort-KA nach Standorten getrennt).



*) rohe Rate (ohne Altersstandardisierung)

Quellen: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; ST.AT/ÖROK - VZ 2001 und RZ 2011; Bevölkerungsprognosen 2001-2031; eigene Berechnungen.

Karte 1. Krankenhaustätigkeit 2012 - FKA

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS

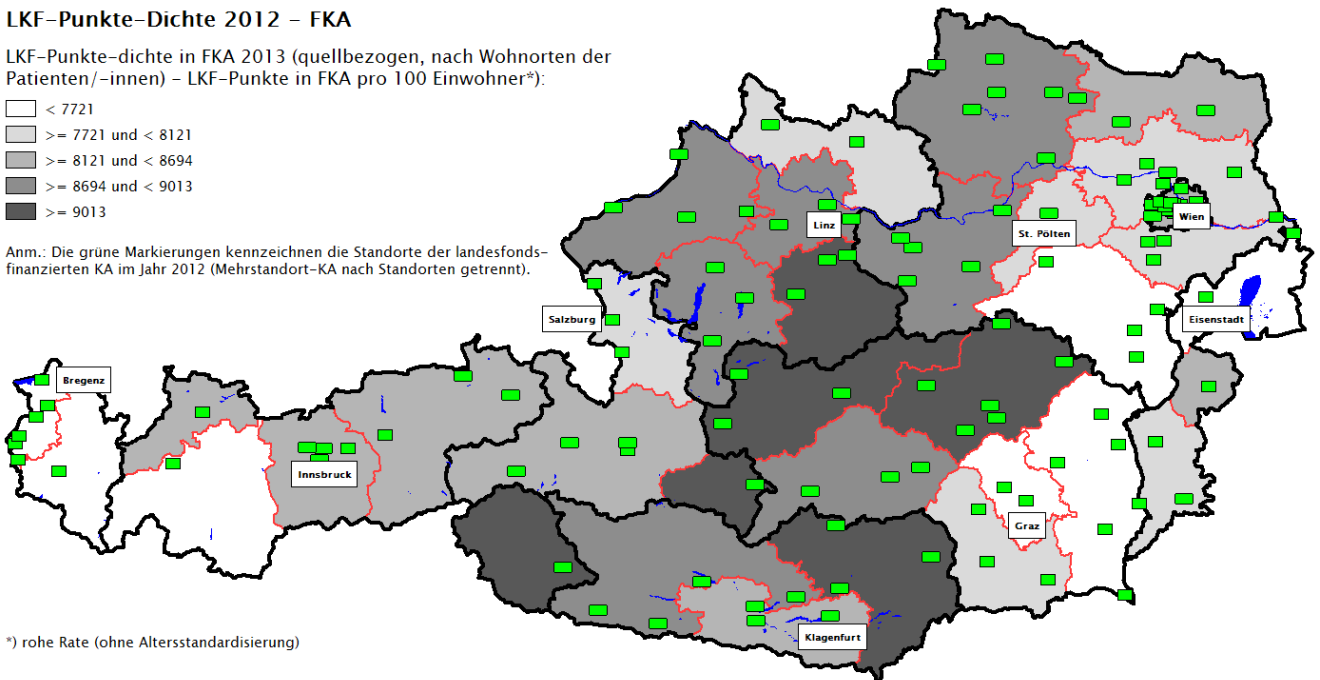


LKF-Punkte-Dichte 2012 – FKA

LKF-Punkte-dichte in FKA 2013 (quellbezogen, nach Wohnorten der Patienten/-innen) – LKF-Punkte in FKA pro 100 Einwohner*):

- < 7721
- >= 7721 und < 8121
- >= 8121 und < 8694
- >= 8694 und < 9013
- >= 9013

Anm.: Die grüne Markierungen kennzeichnen die Standorte der landesfonds-finanzierten KA im Jahr 2012 (Mehrstandort-KA nach Standorten getrennt).



*) rohe Rate (ohne Altersstandardisierung)

Quellen: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; ST.AT/ÖROK - VZ 2001 und RZ 2011; Bevölkerungsprognosen 2001-2031; eigene Berechnungen.

Karte 1. LKF-Punkte-Dichte 2012 - FKA

Ärzte/-innen bzw. selbstständige Ambulatorien) in OÖ traditionell als unterdurchschnittlich eingeschätzt wird.

In der Gesamtbetrachtung bezüglich der Relation zwischen den Endkosten der Akutspitäler und der regionalen BWS in verschiedenen Segmenten ergibt sich als grobes „regionales Verteilungsmuster“ ein Bild eines „**modifizierten West-Ost-Gefälles**“, in dem die drei westlichen Bundesländer und Wien als tendenziell „weniger abhängig“ von den Akutspitälern eingestuft werden können. Im Gegensatz dazu sind die beiden wirtschaftlich strukturschwachen Bundesländer Burgenland und Kärnten als tendenziell „stärker abhängig“ von den Akutspitälern zu werten (auf die spezielle Situation in OÖ bezüglich des Teilssegments GSW wurde bereits oben eingegangen).

Bei weiterer räumlicher Differenzierung nach **NUTS-3-Regionen** werden nun regionale Einzelheiten bezüglich dieses Verteilungsmusters erkennbar, und zwar in die Richtung, dass die Spannweiten der Verteilung breiter und damit auch die regionalen Extremsituationen deutlicher erkennbar werden: Die **höchsten** Beiträge der Akutspitäler zur BWS insgesamt bzw. zur BWS (III) zeichnen sich für ländlich-periphere und/oder strukturell schwächere Regionen ab (z.B. Mittel- und Südburgenland, Wald- und Weinviertel in NÖ, Ober- und Unterkärnten exkl. Zentralraum Klagenfurt-Villach, Mühlviertel, Teile der Obersteiermark) – die **niedrigsten** Beiträge hingegen für die Regionen im Westen des Bundesgebiets (v.a. Salzburg/Umgebung, Teile Vorarlbergs, Tirol mit Ausnahme von Osttirol) sowie für städtische Dienstleistungszentren (neben Wien auch noch Graz, Linz-Wels und St. Pölten, vgl. Tab. 2).

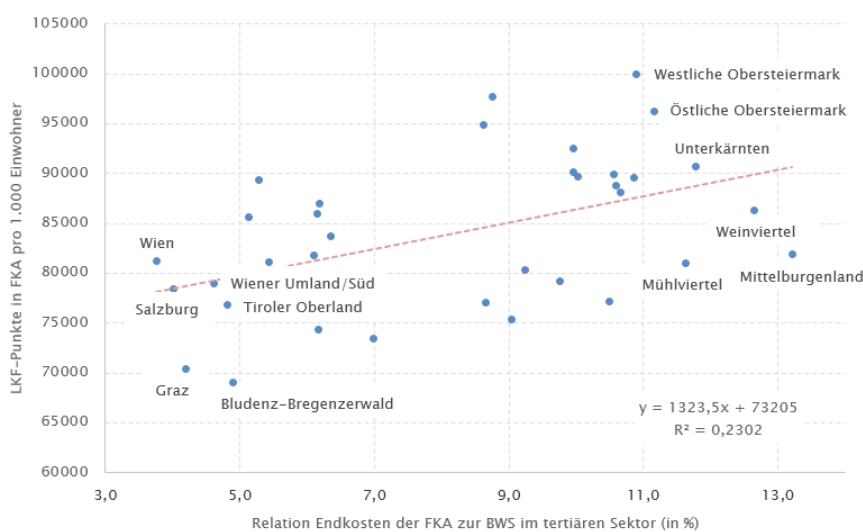
Regionale „Verhaltensmuster“ der Produktion von Krankenhausleistungen

Neben der differenzierten Analyse der Rolle, die die Akutspitäler in regionalwirtschaftlicher Hinsicht für ihre jeweiligen Standort-Regionen spielen, stellt sich weiters auch die Frage

nach evtl. analogen regionalen „Verhaltensmustern“, nach denen diese Spitäler ihre Krankenhausleistungen produzieren. Als zentrale Indikatoren zur Beurteilung dieser Frage können die Indikatoren **Krankenhaustäufigkeit** (KHH, stationäre Aufenthalte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) sowie die **LKF-Punkte-Dichte** (LKPD, LKF-Punkte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) herangezogen werden (vgl. Tab. 1 und 2, vorletzte und letzte Spalte, sowie Karten 1 und 2).

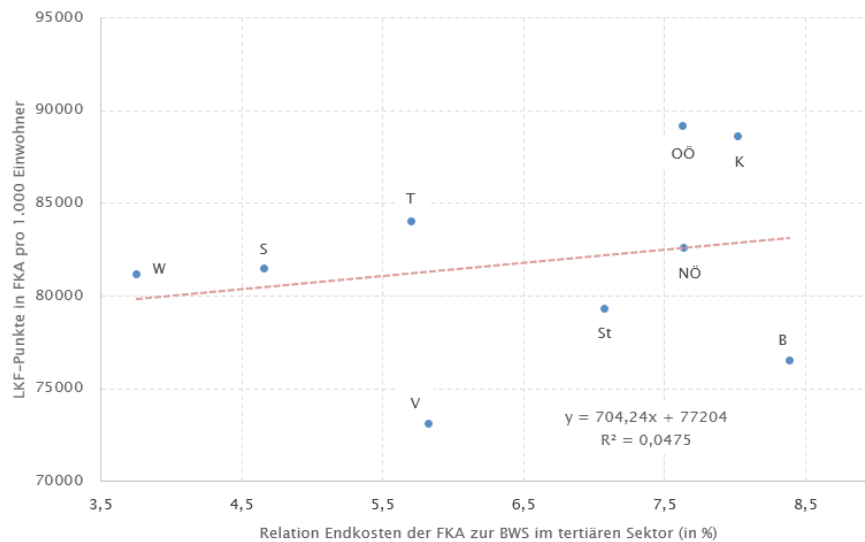
Zur Untersuchung evtl. regionaler „Verhaltensmuster“ wird zunächst der **Hypothese** nachgegangen, dass (wie bisweilen in der gesundheitspolitischen Diskussion thematisiert) in strukturell benachteiligten Regionen ein besonders hoher Beitrag der Akutspitäler zur regionalen BWS bzw. zur regionalen BWS (III) dadurch angestrebt wird, dass überproportional viele LKF-Punkte generiert werden (sei es durch besonders häufige stationäre Aufnahmen bzw. durch eine entsprechend hohe **KHH** oder durch die Produktion besonders aufwändiger Krankenhausleistungen mit einer entsprechend hohen **LKPD** oder aber durch eine Kombination beider Faktoren) – wobei sich das Ergebnis eines solchen Verhaltensmusters durch relativ hohe Anteile der Endkosten in den Akutspitälern an der BWS (III) niederschlagen müsste.

Die dazu durchgeführte Korrelationsanalyse zwischen den Anteilen der Endkosten in den Akutspitälern an der BWS (III) einerseits und der **LKPD** andererseits zeigt auf Ebene der **NUTS-3-Regionen** einen statistisch signifikanten linearen Zusammenhang ($r=0,48$; $p<0,01$, vgl. Abb. 1). Die bereits oben erwähnten städtischen Dienstleistungszentren sowie die Regionen im Westen des Bundesgebiets weisen hier eine gleichermaßen niedrige **LKPD** und einen niedrigen Anteil der Spitalskosten an der regionalen BWS (III) auf, für die ländlich-peripheren bzw. strukturell schwächeren Regionen (zumeist an den ehemals geschlossenen Staatsgrenzen im Norden, Osten und Süden gelegen) gilt tendenziell das Gegenteil (vgl. Abb. 1). Das bedeutet, dass die oben formulierte



Quellen: BMG - KA-Statistik 2012, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; Statistik Austria - Regionale Gesamtrechnungen 2012, Bevölkerungsstatistik 2012; eigene Berechnung.

Abb. 1. Relation FKA-Endkosten zur BWS im tertiären Sektor versus LKF-Punkte-Dichte (NUTS-3) 2012



Quellen: BMG - KA-Statistik 2012, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; Statistik Austria - Regionale Gesamtrechnungen 2012, Bevölkerungsstatistik 2012; eigene Berechnung.

Abb. 2. Relation FKA-Endkosten zur BWS im tertiären Sektor versus LKF-Punkte-Dichte (Bundesländer) 2012

Hypothese zu den **regionalen Verhaltensmustern** zumindest **nicht widerlegt** werden kann – mit anderen Worten: Je strukturell schwächer eine NUTS-3-Region, desto höher ist tendenziell die dort beobachtete LKF-Punkte-Dichte und die Relation zwischen den Akutspitals-Kosten und der regionalen BWS (III).

Der erwähnte statistisch signifikante Zusammenhang ist auf Ebene der **Bundesländer** nicht mehr festzustellen – vermutlich deswegen, weil er durch die Koexistenz stark unterschiedlicher Typen von NUTS-3-Regionen zumindest innerhalb der Flächenbundesländer „verwischt“ wird. Allerdings zeigen sich die bereits oben beschriebene Charakteristik der Bundesländer sowie das „modifizierte West-Ost-Gefälle“ auch in dieser Analyse (vgl. Abb. 2).

Abschließend wird der Frage nachgegangen, wie sich die Entstehung der jeweiligen Spitalskosten in der regionalen Differenzierung darstellt, wobei die beiden oben **Komponenten** der KHH und der LKPD einander gegenüber gestellt werden. Zunächst ist dazu festzustellen, dass der erwartete Zusammenhang zwischen der KHH und der LKPD tatsächlich existiert ($r=0,65$, $p<0,001$). Das bedeutet, dass die Menge der in einer Region generierten LKF-Punkte erwartungsgemäß direkt und sehr eng mit der Menge an stationären Aufenthalten in den Akutspitalern (jeweils bezogen auf die Häufigkeit in Relation zur regionalen Wohnbevölkerung) zusammenhängt (vgl. Karten 1 und 2). Allerdings gibt es einige erwähnenswerte Ausnahmen von dieser Regel:

- Die drei NUTS-3-Regionen im Burgenland (mit relativ hoher KHH bei gleichzeitig relativ niedriger LKPD, verursacht durch die Tatsache, dass in den Burgenländischen KA die „universitäre Spitzenmedizin“ nicht vertreten ist und andererseits bestimmte Routineleistungen wie z.B. Katarakt-Operationen rein tagesklinisch und mit hoher Durchsatzrate abgedeckt werden).

- Der Zentralraum Klagenfurt-Villach in Kärnten sowie der Tiroler Zentralraum Innsbruck (mit relativ niedriger KHH bei gleichzeitig relativ hoher LKPD, vermutlich dadurch bedingt, dass durch die dichte ambulante Versorgung dieser Regionen weniger stationäre Aufenthalte notwendig werden, die aber in den umfassend ausgestatteten großen KA – v.a. LKH Klagenfurt und LKH Innsbruck – mit entsprechend aufwändigeren medizinischen Leistungen versorgt werden und somit relativ viele LKF-Punkte „erzeugen“).

Zusammenfassend lässt sich angesichts der Untersuchungsergebnisse festhalten, dass sich – bei einem Anteil der Akutspitäler von über 4 % am gesamten BIP - bezüglich der Relation zwischen den Endkosten der Akutspitäler und der regionalen BWS ein grobes „regionales Verteilungsmuster“ in Richtung eines „modifizierten West-Ost-Gefälles“ ergibt, in dem die drei westlichen Bundesländer und Wien als bezüglich der regionalen BWS tendenziell „weniger abhängig“ von den Akutspitalern eingestuft werden können und in dem die beiden wirtschaftlich strukturschwachen Bundesländer Burgenland und Kärnten als tendenziell „stärker abhängig“ von den Akutspitalern zu werten sind. Dieses Bild wird durch die Betrachtung auf Ebene der NUTS-3-Regionen dahingehend präzisiert, dass sich die höchsten Beiträge der Akutspitäler zur BWS für ländlich-periphere bzw. strukturschwache Regionen und die niedrigsten Beiträge für die Regionen im Westen sowie für städtische Dienstleistungszentren ergeben. Hinsichtlich der Entstehung der Kosten für die Akutspitäler besteht ein Zusammenhang zwischen der regionalen KHH und der regionalen LKPD, d.h. dass die Menge der in einer Region generierten LKF-Punkte direkt mit der Menge an akutstationären Aufenthalten zusammenhängt.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die dargestellten Ergebnisse bestätigen diverse Untersuchungen, die im Laufe der letzten Jahre vom Autor für interne Zwecke durchgeführt wurden. Nach den Ergebnissen dieser früheren Untersuchungen lassen sich die wichtigsten **Faktoren**, die primär zu einer **hohen regionalen KHH bzw. LKPD** führen und daher auch die eingangs beschriebene besondere Situation in Österreich zu einem gewissen Teil erklären, schlagwortartig wie folgt zusammenfassen:

- Hohe regionale Akutbettendichte mit - unter anderem auch aus dem Finanzierungssystem resultierenden - Anreizen, die vorhandenen Betten auszulasten („a built bed is a filled bed“);
- hohe regionale Anteile an privatversicherten Patienten in Verbindung mit Honorierungssystemen, in denen Sonderentgelte in hohem Maße sowohl den Entscheidungsträgern/-innen bezüglich stationärer Aufnahme als auch den Patienten/-innen zugutekommen;
- ungünstige regionalwirtschaftliche Situation in Verbindung mit geringem regionalen Wohlstandsniveau, Arbeitsplatzmangel und Abwanderungsgefährdung.

Diese Faktoren führen in Österreich in regional unterschiedlichem Ausmaß zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Akutbetten, unter anderem auch in Bezug auf relativ junge Patienten, die zumindest zum Teil auch ambulant versorgt werden könnten. Weiters ergibt sich aus den angestellten regionalen Vergleichen innerhalb Österreichs, dass die regionalen KHH und LKPD in wesentlich **stärkerem Ausmaß mit sozialen und ökonomischen Faktoren** und mit der regionalen **Akutbettendichte** zusammenhängen als mit der regionalen Ausstattung in den **komplementären** Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. niedergelassene Ärzte/-innen, Ambulatorien, Alten-/Pflegeheime, etc.) oder mit der regionalen Morbidität. **Weitere Faktoren**, die ebenfalls zur **Erhöhung von KHH und LKPD** führen können, deren Einfluss aber empirisch nur in Ansätzen nachweisbar ist, können wie folgt zusammengefasst werden:

- sehr gute - oder aber auch sehr schlechte - verkehrsmäßige Erreichbarkeit der Akutspitäler;
- mangelnder Ausbau von komplementären Versorgungsbereichen (Alten- und Langzeitversorgung, mobile Dienste, teilstationäre Versorgungsformen, etc.) und mangelnde Koordination zwischen der Leistungserbringung innerhalb und außerhalb der Akutspitäler;
- mangelnde, weil nicht verpflichtende „Gatekeeper“-Funktion der niedergelassenen Ärzte und weitgehend unbeschränkter Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem;
- niedrige Dichte niedergelassener Ärzte/-innen sowie organisatorische Defizite im niedergelassenen Bereich in Bezug auf die Versorgung während der Nacht und an Wochenenden.

Viele dieser Erkenntnisse sind auch Grundlagen und Gegenstand der aktuell seit 2013 laufenden **Gesundheitsreform**

mit der Bezeichnung „Zielsteuerung Gesundheit“. Die dort diskutierten Reformschritte greifen viele diese Analyseergebnisse auf und leiten in der Folge Maßnahmen zur Reduktion der Inanspruchnahme der Akutspitäler ab (z.B. Reduktion der Akutbettendichte durch bedarfsorientierte Angebotsplanung, Weiterentwicklung der LKF in Richtung geringerer Anreize zur Steigerung der KHH und attraktiverer Finanzierung tagesklinischer und künftig auch spitalsambulanter Leistungen; „Verzahnung“ von intra- und extramuralem Bereich, u.a. durch Verbesserung der Informationsflüsse zwischen intra- und extramuralem Bereich via „e-Health“).

Allerdings können **kostendämpfende** Effekte im Bereich der Akutspitäler v.a. durch **strukturelle Maßnahmen** (Fusionen von Akutspitälern mit damit einhergehenden Strukturereinigungen, Umwidmungen diese Spitäler für alternative Zwecke wie z.B. multiprofessionelle/interdisziplinäre ambulante Gesundheitszentren, Rehabilitationszentren oder bei Bedarf auch Alten-/Pflegeheime) erreicht werden. Im Zuge der Umsetzung solcher Maßnahmen muss jedenfalls auch die hier skizzierte – in vielen Regionen erhebliche – regionalwirtschaftliche Bedeutung der Akutspitäler im Auge behalten werden, weshalb die **Umwidmung** solcher Spitäler für alternative Zwecke regionalpolitisch viel eher umsetzbar sein wird als die schlichte ersatzlose Auflassung von KA-Standorten.

Abkürzungen

- BIP = Bruttoinlandprodukt (nominell)
- BMG = Bundesministerium für Gesundheit
- BRP = Bruttoregionalprodukt
- BWS = Regionale Bruttowertschöpfung
- BWS (III) = Regionale Bruttowertschöpfung im tertiären Sektor
- EK = Endkosten insgesamt in den Fonds-Krankenanstalten
- FKA = Fonds-Krankenanstalten (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten);
- GSW = Gesundheits- und Sozialwesen
- KAKuG = Krankenanstalten und Kuranstalten-Gesetz
- KHH = Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufenthalte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung)
- KA = Krankenanstalten
- LKF = Leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungssystem in Österreich
- LKPD = LKF-Punkte-Dichte (LKF-Punkte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung)
- NUTS = Nomenclature des unités territoriales statistiques (EU- Systematik der Statistik-Gebietseinheiten)
- UKH = Unfallkrankenhaus

Quellen

BMG – Krankenanstaltenstatistik 2012; Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012

European Commission – “Patient safety and quality of health-care 2009” (vgl. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf)

Haber, G. - Krankenhaus: Wachstumsspritze für die Wirtschaft (im Auftrag der Vinzenz-Gruppe) 2009 (vgl. <https://www.>)

wko.at/Content.Node/Plattform-Gesundheitswirtschaft/
Studien--Publikationen/Studien/Krankenhaus_Wachstums-
spritze_fuer_die_Wirtschaft_2009.pdf)

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
(ÖBIG) – Österreichischer Krankenanstaltenplan 1994

Statistik Austria – Regionale Gesamtrechnungen 2012/2013
per Stand 2015 (vgl. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/regionale_gesamtrechnungen/index.html)

Statistik Austria - Gesundheitsausgaben in Österreich laut
System of Health Accounts/OECD (vgl. http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html)

WHO/Europe – European Health for all database (HFA-DB,
Stand September 2015, vgl. <http://data.euro.who.int/hfad/>)

Der gesamtwirtschaftliche Nutzen von 24-h Pflege- und Betreuungsdiensten im Vergleich zu stationären Pflegeangeboten

Ein Vergleich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland

Christoph Gretzl

1 Einleitung

Das Thema Pflege wird in Zeiten des demographischen Wandels, dem Rückgang der informellen Pflege und der steigenden Verantwortung der öffentlichen Hand bei der Finanzierung eine immer größer werdende Bedeutung zugeschrieben. Im Hinblick auf die Finanzierung der Pflege sind aus Sicht der Sozialpolitik nachhaltig finanzierbare Lösungen gefragt. Um diese Herausforderungen näher zu beleuchten und Lösungsansätze für eine bedarfsgerechte Versorgung der älteren Bevölkerung zu erforschen, werden im Rahmen dieses Artikels zwei Pflegeangebote analysiert. Dabei handelt es sich um 24-Stunden Pflege- und Betreuungsdienste zu Hause und um stationäre Pflegeangebote.

Dieser Artikel¹ versucht diese zwei Pflegesysteme in drei österreichischen Bundesländern (Wien, Niederösterreich und Burgenland) vergleichend zu beurteilen.

Die Methode, die bei dieser Arbeit herangezogen wurde, ist eine besondere Art der Kosten-Nutzen-Analyse und nennt sich Social Return on Investment Analyse, kurz SROI. In der deutschen Literatur wird dafür der Begriff Sozialrendite verwendet.

Der Artikel erläutert zunächst ausführlich die Methodik der SROI Analyse, ihrer Entstehung, sowie die wesentlichen Vorteile und Grenzen. Im Anschluss darauf wird die Methode auf die genannten Pflegesysteme in den drei Bundesländern angewandt. Die Ergebnisse werden am Schluss zusammengefasst und daraus Schlussfolgerungen gezogen.

2 Methodik – SROI Analyse

Die Social Return on Investment Analyse (SROI) ist der Methode der Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) ähnlich. Bei der

KNA werden die eingesetzten Mittel für eine Maßnahme bzw. ein Projekt den in Geldeinheiten quantifizierten Wirkungen gegenübergestellt. Die Monetarisierung der Wirkungen kann über verschiedene Methoden, wie zum Beispiel Opportunitätskosten, Einsparungen, Willingness to pay-Bewertungen oder Marktsimulationen erfolgen. (Rauscher, et al., 2012 S. 9) Bei der Social Return on Investment Analyse werden die Wirkungen monetarisiert und den Aufwendungen gegenübergestellt, nur dass bei der SROI eine andere Begrifflichkeit als bei der KNA verwendet wird. Statt Kosten spricht man bei der SROI von Investitionen und der Nutzen ist bei dieser Analyse einerseits der direkte Return aus betriebswirtschaftlicher Sicht und andererseits im Vordergrund stehend der „social return“, also der geschaffene soziale Mehrwert, der durch verschiedene gemeinnützige oder sozial tätige Organisationen oder Maßnahmen erreicht wird. Ein weiterer Unterschied zwischen der KNA und der SROI besteht darin, dass die KNA die ökonomischen Auswirkungen vorrangig betrachtet und die Auswirkungen im Bereich der Nachhaltigkeit und des Sozialen eher ergänzend untersucht. Bei der SROI hingegen werden vorrangig Maßnahmen oder gemeinnützigen Organisationen betrachtet, die auf die Verbesserung des Gemeinwohls abzielen. Das bedeutet, dass bei dieser Methode die sozialen Auswirkungen vorrangig betrachtet werden und das betriebswirtschaftliche Ergebnis in vielen Fällen nur eine untergeordnete Rolle spielt. (Kehl, et al., 2012 S. 315f.)

Wie bereits beschrieben, werden bei SROI Analysen Kosten als Investitionen und der Nutzen als gemeinnützige soziale Rendite oder „Social Return“ betrachtet. Wichtig dabei ist, dass der Return den in Geldeinheiten bewerteten Wirkungen der betrachteten Maßnahme entspricht. Eine weitere Besonderheit dieser Methode ist, dass der Nutzen aus der Sicht verschiedener Stakeholdergruppen dargestellt wird. Im Sinne der Kostenlogik wird von einem Wertverzehr ausgegangen und somit ist der Begriff eher negativ behaftet, da hier etwas verbraucht wird, um die Leistungen zu erstellen. Investition wird im Gegensatz dazu eher positiv gesehen, da ein Ertrag erzielt wird. Erzielen bestimmte Maßnahmen entsprechend positive gesellschaftliche Wirkungen, so war es gesamtwirtschaftlich bzw. gesellschaftlich gesehen ein rentables Investment, auch wenn es aus der Sicht eines Stakeholders „nur“

1 Dieser Artikel stützt sich dabei auf eine Diplomarbeit, welche der Autor im Rahmen des Masterstudiums der Raumplanung an der TU Wien im Jahr 2014 unter der Betreuung von Michael Getzner und Denise Zak verfasst hat. (Gretzl, 2014) Der Autor wurde für die Arbeit am 06.10.2015 mit dem Wissenschaftspreis für JungakademikerInnen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz ausgezeichnet.

Kosten verursacht hat. (Rauscher, et al., 2012 S. 10)

In den letzten Jahren hat die SROI Analyse besonders auch in Österreich zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. So wurden beispielsweise SROI Analysen in unterschiedlichen sozialen Themenbereichen, wie dem Feuerwehrwesen (Schober, et al., 2012), Wohn- und Ausbildungsstätten für ehemalige Straßenkinder (Rauscher, et al., 2011) oder Mikrokrediten zur Verbesserung der Wohnsituation (Rauscher, et al., 2012) durchgeführt. Mittlerweise hat sich ein eigenes Netzwerk (SROI-Network) gebildet, um dieses Instrument ständig weiterzuentwickeln.

Die Methode wurde Ende der 1990er Jahre von Roberts Enterprise Development Fund (REDF) aus den USA entwickelt, wobei Ansätze der klassischen KNA und Methoden zur Messung sozialen Mehrwerts miteinander kombiniert werden. (Clark, 2004 S. 30) Robert Enterprise Development Fund ist eine amerikanische gemeinnützige Organisation mit dem Ziel, Menschen dabei zu helfen, aus der Armut zu fliehen. Der Fonds entwickelte das Modell der SROI um den erzielten Effekt ihrer Projekte evaluieren zu können, da sich zeigte, dass das Instrument der klassischen KNA nicht ausreichte um die Arbeit der Organisation zu erfassen. 1997 wurde die erste Form der SROI entwickelt, wobei das Konzept auf die Standardinstrumente der Investitionsrechnung zurückgreift und die erzielten Effekte (Impacts) erfassbar und in Geldeinheiten ausgedrückt darstellbar macht. 2001 wurde das Modell unter dem Namen „Social Return on Investment Methodology: Analyzing the Value of Social Purpose Enterprise within a Social Return on Investment Framework“ (Chun, 2001) erstmals veröffentlicht. Kerninhalt der Methode war dabei der „Blended-Value“-Ansatz, der einen integrierten Wert aus unternehmerischen und sozialen Return bildet. Daher wird in dieser Arbeit der Begriff „integrierter Wert“ (=Blended Value) verwendet. Der ökonomische Mehrwert (enterprise value) ist im engeren Sinne als das betriebswirtschaftliche Ergebnis der Organisation bzw. des Unternehmens definiert. Der soziale Mehrwert (social purpose value) umfasst einerseits sozio-ökonomische Effekte und andererseits soziale Auswirkungen. Dazu zählen quantifizierbare Zusatzkosten oder Effekte, die bspw. durch zusätzliche Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge erzielt werden, und soziale Auswirkungen, wie die Verbesserung des Gesundheitszustandes oder die Steigerung der Lebensqualität. Die Effekte auf ökonomischer und sozialer Ebene werden zusammen im integrierten Wert ausgedrückt. (Chun, 2001 S. 20ff.)

Das Ergebnis der SROI Methode ist ein SROI-Koeffizient. Ein SROI-Koeffizient über 1 bedeutet einen gesamtwirtschaftlichen Mehrwert. Ein SROI-Koeffizient von 2 bedeutet also zum Beispiel, dass durch 1 eingesetzten Euro ein gesamtwirtschaftlicher Mehrwert (unternehmerischer und sozialer Mehrwert) von 2 Euro ermittelt worden sind.

Wichtig dabei ist, die geschaffenen sozialen Wirkungen klar darzustellen und zu begründen, um sie nachvollziehbar zu machen. So bot dieses Instrument sozialen Unternehmen bzw. Non-profit Organisationen zum ersten Mal die Möglichkeit ihre Erfolge bzw. Wirkungen zu messen und darzustellen. Gleichzeitig entstanden in diesem Zusammenhang auch einige Fragen zur Vorgangsweise, wie zum Beispiel ob Einsparungen öffentlicher Ausgaben als Erfolgsindikator ge-

wertet werden können oder welche Kosten und Erträge in die SROI Analyse miteinbezogen werden können und dürfen. (Reichelt, 2009 S. 16f.)

Folgende Begrifflichkeiten sind für die Methode zentral:

- **Stakeholder:** Wer trägt zum Erfolg eines Unternehmens bzw. eines Projektes bei? Wer profitiert davon? Stakeholder stellen Ressourcen bereit, die zum Erfolg des Unternehmens bzw. der Maßnahme beitragen. Sie übernehmen Risiko, sind dadurch abhängig und besitzen Einfluss auf die Leistung des Unternehmens bzw. der Maßnahme. (Kochan, et al., 2000 S. 373) Durch diesen Einfluss ist bei der Betrachtung wichtig, die Ziele und Erwartungen der Stakeholder zu identifizieren und analysieren. Dabei wird zwischen allgemeinen Zielen und den konkreten Zielen für das Unternehmen bzw. Projekt unterschieden. Für die Analyse relevant sind nur die Ziele bezogen auf das Projekt. (Reichelt, 2009 S. 20)
- **Impact Map:** Auf welche Art und Weise werden Wirkungen bei den identifizierten Stakeholdern erreicht? Um diese Frage beantworten zu können, werden in einer so genannten „Impact Value Chain“ alle Komponenten der Stakeholder analysiert, die Wirkungen erreichen. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese nur durch den Einsatz bestimmter Inputs erreicht werden können. Durch die Verwendung der Inputs können bestimmte Aktivitäten durchgeführt werden, die in weiterer Folge die erwünschten Wirkungen bzw. Outputs direkt oder indirekt hervorrufen. Das Ergebnis bzw. der Impact ergibt sich aus der Betrachtung der Outputs abzüglich der Veränderungen, die auch ohne Maßnahme erreicht würden, „Deadweight“. (Reichelt, 2009 S. 20f.)
- **Deadweight:** Was wäre auch ohne die Maßnahme passiert? Um eine bessere Evaluierung im Vergleich zum Modell der REDF zu erreichen, ist es wichtig das so genannte Deadweight von den erreichten Outputs zu subtrahieren. Bei Deadweight handelt es sich um Veränderungen, die auch ohne Maßnahme erreicht worden wären und die Wirkung der konkreten Maßnahme keinen signifikanten Einfluss darauf hat. Daher ist es wichtig dieses Deadweight von den beobachteten Outputs abzuziehen um das Ergebnis nicht zu verfälschen. (Reichelt, 2009 S. 22f.)

Der aktuellste Ansatz der SROI Analyse ist eine Weiterentwicklung durch das European SROI Network. Der Aufbau und die Teilschritte der SROI Analyse sind in Tabelle 1 dargestellt.

2.1 Vorteile der SROI Analyse

Der größte Mehrwert einer SROI Analyse ist das Aufzeigen von erzielten gesellschaftlichen Auswirkungen einer sozialen Maßnahme. Bei betriebswirtschaftlichen und anderen gesamtwirtschaftlichen Analysemethoden wird dieser Aspekt gar nicht berücksichtigt oder zum Teil nur nachrangig untersucht. Durch die bisher fehlende Evaluierung der Auswirkungen auf das Gemeinwohl wurden soziale Investitionen nur als Kosten wahrgenommen und deren positive Effekte zu wenig erfasst. SROI Analysen heben die positiven Effekte hervor, indem sie in der gängigen und leicht verständlichen

Tab. 1. Aktuelles Modell der SROI Analyse nach dem European SROI Network

Phase 1 – Planung
1.1 Definition der Ziele der Analyse
1.2 Beschreibung des Projektes bzw. der Maßnahme
1.3 Identifizierung der Stakeholder
1.4 Bestimmung des Umfanges der Analyse
1.5 Darstellung der Impact Value Chain für die einzelnen Stakeholder
1.6 Bestimmung der Informationsquellen und der Datenqualität
1.7 Erstellung eines Erhebungsplanes
Phase 2 – Umsetzung
2.1 Datensammlung für die Messung des Outputs
2.2 Bestimmung des Deadweights
2.3 Monetarisieren der Indikatoren für die Messung des Outputs
2.4 Erhebung der Investitionen
2.5 Analyse der Einnahmen und Ausgaben gesamt
2.6 Analyse der Einnahmen und Ausgaben einzelner Stakeholder
2.7 Erstellung von Prognosen
2.8 Berechnung des Social Returns
Phase 3 - Report
3.1 Festhalten und Aufarbeiten aller Erkenntnisse in einem Report
Phase 4 - Evaluierung
4.1 Evaluierung und Monitoring der Ergebnisse

Quelle: (Reichelt, 2009 S. 28), Darstellung (Gretzl, 2014 S. 84)

Einheit von Geld den Nutzen von Projekten ausdrücken und nachvollziehbar machen.

Ein weiterer Vorteil der SROI Analyse liegt vor allem in der Informationsgewinnung über die einzelnen involvierten Stakeholder einer betrachteten Maßnahme. Dadurch wird einerseits deutlich, wer an den Investitionen zu welchem Anteil beteiligt ist und andererseits, bei wem die größten Wirkungen erzielt werden können. Diese Erkenntnisse sind wesentlich, um die Finanzierung der betrachteten Maßnahme zu hinterfragen bzw. ein Bewusstsein für die Auswirkungen einer Maßnahme zu schaffen. Aus Sicht der Politik bzw. der InvestorInnen kann diese Methode eine Entscheidungshilfe bei der Bewertung verschiedener Maßnahmen sein.

2.2 Grenzen der SROI Analyse

Neben den soeben beschriebenen Vorteilen sind der Analyse jedoch auch einige Grenzen gesetzt. Ein Schwachpunkt dieser Methode ist zum Beispiel, dass der/die AutorIn der Analyse einen großen Spielraum bei der Messung und der Bewertung der Wirkungen hat. Es gibt keine standardisierten Vorgaben in diesem Bereich und so führt dies auch dazu, dass die Analysen einander nur schwer gegenübergestellt und miteinander verglichen werden können. Bezüglich der Bewertung der Wirkung ist die Monetarisierung sozialer Effekte zu hinterfragen. Da es für diesen Vorgang keine klaren Kriterien gibt, ist es umso wichtiger, dass der Prozess nachvollziehbar dargestellt und die Monetarisierung gut begründet wird. Die Analyse der Auswirkungen ist besonders herausfordernd, da Auswirkungen oftmals indirekt kausal verursacht werden,

mit langer zeitlicher Verzögerung eintreten, in einem unklaren, weiten Wirkungsbereich auftreten oder schwer monetarisierbar sind. (Rauscher, et al., 2012 S. 11)

Wie bereits erwähnt lassen sich SROI Analysen nur begrenzt miteinander vergleichen, da einerseits die Methode der Bewertung und Messung der Auswirkungen noch nicht standardisiert genug ist und andererseits das sozialstaatliche Umfeld immer in Relation dazu gesehen werden muss. So lassen sich bspw. ähnliche Maßnahmen in verschiedenen Ländern nicht miteinander vergleichen, da die Wirkungen von der Ausprägung des jeweiligen Sozialsystems abhängen. Will man SROI Analysen miteinander vergleichen, muss darauf geachtet, dass für beide Projekte dieselben Rahmenbedingungen gelten und gleiche Bewertungsmethoden angewendet werden. (Rauscher, et al., 2012 S. 12) Der Schwachpunkt der Vergleichbarkeit von Analysen wurde in der zugrundeliegenden Arbeit zu einer Stärke gemacht. Durch die Betrachtung dreier Bundesländer und der Auswahl von zwei verschiedenen Maßnahmen auf Basis gleicher Monetarisierungsgrundlagen ist eine Vergleichbarkeit sichergestellt worden. So ist es möglich über die Ergebnisse der SROI Analyse bundeslandspezifische Aussagen zu treffen und beide Angebote miteinander zu vergleichen.

Aus in der Vergangenheit bereits durchgeführten SROI Analysen hat sich gezeigt, dass im Hinblick auf Nachhaltigkeit soziale Wirkungen tendenziell überschätzt werden, da der Zeithorizont der Betrachtungsweise eher kurzfristig ist. In vielen Fällen bezieht sich der gewählte Betrachtungszeitraum auf fünf bis zehn Jahre. Dieser Zeitraum ist jedoch für viele Indikatoren des Einflusses auf das Gemeinwohl, wie

Gesundheitszustand, zu gering. In diesem Zusammenhang ergibt sich ein weiterer Schwachpunkt der Analyse, der sich auf die Zurechenbarkeit der Ergebnisse bezieht. Konkret muss man sich bei der Analyse immer die Frage stellen, welche Auswirkungen in der Gesellschaft durch die betrachtete Maßnahme direkt hervorgerufen wären, oder vielleicht eine andere Ursache haben und nur durch Zufall damit in Zusammenhang gebracht werden. Faktoren wie Konjunkturschwankungen oder allgemein gesellschaftliche Entwicklungen haben einen starken Einfluss auf das Gemeinwohl und können nur schwer von durch eine konkrete Maßnahme induzierten Auswirkungen getrennt werden. (Kehl, et al., 2012 S. 316f.)

Somit ist die SROI Analyse ein geeignetes Instrument, um die Ergebnisse einzelner Maßnahmen auf den Punkt zu bringen und über die Gegenüberstellung von Investitionen und erreichten Wirkungen bzw. der daraus resultierenden Zahl, den SROI-Koeffizienten, verständlich zu machen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass dies kein geeignetes Instrument ist um verschiedene Maßnahmen aufgrund des Koeffizienten ohne gleiche Monetarisierungsgrundlage miteinander zu vergleichen und so über Investitionen zu entscheiden.

3 Anwendung der SROI Analyse auf die Pflegesysteme

Das Ziel dieser Analyse ist es, die sozialen Auswirkungen von zwei vergleichbaren Pflege- und Betreuungsangeboten in den drei ausgewählten Bundesländern zu evaluieren. Es soll die Wertschöpfungs- bzw. Wirkungskette der 24-Stunden-Betreuung und der stationären Pflege nachvollziehbar dargestellt werden. Einerseits soll diese Analyse einen Bei-

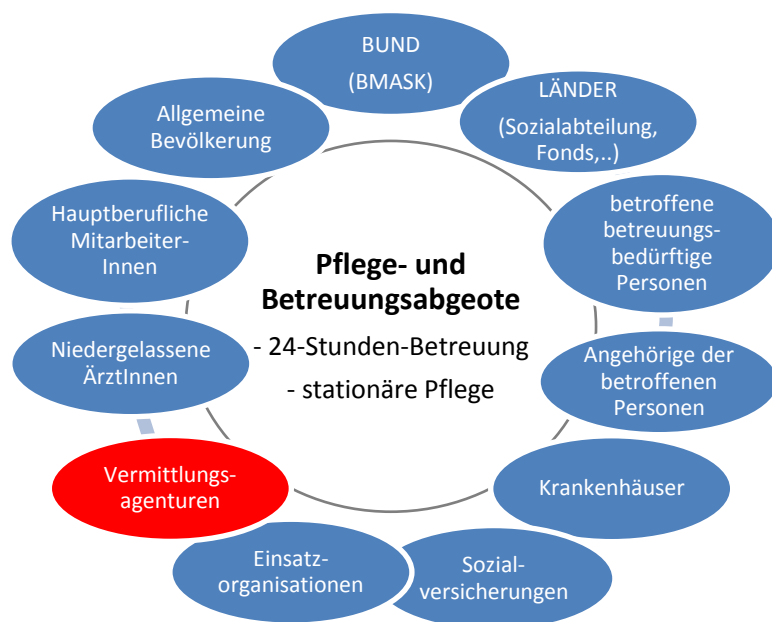
trag dazu leisten, das Angebot im Bereich der Pflege und Betreuung besser auf die zukünftigen Herausforderungen abstimmen zu können und die Folgen und Wirkungen deutlich zu machen. Andererseits soll diese Analyse zur Weiterentwicklung dieses relativ jungen Instruments beitragen und die Erfahrungen über Vorteile und Grenzen reflektiert darstellen.

Die folgende Analyse bezieht sich auf die zuvor beschriebenen zwei Pflege- und Betreuungsangebote in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland. Beide Angebote richten sich an eine ähnliche Zielgruppe, sind jedoch sehr unterschiedlich in der Art der Versorgung und ihrer jeweiligen Finanzierung. So wird angenommen, dass sich die gesamtwirtschaftlichen Folgen für beide Pflege- und Betreuungsformen in ihrer Ausprägung stark unterscheiden. Der Berechnungszeitraum für Investitionen beträgt ein Jahr und bezieht sich auf das Jahr 2012. Die Datengrundlage für die Investitionen bildet die Analyse der Pflegesysteme in den Bundesländern.² Der Erhebungs- und Bearbeitungszeitraum der zugrunde liegenden Arbeit beträgt rund zehn Monate. Im September 2013 wurde das Konzept dieser Analyse entworfen und der Umfang festgelegt. In den folgenden Monaten wurden die theoretischen Grundlagen erarbeitet und die Analyse der Pflegesysteme durchgeführt. Von Februar 2014 bis Juli 2014 wurde darauf aufbauend die SROI Analyse erstellt und weitere Erhebungen durchgeführt.

3.1 Stakeholder und deren Impact Value Chain

Das Modell der SROI Analyse baut, wie zuvor im Abschnitt der Methodik beschrieben, auf einer Stakeholder-basierten

² Die detaillierte Analyse der Pflegesysteme ist in Gretzl, 2014 S. 34-77 beschrieben.



Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 90)

Abb. 1. Stakeholder

Betrachtungsweise auf. Dazu werden in einem ersten Schritt alle Interessensgruppen, welche entweder zu den Investitionen der ausgewählten Pflege- und Betreuungsleistungen beitragen oder/und von den Folgen und Wirkungen der Angebote profitieren, identifiziert. Durch die gesamtwirtschaftliche Betrachtungsweise wird versucht, möglichst alle Stakeholder zu erfassen, die von den Leistungen profitieren. Nur so kann sich ein repräsentatives Ergebnis dieser Analyse ergeben und alle sozialen Wirkungen erfasst werden. Die Interessensgruppen der beide ausgewählten Pflege- und Betreuungsangebote sind im Wesentlichen dieselben. In folgender Abbildung 1 sind die identifizierten Stakeholder dargestellt. Anzumerken ist, dass die rot dargestellte Interessensgruppe nur für die 24-Stunden-Betreuung relevant ist.

Impact Value Chains der einzelnen Stakeholder

Die Impact Value Chain (Wirkungskette) zeigt für jeden Stakeholder welche Inputs er für das System leistet und welche Auswirkungen das System auf ihn hat. Die Wirkungskette (Input-Output-Deadweight-Impact) wird im Folgenden beschrieben: (Gretzl, 2014 S. 92)

Input: Im Wesentlichen leisten vier Stakeholder Investitionen für die ausgewählten Pflegeangebote. In beiden Fällen, 24-h-Betreuung und stationäre Pflege, leisten die betroffenen pflege- und betreuungsbedürftigen Personen einen Kostenanteil für das jeweilige Angebot. Bei der 24-h-Betreuung fallen zusätzlich zu den Kosten für die Betreuung noch Investitionen für eine betreuungsgerechte Wohnungsanpassung an. Dies betrifft z.B. die Anschaffung eines Pflegebettes, die Adaptierung des Badezimmers, den Einbau eines Rollstuhllifts für Stiegen oder die Bereitstellung und Adaptierung eines Raumes für die Betreuungsperson. Da diese Maßnahmen meist von Angehörigen durchgeführt werden, teilen sich die Kosten auf diese beiden Stakeholder auf. Der Bund leistet über das Pflegegeld einen Beitrag zur Finanzierung beider Angebote. Zusätzlich dazu unterstützt er die 24-h-Betreuung über eine spezielle Förderung, welche zu 60% vom Bund und zu 40% vom jeweiligen Land finanziert wird. Im Bereich der stationären Pflege und Betreuung tragen die einzelnen Bundesländer den Hauptteil der Kosten und sind für die Bereitstellung dieses Angebots verantwortlich. Bei der 24-h-Betreuung übernehmen sie, wie bereits erwähnt, 40% der Förderkosten.

Output: Alle ausgewählten Stakeholder haben einen gewissen Output durch das Angebot der angesprochenen Leistungen. Die betroffenen Personen erhalten durch ihre Kostenbeiträge professionelle und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung rund um die Uhr. Angehörige werden durch beide Angebote entlastet und ersparen sich Zeit, die sie für die Betreuung aufwenden würden. Der Bund profitiert von zusätzlichen Arbeitsplätzen im Pflege- und Betreuungsbereich. Die Länder können durch ihre Finanzierung einer gewissen Anzahl an betreuungsbedürftigen Personen eine bedarfsgerechte und professionelle Betreuung gewährleisten. Krankenhäuser werden durch eine geringere Anzahl an Behandlungsfällen, hervorgerufen durch Stürze und Ähnlichem bei unzureichender Versorgung und Betreuung, entlastet. Sozialversicherungen profitieren durch die geschaffenen Arbeitsplätze in Form von zusätzlichen Beiträgen. Niedergelassene Ärzte profitieren aus denselben Gründen wie die Krankenhäuser durch die Vermeidung von Nachbetreuung

von Spitalspatienten. Hauptberufliche Mitarbeiter können einer Erwerbstätigkeit nachgehen und erlangen dadurch ein geregelteres Einkommen. Einsatzorganisationen haben ein geringeres Einsatzaufkommen durch die bereits angesprochene Vermeidung von Unfällen und Stürzen. Vermittlungsagenturen profitieren bei der 24-h-Betreuung von der Vermittlung von Betreuungspersonen und die allgemeine Bevölkerung profitiert von beiden Angeboten durch eine bedarfsgerechte Versorgungsform im Alter.

Impact: Die betroffenen Personen ersparen sich die Kosten für mobile Dienste, die sie für eine bedarfsgerechte Versorgung passend zu ihrer Pflegestufe brauchen würden. Des Weiteren besteht der Impact der betroffenen Personen einerseits aus dem besseren psychischen und physischen Wohlbefinden durch die bedarfsgerechte Versorgung ihres Pflegebedarfs und andererseits aus der gewonnenen Lebensqualität bzw. den gewonnenen Lebensjahren. Bei stationären Betreuungsangeboten, wie im beispielhaft analysierten Fall des Pflegeheimes Rechnitz, wird besonderer Wert auf die sozialen Kontakte und die aktive Einbindung der BewohnerInnen in das Alltagsgeschehen gelegt. Weiters kommt es zu Einsparungen der Lebenskosten für Wohnen, Essen, -etc. für die Bewohnerinnen eines Heimes. Angehörige werden durch die professionelle Pflege- und Betreuungsarbeit entlastet und verringern dadurch die psychischen und physischen Belastungen. Zusätzlich können sie durch die Zeitersparnis einer Erwerbstätigkeit nachgehen und ein geregelteres Einkommen erzielen. Der Bund profitiert von den Lohnsteuereinnahmen durch zusätzliche Arbeitsplätze in stationären Pflegeheimen. Krankenhäuser profitieren durch vermiedene Spitalsaufenthalte, sowie durch Verkürzungen von Aufenthalten durch eine entsprechend bedarfsgerechte Versorgung nach dem Akutaufenthalt und sie können Patienten mit hohem Pflegebedarf in bedarfsgerechte Einrichtungen entlassen. Sozialversicherungen profitieren durch zusätzliche Arbeitsplätze an weiteren Sozialversicherungsbeiträgen. Im niedergelassenen Bereich kommt es zu Einsparungen durch weniger Hausbesuche. Die hauptberuflichen MitarbeiterInnen beider Versorgungsformen profitieren durch ein geregelteres Einkommen und eine gesicherte Beschäftigung, nehmen aber einen Teil der physischen und psychischen Belastung der Angehörigen auf sich. Einsatzorganisationen profitieren durch ein geringeres Einsatzaufkommen in Folge von weniger Unfällen und Stürzen in den einzelnen Haushalten. Die Vermittlungsagenturen von 24-h-Betreuungsdiensten profitieren durch die Vermittlungsprovisionen je Betreuungskraft und bei der allgemeinen Bevölkerung kommt es zu einer Steigerung des Sicherheitsgefühls im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung im Falle eines Pflegebedarfs im Alter.

Die Informations- und Datenquellen der Investitionen basieren auf dem Sozialbericht des BMASK, den Sozialberichten der Länder sowie Daten der Statistik Austria. Damit wird gewährleistet, dass sich alle Daten auf dasselbe Jahr (2012) und denselben Bevölkerungsstand beziehen. Die Quellen für die Evaluierung der Erträge stammen einerseits ebenso aus den oben genannten Grundlagen, andererseits auch aus persönlichen Interviews mit ExpertInnen oder betroffenen Personen oder aus weiterer Literatur. Die verwendete Literatur wird im Einzelfall explizit direkt angeführt, wenn diese von den oben genannten abweicht. Der detaillierte Erhebungsplan

der SROI Analyse wird von Gretzl ausführlich dargestellt. (Gretzl, 2014 S. 95)

3.2 Investitionen

In einem ersten Schritt werden die betroffenen Personen für die drei Bundesländer und dem jeweiligen Pflege- und Betreuungsangebot errechnet. Die Grundlage bilden hierfür die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen für die 24-h-Betreuung und der Anteil an den durch diese Form betreuten Personen.³

24-Stunden-Betreuung: Für die Berechnung der Investitionen werden die gesamten Kosten, die sich durch die durchschnittlichen monatlichen Kosten von 2.428 € (Gretzl, 2014 S. 69) multipliziert mit 12 Monaten und der Anzahl der betroffenen Personen ergeben, auf vier Investitionsgruppen bzw. drei Stakeholder, betroffene Personen, Bund und Länder, aufgeteilt. Der Bund leistet einerseits über das Bundespflegegeld, welches sich über die Verteilung der sich in Betreuung befindlichen Personen mal dem monatlichen Pflegegeld und mal 12 Monaten errechnet, und andererseits über die Förderung für 24-Stunden-Betreuung zu einem Anteil von 60% einen Beitrag. Die Förderhöhe wird über einen Durchschnittswert pro geförderte Person errechnet. Insgesamt wurden 90 Mio. € für die Förderung im Jahr 2012 für 14.100 Förderungsempfänger aufgebracht. (Gretzl, 2014 S. 69) Daraus lässt sich die jährliche Förderungshöhe pro Person errechnen, welche anschließend mit der Anzahl der FörderungsbezieherInnen je Bundesland multipliziert wird. 60% dieser Kosten werden dem Bund zugeordnet und 40% dem Land. Der Rest der

Gesamtkosten ist von den betroffenen Personen zu zahlen. Zusätzlich zu den soeben beschriebenen Investitionen ist bei einer Betreuung zu Hause in den meisten Fällen noch eine Anpassung der eigenen Wohnung durchzuführen. (Blaichinger, 2014 S. 25-29) Bezieht man diese Zusatzkosten zu den Gesamtkosten für 24-Stunden-Betreuung mit ein ergibt sich folgendes Ergebnis (siehe Tabelle 2). Hierbei wird häufig ein Pflegebett, eine Adaptierung des Badezimmers oder ein Treppenlift für Rollstuhl durchgeführt. Die Kosten teilen sich in vielen Fällen die betroffenen Personen mit ihren Angehörigen. Um diese Investitionen zu berechnen, werden folgende Annahmen getroffen. Die Kosten eines Pflegebettes belaufen sich auf rund 600-1.000 € (Mittelwert 800 €) (Rehashop, 2014), die Umbaukosten für ein Badezimmer nach eigener Erfahrung auf rund 2.000 € (Hublift Badewanne, Haltegriffe), die Kosten für einen Treppenlift auf 3.900–13.900 € (Mittelwert 8.900 €) (Lifta, 2014). Somit ergeben sich einmalige Gesamtkosten von insgesamt rund 11.700€, wobei anzumerken ist, dass nicht jede Person alle Adaptierungen vornehmen muss. So wurden Annahmen getroffen, dass rund 90% der betroffenen Personen ein Pflegebett (800 €) benötigen, bei 70% eine Adaptierung des Badezimmers (2.000 €) erforderlich ist und bei 10% ein Treppenlift (8.900 €) angeschafft werden muss. Des Weiteren werden die gesamten Kosten für die Anpassung der Wohnung nicht zu 100% in das erste Jahr gerechnet, sondern über die durchschnittliche Betreuungsdauer bei 24-Stunden-Betreuung von 2 Jahren dividiert. Somit werden nur die Hälfte aller Kosten für die Adaptierung der Wohnung in der SROI Analyse berücksichtigt. Diese Investitionen werden laut Annahme zu 60% von den betroffenen Personen und zu 40% von den Angehörigen getragen und mit der Anzahl der betroffenen Personen je Bundesland multipliziert.

³ Die ausführliche Datenaufbereitung findet sich in Gretzl, 2014 S. 96-100.

Tab. 2. Investitionen für 24-Stunden-Betreuung in den Bundesländern im Jahr 2012

Stakeholder	Input	Wien		Niederösterreich		Burgenland	
		Input in €	Input in %	Input in €	Input in %	Input in €	Input in %
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	Kostenanteil für 24-h-Betreuung	€ 18.770.563	42%	€ 59.680.765	42,5%	€ 15.037.263	42,5%
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	Kosten für Adaptierung der Wohnungen (60%)	€ 1.303.029	3%	€ 4.142.964	2,9%	€ 1.043.868	2,9%
Angehörige der betroffenen Personen	Kosten für Adaptierung der Wohnungen (40%)	€ 868.686	2%	€ 2.761.976	2,0%	€ 695.912	2,0%
Bund (BMASK)	24-h-Betreuung Förderung (60%)	€ 5.526.383	12%	€ 17.571.064	12,5%	€ 4.427.234	12,5%
Bund (BMASK)	Pflegegeld	€ 14.062.047	32%	€ 44.710.097	31,8%	€ 11.265.229	31,8%
Länder	24-h-Betreuung Förderung (40%)	€ 3.684.255	8%	€ 11.714.043	8,3%	€ 2.951.489	8,3%
Summe		€ 44.214.963	100%	€ 140.580.908	100%	€ 35.420.996	100%

Quelle: PflegegeldbezieherInnen (BMASK, 2012b), betroffene Personen, Aufteilung auf Pflegestufen und Förderungen (Hilfswerk, 2013), Kosten für Adaptierung der Wohnung Annahmen, Darstellung (Gretzl, 2014 S. 100)

Stationäre Pflege und Betreuung: Die Investitionen für die stationäre Pflege und Betreuung setzen sich aus den Beiträgen und Ersätzen der BewohnerInnen, dem Pflegegeld, welches sie beziehen und den restlichen Kosten, die durch das Land getragen werden, zusammen. Der Kostenanteil der BewohnerInnen entspricht den Beiträgen und Ersätzen abzüglich des zuvor berechneten Pflegegeldes. Der Anteil, der von den Ländern getragen werden muss, errechnet sich aus der Differenz der Bruttokosten und dem Pflegegeld sowie dem Kostenanteil der BewohnerInnen.

In folgender Tabelle 3 sind die Investitionen für stationäre Pflege und Betreuung jedes Bundeslandes aufgelistet. Dabei zeigt sich, dass das Land Wien den höchsten Anteil an den Heimkosten trägt. Niederösterreich und das Burgenland haben jeweils eine ähnliche Aufteilung der Kosten, wobei rund 50% auf die Länder entfallen, rund 23% durch das Bundespflegegeld und 25-30% von den BewohnerInnen getragen werden. In Wien trägt die Stadt rund 67% der Kosten für einen Pflegeplatz, 12% entfallen auf den Bund über das Pflegegeld und 20% auf die BewohnerInnen über ihr Beiträge.

Tab. 3. Investitionen für stationäre Pflege und Betreuung in den Bundesländern im Jahr 2012

Stakeholder	Input	Wien		Niederösterreich		Burgenland	
		Input in €	Input in %	Input in €	Input in %	Input in €	Input in %
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	Beiträge und Ersätze/ Kostenanteil an den gesamten Heimkosten	€ 146.912.149	20,6%	€ 98.168.168	29,5%	€ 13.662.228	24,7%
Bund (BMASK)	Pflegegeld	€ 86.297.571	12,1%	€ 75.149.822	22,6%	€ 13.161.798	23,8%
Länder	Heimkosten (Netto-kosten+ sonstige Einnahmen)	€ 480.231.280	67,3%	€ 159.466.931	47,9%	€ 28.579.636	51,6%
Summe		€ 713.441.000	100%	€ 332.784.921	100%	€ 55.403.662	100%

Quelle: PflegegeldbezieherInnen, betroffene Personen (BMASK, 2012b), Aufteilung auf Pflegestufen (Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2013 S. 122ff.), Darstellung (Gretzl, 2014 S. 101)

3.3 Wirkung auf die Stakeholder (Output)

Die Monetarisierung der Wirkungen ist einer der wichtigsten Schritte für die Evaluierung der sozialen Erträge. Hierbei werden die zuvor bestimmten Outputs in quantitativ messbare Einheiten umgewandelt. Die Methodik stützt sich einerseits auf Ansätze bereits durchgeführter SROI Analysen (Schober, et al., 2012) und wird andererseits durch weitere Ansätze, die im Rahmen der Interviews mit den BewohnerInnen und der Pflegedienstleiterin entstanden sind, erweitert. In diesem Abschnitt werden die Outputs der einzelnen Stakeholder für beide Angebote erst textlich mit den relevanten Zahlen als Grundlage für die Monetarisierung beschrieben und die Berechnung anschließend tabellarisch dargestellt.

Betroffene betreuungsbedürftige Personen

- Einsparungen an Kosten für Leistungsstunden von mobilen Diensten: Wenn die betroffenen Personen nicht durch eine 24-Stunden-Betreuung oder in einem Pflegeheim betreut werden, besteht die Möglichkeit ihren Pflegebedarf über mobile Dienste zu decken. Im Falle einer stationären Versorgung entfallen alle Kosten für mobile soziale Dienste. Bei einer 24-Stunden-Betreuung müssen einige Leistungen noch durch mobile Dienste abgedeckt

werden, ein großer Teil kann jedoch eingespart werden. Der durchschnittliche berechnete Selbstbehalt für eine Leistungsstunde mobiler Dienste in Wien beträgt 13€, der Anteil des Landes beträgt 22 €. In Niederösterreich liegt der Selbstbehalt bei 9 € und der Landesanteil bei 13 €, im Burgenland bei 5 € und 19 € pro Leistungsstunde. (BMASK, 2012b S. 79ff.) Es kann damit gerechnet werden, dass bei der 24-Stunden-Betreuung zwei Leistungsstunden mobiler Dienste und bei der stationären Betreuung rund vier Stunden eingespart werden können.

- Besseres psychisches und physisches Wohlbefinden/ mehr soziale Kontakte: Durch die Betreuung einer 24-Stunden-Betreuungsperson oder in einem stationären Pflegeheim wird den betroffenen Personen eine Hilfestellung im Alltag geleistet, eine Reaktivierung durch Mobilisierung gefördert und ihnen ermöglicht trotz ihrer meist körperlichen Einschränkungen so gut wie möglich entweder in ihrem Zuhause oder in einem Pflegeheim ein altersgerechtes Leben zu führen. Zu diesem verbesserten physischen Zustand spielen die sozialen Kontakte und damit auch die Wirkung auf das psychische Wohlbefinden eine große Rolle. Aus den Interviews ist hervorgegangen, dass die Reaktivierung bzw. die Verzögerung des Krankheitsverlaufs und die ständige Betreuung der BewohnerInnen einen deutlichen - und zwar positiven

Tab. 4. Berechnung der Einsparungen für mobile Dienste für betroffene Personen

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * eingesparte Leistungsstunden pro Tag * 365 Tage * bundeslandspezifischer Selbstbehalt				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*2*365*13 = € 13.694.070	4.588*2*365*9 = € 30.143.160	1.156*2*365*19 = € 4.219.400	€ 48.056.630
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*4*365*13 = € 185.017.040	8.489*4*365*9 = € 111.545.460	1.487*4*365*19 = € 10.855.100	€ 307.417.600

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 102)

Einfluss - auf ihren psychischen Zustand haben. Ältere Personen neigen bei fehlender Betreuung und Vereinsamung zuhause oft zu Depressionen und einer Verschlechterung des physischen Zustandes. Gerade diese Faktoren können durch die angesprochene bedarfsgerechte Versorgung vermieden werden. Die Monetarisierung dieses Indikators erfolgt über die monatlichen privaten Gesundheitsausgaben. Diese machen einen Anteil von 24,1% der gesamten Gesundheitsausgaben

von 8.211 Mio. € in Österreich im Jahr 2012 aus (Statistik Austria, 2013). Dividiert durch die Bevölkerungszahl im Jahr 2012 (8.426.311) ergeben sich durchschnittliche Gesundheitsausgaben pro EinwohnerIn von 975 €. Der privat finanzierte Anteil davon beträgt demnach 235 €. Es wird die Annahme getroffen, dass sich die jährlichen privaten Gesundheitsausgaben durch den verbesserten Gesundheitszustand um 30% verringern. Dies bringt eine Einsparung von rund 70 € pro Person und Jahr.

Tab. 5. Berechnung der Einsparungen für besseres physisches und psychisches Wohlbefinden für betroffene Personen

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * Prozent der Einsparungen (30%) * jährliche private Gesundheitsausgaben (253)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*30%*253 = € 101.666	4.588*30%*253 = € 323.244	1.156*30%*253 = € 81.445	€ 506.355
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*30%*253 = € 686.789	8.489*30%*253 = € 598.087	1.487*30%*253 = € 104.766	€ 1.389.641

Quellen: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 103)

- Einsparung der Lebenskosten für Wohnen und Essen: Personen, die aus ihrer Wohnung oder ihrem Haus in ein Pflegeheim übersiedeln, haben zuvor zumeist in einem Single-Haushalt gelebt. Sie ersparen sich die Miete bzw. Lebenskosten für Essen, Strom und Gas an ihrem ursprünglichen Wohnort. Diese Einsparung trifft aber nur für betroffene Personen in stationärer Betreuung zu. Die Bewertung dieses Effekts wird aus den bundeslandspezifischen durchschnittlichen Wohnungsaufwänden aus dem Jahr 2012 (Statistik Austria, 2014) sowie den österreichweiten monatlichen Verbrauchsausgaben für Essen, Trinken (inkl. alkoholische Getränke und Tabakwaren), Gesundheitsausgaben und Ausgaben für Restaurants und Cafés berechnet. (Statistik Austria, 2010) Die berechneten Verbrauchsausgaben liegen im österreichischen Durchschnitt bei rund 444 € monatlich für die soeben beschriebenen ausgewählten Bereiche. Die Wohnungskosten in Wien betragen im Schnitt 471 €, in Niederösterreich 424 € und im Burgenland 408 €. Diese Einsparungen wurden mit der Anzahl der stationär betreuten Personen multipliziert um den entsprechende Output zu erhalten.

Tab. 6. Berechnung der Einsparungen der Wohnungskosten und Lebenskosten für betroffene Personen

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * bundeslandspezifische Wohnungskosten*12 + Anzahl der betreuten Personen*durchschnittliche Verbrauchsausgaben (444)*12				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*471*12 +9.748*444*12 = € 107.033.040	8.489*424*12 +8.489*444*12 = € 88.421.424	1.487*408*12 +1.487*444*12 = € 15.203.088	€ 210.657.552

Quellen: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 103)

- Zusätzlich gewonnene Lebensqualität und Lebensjahre: Durch eine bedarfsgerechte Betreuung älterer Menschen im Pflegefall wird das Risiko von Unfällen verringert, die Genesung bereits bestehender Erkrankungen gefördert und über Therapie in einem gewissen Ausmaß der Körper reaktiviert. Dadurch können diese Personen mit einer verlängerten Lebenserwartung sowie einer Steigerung der Lebensqualität im Vergleich zu einem Verlauf ohne Betreuung rechnen. Dieser Effekt ist durch beide Angebote zu erzielen und wird über die in der Gesundheitsökonomie verwendete Kennzahl der gesunden Lebensjahre ermittelt. Ein gesundes Lebensjahr (QALY) wird in der internationalen Literatur mit 50.000 € bewertet. (Reinhold, 2014) Es wird davon ausgegangen, dass die betroffenen Personen durch die Betreuung rund 40% eines QALY wegen ihrer Einschränkungen gewinnen.

Tab. 7. Berechnung der Einsparungen durch gewonnene Lebensqualität und Lebensjahre für betroffene Personen

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * QALY (50.000) * Prozent eines gesunden Lebensjahres				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*50.000*40% = € 28.860.000	4.588*50.000*40% = € 91.760.000	1.156*50.000*40% = € 23.120.000	€ 143.740.000
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*50.000*40% = € 194.960.000	8.489*50.000*40% = € 169.780.000	1.487*50.000*40% = € 29.740.000	€ 394.480.000

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 104)

Angehörige der betroffenen Personen

- Geringere psychische und physische Belastung: Die Monetarisierung dieses Indikators erfolgt, wie bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes der betroffenen Personen, über die monatlichen privaten Gesundheitsausgaben. Die zuvor berechneten jährlichen Gesundheitskosten betragen 235 €. Die Annahme ist, dass durch die Entlastung der Angehörigen durch die 24-Stunden-Betreuung der verbesserte Gesundheitszustand die jährlichen privaten Gesundheitsausgaben um 25% verringert. Im stationären Bereich wird eine größere Entlastung erzielt und mit 35% angenommen. Dies bringt eine Einsparung von rund 59 € bzw. 82 € pro Person und Jahr.

Tab. 8. Berechnung der Einsparungen durch geringere psychische und physische Belastung der Angehörigen

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen=Anzahl der Angehörigen * jährliche private Gesundheitsausgaben (253) * angebotsspezifische Prozent der Einsparung				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*253*25% = € 84.721	4.588*253*25% = € 269.370	1.156*253*25% = € 67.871	€ 421.963
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*253*35% = € 801.253	8.489*253*35% = € 697.768	1.487*253*35% = € 122.226	€ 1.621.248

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 104)

- Nachgehen einer Erwerbstätigkeit: Durch die professionelle Betreuung pflegebedürftiger Personen werden Angehörige entlastet und können so einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Rund 18% der pflegenden Angehörigen sind in einem erwerbsfähigen Alter (Schneider, et al., 2009). Das durchschnittliche Nettojahreseinkommen für eine Vollzeit- sowie Teilzeitbeschäftigung wird für 18% der pflegenden Angehörigen als Output berechnet. Als Monetarisierungsgrundlage dienen die durchschnittlichen bundeslandspezifischen Nettojahreseinkommen

aus dem Jahr 2012. (Statistik Austria, 2012c) In Wien liegt der Median des Nettojahreseinkommen von Männern und Frauen bei 18.421 €. Bei diesem Gehalt liegt der jährliche Sozialversicherungsbeitrag bei 4.392 € und die Lohnsteuer bei 1.987 €. In Niederösterreich beträgt das Nettojahreseinkommen 20.480 € und im Burgenland 20.076 €. Die Sozialversicherungsbeiträge und Lohnsteuerabgaben werden zu den Outputs des Bundes bzw. der Sozialversicherung gezählt.

Tab. 9. Berechnung der Einsparungen durch Nachgehen einer Erwerbstätigkeit der Angehörigen

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen=Anzahl der Angehörigen * Anteil der Angehörigen im erwerbstätigen Alter (18%) * bundeslandspezifisches Nettojahreseinkommen				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*18%*18.421 = € 4.784.671	4.588*18%*20.480 = € 16.913.203	1.156*18%*20.076 = € 4.177.414	€ 25.875.288
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*18%*18.421 = € 32.322.223	8.489*18%*20.480 = € 31.293.850	1.487*18%*20.076 = € 5.373.542	€ 68.989.615

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 105)

Bund

- Lohnsteuereinnahmen: Der Bund profitiert durch beide Angebote an zusätzlichen Arbeitsplätzen und dadurch erzielten Lohnsteuereinnahmen. Im Falle der stationären Pflege sind die Einnahmen größer, da in diesem Bereich mehr hauptberufliche MitarbeiterInnen beschäftigt sind. In einem Pflegeheim ist mit einem durchschnittlichen Bruttojahresgehalt pro Vollzeitäquivalente von

rund 40.200 € zu rechnen. Daraus resultieren rund 6.400 € pro VZÄ im Jahr an Lohnsteuereinnahmen. Da die meisten 24-Stunden-Betreuungskräfte als selbstständige Erwerbstätige tätig sind und ihr monatliches Einkommen unter 1.000 € pro Person liegt, sind keine Lohnsteuerabgaben zu leisten. Zusätzlich werden die Steuereinnahmen der Arbeitsplätze von 18% der Angehörigen miteinbezogen.

Tab. 10. Berechnung der Einsparungen durch Lohnsteuereinnahmen der zusätzlichen erwerbstätigen Personen für den Bund

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen=Anzahl der Angehörigen * Anteil der Angehörigen im erwerbstätigen Alter (18%) * bundeslandspezifische Lohnsteuereinnahmen + Anzahl der VZÄ in stationären Einrichtungen * jährliche Lohnsteuereinnahmen pro VZÄ				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*18%*1.987 = € 516.103	4.588*18%*2.909 = € 2.402.369	1.156*18%*2.724 = € 566.810	€ 3.485.282
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*18%*1.987 + 9.692*6.400 = € 65.517.190	8.489*18%*20.480 + 4.664*6.400 = € 34.292.050	1.487*18%*20.076 + 854*6.400 = € 6.194.706	€ 106.003.946

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 105)

Länder

- Einsparungen an Kosten für Leistungsstunden von mobilen Diensten: Die Einsparungen der Länder bei mobilen Diensten beziehen sich hier auf die zuvor bei den be-

troffenen Personen errechneten Finanzierungsbeiträge pro Leistungsstunde. Analog zu den Einsparungen der Kosten für die betroffenen Personen wird der Output in diesem Fall mit dem Kostenanteil der Länder berechnet.

Tab. 11. Berechnung der Einsparungen von Leistungsstunden im Bereich der sozialen Dienste für die Länder

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * eingesparter Leistungsstunden pro Tag * 365 Tage * bundeslandspezifischer Kostenanteil der Länder				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*2*365*22 = € 23.174.580	4.588*2*365*13 = € 43.540.120	1.156*2*365*19 = € 16.033.720	€ 82.748.420
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*4*365*22 = € 313.105.760	8.489*4*365*13 = € 161.121.220	1.487 *4*365*19 = € 41.249.380	€ 515.476.360

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 106)

Krankenhäuser

- Einsparungen an Kosten für Spitalsaufenthalte: Durch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung der betroffenen Personen können verschiedenen typische Erkrankungen bzw. Unfälle, die einen Spitalsaufenthalt erfordern vermieden werden. So können bei rund 65% der betroffenen Personen Stürze im eigenen Haushalt vermieden werden. (Schober, et al., 2012 S. 37) Weitere vermeidbare Krankenhaus-aufenthalte aufgrund von fehlender Betreuung sind Harnwegsaffektionen, hervorgerufen durch zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, Wundliegen und Mangelernährung. Für die Monetarisierung dieser Indikatoren werden die durchschnittlichen Behandlungskosten dieser Fälle aus dem aktuellen Bericht des Gesundheitsministeriums (BMG, 2013) entnommen. **Stürze/Oberschenkelhalsfrakturen:** Die Folge von Stürzen zuhause sind Frakturen, besonders häufig sind Oberschenkelhalsfrakturen. Eine Operation bzw. Behandlung im Krankenhaus ist sehr aufwändig und kostenintensiv. So wurden in Österreich im Jahr 2012 15.679 Fälle einer Totalendoprothetik des Hüftgelenks und weitere 10.413 Eingriffe an Oberschenkel und Hüfte vorgenommen. Die Belagsdauer beträgt 12,72 bzw. 15,20 Tage und die Kosten belaufen sich auf 10.331 € (7.947 LKF Punkte, 1 LKF-Punkt entspricht 1,30 €) bzw. 10.729 € (8.253 LKF Punkte mal Faktor 1,3). (BMG, 2013 S. 126) Die Annahme ist, dass durch die Pflege und Betreuung bei 65% der betroffenen Personen Stürze und somit je Fall Kosten von 10.530 € vermieden werden können (Mittel-

wert von den zwei beschriebenen Spitalsaufenthalten). **Harnwegsaffektionen:** Die durchschnittliche Behandlungsdauer in einem Krankenhaus für diesen Fall beträgt 4,54 Behandlungstage und kostet rund 2.015 € (1.550 LKF Punkte mal Faktor 1,3). In Österreich kam es aufgrund dieser Diagnose im Jahr 2012 zu 34.542 Spitalsaufenthalten. (BMG, 2013 S. 118) Es wird angenommen, dass bei 10% der betroffenen Personen ein Spitalsaufenthalt vermieden werden kann. **Wundliegen:** Sind Menschen stark in ihrer Mobilität eingeschränkt und müssen den Großteil der Zeit liegend verbringen, kann es bei fehlender bedarfsgerechter Betreuung zu Wundliegen kommen. 24.371 Fälle sind in Österreich aufgrund von komplizierten Affektionen der Haut im Durchschnitt 7,12 Tage in Behandlung. Die Kosten für einen Aufenthalt dieser Art belaufen sich auf rund 3.192 € (2.455 LKF Punkte mal Faktor 1,3). Da Wundmanagement vor allem in den Pflegeheimen ein wichtiger Punkt ist, wird angenommen, dass bei 15% in stationärer Betreuung und bei 5% mit 24-Stunden-Betreuung ein Aufenthalt vermieden werden kann. **Mangelernährung:** In Österreich wurden im Jahr 2012 11.700 Spitalsaufenthalte aufgrund von Mangelernährungen und Störungen des Flüssigkeitshaushaltes verbucht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 6,15 Tage und kostet rund 2.779 € (2.136 LKF Punkte mal Faktor 1,3). (BMG, 2013 S. 120) Hierzu wird angenommen, dass bei 10% der betroffenen Personen ein Spitalsaufenthalt vermieden werden kann.

Tab. 12. Berechnung der Einsparungen durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * Prozentsatz der jeweiligen Erkrankung * Kosten der jeweiligen Erkrankung				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*(65%*10.530 +10%*2.015 +5%*3.192 +10%*2.779) = € 10.798.337	4.588*(65%*10.530 +10%*2.015 +5%*3.192 +10%*2.779) = € 34.333.174	1.156*(65%*10.530 +10%*2.015 +5%*3.192 +10%*2.779) = € 8.650.643	€ 53.782.154
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*(65%*10.530 +10%*2.015 +15%*3.192 +10%*2.779) = € 76.057.844	8.489*(65%*10.530 +10%*2.015 +15%*3.192 +10%*2.779) = € 66.234.616	1.487*(65%*10.530 +10%*2.015 +15%*3.192 +10%*2.779) = € 11.602.176	€ 153.894.636

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 107)

- Frühere Entlassung durch bedarfsgerechte Betreuung: Ältere Personen können in vielen Fällen aufgrund fehlender Betreuung zuhause erst später aus dem Krankenhaus entlassen werden. Dieser Grund und die Multimorbidität bzw. die langsamer verlaufende Genesung tragen zu einer deutlich längeren Belagsdauer bei. Die durchschnittliche Belagsdauer bei Krankenhausaufenthalten lag 2012 im Burgenland bei 5,05, in Niederösterreich bei 5,48 und in Wien bei 5,74 Tagen. Der österreichweite Durchschnitt beträgt 5,41 Tage (BMG, 2013 S. 23) Die durchschnittlichen Kosten je stationärem Aufenthalt in einem Krankenhaus variieren in den Bundesländern

ebenfalls. Im Burgenland liegen die Kosten bei 2.630 €, in Niederösterreich bei 4.128 € und in Wien am höchsten bei 5.361 €. Dividiert man die Kosten pro Spitalsaufenthalt durch die durchschnittliche Belagsdauer ergeben sich für die einzelnen Bundesländer Kosten pro Tag, diese liegen im Burgenland bei 521 €, in Niederösterreich bei 753 € und in Wien bei 934 €. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patienten über 75 Jahren liegt bei rund 7 Tagen. Es wird angenommen, dass man bei 65% der betroffenen Personen durch die 24-Stunden-Betreuung die Spitalsaufenthalte um einen Tag verkürzen kann und bei der stationären Pflege bei 80%.

Tab. 13. Berechnung der Einsparungen durch die Verkürzung von Krankenhausaufenthalten

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * Prozentsatz der betroffenen Personen * bundeslandspezifische Kosten pro Tag * eingesparte Tage (1)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*65%*934 = € 876.019	4.588*65%*753 = € 2.246.446	1.156*65%*521 = € 391.323	€ 3.513.788
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*80%*934 = € 7.283.488	8.489*80%*753 = € 5.115.707	1.487*80%*521 = € 619.534	€ 13.018.729

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 107)

Sozialversicherungen

- Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge: Die Einnahmen durch die Sozialversicherungsbeiträge der beschäftigten MitarbeiterInnen im stationären Bereich betragen unter derselben Annahme wie für die Lohnsteuereinnahmen rund 7.250 € pro VZÄ und Jahr.

Im Falle der 24-Stunden-Betreuung ist laut der Zusammensetzung der Kosten mit monatlichen Sozialversicherungsabgaben von rund 400 € für zwei Betreuungskräfte zu rechnen. Daraus ergeben sich pro Jahr und betroffener Person Beiträge in der Höhe von 4.800 € für zwei Pflegekräfte. Weitere Sozialversicherungsbeiträge ergeben sich aus den erwerbstätigen Angehörigen.

Tab. 14. Berechnung der Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge

Berechnung: 24-Stunden-Betreuung				
Anzahl der betroffenen Personen = Angehörige * Prozentsatz erwerbsfähiger Angehöriger (18%) * bundeslandspezifischer Sozialversicherungsbeitrag + Anzahl der betroffenen Personen * 4.800				
Berechnung: stationäre Pflege und Betreuung				
Anzahl der betroffenen Personen = Angehörige * Prozentsatz erwerbsfähiger Angehöriger (18%) * bundeslandspezifischer Sozialversicherungsbeitrag + Anzahl der VZÄ im stationären Bereich * 7.250				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*18%*4.392 + 1.443*4.800 = € 8.067.178	4.588*18%*5.020 + 4.588*4.800 = € 26.168.117	1.156*18%*4.894 + 1.156*4.800 = € 6.567.144	€ 40.802.438
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*18%*4.392 + 9.692*7.250 = € 77.975.554	8.489*18%*5.020 + 4.664*7.520 = € 41.481.760	1.487*18%*4.894 + 854*7.520 = € 7.501.428	€ 126.958.742

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 108)

Niedergelassene Ärzte

- Einsparungen durch weniger Behandlungsfälle: Wie zuvor beschrieben können durch eine bedarfsgerechte Betreuung Spitalsaufenthalte vermieden werden. Aus denselben Gründen können so auch die Anzahl der Fälle im niedergelassenen Bereich vermieden werden. Der österreichische Durchschnitt liegt bei 6,82 Fällen pro Person und Jahr. Ältere und vor allem pflegebedürftige

Personen ohne Betreuung überschreiten diesen Wert deutlich. Die Kosten pro Fall betragen rund 51,81 € (HV SV, 2013). Es wird angenommen, dass durch die 24-Stunden-Betreuung bei 70% der Betroffenen zumindest zwei Arztbesuche eingespart werden können. In stationärer Betreuung wird von einem Anteil von 80% der Betroffenen ausgegangen, da das Personal besser ausgebildet ist und dadurch eine intensivere Pflege gewähren kann.

Tab. 15. Berechnung der Einsparungen durch weniger Behandlungsfälle im niedergelassenen Bereich

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen * Kosten pro Fall (51,81) * jährlich eingesparte Fälle (2) * Prozentsatz der betroffenen Personen je Pflegeangebot				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*51,81*2*70% = € 104.667	4.588*51,81*2*70% = € 332.786	1.156*51,81*2*70% = € 83.849	€ 521.302
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*51,81*2*80% = € 808.070	8.489*51,81*2*80% = € 703.704	1.487*51,81*2*80% = € 123.266	€ 1.635.041

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 108)

Hauptberufliche MitarbeiterInnen

- Geregeltes Einkommen durch Beschäftigung: Die hauptberuflichen Mitarbeiter im Bereich der stationären Pflege und Betreuung profitieren durch ein geregeltes und gesichertes Einkommen. Ihr Profit ergibt sich aus dem höheren Nettojahreseinkommen im Vergleich zu dem jeweiligen bundeslandspezifischen Durchschnitt. Wie zuvor beim Stakeholder Bund beschrieben, liegt das Bruttojahresgehalt eines Vollzeitäquivalents des gesamten Personals im Pflegeheim bei durchschnittlich 40.200 €, was einem Nettogehalt von 26.660 € im Jahr entspricht. Die durchschnittlichen Jahresgehälter der

Bevölkerung in Wien liegen, wie zuvor bei den Stakeholdern der Angehörigen berechnet, bei 18.421 €, in Niederösterreich bei 20.480 € und im Burgenland bei 20.076 €. Die Differenz der jeweiligen Gehälter mal der Anzahl der Mitarbeiter ergibt den Profit durch die betrachtete Maßnahme. Bei den Betreuungskräften im Bereich der 24-Stunden-Betreuung wird das Tagegeld von rund 60 € mal 14 Tage pro Monat mal der 12 Monate pro Jahr gerechnet. Die Differenz zum durchschnittlichen Nettojahreseinkommen in der Slowakei wird als Profit angenommen. Dieses Nettojahreseinkommen lag im Jahr 2012 bei rund 7.574 €. (Eurostat, 2014)

Tab. 16. Berechnung der Profite der hauptberuflichen MitarbeiterInnen

Berechnung 24-Stunden-Betreuung: Anzahl der beschäftigten Betreuungskräfte je Bundesland * (Taggeld * 14 Tage pro Monat * 12 Monate pro Jahr – durchschnittlicher Nettojahreslohn Slowakei)				
Berechnung stationäre Pflege: Anzahl der MitarbeiterInnen (VZÄ) * (Nettojahresgehalt im Pflegeheim – durchschnittliches Nettojahresgehalt der Bevölkerung des Bundeslandes)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	2.886 *(60*14*12-7.7574) = € 7.232.316	9.176 *(60*14*12-7.7574) = € 22.995.056	2.312 *(60*14*12-7.7574) = € 5.793.872	€ 36.021.244
Stationäre Pflege und Betreuung	9.692 *(26.660 – 18.421) = € 79.854.860	4.664 *(26.660 – 20.480) = € 28.821.048	854 *(26.660 – 20.076) = € 5.622.736	€ 114.298.644

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 109)

- Erhöhte psychische und physische Belastung: Durch die Ausübung eines Berufes im Pflege- und Betreuungsbereich ist man einer erhöhten physischen und psychischen Belastung ausgesetzt. Die tägliche Konfrontation mit menschlichem Leid ist sehr belastend für die MitarbeiterInnen und so kommt es in Pflegeberufen vermehrt zu Krankenständen. Dies wird als negativer Effekt gewertet und ähnlich wie die Verbesserungen des Gesundheitszustandes der betroffenen Personen und der Angehörigen über die jährlichen privaten Gesundheitsausgaben von 253 € monetarisiert. Es wird angenommen, dass sich diese Ausgaben durch die Belastungen im Berufsalltag um 30% erhöhen. Dieser Negativnutzen drückt sich vor allem in privaten Gesundheitsausgaben aus, da in diesen Fällen oft psychologische Dienste nachgefragt werden, welche privat zu bezahlen sind. Somit werden diese negativen Folgen auch nicht im Bereich der Krankenhäuser oder des niedergelassenen Bereichs berücksichtigt.

Tab. 17. Berechnung der Kosten für erhöhte psychische und physische Belastung der MitarbeiterInnen

Berechnung: 24-Stunden-Betreuung Anzahl der betroffenen Personen * 2 * durchschnittliche jährliche private Gesundheitsausgaben (253) * Prozentsatz der Erhöhung (30%) * -1 (Negativnutzen)				
Berechnung: stationäre Pflege und Betreuung Anzahl der MitarbeiterInnen (in Köpfen) im stationären Bereich * durchschnittliche jährliche private Gesundheitsausgaben (253) * Prozentsatz der Erhöhung (30%) * -1 (Negativnutzen)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*2 *253*30%*-1 = -€ 203.331	4.588*2 *253*30%*-1 = -€ 646.489	1.156*2 *253*30%*-1 = -€ 162.890	- € 1.012.710
Stationäre Pflege und Betreuung	11.169 *253*30%*-1 = -€ 786.904	5.712 *253*30%*-1 = -€ 402.435	1.012 *253*30%*-1 = -€ 71.300	- € 1.260.639

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 110)

Einsatzorganisationen

- Einsparungen durch weniger Einsätze und Transporte: Durch die Vermeidung von Spitalsaufenthalten können gleichzeitig auch Transporte für Einsatzorganisationen

gespart werden. Die Kosten pro Transport belaufen sich auf 85 € (Schober, et al., 2012 S. 91). Es wird angenommen, dass durch die beiden Pflegeangebote zwei Transporte pro Person und Jahr eingespart werden können.

Tab. 18. Berechnung der Einsparungen durch weniger Einsätze

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen * Kosten pro Einsatz (85) * jährlich eingesparte Einsätze (2)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*85*2 = € 245.310	4.588*85*2 = € 779.960	1.156*85*2 = € 196.520	€ 1.221.790
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*85*2 = € 1.657.160	8.489*85*2 = € 1.443.130	1.487*85*2 = € 252.790	€ 3.353.080

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 110)

Vermittlungsagenturen

- Vermittlungsprovision bei 24-Stunden-Betreuung:
Die Vermittlungsagenturen profitieren von dem Ange-

bot der 24-Stunden-Betreuung. Abgeleitet aus der Kostenaufstellung werden die Vermittlungsprovisionen von durchschnittlich 1.063 € (523 € halbjährlich oder 90 € monatlich) als Profite der Agenturen gewertet.

Tab. 19. Berechnung der Profite der Vermittlungsagenturen

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen * 1.063				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*1.063 = € 1.533.909	4.588*1.063 = € 4.877.044	1.156*1.063 = € 1.228.828	€ 7.639.781

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 110)

Allgemeine Bevölkerung

- Verbessertes Sicherheitsgefühl: Die allgemeine Bevölkerung profitiert von den Angeboten dadurch, dass sie ein Sicherheitsgefühl hat, im Alter im Bedarfsfall versorgt zu werden. Ausgedrückt wird diese Wertschätzung in Form von freiwilligen Spenden oder freiwilliger ehrenamtlicher Mitarbeit in diesem Bereich. Laut Statistik Austria gab es im Jahr 2008 rund 4.671.400 ehrenamtliche MitarbeiterInnen in Österreich. 4,9% davon engagierten sich im Sozial- und Gesundheitsbereich mit einem durchschnittlichen Ausmaß von 2,5 Stunden in der Woche. (Statistik Austria, 2008) Dieser Anteil drückt die Wertschätzung dieses Angebots aus. Es wird angenommen, dass die Zahl der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen aus dem Jahr 2008 der Anzahl im Jahr 2012 entspricht. In

Wien engagieren sich demnach 23.598 Personen, in Niederösterreich 30.272 und im Burgenland 5.081. Die Zahl der Personen wird in weiterer Folge mit der Anzahl der geleisteten Stunden pro Woche (2,5) und der Anzahl der Wochen pro Jahr (52) multipliziert. Eine Stunde freiwilliger Arbeit wird mit 10 € bemessen und so ergibt sich je Bundesland eine gewisse Wertschätzung für den Sozial- und Gesundheitsbereich. Da der stationäre Pflegebereich nur einen Teil des Gesundheitsbereichs einnimmt, wird ein Abschlag von 60% von den geleisteten Stunden berechnet. Da die 24-Stunden-Betreuung nur einen sehr geringen Anteil des Gesundheitssektors ausmacht und in diesem Bereich noch dazu wenig ehrenamtlich tätige Personen arbeiten, wird hier ein Abschlag von 90% gewertet.

Tab. 20. Berechnung der Profite der allgemeinen Bevölkerung

Berechnung: Bundeslandspezifische Anzahl der ehrenamtlich tätigen Personen im Sozialbereich * durchschnittliche Stunden pro Woche (2,5) * Wochen pro Jahr (52) * 10 €/Stunde * 40% bzw. 10%				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	23.598*2,5*52 *10*10% = € 3.067.792	30.272 *2,5*52 *10*10% = € 3.935.386	5.081 *2,5*52 *10*10% = € 660.569	€ 7.663.747
Stationäre Pflege und Betreuung	23.598*2,5*52 *10*40% = € 12.271.168	30.272*2,5*52 *10*40% = € 15.741.544	5.081*2,5*52 *10*40% = € 2.642.276	€ 30.654.988

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 111)

3.4 Deadweight

Das sogenannte „Deadweight“ beschreibt, wie schon zuvor erwähnt, die Wirkungen oder Effekte, die auch ohne die betrachtete Maßnahme eingetreten wären. Zieht man diesen Faktor von den festgestellten Outputs ab, so erhält man den sozialen Mehrwert (Impact), der durch die bestimmte Maßnahme generiert wird. Im Fall dieser SROI Analyse wird das Deadweight der 24-Stunden-Betreuung über den Anteil der Personen, die unter sechs Monaten betreut werden errechnet. Für diesen Anteil wird angenommen, dass keine zufriedenstellende Effekte durch die Betreuung eintreten oder die Personen frühzeitig versterben. Daraus abgeleitet ergibt sich für gesamt Österreich ein Prozentsatz von 22% (Hilfswerk, 2013) als Deadweight für 24-Stunden-Betreuung. Dieser Anteil wird von allen festgestellten Outputs, die auf Basis der be-

troffenen Personen berechnet wurden, als Abschlag abgezogen. Für alle anderen Outputs, die sich bspw. auf die Anzahl der MitarbeiterInnen oder der Angehörigen beziehen, gibt es kein Deadweight.

Bei der stationären Betreuung wird das Deadweight über einen Prozentsatz bestimmt, der sich aus dem Anteil an Verstorbenen innerhalb eines Jahres im Pflegeheim errechnet. Dabei wird angenommen, dass trotz bedarfsgerechter Versorgung keine positiven Effekte bei diesem Anteil an betreuten Personen erreicht werden kann. So ergibt sich, wie in Tabelle 21 dargestellt, für jedes Bundesland ein anderer Abschlag als Deadweight. In Niederösterreich errechnet sich ein Prozentsatz von 34%, in Wien von 28% und im Burgenland von 27%. Dieser Anteil wird von allen festgestellten Outputs abgezogen.

Tab. 21. Deadweight stationäre Pflege und Betreuung

	Plätze	Betreute Personen	"Deadweight" Prozentuelle Differenz zwischen betreuten Personen und Plätzen an den gesamten betreuten Personen
Wien	9.748	13.580	28%
Niederösterreich	8.489	12.789	34%
Burgenland	1.487	2.025	27%

Quelle: Verrechnungstage und Anzahl der betreuten Personen lt. (BMASK, 2012b), Plätze und Deadweight = berechnet und Darstellung (Gretzl, 2014 S. 98)

3.5 Gegenüberstellung der Investitionen und Impacts der einzelnen Bundesländer

In folgendem Abschnitt werden die Investitionen, die Outputs, das Deadweight sowie der erzielte Impact der einzelnen Stakeholder in den Bundesländern für die jeweiligen Pflege- und Betreuungsangebote dargestellt. Mit diesen Ergebnissen lässt sich der SROI-Koeffizient berechnen, welcher

das Verhältnis von Input zum erzielten Impact widerspiegelt. In anderen Worten gesagt, drückt der SROI-Koeffizient aus, wie hoch der Wirkungsgrad einer bestimmten Maßnahme ist. In folgenden Tabellen werden die SROI-Koeffizienten für das ausgewählte Bundesland Wien errechnet.⁴ Weiters gewinnt man einen Überblick über den Anteil der einzelnen Stakeholder am gesamten Impact.

⁴ Die detaillierte Darstellung und Berechnung der SROI-Koeffizienten der anderen beiden Bundesländer sind in (Gretzl, 2014 S. 111-117) beschrieben.

Tab. 22. Investitionen und Profite für 24-Stunden-Betreuung in Wien

Versorgungsform	24-Stunden-Betreuung		SROI - Koeffizient			
Bundesland	Wien		1,94			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Output in €	Dead-weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	20.073.592	45%	42.655.736	-22%	33.271.474	39%
Angehörige der betroffenen Personen	868.686	2%	4.869.392	0%	4.850.753	6%
Bund	19.588.430	44%	516.103	0%	516.103	1%
Länder	3.684.255	8%	23.174.580	-22%	18.076.172	21%
Krankenhäuser		0%	11.674.356	-22%	9.105.998	11%
Sozialversicherungen		0%	8.067.178	0%	8.067.178	9%
Niedergelassene Ärzte		0%	104.667	-22%	81.640	0%
Betreuungskräfte		0%	7.028.985	0%	7.028.985	8%
Einsatzorganisationen		0%	245.310	-22%	191.342	0%
Vermittlungsagenturen		0%	1.533.909	0%	1.533.909	2%
Allgemeine Bevölkerung		0%	3.067.792	0%	3.067.792	4%
Gesamtergebnis	44.214.963	100%	102.938.007	-16%	85.791.346	100%

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 112)

In Tabelle 22 ergibt sich bei der 24-Stunden-Betreuung in Wien ein SROI-Koeffizient von 1,94. Das bedeutet, dass ein Euro, investiert in die 24-Stunden-Betreuung, eine Wirkung von 1,94 Euro in einem Jahr erzielt. Der größte Anteil; rund 40% der Wirkungen, wird bei den Stakeholdern der betroffenen Personen erreicht. Hierbei liegt der Impact deutlich über den Investitionen und spiegelt die gewonnene Lebensqualität wieder. Am meisten profitieren Angehörige und das Land im Verhältnis zu den Investitionen von diesem Angebot. Den Angehörigen werden der zeitliche Betreuungsaufwand sowie die physische und psychische Belastung abgenommen und sie können dadurch einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Länder profitieren sehr stark von diesem Angebot, weil sie nur 40% der Förderung beisteuern und eine andere Versorgung, wie zum Beispiel mobile Dienste oder stationäre Versorgung, für sie viel teurer kommen würde. Der Bund nimmt durch das Pflegegeld und die Förderung für diese Betreuungsform fast genauso viel Geld in die Hand wie die betroffenen Personen selbst, profitiert aber eigentlich nur durch die Lohnsteuereinnahmen der Angehörigen davon. Auf Krankenhäuser hat diese Betreuungsform den stärks-

ten Einfluss ohne dass diese zur Finanzierung beitragen. 24-Stunden-Betreuung erzielt in Wien den höchsten SROI-Koeffizienten, da hier die Einsparungen bei Spitalsaufenthalten sowie die Profite durch Einkommen am größten sind.

Im Bereich der stationären Pflege und Betreuung teilen sich die Investitionen auf drei Stakeholder auf. Der SROI-Koeffizient von stationärer Pflege und Betreuung in Wien liegt bei 1,27. Das entspricht dem niedrigsten aller in dieser Arbeit berechneten Koeffizienten und ist durch die hohen Kosten für stationäre Betreuung in Wien zu erklären. Im Vergleich zur 24-Stunden-Betreuung zeigt sich, dass die betroffenen Personen deutlich stärker davon profitieren. Hierbei sind die erzielten Profite mehr als doppelt so hoch wie bei der 24-Stunden-Betreuung. Der Grund dafür ist das breitere pflegerische Angebot und die geringeren Ausgaben bzw. die Einsparung durch den Wegfall von Wohnungskosten. Des Weiteren profitieren vor allem die Angehörigen von diesem Angebot, da sie in diesem Fall keine Investitionen leisten. Der Bund steuert in diesem Fall nur über das Pflegegeld zur Finanzierung bei und hat im Vergleich dazu relativ hohe Profite durch Lohnsteuereinnahmen der hauptberuflichen MitarbeiterInnen.

Tab. 23. Investitionen und Profite für stationäre Pflege und Betreuung in Wien

Versorgungsform	stationäre Pflege und Betreuung		SROI - Koeffizient			
Bundesland	Wien		1,27			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Output in €	Dead-weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	146.913.132	21%	487.696.869	-28%	351.141.745	39%
Angehörige der betroffenen Personen		0%	33.123.477	-1%	32.899.126	4%
Bund	86.296.588	12%	65.517.190	0%	65.517.190	7%
Länder	480.231.280	67%	313.105.760	-28%	225.436.147	25%
Krankenhäuser		0%	83.341.332	-28%	60.005.759	7%
Sozialversicherungen		0%	77.975.554	0%	77.975.554	9%
Niedergelassene Ärzte		0%	808.070	-28%	581.811	0%
Hauptberufliche MitarbeiterInnen		0%	79.067.955	0%	79.067.955	9%
Einsatzorganisationen		0%	1.657.160	-28%	1.193.155	0%
Allgemeine Bevölkerung		0%	12.271.168	0%	12.271.168	1%
Gesamtergebnis	713.441.000	100%	1.154.564.535	-22%	906.089.610	100%

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 115)

4 Zusammenfassung

Die Fragestellung des vorliegenden Artikels war es zwei ausgewählte Pflegesysteme in drei österreichischen Bundesländern in Hinblick auf ihre gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren. Die verwendete Methode war die der Kosten-Nutzen-Analyse ähnliche Social-Return-on-

Investment-Analyse (SROI). Das Ergebnis dieser Analyse ist ein Koeffizient, der umso höher ist, je besser die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen sind. Die untersuchten Pflegesysteme sind die 24-Stunden-Betreuung und die stationäre Pflege und die ausgewählten Bundesländern sind Wien, Niederösterreich und Burgenland. Die Ergebnisse der Analyse sind in der Tabelle 24 zusammengefasst.

Tab. 24. SROI-Koeffizienten der beiden Pflegeangebote in den einzelnen Bundesländern und gesamt

Pflegeangebot	Bundesland	Input in € (Investitionen)	Impact in € (Wirkung)	SROI-Koeffizient
24-Stunden-Betreuung	Wien	44.214.963	85.791.346	1,94
	Niederösterreich	140.580.908	235.552.729	1,68
	Burgenland	35.420.996	60.050.668	1,70
	gesamt	220.216.867	381.394.743	1,73
Stationäre Pflege und Betreuung	Wien	713.441.000	906.089.610	1,27
	Niederösterreich	332.784.921	550.964.153	1,66
	Burgenland	55.403.662	107.470.187	1,94
	gesamt	1.101.629.583	1.564.523.951	1,42

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 119)

Die SROI-Koeffizienten für die drei Bundesländer zeigen, dass in Wien die 24-Stunden-Betreuung das bessere System, im Burgenland die stationäre Pflege das bessere System ist und in Niederösterreich die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen beider Systeme in etwa gleich gut sind.

Die drei ausgewählten Bundesländer repräsentieren mehr als die Hälfte der österreichischen Gesamtbevölkerung. Fasst man die drei Bundesländer zusammen, in dem einerseits die

Investitionen addiert werden und andererseits die jeweiligen Impacts, so ergibt sich bessere gesamtwirtschaftliche Auswirkungen der 24-Stunden-Betreuung gegenüber der stationären Pflege (SROI-Koeffizient: 1,73 bzw. 1,42).

Der bessere SROI-Koeffizient der 24-Stunden-Betreuung ist vor allem durch die deutlich höheren Kosten der stationären Pflege begründet. Beide Angebote unterscheiden sich stark in ihrer Finanzierung und der Verteilung der Wirkungen auf

die Stakeholder. So sind die Vorteile der betroffenen Personen rund 1,5mal so hoch, wie ihre getätigten Investitionen. Der Bund finanziert dieses Angebot zu einem sehr hohen Teil mit, erzielt aber nur geringe Profite durch Lohnsteuereinnahmen. Für die Länder ist dieses Angebot im Vergleich zur stationären Pflege eine sehr preiswerte Lösung, da sie nur wenig zu den Investitionen beitragen müssen und der Bedarf an mobilen Diensten und stationären Plätzen somit reduziert wird. Anzumerken ist, dass die Vermittlungsagenturen rund 2% des gesamten Profits ausmachen und dies im Vergleich zum Profit des Bundes ein relativ hoher Anteil ist.

Die stationäre Pflege und Betreuung in Wien, Niederösterreich und im Burgenland erzielt einen SROI-Koeffizienten von 1,42 und liegt somit unter dem der 24-Stunden-Betreuung. Jedoch sind die Wirkungen, die bei den betroffenen Personen erzielt werden, deutlich höher und der Bund hat einen größeren Anteil an den gesamten Wirkungen, da hier mehr Lohnsteuereinnahmen lukriert werden können.

Ausschlaggebend für die Hauptunterschiede zwischen den betrachteten Bundesländern ist die Seite der Investitionen. Die Investitionen der Länder im Bereich der stationären Pflege zeigen große Disparitäten. Ein Großteil der Investitionen besteht aus Personalkosten für die Bereitstellung der Pflegedienstleistungen. Das Lohnniveau ist somit hauptauschlaggebend für die Investitionen der einzelnen Bundesländer.

Auf Basis der Verteilung der Investitionen der beiden Angebote auf die verschiedenen Stakeholder wird deutlich, dass im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung eine knappe 50:50 Aufteilung der Finanzierung zwischen der öffentlichen Hand (Bund und Länder) sowie der betroffenen Personen und der Angehörigen erfolgt. Anzumerken ist, dass der größte Teil der öffentlichen Finanzierung hierbei durch den Bund über das Pflegegeld und die Förderung geschieht und die Pflegesysteme der Länder somit entlastet werden. Im Vergleich dazu gibt es bei der stationären Pflege und Betreuung einen viel höheren Anteil der öffentlichen Investitionen. Im Gegensatz zur 24-Stunden-Betreuung tragen hier die Länder den größten Anteil der öffentlichen Investitionen. Der Anteil der privaten Investitionen an den gesamten Investitionen ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich und ist durch die verschiedenen Kosten für einen Pflegeplatz begründet.

Die Analyse aller drei Bundesländer hat gezeigt, dass beide Angebote einen gesamtwirtschaftlichen Mehrwert in einem Jahr erzielen, welcher sich am stärksten zum Vorteil der betroffenen Personen auswirkt. Der größere Impact wird im stationären Bereich durch die intensivere Pflege und Betreuung erzielt, der SROI-Koeffizient liegt aber begründet durch die hohen Kosten jedoch unter dem der 24-Stunden-Betreuung.

Die gewonnenen Erkenntnisse über die Verteilung der Investitionen und die erzielten Wirkungen auf die einzelnen Stakeholder sowie die bundeslandspezifische Differenzierung bilden den wesentlichen Mehrwert dieser Analyse und sind Grundlage für die räumlichen und raumplanerischen Folgen.

5 Schlussfolgerungen

Es zeigt sich, dass in Wien der höchste SROI-Koeffizient für die 24-Stunden-Betreuung erzielt worden ist. Das bedeutet, dass das Angebot dort am meisten Wirkungen erzielen

kann und somit empfohlen wird. Grund dafür sind die hohen Einsparungen im Bereich der relativ hohen Kosten für Krankenhausaufenthalte. Wien hat, wie in der vorangegangenen Analyse der Pflegesysteme, den geringsten Anteil an Personen in 24-Stunden-Betreuung. Die Gründe dafür sind, dass in Wien die Rahmenbedingungen für dieses Angebot nicht so gut sind bzw. die alternativen mobilen Dienste sehr gut ausgebaut sind. Die angesprochenen Rahmenbedingungen beziehen sich vor allem auf die Wohnungssituation der betroffenen Personen, da bei vielen räumlich nicht die Möglichkeit besteht, einer 24-Stunden-Betreuungskraft ein eigenes Zimmer anzubieten. Im Bereich der stationären Pflege ist aufgrund der hohen Kosten im Vergleich zu der 24-Stunden-Betreuung und der stationären Pflege in den anderen Bundesländern der SROI-Koeffizient am niedrigsten.

In Niederösterreich ergibt sich durch die Analyse der 24-Stunden-Betreuung und der stationären Pflege derselbe Wirkungsgrad. Das bedeutet, dass beide Angebote eine gute Wirkung erzielen und keines von beiden zu priorisieren ist.

Im Burgenland ergibt sich im stationären Bereich ein ähnlich hoher Koeffizient, wie für die 24-Stunden-Betreuung in Wien. Das bedeutet, dass der stationäre Bereich im Burgenland die höchsten Wirkungen erzielt und dadurch auch zu empfehlen ist. Auf räumlicher und planerischer Ebene betrachtet müssen beide Angebote verfügbar sein und geeignete Standorte für Pflegeheime gewählt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

Um dem steigenden Bedarf und damit den steigenden Kosten der Zukunft im Bereich der Pflege weiterhin gerecht zu werden, sind neue Lösungen und Mischformen gefragt. So leitet sich die Empfehlung ab, neue Wohnformen und Tagesbetreuung bzw. teilstationäre Dienste in Verbindung mit stationären Pflegeheimen anzubieten. Neue Wohnformen wie betreutes Wohnen in moderner barrierefreier Ausführung an zentralen Standorten integriert in das Gemeindeleben sind gefragt. Dazu soll das Angebot an Tagesbetreuungsplätzen vor allem in ländlichen Gemeinden ausgebaut werden. Genau dieses Angebot kann die Versorgungslücke zwischen einem nicht so gut ausgebauten Netz an sozialen Diensten und der teuren Betreuung in einem Pflegeheim oder durch eine 24-Stunden-Betreuung abdecken. Dadurch lässt sich ein Verbleib in den eigenen vier Wänden verlängern und der Bedarf an Rund-um-die-Uhr Betreuung verzögern. Tagesbetreuung in Anbindung an ein Pflegeheim kann die Vorteile der guten Infrastruktur in Hinblick auf räumliche Anforderungen, Personal und der Speiseversorgung nützen und gewährleistet den betroffenen Personen tagsüber eine sehr gute Betreuung. Weiters können in diesem Fall viele Fahrten der sozialen Dienste eingespart werden, da hier nicht die hoch qualifizierten Pflegekräfte den Großteil der Zeit im Auto verbringen, sondern die betroffenen Personen von einem Abholdienst gesammelt zweimal am Tag zur Einrichtung befördert werden.

Die 24-Stunden-Betreuung in der derzeitigen Form und Finanzierung entlastet das Pflegesystem der Länder. Es ist jedoch nur eine Alternative für eine relativ kleine Zielgruppe und stellt langfristig keine nachhaltige Lösung dar. Empfohlen werden die bereits beschriebenen Tagesbetreuungsformen, die den Bedarf zwischen mobilen Diensten und stationärer Betreuung abdecken sollen. Auch hierbei sind die

Standortentscheidungen und die Einbindung der Bevölkerung wichtig für die erzielten Wirkungen dieser Maßnahme. Um eine nachhaltige und finanzierbare Lösung für den steigenden Bedarf zu finden, sind verschiedene Ansätze weiter zu prüfen und für jedes Bundesland einzeln zu evaluieren. Diese Analyse stellt eine mögliche Methode dar und hebt den wichtigen sozialen Stellenwert dieser Angebote hervor.

Literaturverzeichnis

Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 - Soziales, Gesundheit, Familie und Sport. 2013. Sozialbericht 2011/2012 des Landes Burgenland. Eisenstadt : Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2013.

Blaichinger, N. 2014. Ausländische Pflegekräfte 24 Stunden im Einsatz. Eine Reportage. Ranshofen : edition innsalz Verlag GmbH, 2014. ISBN 978-3-902981-09-7.

BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 2012b. Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2012. Wien : Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012b.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit, Bereich I/B. 2013. Krankenanstalten in Zahlen: Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2012. Wien : Bundesministerium für Gesundheit, 2013.

Chun, S. 2001. Social Return on Investment Methodology: Analyzing the Value of Social Purpose Enterprise within a Social Return on Investment Framework. San Francisco : The Robert Enterprise Development Fund, 2001.

Clark, C. 2004. Double Bottom Line Project Report: Assessing Social Impact in Double Bottom Line Ventures Methods Catalog, Working Paper 13. Berkely : Centre for Responsible Business, University of California, 2004.

Eurostat. 2014. Statistics. [Online] 2014. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

Gretzl, C. 2014. Der gesamtwirtschaftliche Nutzen von 24-h Pflege- und Betreuungsdiensten im Vergleich zu stationären Pflegeangeboten; Ein Vergleich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland. Wien : TU Wien, 2014.

Hilfswerk. 2013. Hilfswerk Enquete: 24-Stunden-Betreuung zwischen Mythos und Realität. Befunde. Praxis. Zukunftsperspektiven., 25.10.2013. Wien : s.n., 2013.

HV SV, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. 2013. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger: Zahlen und Fakten. Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung. [Online] 2013. <http://www.hauptverband.at/portal27/>.

Kehl, K., Then, V. und Münscher, R. 2012. Social Return on Investment: auf dem Weg zu einem integrativen Ansatz der Wirkungsforschung. [Buchverf.] H.K. Anheier, A. Schröder und V. Then. Soziale Investitionen - Interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012, S. 313 - 332.

Kochan, T. und Rubinstein, S. 2000. Towards a Stakeholder Theory of the Firm: The Case of the Saturn Partnership. Organization Science. 2000, Bd. 11, 4.

Lifta. 2014. Lifta Treppenlifte. [Online] 2014. <http://www.lifta.at/treppenlifte/preise-konditionen.html>.

Rauscher, O. und Pervan Al-Soqauer, I. 2012. SROI-Analyse: Starthilfe Wohne. Ein Projekt des Armutsnetzwerks Vöcklabruck. Wien : NPO- Kompetenzzentrum, WU Wien, 2012.

Rauscher, O., et al. 2011. Social Return on Investment (SROI)-Analyse für das Projekt „Casa Abraham“ von Pater Georg Sporschill. Wien : NPO- Kompetenzzentrum, WU Wien, 2011. Rauscher, O., Schober, C. und Millner, R. 2012. Social Impact Measurement und Social Return on Investment (SROI) - Analyse, Wirkungsmessung neu?, Working Paper. Wien : NPO-Kompetenzzentrum, WU Wien, 2012.

Rehashop. 2014. Pflegebetten Rehashop. [Online] 2014. <http://rehashop.at/pflege/pflegebetten/pflegebetten/>.

Reichelt, D. 2009. SROI - Social Return on Investment, Modellversuch zur Berechnung des gesellschaftlichen Mehrwertes. Hamburg : Diplomica Verlag GmbH, 2009.

Reinhold, T. 2014. Forschungsinstitut Havelhöhe. Downloads: Wer sagt was ein Qaly ist - und was darf es kosten? [Online] 2014. http://www.fih-berlin.de/downloads.html?file=tl_files/fih-berlin/downloads/Reinhold_Havelhohe_web.pdf.

Schneider, U., et al. 2009. Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung älterer Menschen 2008 (Vienna Informal Carer Study - VIC2008): Studiendesign und deskriptive Ergebnisse. Forschungsbericht Nr.1/2009. Wien : Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien, 2009.

Schober, C., et al. 2012. Studie zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien mittels einer SROI-Analyse. Wien : NPO-Kompetenzzentrum, WU Wien, 2012.

Schober, C., More-Hollerweger, E. und Rauscher, O. 2012. SROI-Analyse für die Feuerwehren in Oberösterreich. Wien : NPO-Kompetenzzentrum, WU Wien, 2012.

Statistik Austria. 2008. Statistik Austria: Freiwilligenarbeit in Österreich. [Online] Dezember 2008. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/freiwilligenarbeit/index.html.

—. 2013. Statistik Austria: Gesundheitsausgaben. [Online] 2013. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/.

—. 2012c. Statistik Austria: Jährliche Personeneinkommen. [Online] 2012c. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personen-einkommen/jaehrliche_personen_einkommen/index.html.

—. 2010. Statistik Austria: Konsumerhebung 2009/10. [Online] 2010. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/verbrauchsausgaben/konsumerhebung_2009_2010/index.html.

—. 2014. Statistik Austria: Wohnungsaufwand Mietwohnungen. [Online] 2014. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wohnen_und_gebaeude/wohnungsaufwand/mietwohnungen/index.html.

Föderalismus. (R)evolutionäre Reformperspektiven für Österreich?

Themenschwerpunkt der IFIP-Jahrestagung 2015

Johann Bröthaler, Michael Getzner, Gerlinde Gutheil-Knopp-Kirchwald

Worin besteht der Föderalismus in Österreich? Ist er im Lichte der Entwicklungen seit der Festlegung der Kompetenzverteilung in der Bundesverfassung noch zeitgemäß? Besteht der Föderalismus Österreichs aus mehr als einem gewachsenen, komplizierten finanziellen Geflecht von Förderungen, Zuschüssen und anderen Transfers?

Die Jahrestagung des IFIP 2015 befasste sich aus verfassungsrechtlicher, ökonomischer und politikwissenschaftlicher Sicht mit neuen Zugängen zum Föderalismus, der mehr ist als eine bloße Verteilung von Aufgaben auf Gebietskörperschaften: Es geht um Qualität, Effizienz und Gerechtigkeit der öffentlichen Aufgabenerfüllung, um Demokratie und Transparenz, und letztendlich auch um eine zukunftsfähige Entwicklung Österreichs innerhalb der Europäischen Union. In den Beiträgen werden vor allem Aspekte betrachtet, die aus regionaler und lokaler Perspektive von großem Interesse sind: Finanzierung der Daseinsvorsorge, interkommunaler und interregionaler Wettbewerb, Finanzausgleich, Vereinheitlichung von Standards beispielsweise im Naturschutz und in den Bauordnungen als Gegenpole zur Zersplitterung von Kompetenzen.

Mit dem als Frage formulierten, zweideutigen Untertitel der Tagung wurde von den Organisatoren vorweg ein Zweifel zum Ausdruck gebracht, ob man im Zusammenhang mit dem Föderalismus in Österreich überhaupt von Revolution, Evolution, Reform oder Perspektiven sprechen könne – gleichzeitig wollten sie ihn aber als Plädoyer verstanden wissen, dass man darüber sprechen möge.

Vier Expert/innen aus Wissenschaft und Praxis sind der Einladung gefolgt, ihre Sicht auf den österreichischen Föderalismus und dessen Reformfähigkeit darzulegen, und auch – so schwierig das sein mag – Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen. Sie taten dies mit Kompetenz, Realismus und Optimismus: So finden sich bei allen Beiträgen neben einer profunden Situationsanalyse und theoretisch fundierten Vorschlägen zur Verbesserung des Föderalismus auch klei-

ne Kristallisationskörnchen (oder Hoffnungsschimmer?), die von ein wenig Bewegung in einer scheinbar festgefahrenen politischen Diskussion zeugen, und die Reformen zumindest in Ansätzen umsetzbar erscheinen lassen.

In gewohnter Weise wurden die Vortragsimpulse ergänzt durch eine/n Kommentator/in sowie eine anschließende Publikumsdiskussion.

Nach der Eröffnung durch Michael Getzner war der Programmablauf, dem auch die Reihung der anschließenden schriftlichen Beiträge entspricht, wie folgt:

- 1. Öffentliche Aufgabenerfüllung und Reformbedarf aus verfassungs- und verfahrensrechtlicher Sicht**
Univ.-Ass.in Dr.in Karin Hiltgartner, Fachbereich Rechtswissenschaften im Department für Raumplanung, TU Wien
- 2. Föderalismus und Demokratiereform**
Univ.-Prof. Dr. Heinrich Neisser, Universität Innsbruck, Zweiter Nationalratspräsident a.D.
- 3. Ökonomische Perspektiven: Neuer Föderalismus gesucht**
Hon.-Prof. Dkfm. Dr. Helfried Bauer, selbständig, ehem. Leiter des Zentrums für Verwaltungsforschung (KDZ)
- 4. Österreichs Föderalismus und der Finanzausgleich**
Dr. Anton Matzinger, Bundesministerium für Finanzen

Ein mittlerweile ebenfalls schon traditioneller Höhepunkt der IFIP-Jahrestagung war die Verleihung des Egon Matzner-Preises für Sozioökonomie. Der Preis ging in diesem Jahr an Laura de Carvalho und Armon Rezaï für ihre Arbeit über Einkommensverteilung und gesamtwirtschaftliche Nachfrage. Die Laudatio sowie eine Zusammenfassung des Vortrags von Preisträger Armon Rezaï bilden den Abschluss dieser Ausgabe des „Öffentlichen Sektors“.

Öffentliche Aufgabenerfüllung und Reformbedarf aus rechtlicher Sicht

Karin Hiltgartner

Transkription eines Vortrags, gehalten am 7. Mai 2015 im Rahmen der IFIP-Jahrestagung 2015.

In meinem Vortrag möchte ich zuerst mit den verfassungsrechtlichen Grundlagen beginnen, dann versuchen, revolutionäre oder evolutionäre, je nach ihrer Einschätzung, Anwendungsbeispiele zu bringen, und zwar habe ich mir ein paar Bereiche herausgesucht, einerseits zum Naturschutz, wo es sehr schöne Vergleichsmöglichkeiten im Bereich der Schutzkategorien bzw. der Strafbestimmungen gibt, andererseits beim Baurecht, wo ich gerne über die Definitionen der Nachbareigenschaften sprechen möchte, sowie über einige verfahrensrechtliche Bestimmungen. Da gab es einige Neuerungen, letztes Jahr hatten wir eine Verfahrensreform, wo es zu umfassenden Veränderungen kam und andererseits natürlich über die Raumordnung, wo ich ein paar Worte über die Widmungsarten und –kategorien sagen möchte und dann den Fokus legen möchte auf die Entschädigungsregelungen für Rückwidmungen. Diese sind einerseits relativ unbekannte Regelungen, andererseits haben sie natürlich auch finanztechnisch bekanntlich starke Folgen und teilweise auch Auswirkungen ins Privatrechtliche, die mir sehr bedeutungsvoll erscheinen. Um zum Thema der Tagung wieder zurückzukommen, präsentiere ich abschließend revolutionäre bzw. evolutionäre Perspektiven und dann, im Anschluss an meine Präsentation, freue ich mich auf eine spannende Diskussion.

Ich beginne daher mit dem Bundesverfassungsgesetz (BV-G). Art. 2 der österreichischen Bundesverfassung sagt, „Österreich ist ein Bundesstaat“, dann werden die Bundesstaaten beim Namen genannt und es wird darauf hingewiesen, dass sie selbstständige Länder sind und es wird weiter ausgeführt, dass eine Änderung im Bestand oder eine Einschränkung der Mitwirkung der Länder jedenfalls der Zustimmung der Länder bedarf und auch verfassungsgesetzliche Regelungen der Länder, hier bereits ein wichtiger Hinweis, unsere Länder haben auch eigene Verfassungen. Was kann man sonst zum Bundesverfassungsgesetz und zu Art. 2 sagen? Einerseits zur Bedeutung des Artikels 2, davor steht nur der Artikel 1, der besagt, dass Österreich eine demokratische Republik ist und ihr Recht vom Volk ausgeht, das heißt, wir haben hier bereits 2 der sogenannten verfassungsrechtlichen Grundprinzipien genannt, sie werden als leitende Grundsätze behandelt, als Säulen unserer Verfassung. Unter anderem sind das z.B. auch das republikanische Prinzip oder das rechtsstaatliche Prinzip

und diese sind jedenfalls unter einer erhöhten Bestandskraft, ich werde dann am Ende des Vortrags nochmal darauf zurückkommen. Was besagt nun das bundesstaatliche Prinzip genau bzw. was sind die Definitionselemente? Einerseits postuliert es, dass wir in Österreich eine Kompetenzverteilung haben, wir haben Gesetzgebungsbefugnisse der Länder, das heißt nicht nur Vollzugsbefugnisse, sondern auch eigene Landesgesetze, wir haben weiters eine Generalklausel zugunsten der Länder, das heißt im Zweifel sind bei uns die Länder für Kompetenzen zuständig und wir haben, wie gesagt, auch eine Verfassungsautonomie der Länder, wo die Länder z.B. ihre Landeswahlordnungen festlegen. Dies ist auch immer wieder in Diskussion, in manchen Bundesländern muss man nicht Hauptwohnsitz gemeldet sein, um wahlberechtigt zu sein, das ist z.B. etwas, das in einer Landesverfassung festgelegt ist. Wir haben aber auch die Mitwirkung der Länder an der Bundesgesetzgebung, im Rahmen des Bundesrates, auch beim Bundesrat immer wieder ein Diskussionspunkt, ob das System reformiert werden soll, und wir haben die Mitwirkung der Länder an der Bundesvollziehung, das heißt die Länder vollziehen einerseits selbst und andererseits auch im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung. Weiters besagt das bundesstaatliche Prinzip, dass Länder Kooperationen schließen dürfen und zwar einerseits untereinander oder mit dem Bundesstaat Österreich im Rahmen der sogenannten Art. 15a Verträge aber auch z.B. mit an Österreich angrenzenden Staaten oder deren Teilstaaten, also z.B. kann ein Bundesland mit Bayern einen Kooperationsvertrag auf völkerrechtlicher Ebene abschließen. Das Kernstück unseres bundesstaatlichen Prinzips ist die Kompetenzverteilung, wir haben im Prinzip 4 verschiedene Arten von Modellen, einerseits Bundessache Gesetzgebung und –vollziehung und dann schrittweise immer mehr Richtung Länder gehend Bundessache Gesetzgebung, Landessache Vollziehung bzw. Bundessache Grundsatzgesetzgebung, Landessache die Erlassung von Ausführungsgesetzen und daran anschließend Vollziehung bzw. die schon angesprochene Generalklausel im Art. 15, die besagt, dass soweit eine Angelegenheit nicht ausdrücklich in der Bundesverfassung dem Bund übertragen ist, sie im selbstständigen Wirkungsbereich der Länder verbleibt. Das heißt, prinzipiell sind die Kompetenzen bei den Ländern angesiedelt und sie können durch die Verfassung dem Bund zuerkannt werden. Aber wie gesagt, im Zweifel sind die Länder dafür zuständig. Ich fange hier gleich mit der ersten Landes-

kompetenz an, mit dem Naturschutz und Sie sehen hier einen groben Überblick, grob, weil die Definitionen Landessache sind und damit ist der Vergleich relativ herausfordernd, aber hier ein Überblick über die Schutzkategorien in den Naturschutzgesetzen. Einerseits sieht man sehr schön, dass es unterschiedliche Schwerpunkte gibt, z.B. in Vorarlberg gibt es einen Schwerpunkt auf Alpin- und Gletscherregionen, da haben wir z.B. auch so wie in Tirol eine Genehmigungspflicht für Anlagen in Gletscherskigebieten. So eine Regelung haben wir in Wien z.B. nicht. Das ist sachlich in der Regel relativ gut nachvollziehbar, bei anderen Bereichen ist es meiner Ansicht nach nicht ganz so nachvollziehbar. Sie sehen z.B. bei den Schutzkategorien, dass es sehr viele Bereiche gibt, die in allen Bundesländern geschützt sind, wie z.B. die Naturdenkmäler oder örtliche Landschaftsschutzgebiete bzw. geschützte Landschaftsteile und dann gibt es wieder Bereiche, die nur in einigen Ländern geschützt sind, wie die Ruhegebiete, die nur in Tirol und teilweise in Salzburg als Schutzgebiet vorgesehen sind. Wenn man es sich näher anschaut, stößt man natürlich auf immer mehr Unterschiede, beispielhaft seien hier Motor-Cross-Anlagen genannt, die prinzipiell in allen Bundesländern bewilligungspflichtig sind, mit der Ausnahme der Steiermark. In der Steiermark sind sie, wie fast alle naturschutzrechtlichen Eingriffe nur anzeigepflichtig, das heißt, der Betreiber macht eine Anzeige an die Naturschutzbehörde und die Behörde kann innerhalb einer bestimmten Frist dann Auflagen erlassen, aber prinzipiell ist es nicht so, dass man auf eine Genehmigung warten muss, bevor man mit der Ausübung beginnen kann.

Was ich auch vergleichen wollte, waren die primären Strafbestimmungen. Primär heißt, das sind die im Gesetz erstgenannten Grundsatzstrafen, die sich erhöhen können, wenn wiederholt gegen das Naturschutzgesetz verstoßen wird. Und Sie sehen hier sehr unterschiedliche Beträge, in Oberösterreich ist es beispielweise „ein Schnäppchen“ gegen das Naturschutzgesetz zu verstoßen, in Wien wird das Ganze schon deutlich teurer. Das kann natürlich der Ausdruck der Bedeutung des Naturschutzes in den Ländern sein, worauf es sich tatsächlich gründet steht nicht in den Gesetzen, und kann daher so nicht immer nachvollzogen werden.

Dann wollte ich mir zum Baurecht ein paar Beispiele suchen und lade Sie daher zu einem Gedankenexperiment ein. Ich würde gerne einen Umgebungsvergleich machen, ich ersuche Sie, sich 4-5 Grundstücke vorzustellen und wir verlagern die jetzt in unseren Gedanken in alle verschiedenen neun Bundesländer. Jetzt nehmen wir an, ich möchte eine baurechtliche Genehmigung erwirken, ich möchte ein Haus errichten, Ihnen gehört das übernächste Grundstück. Wären Sie am Verwaltungsverfahren im baurechtlichen Verfahren beteiligt oder nicht? Sie bekommen die klassische juristische Antwort: „Es kommt darauf an“, weil wir natürlich 9 verschiedene Baugesetze haben und daher 9 verschiedene Definitionen von „Nachbarn“. Ich habe probiert sie hier zusammenzufassen, einerseits haben wir Bundesländer, die messbare Abstandsdefinitionen haben, da gibt es aber Unterschiede, wie diese Abstände gemessen werden, einerseits zur Liegenschaft oder zum geplanten Bau oder zum Bauplatz, je nachdem, ob der ausgenutzt wird oder nicht und Sie sehen, die Abstandsvorschriften sind natürlich auch sehr unterschiedlich, es fängt mit 15m an, von den Fronten des Baus,

in Wien haben wir dafür wieder Liegenschaften von max. 6m oder 20m dazwischen bzw. Salzburg eine sehr innovative Regelung, man klappt quasi die Fronten des Baus um, und die Länge die sich daraus ergibt, entscheidet über die Nachbareigenschaft. Andere Bundesländer haben das ein bisschen anders gelöst und ich habe Oberösterreich als überleitendes Beispiel herausgenommen. Sie sehen, in Oberösterreich haben wir zwei fixe Angaben und zusätzlich ein Definitionselement, nämlich die Wahrscheinlichkeit der Beeinträchtigung subjektiver Rechte. Sie wissen, subjektiv öffentliche Rechte sind die Rechte, die Nachbarn geltend machen können im baurechtlichen Verfahren und das ist eine Überleitung für mich deshalb, weil Kärnten, Vorarlberg und die Steiermark keine fixen Abstandsgrenzen in den Gesetzen vorgesehen haben, sondern mehr oder weniger gleich sagen, Nachbar ist der Eigentümer eines solchen Grundstückes, das im Einflussbereich des geplanten Baus liegt bzw. wer dadurch in seinen subjektiven Rechten verletzt werden kann. Wer entscheidet das dann schlussendlich? Die Vollzugsbehörde. In diesen Fällen gibt es keine genaue gesetzliche Definition, sondern einen erhöhten Ermessensspielraum der Baubehörde. Ein anderes Beispiel aus dem Bauverfahren ist das der übergangenen Partei, also wenn wir bei unserem Gedankenexperiment bleiben, es wurde festgestellt, Sie sind NachbarIn und daher Partei im baurechtlichen Verfahren, es ist aber so, dass Sie irrtümlich entweder gar nicht geladen wurden, die Behörde hat Sie quasi übersehen, oder Sie wurden nicht ordnungsgemäß geladen. Nach dem allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetz haben Sie dann das Recht, verkürzt gesagt, sich in das Verfahren wieder hinein zu reklamieren, für die Geltendmachung dieser Rechte gelten aber die Fristen nach den Landesbauordnungen und die sind beträchtlich unterschiedlich. Im Burgenland empfehle ich allen, nur mehr kürzere Urlaube zu machen, wenn Sie dort ein Grundstück im Eigentum haben und die Gefahr besteht vielleicht übergangene Partei zu sein, da ist die Frist überhaupt nur 2 Wochen ab Baubeginn, in den anderen Bundesländern wird es dann ein bisschen länger, die längste Frist, die wir aktuell haben ist ein Jahr ab Baubeginn. Was ich kurz anmerken möchte: das ist quasi schon die harmonisierte Version, vor einigen Jahren sahen die Fristen noch deutlich anders aus. Da hatten wir z.B. in der Steiermark lediglich 8 Wochen ab Baubeginn, und in Niederösterreich überhaupt nur bis zur rechtskräftigen Entscheidung, das heißt, nachdem der Baubeginn hoffentlich nach rechtskräftiger Entscheidung liegt, konnten Sie, wenn mit dem Bau bereits begonnen wurde, was Sie als NachbarIn in der Regel doch mitbekommen, nichts mehr dagegen unternehmen. In Tirol hatten wir bis vor kurzem bis 2 Jahre ab Baubeginn und Kärnten 3 Jahre ab Rechtskraft des Bescheides. Also wir haben heutzutage schon eine relative Harmonisierung, auch wenn es auf den ersten Blick nicht danach aussieht.

Letztes Jahr hatten wir auch eine große Reform im Rahmen des Verwaltungsverfahrens, und zwar ging es prinzipiell darum, dass der administrative Instanzenzug als solcher abgeschafft wurde, das heißt in fast allen verwaltungsrechtlichen Bereichen sind jetzt in 2. Instanz unabhängige Gerichte zuständig, in der Regel die Landesverwaltungsgerichte. Eine Ausnahme davon besteht für den eigenen Wirkungsbereich der Gemeinde, allerdings wurde den Ländern freigestellt, freiwillig in dieses neue System hinein zu optieren, was einige Länder im Bereich des Baurechtes auch gemacht

haben., sodass nun auch per Landesgesetz im eigenen Wirkungsbereich der Gemeinde die jeweiligen Landesverwaltungsgerichte als zweite Instanz eingesetzt wurden. Überblicksmäßig haben die Länder Burgenland, Niederösterreich, Kärnten, Oberösterreich und Vorarlberg gesagt, nein danke, wir verbleiben im baurechtlichen Verfahren im alten System, das heißt der gemeindeeigene Instanzenzug bleibt bestehen. Das bedeutet, in den genannten Bundesländern haben wir nach wie vor den Instanzenzug vom Bürgermeister an den Gemeinderat oder Gemeindevorstand, auch das je nach Bundesland bzw. in den Städten mit eigenem Statut vom Magistrat an den Stadtsenat. Die Bundesländer Tirol und Wien haben sich dazu entschlossen, das neue System zu übernehmen, das heißt wir haben keine zweite baurechtliche Instanz mehr, sondern es geht in Tirol entweder vom Bürgermeister oder Magistrat an das Landesverwaltungsgericht Tirol und in Wien vom Magistrat an das Wiener Landesverwaltungsgericht. Zwei Bundesländer haben sich nicht ganz entschlossen und haben sogenannte Mischsysteme, wie ich es bezeichnen würde, eingeführt. In der Steiermark ist es so, das prinzipiell das alte System bestehen bleibt, der Instanzenzug in den Gemeinden geht vom Bürgermeister an den Gemeinderat, eine Ausnahme bildet die Stadt Graz, wo der Instanzenzug an das Steiermärkische Landesverwaltungsgericht geht. Salzburg hat die innovativste Lösung gefunden, indem sie prinzipiell das neue System übernehmen, das heißt als 2. Instanz das Landesverwaltungsgericht Salzburg, hat aber den einzelnen Gemeinden freigestellt, per Gemeindeverordnung zu entscheiden, doch im alten System zu verbleiben. Das heißt, aktuell ist es in Salzburg so, dass wir in jeder Gemeinde einzeln überprüfen müssen, wer die zuständigen Baubehörden sind, Gemeinden können sich das selbst aussuchen, und die Gemeinden können auch wieder zurück wechseln. Wenn sie sich entscheiden, ins neue System überzuwechseln und nach einem oder zwei Jahren draufkommen, dass es doch nicht so zielführend ist, können sie jeweils mit Jahresbeginn auf das alte System zurückwechseln und umgekehrt. Diese Verwaltungsverfahrenreform hat einige Behörden im Baurecht abgeschafft, z.B. die Bauoberbehörde in Wien oder Innsbruck, damit ist es zu einer Vereinheitlichung gekommen, aber zumindest Salzburg hat es geschafft, diese Vereinheitlichung in Grenzen zu halten.

Wie Sie wissen, haben wir Raumplanungsgesetze, Raumordnungsgesetze, Gemeindeplanungsgesetze, in Wien ist die Raumordnung in der Bauordnung unter dem Kapitel Stadtplanung geregelt, das heißt die Definitionen sind sehr verschieden, ebenso sind die Definitionen der Widmungsarten sehr unterschiedlich. Also nicht nur bei den Sondergebieten, wo das vielleicht noch naheliegender wäre, aber auch bei Grün- oder Bauland gibt es durchwegs uneinheitliche Definitionsbereiche. Ich habe mir als Beispiel die Einkaufszentren herausgenommen, weil sie auch immer wieder in den Medien hervorgehoben werden. Da ist es so, dass z.B. im Burgenland bereits ab 500 m² Verkaufsfläche etwas als Einkaufszentrum im Sinne der Raumordnung qualifiziert ist, in Wien ab 2500 m². Dazwischen haben wir auch alle möglichen Grenzbereiche. Ein Beispiel, das ich persönlich sehr mag, sind die sogenannten Entschädigungen für Rückwidmungen, auch das ein raumordnungsrechtliches Thema, ein heikles Thema in vielerlei Hinsicht, auch rechtlich. Daher zuvor ein kurzer Überblick, was die Landesgesetze genauer darunter verste-

hen. Prinzipiell wird unter dem Schlagwort Rückwidmung verstanden, dass davor bebaubares Land zu entweder gar nicht bebaubarem wird oder in seiner Bebaubarkeit stark eingeschränktem Land zurückgewidmet wird und dass diese Rückwidmung nicht dadurch begründet ist, dass davor eine befristete Baulandwidmung bestand und auch nicht dadurch, dass die Rückwidmung jetzt durch aktuell auftretende Naturgefahren hervorgerufen wird. Also das Land ist prinzipiell weiter zur Bebauung geeignet, es wird nur anders gewidmet. Unter Entschädigung kann man im Sinne der Gesetze auch verschiedene Sachen verstehen, nämlich einerseits Entschädigung für die Kosten, die mir entstanden sind, weil ich Vertrauen auf meine Widmung gesetzt habe im Sinne des Vertrauensgrundsatzes. Ich habe z.B. Anliegerleistungen gezahlt, ich habe Baumaterialien eingekauft oder Ähnliches, andererseits heißt Entschädigung aber teilweise auch Entschädigung für den Wertverlust des Grundstücks und das sprechen wir natürlich von anderen Größenordnungen. Besonders interessant finde ich, dass diese Rückwidmungen in einigen Bundesländern auch Auswirkungen auf privatrechtliche Rechtsgeschäfte haben können. Sie wissen, Privatrecht ist prinzipiell eine Bundesmaterie, aber hier können landesgesetzliche Regelungen Auswirkungen darauf haben. Das Basismodell, das heißt den Kostenersatz für die Kosten der Baureifmachung, habe ich in den auf dieser Folie angeführten Bundesländern, und zwar in Niederösterreich, Kärnten, Salzburg, Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Burgenland gibt es jedenfalls eine Vergütung der Vermögensnachteile, die durch das Vertrauen auf die bestehende Widmung und daher die erfolgte Baureifmachung entstanden sind. Sie finden einige Bundesländer auf den Folien doppelt, weil viele dieses Basismodell haben und darüber aufbauend weitere Entschädigungsleistungen. Weitergehende Entschädigungen haben wir z.B. in Tirol und Vorarlberg, nämlich den Ersatz für die Minderung des Verkehrswertes. In Tirol ist es so, dass diese Entschädigung bereits zusteht, wenn die neue Widmung die Bebauung wesentlich einschränkt, in Vorarlberg gibt es weitere Voraussetzungen. Einerseits muss die Bebauung vollständig verhindert werden und andererseits formuliert das Vorarlberger Landesgesetz, dass das Interesse an der Beibehaltung der Widmung größer sein muss als das öffentliche Interesse an der Widmungsänderung. Was kann man sich darunter jetzt vorstellen? Das Gesetz nennt zum Glück Beispiele, weil sonst hätten wir wieder einen weiten Interpretationsspielraum, so nennt das Gesetz den Fall, wo ich ein unbebautes Grundstück habe und entweder nur mein Grundstück oder einige wenige Grundstücke werden rückgewidmet. Im Nahebereich dieses Grundstücks sind aber Grundstücke, die gleich geeignet sind und als Bauland verbleiben, das heißt, wenn Sie sich an unser Gedankenexperiment erinnern, das ist wieder ein Umgebungsvergleich. Ich schaue, wie die anderen Widmungen in der Nähe gehandhabt werden, vergleiche das und entscheide darüber, ob eine Entschädigung für diese Rückwidmung zu zahlen ist oder nicht. Auch einen Umgebungsvergleich gibt es in Oberösterreich und der Steiermark, wobei hier die Sachlage wieder anders ist. Das ist quasi, wie ich es nenne, eine Entschädigung für eine nicht erfolgte Widmung, das heißt keine Rückwidmung, sondern ich habe Grundstücke, die als Grünland gewidmet sind und im neuen Flächenwidmungsplan Grünland bleiben. Diese Grundstücke sind allerdings umgeben von

anderen Grundstücken, die jetzt neu als Bauland gewidmet werden. Also meine Nachbarn bekommen die Baulandwidmung, ich nicht. So sich dadurch ein Wertverlust meines Grundstückes ergibt, was doch relativ wahrscheinlich ist, dann steht mir hier eine Entschädigung zu. Alle Bundesländer sehen vor, allerdings mit unterschiedlichen Fristen, dass, wenn das Grundstück innerhalb einer bestimmten Dauer wieder bebaubar wird, diese Entschädigung zurückzuzahlen ist. Weitere Entschädigungsregelungen sind dann im Zusammenhang mit Privatrechten zu sehen und zwar in Niederösterreich, Salzburg und Kärnten. Dort ist eine Wertminderung zu entschädigen, wenn der Wert des Grundstückes durch die neue Widmung herabgesetzt wird und der vorherige Wert aber bei einem Erwerbsvorgang, also tatsächlich genannt sind Kauf, Tausch oder Erbteilungen, konkret zu Grunde gelegt worden ist. Wenn ich also einmal etwas für mein Grundstück eingetauscht habe, sei es jetzt durch einen Verkauf, oder, ein anderes Grundstück oder wenn es bei einer Erbaufteilung zu Grunde gelegt worden ist, dann habe ich nach Ansicht der genannten Landesgesetzgeber einen konkreten Vermögensverlust und diesen kann ich mir ersetzen lassen. In Salzburg, wenn die Widmung innerhalb von 10 Jahren nach diesem Erwerbsvorgang geändert wird und in Kärnten sogar innerhalb von 25 Jahren. Hier habe ich, wie gesagt, Fälle, bei denen es einen Zusammenhang zum Privatrecht gibt, aber noch keinen Eingriff ins Privatrecht. Es gibt aber auch Fälle, wo ich Konsequenzen von Rückwidmungen im Privatrecht habe, und zwar in Oberösterreich und in der Steiermark ist es so, dass wenn dort Grünland im Vertrauen auf seine Widmung veräußert wird, und das Grundstück innerhalb von 10 bzw. 15 Jahren doch bebaubar wird, der Verkäufer die Auflösung dieses Kaufvertrages verlangen kann und zwar wenn, wie ich zusammenfassend sagen würde, der neue Eigentümer diese Widmung nutzt, das heißt wenn er entweder das Grundstück als Bauland und daher in der Regel teurer weiterverkauft, oder wenn er selbst eine Baubewilligung erwirkt. Das Einzige, was der neue Eigentümer machen kann, ist dass er versucht, die Aufhebung des Vertrages durch die Zahlung des Differenzbetrages abzuwenden. Das heißt, er kann quasi rückwirkend den Baulandpreis zahlen, dann kann er das Grundstück behalten, ansonsten wird der privatrechtliche Vertrag rückwirkend aufgehoben. Wien hat eine völlig andere Lösung, in Wien gibt es keine klassischen Entschädigungszahlungen für Rückwidmungen. Was Sie in Wien machen können unter einer Latte von Voraussetzungen, wie Sie hier auf der Folie sehen, Sie haben die Möglichkeit der sogenannten Einlösung, das heißt, Sie können Ihr Grundstück an die Gemeinde Wien verkaufen, aber es gibt in Wien keine Möglichkeit, dass Sie EigentümerIn des Grundstückes bleiben und dafür eine Entschädigung für den Wertverlust bekommen. Wenn Sie den Wertverlust ersetzt haben wollen, müssen Sie das Grundstück an die Stadt weitergeben. Und wie gesagt, die Voraussetzungen dafür sind mannigfaltig. Zusammenfassend gesagt: Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Lösungen und zwar jetzt nicht nur auf das Ausmaß der Entschädigungen, das heißt auf die Höhe, sei es nur für die Baureifmachung oder für den Wertverlust des Grundstückes als solches, sondern eben auch diese Entschädigung für Nichtwidmung, wenn die Nachbargrundstücke gewidmet werden bzw. wenn das Grundstück verkauft oder getauscht oder einem Erbprozess zu Grunde gelegt wurde, sind schon sehr

unterschiedliche Lösungen und wie gesagt, der Eingriff in privatrechtliche Geschäfte ist meiner Ansicht nach durchwegs bedeutend.

Nun war die Idee, evolutionäre oder revolutionäre Perspektiven zu entwickeln, ich probiere mich an die Definitionen zu halten, also von ‚evolvere‘ entwickeln. Biologisch versteht man darunter die allmähliche Veränderung entweder durch natürliche Selektion, also eine unterschiedliche Überlebensrate durch veränderte Merkmale, also ‚survival of the fittest‘ nach Darwin bzw. auch der sogenannte Gen Drift, das heißt zufällige Veränderungen, Genmutationen. Ich möchte der Diskussion jetzt nicht zu stark vorgreifen, ich glaube schon, dass man einige dieser landesgesetzlichen Regelungen unter natürliche Selektion definieren könnte, dass man sagt, wo die räumlichen Gegebenheiten unterschiedlich sind brauchen wir natürlich unterschiedliche Regelungen, aber zumindest diese Salzburger Baubehördenregelung würde ich persönlich unter Gendrift einordnen und als eine sehr spontane Veränderung bezeichnen. Aber man kann natürlich auch revolutionäre Ideen weiterentwickeln, prinzipiell ist vom Völkerrecht die Revolution als rechtserzeugendes Verfahren legitimiert, also nicht ausgeschlossen. Nach der reinen Rechtslehre von Hans Kelsen wird sie definiert als „jede nicht gemäß den Bestimmungen der Verfassung erfolgte Änderung dieser Verfassung“, das kann und will ich natürlich hier nicht vorschlagen, das heißt, ich würde gern noch kurz anschauen, welche Möglichkeiten unsere Verfassung eigentlich so bietet. Einerseits haben wir ganz klassisch den Übergang einzelner Kompetenzen von den Ländern an den Bund bzw. auch in die andere Richtung; z.B. Tierschutz als Bundesgesetzgebungskompetenz, das war bis vor einigen Jahren noch Landeskompetenz. Aktuell wird beim Jugendschutz stark diskutiert, ist es wirklich gerechtfertigt, dass Jugendliche in Salzburg nur bis 22 Uhr auf der Straße sein dürfen und in Wien bis 1 Uhr nachts? Da könnte man eine bundeseinheitliche Regelung überlegen. Das heißt, prinzipiell können Kompetenzen wechseln und tun das auch immer wieder. Wie sieht das verfassungsrechtliche Prozedere dafür aus? Es braucht ein Verfassungsgesetz mit der sogenannten 2/3 Mehrheit im Nationalrat, das heißt die Hälfte der Abgeordneten muss mindestens anwesend sein, von dieser anwesenden Hälfte müssen mindestens 2/3 zustimmen und das gleiche Konsens- und Präsenzforum brauche ich auch im Bundesrat. Das wäre quasi die evolutionäre Perspektive, verfassungsrechtlich revolutionär könnte man natürlich auch überlegen, eine Änderung des bundesstaatlichen Prinzips. Es steht in unserer Verfassung, Österreich ist ein Bundesstaat, ob das immer so drinnen stehen muss sei dahingestellt. Die Verfassung sieht vor, dass sich auch die Grundprinzipien unserer Verfassung ändern können. Wenn ein Grundprinzip gravierend verändert wird, würde das prinzipiell einer Gesamtänderung der Verfassung gleichkommen und dazu müsste dann folgendes Verfahren eingehalten werden: Es würde wieder ein Verfassungsgesetz im Nationalrat mit einer 2/3 Mehrheit brauchen, die Zustimmung des Bundesrates mit 2/3 Mehrheit und zusätzlich müsste die Mehrheit der Abgeordneten aus mindestens 4 Bundesländern im Bundesrat zustimmen und weiters würde eine verpflichtende Volksabstimmung abgehalten werden müssen. Das heißt, alle zum Nationalrat wahlberechtigten Personen wären berechtigt sich an der Abstimmung zu beteiligen und wir als Volk könnten

sagen, ob wir diese Abschaffung des bundesstaatlichen Prinzips goutieren oder nicht. Die faktische Voraussetzung dafür ist natürlich der politische Wille. Das sei dahingestellt, ob dieser im Moment vorhanden ist. Dann war noch die Frage nach Reformbedarf, ich habe das eigenmächtig auf Reformationsbedarf ausgebettelt, wie gesagt, ich habe schon in der Einleitung darauf verwiesen, gestern hat der Chef einer Oppositionspartei an der Tür zur Landeshauptleutekonferenz, die er als „Kathedrale der Macht“ bezeichnet hat, seine Thesen nicht „angeschlagen“, sondern neumodisch mit Tixo angeklebt. Reformbedarf, ja selbstverständlich, wird auch immer wieder diskutiert, einerseits wie gesagt dieser relativ neue Vorschlag über die Begrenzung der Funktionsperiode

von Landeshauptleuten, einige sind tatsächlich schon sehr lange im Amt, jemand hat die Amtszeit des längstdienenden Landeshauptmanns verglichen mit zeitgleich über 4 Präsidenten der Vereinigten Staaten von Amerika. Eine Reform des Bundesrates war immer wieder in Diskussion, ebenso vielleicht eine Aufwertung der Landeshauptleutekonferenz, oder auch eine Aufwertung des Bundesrates, aber auch eine Abschaffung des Bundesrates, es wird alles Mögliche diskutiert, ob es wirklich eine Glaubensfrage ist wie bei der Reformation sei dahingestellt, eine Ideologiefrage ist es meiner Ansicht nach schon.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf eine spannende Diskussion.

Föderalismus und Demokratie

Heinrich Neisser

Transkription eines Vortrags, gehalten am 7. Mai 2015 im Rahmen der IFIP-Tagung 2015

Es ist interessant, das politische Umfeld des heutigen Themas zu beleuchten. Lassen Sie mich daher mit drei Episoden, die ich „3 Episoden des österreichischen Föderalismus“ unserer Tage nennen möchte, beginnen.

Episode Nr. 1: Eine seit langem in Österreich schwebende Diskussion über die Steuerhoheit der Länder wird jetzt wieder etwas aufgefrischt. Der Finanzminister hat die interessante Idee, die Schweizer Finanzministerin Widmer-Schlumpf zu einem Referat einzuladen. Sie war auch hier, ich komme nochmal auf ihre Ausführungen zurück. Die Überlegung, sich mit der Schweiz auseinanderzusetzen, ist interessant, sie hat allerdings in der österreichischen Verfassungsdiskussion noch nie stattgefunden. Also eine Maßnahme, die nicht sinnlos ist, aber die ohne das Ziel, wo man hinwill, im Föderalismus eigentlich nicht sehr erfolgversprechend ist.

Episode Nr. 2: Es gibt seit Jahren in Österreich eine kritische Diskussion und das Bemühungen, die Systeme des Dienstrechtes, des Besoldungsrechtes und des Pensionssystems der Bundesländer zu vereinheitlichen und zu harmonisieren, um eine vergleichbare Ausgangssituation in den neun Ländern herbeizuführen. Das ist ein ganz schwieriger Prozess, der Finanzminister dieser Republik erlaubt sich in einer öffentlichen Äußerung den Bürgermeister von Wien aufzufordern, dafür Sorge zu tragen, dass gewisse Privilegien, die im Wiener Pensionssystem enthalten sind und in den anderen nicht, jetzt beseitigt werden sollen. Die Reaktion des Wiener Bürgermeisters war eigentlich ohne Wiener Charme, indem er gesagt hat, es gehe den Finanzminister nichts an, er solle sich um seine Sachen kümmern.

Episode Nr. 3: Diese betrifft einen Fall, den Sie kennen: Wir kennen die Situation in Kärnten, Kärnten braucht Geld. Der Finanzminister ist gefordert, eine Rahmenvereinbarung mit dem Land abzuschließen, es kommt zu Verhandlungen, wo es um die Frage geht, dass der Bund – ich glaube es sind 340 Mio. €, die Gegenstand dieser Verhandlungen sind – gewisse Vorgaben macht. Der Finanzminister versucht, den Kärntnern eine Art Sparpolitikprogramm auf's Aug zu drücken, die Reaktion der Kärntner war sehr klar. Die zuständige Landesrätin hat gesagt, ich zitiere wörtlich: „Es gibt einen Föderalismus. Mit Zielvorgaben bin ich einverstanden, wie

diese erreicht werden, ist aber eine politische Entscheidung des Landes und ist ein Teil des Föderalismus.“

Ich erwähne diese 3 Episoden deshalb, weil sie alle charakteristisch sind in einer Diskussion, die in Österreich ja schon fast ritualhaften Charakter gewonnen hat, mit der Frage, welchen Sinn der Föderalismus in Österreich hat. Eine Diskussion, die eine Bandbreite hat, die auch immer in der Frage fokussiert, ob wir uns den Föderalismus überhaupt leisten können: Ist er zu teuer? Wären alle anderen Varianten und Alternativen, über das ist auch nie geredet worden, wirklich billiger? Brauchen wir neun gesetzgebende Landtage? Können wir nicht einen Generallandtag für alle Länder einsetzen? Können wir uns den Föderalismus leisten als ein Land, das die halbe Größe von Bayern hat, oder, wie es unlängst jemand gesagt hat, das eine Bevölkerungszahl hat, die in etwa einer mittleren chinesischen Großstadt entspricht? Das sind natürlich Fragen, die auch zu einer gewissen Emotionalisierung der Diskussion beitragen, die sie natürlich auch in eine irrationale Dimension hineintreiben. Das Urteil ist oft noch viel härter. Der frühere steirische Landeshauptmann-Stellvertreter Hirschmann hat von der Folkloredemokratie gesprochen, die wir uns nicht leisten können. Es gibt also auch Überlegungen, dieses System im Grundsätzlichen zu ändern. Ich möchte Ihnen hier nur etwas in Erinnerung rufen, was Ihnen wahrscheinlich gar nicht mehr bekannt ist. Als wir im Jahr 1996 ein Europawahlrecht brauchten. Wir haben erst eineinhalb Jahre nach unserem Beitritt unsere Abgeordneten des Europäischen Parlaments direkt gewählt und ein eigenes Europawahlgesetz beschlossen. Damals tauchte die Idee auf, Österreich anstelle der neun Wahlkreise oder eines einzigen Bundeswahlkreises in drei Wahlkreise einzuteilen, in einen Wahlkreis Ost, in einen Wahlkreis West und einen Wahlkreis Süd. Das war eine Diskussion, die eine Zeitlang gedauert hat, dann ist sie abgelehnt worden.

Auch dieses Beispiel scheint mir signifikant zu sein. Das ist eine ganz kurze Bestandsaufnahme einer Diskussion, die dieses Land seit Jahrzehnten beschäftigt und ich glaube, man kann die österreichische Föderalismusdiskussion nur verstehen, wenn man auch auf die historischen Entwicklungen zurückgreift. Sonst wäre sie für andere, wahrscheinlich für einen Schweizer Föderalisten nahezu unverständlich, und daher ein paar Bemerkungen zur geschichtlichen Dimension.



Der österreichische Föderalismus der Gegenwart ist eine Hypothek der historischen Entwicklung und zwar bis heute. Als man im Jahr 1920 diesen schönen Satz, den Sie ja auch hier zitiert haben, in Art. 2 beschlossen hat, dass Österreich ein Bundesstaat ist, war dies das Ergebnis eines politischen Kompromisses von politischen Lagern, die eine ganz unterschiedliche Meinung hatten. Die Sozialdemokratie hatte ein eindeutiges Priori für eine zentralistische Staatsform, die Christlich-Sozialen in den Bundesländern präferierten sehr deutlich den Bundesstaat. Und schon damals zeigte sich das österreichische Phänomen des Kompromisses, eines Kompromisses, der aber in meinen Augen Ausdruck eines hinkenden Föderalismus ist. Dieser damaligen Entwicklung verdanken wir, dass wir zwar ein Bundesstaat sind, aber dass alle wesentlichen Aufgabenkompetenzen auf der Bundesseite konzentriert sind, in Form einer ausschließlichen Zuständigkeit, einer Grundsatzgesetzgebung usw. Das zweite Defizit des Bundesstaates ist die Rolle der Länder in der Mitwirkung in der Bundeslegislative, jeder Bundesstaat hat eine zweite Kammer, wir haben sie auch. Der frühere Justizminister Broda war es, der immer gesagt hat: „Der Jammer mit der zweiten Kammer“. Der besteht bis heute. Man hat damals eine Institution geschaffen, von der man von Anfang an gar nicht wollte, dass sie überhaupt wirksam wird. Sie müssen auch wissen, dass der 1. Vorsitzende des Bundesrates bei der konstituierenden Sitzung im Jahr 1920, es war der Wiener Bürgermeister Jakob Reumann, seine Rede mit den Worten begonnen hat: „Meine Damen und Herren, es ist sehr schön, dass wir uns heute hier als Bundesrat versammeln. Ich möchte Sie aber auch an unsere Grundaufgabe erinnern, die darin besteht, dass Sie die Tätigkeiten der Nationalversammlung nicht behindern.“ Das Nichtbehindern der 1. Kammer durch die 2. Kammer war sozusagen das erklärte Ziel. Daran schloss sich eine Entwicklung, die eigentlich nie geeignet war, dem Föderalismus wirklich eine Substanz zu geben. Man hat interessanterweise im Jahr 1929 den verfassungsrechtlichen Versuch unternommen, einen Länder- und Ständerat an dessen Stelle zu setzen. Der Begriff allein signalisiert das schon. Der Ständerat war in verschiedensten Fassungen Ausdruck eines gewissen Antiparlamentarismus. Der ist nie in Wirklichkeit getreten, sondern ist im Jahr 1945 in die frühere Verfassung wieder zurückgekehrt, aber es war in der ersten Republik und auch in der Zeit zwischen 1934 und 1938 keine politische Chance und Möglichkeit einen Föderalismus zu etablieren. Und das war nach dem zweiten Weltkrieg auch so. Obzwar, und das ist für mich ein gewisses Paradoxon, die Länder bei beiden Phasen 1918 und 1945 an der Entstehung und Gestaltung des neuen Staates eine substanzielle Mitwirkung hatten. Im Jahr 1918 haben die Bundesländer, die früheren im Reichsrat vertretenen Königreiche und Länder, eine Beitrittserklärung zum Bundesstaat abgegeben. Sie sind also sozusagen eine Mitkonstituante gewesen. Und nach dem zweiten Weltkrieg waren die großen Länderkonferenzen im September/Oktober in Linz und in Salzburg zwei ganz wesentliche Ereignisse dafür, dass dann am Ende dieses Jahres eine gesamtösterreichische Republik entstand und anerkannt worden ist. Aber trotzdem hat sich auch die 2. Republik, die ja jahrelang unter dem Trauma einer reduzierten Souveränität zumindest bis 1955 gestanden ist, nicht entschließen können, aus dem Föderalismus etwas zu machen. Im Gegenteil, es sind die föderalen Strukturen so verkrustet geworden,

sodass sie bis heute eigentlich noch immer existieren. Man muss, glaube ich, den kritischen Stimmen schon Recht geben und Verständnis haben. Es gibt im Bereich der Bundespolitik wahrscheinlich viele, die den Föderalismus gar nicht wollen und im Bereich der Länder gibt es sehr viele, die im Föderalismus nur mehr einen Selbstbedienungsladen sehen. Der Föderalismus ist zum Egoismus geworden. Und das ist die psychologische Ausgangslage, das muss man sehen, wenn man die Ereignisse von gestern und heute und in den nächsten Tagen, soweit sie den Finanzausgleich betreffen, sehen wird. Und dazu kommt noch eines, auf das komme ich nochmal zu sprechen, dass man den Augenblick einer großen Veränderung versäumt hat, das ist der Beitritt zur Europäischen Union gewesen. Es gab in dieser langen Geschichte der 2. Republik in Bezug auf den Föderalismus einen Augenblick, wo man etwas aufhorchen konnte. Der Name Perchtoldsdorf sagt Ihnen sicher etwas, das ist ein Vorort von Wien, mit guten Heurigen, er hatte aber im Föderalismus auch eine gewisse Bedeutung, als im Jahr 1992 ein Perchtoldsdorfer Abkommen abgeschlossen wurde, das meines Erachtens erstmalig und auch im substantiellen Bereich eine neue Strukturreform und eine Modernisierung des Föderalismus herbeiführen musste, mit einer neuen Kompetenzänderung. Die Landesverwaltungsgerichte, die jetzt Wirklichkeit geworden sind, sind dort auch schon vorgesehen gewesen, es war ein umfassendes Konzept und zwar in Hinblick auf 1992, knapp vor der Beitrittsverhandlungsphase in Brüssel. Im Jahr 1992 hat man sich dazu entschlossen, das war ein ganz großer Pakt, den der damalige Bundeskanzler Vranitzky sehr hervorgehoben hat, und ich glaube mit Recht. Und dann kam eine Entwicklung, die auch charakteristisch ist. Am 1. Jänner 1995 sind wir zur EU beigetreten. Wir haben uns Zeit gelassen mit der verfassungsrechtlichen Adaption, die ist dann erst im November/Dezember 1994 beschlossen worden, noch dazu in einer Zeit, wo ÖVP und SPÖ keine absolute Mehrheit mehr hatten, sodass sie auf die Zustimmung der Opposition angewiesen waren. Herausgekommen ist dann ein Begleit Anpassungs- oder Begleitverfassungsgesetz, das zwar gewisse Adaptionen vorsieht, die für die EU-Mitgliedschaft wichtig waren, aber die genau die grundsätzlichen Fragen, die in unserer Reform vorgesehen waren, überhaupt nicht behandelt hat. Die Länder haben damals geschmollt, waren zum Teil beleidigt, aber der große Beitritt, und Sie erinnern sich noch an die großen Inszenierungen des Jahres 1994 zur Europäischen Union, hat das dann alles wieder weggeschoben und wir leben eigentlich mit dieser provisorischen Situation und auch mit dieser Gegensätzlichkeit, die in diesem Thema drinnen liegt, weiter.

Ich möchte nur kurz schwerpunktartig die Problemzonen des österreichischen Föderalismus und der Föderalismusdiskussion darlegen. Es ist zum einen das Problem der Aufgabenteilung. Es ist zum zweiten die Frage der politischen Repräsentanz der Länder in einem Bundesstaat, damit komme ich zwangsläufig zum Problem des Bundesrates. Es ist zum dritten die Frage der verbundenen Finanzwirtschaft, der finanziellen Beziehungen, das ist ein Thema, wo ich nur ein paar Anmerkungen machen möchte, da sitzen Kompetentere hier, die auch heute noch zu Wort kommen werden und das letzte, und das ist auch Teil meiner persönlichen Überzeugung, die europäische Chance, dem österreichischen Föderalismus wieder einen neuen Impuls oder neue Impulse zu geben. Erlauben Sie mir, dass ich auf diese vier Bereiche ganz

kurz eingehe. Ich habe Ihnen schon gesagt, die Aufgabenverteilung, das ist auch in den Ausführungen der Kollegin Hiltgartner sehr deutlich geworden, ist eine historische Hypothek. Die Zentralisierung schritt nach dem Jahr 1920 weiter, im Jahr 1925 hat man die Sicherheitsverwaltung zentralisiert. Die Länder sind in der 2. Republik relativ spät wach geworden, Anfang der 70er-Jahre haben sie erstmals versucht, in den sogenannten Forderungsprogrammen der Bundesländer unter anderem auch Kataloge aufzustellen, was sich quasi im Kompetenzbereich ändern sollte. Da taucht dann auch bald der Begriff der Steuerhoheit der Länder auf, das man damals allerdings nicht ernst genommen hat. Ich habe auch gewisse politische Erfahrungen zu diesem Gebiet, ich kann nur sagen, was die Motive waren. Für mich war eine der köstlichsten Diskussionen in diesem Land die Mitte der 80er-Jahre beginnende Forderung der Verländerung des Denkmalschutzes. Es gab in diesen Forderungsprogrammen der Bundesländer die Vorstellung, den Denkmalschutz zu verländern. Ich habe das rational nie verstanden, denn der Bund hat die großen Denkmalschutzaktivitäten der Klöster, der Stifte und der Länder alle unterstützt. Und dann hat mir einmal ein Insider der Länder gesagt, die Ursache, warum diese Forderung aufgestellt wurde, war, ich nenne das Bundesland nicht, weil sich in einem westlichen Bundesland die Regierung mit den Landeskonservator nicht vertragen hat. Es war die persönliche Gegnerschaft, die letztlich in der Forderung einer Kompetenzänderung ihren Ausdruck gefunden hat. Diese Länderprogramme, Forderungsprogramme der Länder, haben eine gewisse Diskussion über den Föderalismus verleben, aber sie sind in ihren Bemühungen eigentlich bis heute erfolglos gewesen. Ich möchte nur im Anschluss an Frau Hiltgartner zwei Dinge sagen. Ich glaube, wir müssen uns hier auch in den Modellen modernisieren, in der Verteilung zwischen Kompetenzen. Wir denken noch immer im Jahr 1920, Gesetzgebung Bund, Vollziehung Länder, Grundsatzgesetzgebung, das hat nie funktioniert, weil der Bund in der Grundsatzgesetzgebung schon all das hineingeschrieben hat, was eigentlich auch in die Ausführungsgesetzgebung gehört hätte. Wir brauchen neue Modelle. In anderen Ländern werden sie diskutiert. Es geht um die Frage, ob es sinnvoll wäre, eine Grenzziehung zu machen zwischen Gemeinschaftsaufgaben, zwischen Rahmengesetzen, das Richtlinienmodell der Europäischen Union ist hier etwas durchaus Überlegenswertes, wo quasi das Ziel vorgegeben wird, aber die Methode und die Art der Umsetzung dem Mitgliedsstaat obliegt. Wir haben zwar seit dem Jahr 1974 die Möglichkeit, Art. 15a-Verbindungen abzuschließen, aber viel hat uns das nicht gebracht. Eine der bedeutendsten war vor Jahren der KRAZAF – Krankenanstalten-Zusammenarbeits-Fonds, von dem ist man dann aber wieder weggegangen. Diese B-VG-15a-Verbindungen sind zwar ein gewisser Ausdruck eines kooperativen Föderalismus, aber sie sind nicht wirklich das, was einem Bundesstaat eine neue Dynamik gibt. Ich möchte in diesem Zusammenhang bemerken, dass natürlich auch diese Aufgabenverteilungsfrage mit einer Vereinfachungsdiskussion verbunden ist. Auch die wird auf der politischen Ebene immer angekündigt, aber sie ist bis heute nicht geführt worden.

Lassen Sie mich das an einem Beispiel illustrieren, das Ihnen vielleicht sogar aus eigener Erfahrung bekannt ist. Es sind das Förderungswesen und der Förderungswildwuchs. Es ist

kein Zufall, dass die Zyniker in den Föderalismusdiskussionen immer vom „Förderalismus“ sprechen, es geht aber viel mehr um die Tatsache, dass wir heute in einem System leben, das durch die Förderung der öffentlichen Hand entscheidend bestimmt wird. Wir haben nicht nur 3 sondern 4 Ebenen: die Europäische Union, den Nationalstaat, die subnationale Ebene und das geht hinunter bis zur territorialen Ebene. Und das sind immerhin Beträge. Österreich gibt jährlich 19 Mrd. Euro für direkte Förderungen aus. Es gibt seit langen Untersuchungen von Wirtschaftsexperten des WIFO, die sagen, dass sich 3,5-5 Mrd. Euro jährlich sofort einsparen ließen, indem man Mehrfachförderungen reduziert, Ineffizienz beseitigt usw. Allerdings hat man bis heute eine Grundvoraussetzung dafür nicht zustande gebracht, nämlich die Information über diesen Wildwuchs und dieses vielschichtige System. Die Debatten über die Transparenzdatenbank in Österreich sind ein herrliches Beispiel dafür, wie man eigentlich die Voraussetzungen für solche Maßnahmen verhindert.

Lassen Sie mich jetzt noch zur zweiten Frage übergehen, zur Frage der regionalen Repräsentanz der föderalen Interessen in einem Bundesstaat. Eines muss ich sagen, und das ist meine ganz persönliche Meinung, ich bin gegen einen reinen Vollzugsföderalismus. Das kann man natürlich machen, man kann sagen, die Gesetzgebung, die Normsetzung erfolgt durch die zentralstaatliche Ebene, die Länder sind ein dezentralisiertes System des Vollzugs. Das ist für mich aber nicht Föderalismus, ich würde ein solches System nicht als föderal bezeichnen, sondern Föderalismus im Sinne eines Gestaltungsföderalismus verlangt schon, dass es zumindest Segmente gibt, in denen auch die Länder, die Teile des Zentralstaates, quasi eine Normsetzungsbefugnis haben und auch selbst ihre generellen Normen bestimmen können. Von dem ausgehend muss man sagen, braucht es natürlich eine Repräsentanz der Länder auch im Bundesgesetzgebungsverfahren, das geschieht durch den Bundesrat. Es gibt seit der ersten großen Publikation Ende der 60er-Jahre, wo alle ehemaligen Vorschläge über die Reform des Bundesrates veröffentlicht wurden, in einer Salzburger Publikation, wo all das drinnen stand, was Sie in Ihrer Frage vorhin angesprochen haben, Bundesrat aufwerten oder abschaffen, das ist immer die Alternative. Wie kann man aufwerten? Wie kann man ersetzen? Da gab es großartige Vorschläge, die Kollegin Hiltgartner hat davon gesprochen, einer der Vorschläge war, den Bundesrat durch die Landeshauptleuterkonferenz zu ersetzen. Das wäre die Realverfassung, das war einer der Vorschläge. Dann gab es auch den Vorschlag, dem deutschen Beispiel folgend, den Bundesrat zur Repräsentanz der Länderexekutive zu machen. Im deutschen Bundesrat sitzen die Ministerpräsidenten der Länder. Dann gab es die Vorschläge anstelle des Bundesrates und seiner Mitwirkung alle neun Landtage miteinzubeziehen, ein höchst kompliziertes Verfahren. Aber das ist alles durchdiskutiert worden. Ich bin der Meinung, zum Bundesstaat gehört, und das würde Österreich gut tun, in der föderalen Repräsentanz der Ausdruck der Gleichheit, das heißt jedes Bundesland hat gleich viele Vertreter. Die Zusammensetzung des Bundesrates wie wir sie heute haben ist der klassische Parteikompromiss des Jahres 1920, zwischen Wien und den kleinsten Ländern ein System, wo der Bevölkerungsproporz die Repräsentanz bestimmt. Wenn wir 2 oder 3 Bundesräte pro Bundesland hätten, würde das gehen. Und die zweite Sache, die ich glaube, die eine Bedeutung

hat, ist die, dass Bundesräte direkt gewählt werden sollen. Es wäre eine Chance, das direktdemokratische Element und auch die Repräsentation durch das Landesvolk verstärkt zur Geltung zu bringen. Beides ist diskutiert worden, der Bundesrat hat immer eine ganz andere Bedeutung gehabt, ich erinnere mich noch, in den 60er- und 70er-Jahren war der Bundesrat immer die Durchlaufstation für eine höhere Karriere im Nationalrat. Heute sitzen die Interessenten im Wartesaal und kommen nicht mehr hinauf. Also auch diese Funktion ist weitgehend verloren gegangen. Wobei es auch Modelle gibt, die dem Bundesrat eine echte Kontrollfunktion zusprechen, das könnte man alles machen, würde aber hier viel zu weit führen. Aber auch das wird eigentlich völlig tabuisiert. Denken Sie in der Diskussion der letzten 2 Wochen ist nicht einmal die Frage der Aufgabenverteilung thematisiert worden, geschweige denn die Repräsentanz der Länderinteressen, sondern es geht nur, und darauf komme ich jetzt zurück, um die Frage des Finanzausgleichs. Das ist die Stunde der Macht, wer also von dem Kuchen am meisten bekommt, ist der Gewinner. Wir haben ja nicht nur Lebenslügen, sondern wir haben auch Verfassungslügen. Und eine Verfassungslüge steht im Paragraph 2 des Finanzverfassungsgesetzes, wo es heißt: „Der Bund und die übrigen Gebietskörperschaften tragen, sofern die Gesetzgebung nichts anderes bestimmt, den Aufwand, der sich aus der Besorgung ihrer Aufgaben ergibt.“ Also dieses Prinzip Aufgaben- und Ausgabenverantwortung in einer Kombination, verstanden auch als einheitlicher Finanzausgleich, wird überall verkündet, nur es findet nicht statt. Irgendjemand hat vorhin den Diskussionsbeitrag geliefert, dass man die Verfassung ändern müsste. Das ist schon richtig, aber als gelernter Österreicher müssen Sie in einer Dichotomie zwischen Nominal- und Realverfassung leben. Und unser ganzes Leben, unser politisches Leben, unser öffentliches Leben, unser staatsrechtliches Leben ist bestimmt durch diesen Dualismus. Und es gibt einen Finanzausgleich, es gibt auch einen grauen Finanzausgleich, es gibt einen stillen Finanzausgleich, es überschaut ja niemand mehr, es weiß auch niemand mehr, was sich an Transferzahlungen in der gesamten Summe verschiebt. Wenn das so weiter geht, es geht um denselben Stil, allein auch die Reaktion der Länder in der Frage der Steuerhoheit. Ich kann mich erinnern, vor Jahren haben schon die Landeshauptleute gesagt, dass das nicht in Frage kommt, jetzt freunden sie sich damit an. Der burgenländische Landeshauptmann hat unlängst bei einer Veranstaltung erklärt, dass man sehen wird, was uns der Finanzminister vorlegt. Das ist auch eine eigenartige Einstellung. Es wäre doch schön, wenn ein paar Bundesländer, wenn es alle neun wären, wäre es großartig, dem Schelling sagen, bitte das sind unsere Vorstellungen, so verstehen wir ein System der Steuerhoheit. Das hat auch die Schweizer Finanzministerin sehr schön gesagt. Ich weiß nicht, ob Sie es gelesen haben - ich glaube, gestern war in der Presse ein Interview -, ich zitiere das deshalb, weil mich die Einfachheit der Worte und der Darstellung fasziniert haben, das finden Sie bei einem österreichischen Politiker wenig. Da hat der Presseinterviewer sie gefragt, laut ‚World Economic Forum‘ liegt die Schweiz bei der Steuerbelastung auf Platz 37 von 148 Ländern. Österreich liegt auf Platz 122. Warum ist die Schweiz so viel genügsamer? Und jetzt kommt die Antwort der charmanten nüchternen Schweizer Dame: „Wir haben ein Steuersystem, das sehr gut funktioniert. Wir haben direkte

Steuern über alle 3 Ebenen, Gemeinde, Kanton und Bund und wir haben auch die Aufgabenzuteilung anders als in anderen Ländern möglichst nahe bei den Bürgern. So sind etwa die Bildung und die Sicherheit kantonale geregelt. Dadurch haben wir einen Wettbewerb zwischen den Kantonen in Bezug auf ihr Leistungsangebot und die Steuern, die dafür notwendig sind. Und das führt dazu, dass sich alle bei den Kosten nach unten orientieren.“ Das war die Antwort auf die erste Frage, völlig klar und präzise formuliert. Das kann man als Grundlage nehmen, so wie es da steht für eine österreichische Diskussion, wenn sie wirklich Interesse hätten, einigermaßen an der Schweiz, von der man glaube ich viel lernen kann, auch in der Gesamtheit des politischen Systems, sich zu orientieren. Das spielt aber offensichtlich keine Rolle, die Anzeichen, wie sie sich jetzt abspielen gehen eigentlich in eine ganz andere Richtung.

Lassen Sie mich zum Schluss aber noch auf einen Punkt zu sprechen kommen, den ich für sehr wichtig halte und von dem ich mir auch für die Zukunft ganz wesentlich Impulse erwarte, das ist die europäische Entwicklung. Es dauert, aber es zeigt sich immer stärker, dass die regionalen Strukturen und die Bedeutung der Regionen innerhalb der Europäischen Union doch an Gewicht gewinnen. Ich meine damit nicht nur das Förderungsverteilungssystem der EU hinsichtlich der sozialen und wirtschaftlichen Kohäsion mit verschiedenen Fördereinheiten und Gebietseinheiten, sondern überhaupt ein regionales Grundverständnis. Das zeigt sich verschieden. Das zeigt sich, dass beispielsweise Institutionen wie der Ausschuss der Regionen zwar nicht die Bedeutung haben, die sie gerne wollen, aber dass Sie dort doch eine gewisse Lebendigkeit entdecken. Ich halte die transnationale Kooperation zwischen den Regionen für sehr wichtig. Und für Österreich als Bundesstaat ergibt sich zwangsläufig eine Identität zwischen dem Begriff der Region im Sinne der Europäischen Union und dem Begriff des Bundesstaates. Es ist ja kein Zufall, dass wir im Ausschuss der Regionen 12 Mitglieder haben, 9 aus den Ländern, 3 aus Städtebund und Gemeindebund, wobei, und das möchte ich auch noch hervorheben, das ist vielleicht heute noch nicht geschehen, dass der österreichische Föderalismus, und das gehört zu seinem Selbstverständnis und zur Selbstverständlichkeit, ein Drei-Ebenen-Föderalismus ist. Das war nicht immer so. Ich kann mich noch erinnern, in den 60er-Jahren, 70er-Jahren gab es eine Menge Diskussionen auch im Bundesparlament, wo gesagt wurde, Föderalismus ist Bund und Länder und nicht Gemeinden. In der Zwischenzeit ist diese 3-Ebenen-Struktur außer Streit gestellt, wir sind hier ein verfassungsrechtliches Vorbild. Es gibt keine andere europäische Verfassung, wo die Interessensvertretungen der Gemeinden, nämlich der Gemeindebund, und die der Städte, nämlich der österreichische Städtebund, sogar eine verfassungsrechtliche Verankerung haben. Also diese Struktur des Föderalismus wird natürlich auch bestimmend sein und sie findet in der EU auch eine immer stärkere Berücksichtigung, weil die sogenannte territoriale Ebene, die unterste Ebene, sich versucht immer stärker auch politisch zu artikulieren und zu kooperieren und es gibt eine Entwicklung, die glaube ich in Zukunft sehr bedeutend sein wird. Das ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen den Regionen der Mitgliedsstaaten. Wir haben in Österreich das viel zitierte, aber auch bemerkenswerte Vorbild der gemeinsamen Region Südtirol, Nordtirol und

Trient mit einer gemeinsamen Vertretung in Brüssel, mit einem gemeinsamen Landtag. Die Europäische Union hat jetzt in Form der EVTZ – Europäischer Verbund für territoriale Zusammenarbeit – eine eigene institutionelle Grundlage für diese grenzüberschreitende Zusammenarbeit geschaffen, so dass ich glaube, dass das Wirkungen hat. Ich war vor einem Jahr in Bozen bei einer Tagung, dort wurde deutlich, wie die Verbindungen eigentlich immer mehr zunehmen. Sie finden immer mehr institutionellen Niederschlag und das wird natürlich auch längerfristig von Bedeutung sein. Wir haben hier die Versuche. Im östlichen Teil von Österreich sind sie nicht ganz so erfolgreich, wir haben es ja mit dem pannonischen Raum versucht, mit den Tschechen ist es nicht immer leicht gewesen zu kooperieren, aber da ändern sich die Dinge und da kommen Dinge wirklich neu zustande. Ich glaube daher, dass diese Regionalismuskommunikation wichtig ist und jetzt bin ich eigentlich beim föderalistischen Reformproblem. Wir müssen auch in dieser Föderalismusdiskussion von dieser etwas hanebüchernen Form der Landtage wegkommen, sondern wir müssen versuchen, aus den Landtagen regionale Parlamente zu machen. Das bedeutet eine Änderung in einer mehrfachen Hinsicht, nicht nur Gesetzgeber, sondern vielmehr, und da finden Sie Beispiele aus anderen Ländern, dass diese Parlamente auch im Planungsprozess eine Bedeutung haben, dass sie Partner von einer wirtschaftlichen Planung, sozialer Kooperation usw. sind. Ich habe selber die Schwierigkeiten im Jahr 1988 erlebt, wo es eine Verfassungsnovelle in Österreich gegeben hat, wo man den Ländern für ihren Bereich die Möglichkeit eingeräumt hat, internationale Vereinbarungen abzuschließen. Bis dato durften die Niederösterreicher, Oberösterreicher, Tiroler alle keine Vereinbarung mit einer Nachbarregion abschließen. Seit damals gibt es das in der Verfassung. Eine ganz schwierige Geschichte ist das gewesen, ich kann mich noch an die Debatte erinnern, wie das gehen wird mit neun verschiedenen Außenpolitiken, aber es waren Ansätze da, die man weiterentwickeln kann. Also ich glaube, das wäre genau der Punkt, auf den man hinsteuern müsste.

Am Schluss möchte ich noch einmal einen Satz zur Methode dieser Diskussion sagen. Ich bin ja nicht eingeladen, um Ihnen einen Optimismus vorzutauschen, für den eigentlich kein Anlass besteht und wenn man jetzt sieht, wie die Diskussion des Finanzausgleichs wieder beginnt, genauso mit denselben Formen, kann man schon errechnen, was dabei herauskommen wird. Nur die Frage ist: Besteht überhaupt eine Chance, diesem Land ein neues föderalistisches Gesicht zu geben? Ich glaube, dass alle bisherigen Reformversuche schon allein vom Prozeduralen bestenfalls eine halbe Sache waren. Wir haben eine Vorliebe für Kommissionen und Ko-

mitees, es hat der Österreich-Konvent, der vor einigen Jahren existiert hat, hat eine Reihe von Vorschlägen gebracht. Damit lösen sie aber nicht die Föderalismusfrage. Der Impuls muss von oben kommen, nicht von unten. Und es gibt in Europa ein ganz gutes Beispiel, das ich gerne erwähne. Die Deutschen haben vor einigen Jahren eine Föderalismusreform durchgeführt, die doch einige Substanz hatte und die damit begann, dass sich Mitglieder der Bundesregierung mit den politischen Vertretern der Länder zusammengesetzt haben und in einem langfristigen Diskussionsprozess überhaupt einmal überlegt haben, was die Rahmenbedingungen sind, in denen eine solche Reform stattfinden kann. Das muss der Politiker mitdiskutieren. Da muss der Landeshauptmann selbst auch eine Meinung haben, nicht dauernd zu seinem Landesamtsdirektor hinüberschauen. Die Politisierung dieses Prozesses scheint mir das Wichtige zu sein. Was wird vom Bund heute erwartet? Es ist ja alles nur mehr Improvisation, nur mehr Krisenmanagement. Aber solange man nicht in der Lage ist, eine Zukunftsperspektive zu entwickeln, die auch einen Rahmen für eine Entwicklung gibt, kann das, und entschuldigen Sie, das ist jetzt sehr unwissenschaftlich formuliert, nichts werden. Und, Herr Kollege Getzner, ich komme nochmal auf das Motto dieser Tagung zurück, das R bei evolutionär haben Sie eingeklammert, aus guten Gründen, weil Österreich kein Land für Revolutionen ist. Bei Revolutionen fällt mir immer der berühmte Kaiser Ferdinand der Gütige ein, Ihnen wahrscheinlich auch. Als ihm sein Kammerdiener gemeldet hat, unten auf der Straße ist Revolution, hat er geantwortet: Dürfen sie denn das? Und das ist ein bisschen die österreichische Mentalität, darf man sich überhaupt gegen irgendetwas auflehnen? Wobei ich nicht zum Aufstand aufrufen möchte. Daher glaube ich, und deshalb habe ich aus dieser Tendenz auch den Vorschlag gemacht, dass man die Evolution natürlich fördern müsste, wie immer man sie definiert, ob man sie jetzt biologisch oder geisteswissenschaftlich definiert, man muss eine Orientierung haben, auf die man zugeht. Und dazu brauchen sie auch Leute, die immer, wenn sie vielleicht auch etwas anderes entscheiden für den Augenblick, diese Orientierung vor Augen haben. Und das ist das Bewusstsein, dass man vielleicht ein bisschen eine andere Dimension des österreichischen Föderalismus erzeugen kann, der dann eines Tages, wobei ich nicht weiß, wann dieser Tag sein wird, doch zu einer gewissen Wirkung führt. Denn ich glaube die Notwendigkeit ist für mich unbestritten. Der Föderalismus, so wie er heute existiert, ist kein Modernisierungskonzept, sondern eher ein Blockierungskonzept. Wir dürfen daher auch unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit dieser Anpassung gesellschaftlicher Entwicklungen diese Diskussion nie aus den Augen verlieren.

Ökonomische Perspektiven: Neuer Föderalismus gesucht

Helfried Bauer

Transkription eines Vortrags, gehalten am 7. Mai 2015 im Rahmen der IFIP-Jahrestagung 2015.

Effektiver Föderalismus gesucht - Ökonomische Perspektiven

Einleitend werden einige Charakteristika föderaler Systeme im Allgemeinen und in Österreich gezeigt. Sie bilden die Grundlage für die in diesem Beitrag erhobene Forderung nach einer substanziellen Weiterentwicklung des föderalen Systems, die v. a. an einer Verbesserung der Steuerung ansetzt. Damit wäre eine Alternative zu den bisher gescheiterten Ansätzen einer auf geänderte Kompetenzverteilung setzenden Reform geboten. Zu einer solchen Reform könnten zwei ökonomisch geprägte Modelle – jenes des „Wettbewerbsföderalismus“ und jenes der „Mehr-Ebenen-Steuerung“ - beitragen. Abschließend versuche ich, praxisnahe Elemente einer Föderalismusreform zu formulieren. Mir schwebt dafür nicht – wie in der wenig ambitioniert geführten Debatte hierzulande – das Schweizer Beispiel vor Augen, denn dazu sind unterschiedliche grundlegende demokratiepolitische Traditionen und Verfassungsgrundsätze in Österreich und der Schweiz gegeben. Vielmehr geht es um strategisches Ausrichten von Kooperation, um institutionelle Innovationen sowie um verbesserte vertikale und horizontale Koordination. Vorausgesetzt werden muss freilich, dass die Politik grundsätzlich an die Lösung des Problems herangehen möchte. Ein entsprechender Problemdruck wäre wohl bereits erreicht.

1 Zur Essenz föderaler Konzeptionen

Grundsätzlich bedeutet Föderalismus eine gegliederte Struktur politischer oder staatlicher Zusammenschlüsse, in der die einzelnen Gliedstaaten im Verhältnis zum Gesamtstaat über eine mehr oder weniger große Selbstverwaltung (Autonomie) verfügen.¹ Politikwissenschaftler sehen Föderalismus vor allem als Rahmen und Verfahren zur Verteilung von politischer Macht. Eine solche Staatsorganisation trägt nicht nur

¹ Vgl. auch Benz (2007b, S. 297): Föderalismus ist „ein Organisationsprinzip für ein politisches System, in dem die Herrschaftsgewalt nicht bei einem Zentralstaat konzentriert, sondern zwischen Ebenen aufgeteilt ist.“

zu Teilung von Macht und Verantwortung für die Aufgabenerledigung zwischen den staatlichen Ebenen bei, sondern auch zu mehr Bürgernähe und demokratischer Legitimation. Ebenso kann sie auch Bemühungen zur „Integration gespaltenen Gesellschaften“ (A. Benz) unterstützen. Dies erfolgt – wenigstens tendenziell – durch Ausgleich von territorial organisierten Interessen und/oder durch Berücksichtigen von regionalen lokalen Präferenzen.

Konkrete Formen föderaler Zusammenschlüsse können gedanklich an Hand von zwei unterschiedlichen Konzeptionen entwickelt werden, nämlich nach dem Verbundsystem oder nach dem Trennprinzip (siehe hierzu Spahn 2008):

- Der meist hierarchisch geprägte ‚*Verbundansatz*‘, ist durch Politik- und Verantwortungs-verflechtung zwischen den staatlichen Ebenen für die Schaffung möglichst einheitlicher Lebensbedingungen für alle gekennzeichnet. Hierfür bestehen „Verhandlungszwänge“ im Interesse des jeweils eigenen Zuständigkeitsbereichs und wegen der konkurrierenden Zuständigkeiten der teilautonomen Regierungsebenen;
- der ‚*Trenn-Ansatz*‘ setzt auf Zuweisung separierter Kompetenzen und Aufgaben (zwischen Bund und Gliedstaaten) sowie auf ausgeprägte Gewaltenteilung (zwischen Exekutive und Legislative) und tendenziell auf Gleichberechtigung der Akteure der einzelnen staatlichen Ebenen. Bei komplexen Problemen – so z.B. bei großflächigen Umweltbeeinträchtigungen oder bei demografischen Verschiebungen und ethnischen Spannungen – sind jedoch auch in diesem Konzept Verhandeln und Eingehen von Kompromissen erforderlich.

Zumeist findet man in der Praxis Elemente beider Konzeptionen in unterschiedlicher Ausprägung und Gewichtung. In Österreich weist das gegebene föderale System starke Züge des Verbundansatzes auf. Flächenmäßig große, föderal organisierte Bundesstaaten wie die USA oder Kanada, aber auch die Schweiz sind dagegen stärker als Österreich am Trennsystem ausgerichtet.

2 Charakteristika des österreichischen föderalen Systems und einige empirische Fakten

Häufig wird der österreichische Föderalismus in seiner Real-

verfassung als Mischung aus Vollzugsföderalismus² und Verhandlungs- oder Verbundföderalismus³ bezeichnet. Dabei wird meist nur das Verhältnis zwischen Bund und den Ländern als Gliedstaaten verstanden, wengleich spätestens seit der Gemeindeverfassungsnovelle 1962 auch den Gemeinden (begrenzte) Autonomie und Finanzverantwortung zugestanden worden sind. Das System weist zudem einen vergleichsweise hohen Grad der Zentralisierung in Gesetzgebung und Aufgabenfinanzierung auf, wobei für die kostspieligen Aufgaben – wie Gesundheitswesen, Wirtschaftsförderung, Bildung – im Sinn des „Verbundansatzes“ gemischte Trägerschaften, Parallelverwaltungen und teils Ko-Finanzierungen (ohne entsprechende Mitwirkungsrechte) üblich sind.

Politikwissenschaftler sehen den österreichischen Föderalismus meist ambivalent: Pelinka (2007, S. 125) stellt fest, dass den Ländern zwar nur geringe Kompetenzen zugesprochen wurden, dass jedoch ihre politische Bedeutung zur Identifikation der Bevölkerung nicht zu unterschätzen wäre. Er weist auch auf das Überwiegen von Vetointeressen der Länder gegenüber Reform- und Innovationsinteressen hin (ebda, S. 119). Karlsrufer (2011, S.104) bezeichnet das föderale System als „ein Amalgam von zersplitterten Kompetenzen, Verflechtungen in Rechtsetzung und Rechtsumsetzung, von durch Netzwerkkontakte und Doppelloyalitäten überlagerte Formalzuständigkeiten“, womit die Steuerungsproblematik angesprochen wird. Neisser⁴ (2011, S. 35) gibt folgende pointierte Charakterisierung: „Das föderalistische System ist durch wenig Transparenz des ‚political bargaining‘ geprägt,

in dem die politischen Akteure ziemlich ungehemmt versuchen, ihre politischen Interessen durchzusetzen. Auf Seiten des Bundes hindern bornierte Positionen der Verantwortlichen einen Fortschritt. Auf Seiten der Länder erweisen sich Engstirnigkeit und Provinzialismus als Hemmschuh.“

Verwaltungsökonomisch gesehen bedeutet das System des österreichischen Föderalismus, dass begrenzte demokratiepolitische Vorteile wohl bestehen mögen, dass jedoch gravierende Steuerungsprobleme und Effizienzverluste wegen mangelnder Kooperationsbereitschaft und institutionellen Ausgrenzens des Gemeinsektors vorliegen. Weitere Defizite sind fehlende empirische Evidenzen und unzureichende Transparenz über Entwicklungshemmnisse und -chancen, nicht ausreichende Abstimmung von strategischen Zielen, welche zu ungünstigen Entscheidungen führen insbesondere in den Bereichen öffentlicher Aufgabenerfüllung, an der mehrere staatliche Ebenen (als Träger von Aufgaben und/oder als Financiers) beteiligt sind. Dazu sollen einige empirische Fakten präsentiert werden.

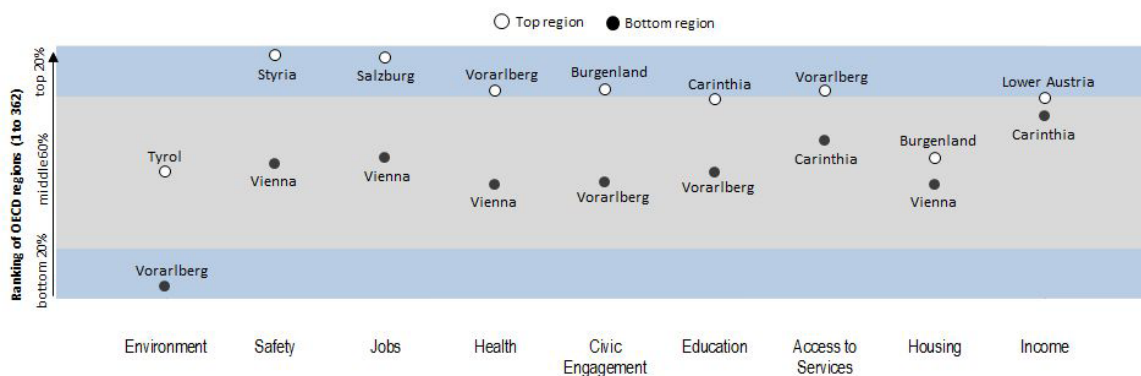
Empirisches Faktum 1 - unzureichende Transparenz und Vergleichsmöglichkeiten

Es bestehen vielfach unzureichende Informationslagen und Vergleichsmöglichkeiten hinsichtlich der gegebenen Infrastruktur in den Ländern und Gemeinden (Unter- und teilweise Überversorgung), mangelnde Transparenz bezüglich der Erfordernisse in der Standortkonkurrenz und Zurückbleiben der institutionellen Infrastruktur im Bereich der ‚Mehr-Ebenen-Steuerung‘. Es fehlen integrierte, d.h. mehrere Zieldimensionen umfassende Entwicklungsstrategien, die für das Realisieren vorrangiger gesellschaftlicher Wirkungen wie die EU-2020 Ziele und/oder sektoral ausgewogene Regionalpolitiken - nach Empfehlungen der OECD etwa - erforderlich wären.

In der Abbildung 1 werden bisher meist nicht bekannte Daten eines Vergleichs zwischen den Bundesländern⁵ über die neun wichtigsten Dimensionen von Wohlstand und Lebensqualität geboten, welche die OECD in den letzten Jahren gesammelt und aufbereitet hat. Die Länder mit der jeweils besten und der am wenigsten guten Performance werden

- 2 *Vollzugsföderalismus* bedeutet eine Form dezentraler staatlicher Aufgabenerfüllung, bei der die Länder und Statutarstädte ohne eigene Entscheidungsbefugnis auf Basis zentraler Vorgaben bestimmte Aufgaben erfüllen. Musterbeispiel ist die mittelbare Bundesverwaltung durch Länder und ihre Bezirkshauptmannschaften sowie die entsprechenden Verwaltungseinheiten der Statutarstädte.
- 3 *Verhandlungsföderalismus* betont das abgestimmte Vorgehen der einzelnen staatlichen Ebenen zur Aufgabenerfüllung von Bund und Gliedstaaten. Öhlinger (2004, S. 54; zitiert nach Wanke 2005) stellte fest, dass „sich der österreichische Föderalismus wegen der zahlreichen Verflechtungen überhaupt nur als ... Verbundföderalismus realisieren (lässt).“
- 4 H. Neisser war u.a. Abgeordneter zum Nationalrat der ÖVP von 1975 bis 1999; von 1987 bis 1989 auch Bundesminister für Föderalismus und Verwaltungsreform und konnte damit für seine politikwissenschaftliche Arbeiten Informationen aus erster Hand gewinnen.

5 Die Abbildung findet sich kommentiert im Beitrag von Alter/Bauer (2015, S. 56f.)



Quelle: OECD Regional Well-being Database, 2014 www.oecdregionalwellbeing.org.

Abb. 1. Relative Performance der Bundesländer in Österreich nach Dimensionen von Wohlstand und Lebensqualität im Jahr 2013

hier genannt und mit dem Durchschnitt der Gesamtheit der (Groß)Regionen der OECD-Staaten verglichen. Es zeigt sich, dass die jeweils besten Bundesländer bei fast allen Dimensionen (z.B. Land Steiermark bei der Dimension „Sicherheit“, Land Niederösterreich beim durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen) in der Gruppe der best-performenden Regionen des obersten Quintils liegen. Davon ausgenommen sind die Dimensionen der Wohnqualität (Housing; gemessen an der Zahl der Räume pro Person) sowie der Umweltqualität (Environment; gemessen am Ausmaß der Feinstaubpartikel in der Luft, dem die regionale Bevölkerung ausgesetzt ist). Die schlecht performenden Länder nehmen meist einen Rang im Mittelfeld der OECD-Regionen ein. Wenngleich die Unterschiede zwischen den Bundesländern nicht in allen Bereichen weit auseinander liegen, ist zu berücksichtigen, dass die Lage innerhalb der Regionen ebenfalls mehr oder weniger differenziert gegeben sein kann. Es liegt auf der Hand, dass solche Daten Anlass zu Überlegungen und Diskussionen über die hauptsächlichen Gründe für die gute oder weniger gute Performance bieten, ebenso wie für strategische Entscheidungen von Politik und Verwaltung über künftige Investitionsprioritäten, über Verbesserungsmaßnahmen oder etwa bezüglich des Lernens voneinander.

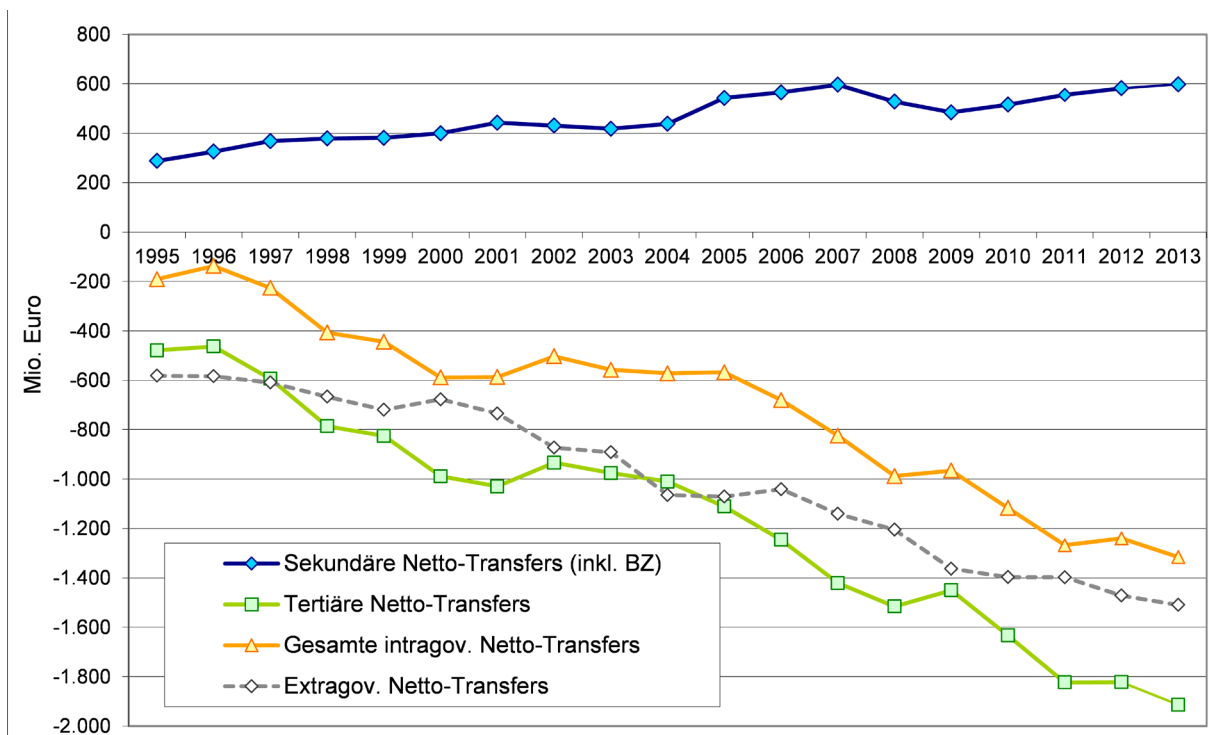
Empirisches Faktum 2 - Widersprüche zwischen Teilen des Finanzausgleichssystems

Ein weiterer Schwachpunkt in der föderalen Praxis ist das System des Finanzausgleichs. Die Abbildung 2 zeigt die Auswirkungen der fehlenden Abstimmung von Teilbereichen dieses Systems, nämlich der intragovernmentalen Transfers von und an Gemeinden (ohne Wien). Ersichtlich wird im

Zeitverlauf der Jahre von 1995 bis 2013 eine Stagnation der bundesgesetzlich geregelten sekundären (Netto-) Transfers⁶ sowie ein starker Anstieg der landesgesetzlich bzw. lediglich durch Regierungsbeschlüsse geregelten tertiären (Netto-) Transferzahlungen⁷ der Gemeinden an das jeweilige Land im Rahmen der Ko-Finanzierung von Landesaufgaben.⁸ Zusätzlich erfolgt hierbei eine spürbare horizontale Mittelumverteilung zwischen finanzkräftigeren und finanzschwächeren Gemeinden ohne auf die unterschiedlichen Lasten ausreichend Bedacht zu nehmen.

Für die Gemeinden entsteht in Summe ein vom Jahr 1995 bis 2013 stark steigender Mittelabfluss (von rund 200 Mio. auf über 1.200 Mio. €), der bei einigen Gemeindegruppen zur Gefährdung der Leistungsfähigkeit, also der Finanzierung der eigenen Aufgaben der Gemeinden beiträgt. Dieser Widerspruch zwischen bundesgesetzlichen FAG-Regelungen, die von allen drei staatlichen Ebenen paktiert wurden und den über die Jahre verschärften landesgesetzlich normierten Mittelentzügen von der Gemeindeebene wurde bisher finanzpolitisch zwar da oder dort beklagt, jedoch nicht als grundsätz-

- 6 Damit werden die im jeweiligen Finanzausgleichsgesetz des Bundes (FAG) geregelten Transferzahlungen von und an Gemeinden bezeichnet; sie umfassen diverse Zuschüsse des Bundes und der Länder an die Gemeinden sowie die Landesumlage, welche die Gemeinden an das jeweilige Land (ausgenommen Niederösterreich) zahlen müssen. de
- 7 Tertiäre Transferzahlungen (teils landesgesetzlich geregelt) sind jene Geldflüsse, die außerhalb des jeweiligen FAG zwischen verschiedenen Ländern und den jeweiligen Gemeinden stattfinden.
- 8 Es sind meist unterschiedliche Ko-Finanzierungserfordernisse pro Einwohner und verschiedene Kriterien für die konkrete Belastung der einzelnen Gemeinden gegeben; fallweise hebt ein Bundesland die eine oder andere Umlage auch nicht ein.



Quelle: J. Bröthaler et al. (2006, S. 105); eigene Darstellung (IFIP, TU Wien), 2015.

Abb. 2. Intragovernmentale Netto-Transfers der Gemeinden (ohne Wien), 1995 - 2013

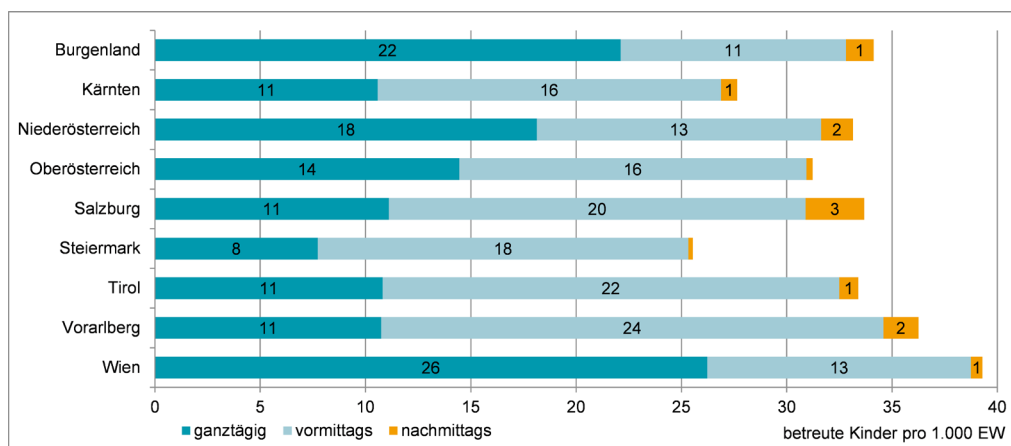
liches Problem in den föderalen Beziehungen anerkannt.

Empirisches Faktum 3 – unzureichende strategische Priorisierung im elementaren Bildungssystem

Anders gelagert ist die föderale Steuerungsproblematik bei der Betrachtung der Ergebnisse der politischen Entscheidungen und des Mitteleinsatzes im gegebenen System der Kinderbetreuung. Offensichtlich haben die im Rahmen der bildungspolitischen Debatte erkannten stark unterschiedlichen Leistungen und Wirkungen einiges zu wünschen übrig gelassen, sodass sich letztlich der Zentralstaat engagieren musste. Mit dem Versuch besser abgestimmter Wirkungs- und Leistungszielsetzung zwischen Bund und Ländern und durch zusätzliche Bundesmittel sollte die bisher stark landespolitisch geprägte unterschiedliche Performance im Bereich

der institutionellen Kinderbetreuung (d.h. große Betreuungslücken bei Kinderkrippen und Kindergärten in weiten Teilen der Republik) verbessert werden.

Das Ergebnis dieser seit dem Jahr 2007 einsetzenden veränderten gesamtstaatlichen Steuerung (vgl. Bauer/Mitterer 2014, S. 80 ff.) ist jedenfalls die schrittweise verbesserte Deckung von dringenden – regional teilweise unterschiedlichen - Nachholbedarfen durch Erhöhen der Zahl der Betreuungsplätze und der Betreuungsqualität. Allerdings bleibt bisher eine im Finanzausgleich ansetzende Neuregelung der laufenden Finanzierung der überwiegend von den Gemeinden getragenen zusätzlichen Einrichtungen und qualitativen Verbesserungen offen. Vielmehr begnügt man sich mit selektiv erhöhten Landeszuschüssen, die jedoch den – unterschiedlich - gestiegenen Finanzierungslasten der Gemeinden keineswegs entsprechen. Mit anderen Worten besteht zwar



Quelle: Mitterer/Haindl 2015, S. 48) (auf Basis Statistik Austria: Sonderauswertung Kindertagesheimstatistik 2013/2014)

Abb. 3. Zahl der halb- und ganztägig betreuten Kinder (pro 1.000 EW) nach Bundesländern, 2013/2014

ein beschränkter strategischer Konsens über den Leistungsausbau, dem jedoch keine adäquate aufgaben- und konkrete leistungsorientierte Finanzierung⁹ gegenübersteht.

Diese Bilder und Fakten zeigen **klare Steuerungsdefizite** im System des österreichischen Föderalismus. Diese sind in erster Linie

- unzureichende(r) Informationsaustausch, wenig öffentlich gebotene Transparenz über soziale Problemlagen, über infrastrukturelle Defizite (und teils auch Überversorgung);
- ungenügendes Entwickeln und Abstimmen von strategischen Zielen vor allem in Bereichen verflochtener Trägerschaft und/oder Finanzierung von ‚Gemeinschaftsaufgaben‘ wie z.B. Bildung, Gesundheit, öffentlicher Verkehr, Klimaschutz;
- ausbleibende grundsätzliche Reform des antiquierten Finanzausgleichsystems der Republik, wie ausgewogene Zielvorgaben und Bezüge zu wechselnden inhaltlichen

Prioritäten sowie von Effektivitäts- und Effizienzanreizen im Finanzausgleich, z.B. durch Internalisieren von Nutzen- und Lasten-spillovers auf den subnationalen Ebenen;

- ungenügendes Nutzen der Konzepte von wirkungsorientierter und standortbezogener Regionalpolitik, von Förderung (funktioneller) Stadtregionen, zentraler Orte und deren „Hinterland“;
- gesamtstaatliches Befassen mit den Problemen stark wachsender Regionen sowie von Regionen mit anhaltenden Abwanderungen durch gemeinsame Aktionen von Bund, Land und Gemeinden (vertikale und horizontale Kooperation).

3 Ökonomisch ausgerichtete Modelle einer Föderalismusreform

Hier sollen zwei ökonomische Modellvorstellungen angesprochen werden, die Anregungen für eine stärker prozessorientierte Föderalismusreform bieten könnten. Es sind dies

⁹ Gegenwärtig wird lediglich über eine mögliche begrenzte aufgabenorientierte Reform des FAG diskutiert, die durch eine von der Arbeiterkammer Wien beauftragten Studie des KDZ (Mitterer/Haindl 2015) alimentiert wird.

das Modell des fiskalischen Föderalismus, das auf dem oben erwähnten Trenn-Ansatz fußt und das verwaltungswirtschaftlich ausgerichtete Modell der *Mehr-Ebenen-Steuerung*.

Modell des fiskalischen Föderalismus

Die Vorschläge von Finanzwissenschaftlern orientieren sich überwiegend am Modell des Fiskalföderalismus. R. Frey (2005), einer der Schöpfer des Neuen Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen in der Schweiz (NFA), betont dies: „Zentraler Ausgangspunkt für die Reform des schweizerischen Finanzausgleichs bildet die ökonomische Theorie des fiskalischen Föderalismus“. Es geht dabei nicht nur um Effizienz, sondern auch um Wirkungsorientierung und um mehr Bürgernähe (vgl. Schaltegger/Weder 2011, S. 92). Hauptpunkte dieses Ansatzes sind:

- Verteilen von Kompetenzen und Trägerschaft von öffentlichen Aufgaben auf die staatlichen Ebenen tendenziell nach dem *Trenn-Ansatz*; im Interesse des Wettbewerbs gilt es, einen ausreichend *hohen Grad an Dezentralisierung* zu erreichen.
- Grundsätzlich ist das *Äquivalenzprinzip* maßgeblich, wonach effiziente politische Entscheidungen über die Quantität und die Qualität der bereitzustellenden Gemeinschaftsgüter auf jeder Ebene weitgehend die Übereinstimmung von NutzenempfängerInnen sowie der SteuerzahlerInnen voraussetzen. Ebenso ist das *Konnexitätsprinzip* zu beachten, wonach die politischen EntscheidungsträgerInnen nicht nur die Aufgaben und die daraus resultierenden Ausgaben, sondern auch die dafür notwendigen Einnahmen verantworten und steuern.
- Über die Verstärkung des Äquivalenz- und des Konnexitätsprinzips entstehen nicht nur *ein Steuerwettbewerb* hinsichtlich der Steuersätze und der Steuerobjekte, sondern auch *ein Systemwettbewerb zwischen den Regionen/Ländern/Städten* über die Versorgung mit Gemeinschaftsgütern sowie über angestrebte Wirkungen, wie Lebensqualität, sozialen Ausgleich und „wirtschaftsfreundliche“ Rahmenbedingungen. Dem Konzept zufolge würden Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen, die jeweils günstigste Nutzen-Kosten-Relation ausnützen, dafür auch Verlagerungen von Wohnsitzen und/oder Betriebsstandorten in Kauf nehmen.¹⁰

Zur Milderung eines scharfen und möglicherweise – zumindest tendenziell – ruinösen Steuerwettbewerbs wird aus ökonomischer, ebenso aus politikwissenschaftlicher Sicht das Modell eines „*Vergleichswettbewerbs*“ („*yardstick competition*“) vorgeschlagen. Nach diesem Konzept würden Vergleiche betreffend die qualitative und quantitative Versorgung mit Gemeinschaftsgütern sowie der Prozesse ihrer Bereitstellung angestellt und in Beziehung zur jeweiligen politischen Führung gebracht werden. Im Fall von mehrheitlicher Unzufriedenheit würde dies zur Abwahl von Regierungen führen. Bei Zufriedenheit wäre ein positiver Systemwettbewerb

über Ideen bzw. Vorschläge für wohlfahrtssteigernde Maßnahmen und deren Umsetzung zwischen Ländern/Regionen und auch Gemeinden denkbar. Der Vergleichswettbewerb könnte auch die „Verbreitung von Wissen in der Politik (begünstigen) und somit in einer dynamischen Perspektive zu Effizienzsteigerungen führen“ (Feld 2008, S. 48).

Wettbewerbsversagen wäre hierbei zwar nicht zu befürchten, jedoch würde der Wettbewerb – speziell in Österreich – praktisch nur sehr eingeschränkt funktionieren. Denn es bestehen vielfache Informationsdefizite (fehlende Vergleichsdaten) und angesichts starker Verflechtungen in der Trägerschaft und bei der Finanzierung öffentlicher Aufgaben mangelnde Zurechenbarkeit der politischen Verantwortlichkeit.

Es ist offensichtlich, dass dieses Modell mit der Annahme hoher Mobilität der Wirtschaftssubjekte, also einer Abstimmung mit den Füßen von zumindest Teilen der Wohnbevölkerung und/oder von Betrieben bei Steuer- und Gebührenerhöhungen (und einem Umzug in Gebietskörperschaften mit geringerer Steuerlasten), nur begrenzten praktischen Wert hat. Der Trenn-Ansatz im Fiskalföderalismus und im Konzept eines Systemwettbewerbs erscheint auch wegen der zunehmenden globalen Verflechtungen nur in engen Grenzen möglich.¹¹ Die auf Wettbewerb setzenden Modellvorstellungen bieten zudem für die Lösung der Steuerungsproblematik bei verbundener Aufgabenerfüllung sowie bei Querschnittsmaterien nur wenig Anreize, da explizit auf Wirken der „automatischen“ Regulierung des Vergleichs gesetzt wird.¹²

Modell der Mehr-Ebenen-Steuerung (multi-level-governance)

Mehr-Ebenen-Steuerung verweist auf die Differenzierung von organisierten Systemen in Ebenen, wobei besonders die „aus dieser Differenzierung resultierenden Interaktionsmuster und Koordinationsmechanismen“ (Benz 2007b, S. 297) betrachtet werden. Es geht darum, wie das Zusammenspiel von Strukturen und Prozessen in und zwischen den einzelnen Ebenen grundsätzlich und praktisch funktioniert. Scharpf (1985) hat bezogen auf Deutschland schon vor vielen Jahren die „Politikverflechtungsfalle“ thematisiert. Damit wird auf Entscheidungsblockaden verwiesen, wonach etwa bei Verteilungsproblemen Vetopositionen aus entgegengesetzten Interessen verfolgt werden. Solche Blockaden bewirken auch Unfähigkeit, „die institutionellen Bedingungen ihrer Entscheidungslogik – weder in Richtung auf mehr Integration noch in Richtung auf mehr Desintegration zu verändern“ (Scharpf; zit. nach Benz 2007b). Ob solche Blockaden jedoch zwangsläufig entstehen müssen ist theoretisch umstritten. Politikwissenschaftliche Forschungen¹³ und die Praxis zeigen, dass u.a. durch Wertewandel, aber auch durch neuere

10 Die beachtlichen Einnahmenkompetenzen der Schweizer Kantone führen zu einem gewissen Steuerwettbewerb. Während dies nach Meinung verschiedener Kritiker zumindest tendenziell eine zu niedrige Unternehmensbesteuerung und eine Unterversorgung mit öffentlichen Leistungen bewirken könnte, zeigen Schweizer Erfahrungen, dass „nichts darauf hindeutet, wonach der Steuerwettbewerb ruinös wäre und dem Staat die Mittel auszugehen drohen“ (Schaltegger/Weder 2011, S. 87f).

11 Dies zeigt sich übrigens auch im Fall des Verhältnisses zwischen Kantonen und deren Gemeinden in der Schweiz, wo vielfache aufgaben- und finanzierungsbezogene Verflechtungen die Regel sind. Es kann auch festgestellt werden, dass in den städtischen Kantonen mit einem höheren Anteil einkommensschwacher Gruppen als in den Umland-Kantonen, die Steuersätze zwar höher sind, die ärmeren Leute aber nicht abwandern (können).

12 Benz (2007, S. 55) argumentiert, dass im Wettbewerb „Koordination durch wechselseitige Anpassung (erfolgt), ohne dass die Akteure miteinander kommunizieren“.

13 Vgl. etwa die Arbeiten zum Neoinstitutionalismus (siehe Überblick bei Schimank 2007).

Steuerungsverfahren – in Österreich etwa durch die Art. 15 a Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern - schrittweise Veränderungen möglich sind.

Praktische Ansatzpunkte auf Basis des Modells der Mehr-Ebenen-Steuerung sind zunächst das Betrachten von Steuerungsdefiziten in einer ‚gap-analysis‘ mit Hinweisen auf mögliche Verfahren und Instrumente zu deren Überwindung

(Charbit 2011, S. 593).

Je nach Defizit auf den einzelnen staatlichen Ebenen sind verschiedene Maßnahmen, etwa bezüglich der eingesetzten Instrumente oder der herrschenden Organisationskulturen, ebenso das Einwirken auf vorrangige Werten/Haltungen der Akteure möglich. Institutionell abgestimmte und inhaltlich ausbalancierte Strategien begünstigen die Wirkung. Die in

Tab. 1. Beobachtbare Defizite im Bereich der Mehr-Ebenen-Steuerung

Information gap	Asymmetries of information (quantity, quality, type) between different stakeholders, either voluntary or not	=> Need for instruments for revealing & sharing information
Capacity gap	Insufficient scientific, technical, infrastructural capacity of local actors	=> Need for instruments to build local capacity
Funding gap	Unstable or insufficient revenues undermining effective implementation of responsibilities at sub-national level or for crossing policies	=> Need for shared financing mechanisms
Policy gap	Sectoral fragmentation across ministries and agencies	=> Need for mechanisms to create multidimensional/ systemic approaches at the sub national level, and to exercise political leadership and commitment.
Administrative gap	“Mismatch” between functional areas and administrative boundaries	=> Need for instruments for reaching “effective size”
Objective gap	Different rationalities creating obstacles for adopting convergent targets	=> Need for instruments to align objectives
Accountability gap	Difficulty to ensure the transparency of practices across the different constituencies	=> Need for institutional quality measurement => Need for instruments to strengthen the integrity framework at the local level => Need for enhancing citizen’s involvement

Quelle: Charbit 2011, S. 594

Österreich gern praktizierte finanzwirtschaftliche Steuerung der Bereitstellung von Kollektivgütern über Transfers sollte beispielsweise mit Qualitätsstandards, mit aufgabenorientierten Finanzierungskriterien im Finanzausgleich, mit der Evaluierung von Meilensteinen auf Entwicklungspfaden einer angestrebten Ausbaustrategie verknüpft werden.

Wenn man bedenkt, wie unterschiedlich die Regeln, Verfahren und Instrumente der budgetären Steuerung bei den österreichischen Gebietskörperschaften (Wirkungsziele, Abschätzungen von Wirkungsfolgen, mehrjährige Finanzplanung, Vermögensrechnung) sind, kann man die Vielfalt der Handlungsmöglichkeiten, den Innovations- und Lernbedarf für eine verbesserte Mehr-Ebenen-Steuerung auf allen staatlichen Ebenen ermessen. Ein anderer seit Jahrzehnten vernachlässigter Bereich betrifft das Einrichten von Planungsregionen, die auf die unterschiedliche Intensität funktionaler Verflechtungen zwischen Gemeinden, politischen Bezirken und auch von Teilen von Bundesländern Bedacht nehmen.¹⁴ Wobei für das Funktionieren solcher Kooperationen gesorgt werden muss – etwa im Weg gleichberechtigter Kooperation zwischen den politischen Akteuren sowie zwischen Politik, Verwaltung und Bürgerschaft.

¹⁴ Siehe hierzu ausführlich Biwald 2015.

4 Zusammenfassung - Ansatzpunkte einer prozessbetonten Föderalismusreform

Wachstum unter Berücksichtigung von Lebensqualität und Nachhaltigkeit, Sicherung eines attraktiven Staates aus europäischer Perspektive und/oder von wettbewerbsfähigen Stadtregionen sind heute gängige politische Schlagworte. Dafür sind dynamische und vergleichende Betrachtungen ebenso erforderlich wie institutionelle und verfahrensmäßige Innovationen. Eine prozessbetonte Föderalismusreform bildet eine international durchaus in Diskussion und in Realisierung begriffene Option. Deutschland, die Schweiz, Dänemark und die anderen skandinavischen Staaten, auch die Steiermark haben bereits einige substanzielle Schritte dazu gesetzt. Die bisher mehrfach angegangene Staatsreform in Österreich (Perchtoldsdorfer Paktum vor dem EU-Beitritt, Verfassungskonvent in den Jahren 2003 -2005, Finanzausgleichspakt 2007) hat bisher nur wenig Fortschritte gebracht. Dies hängt nicht zuletzt mit der jeweils verhandelten Agenda

und den politischen Rahmenbedingungen zusammen.

Klar ist, dass eine Föderalismusreform auch in Österreich erforderlich sein wird, um im internationalen Ranking¹⁵ nicht zurückzufallen. Allerdings sind viele VertreterInnen von Politik und Verwaltung, aber auch Sozialwissenschaftler skeptisch, ob sich die Politik hierzu aufrufen kann. In diesem Beitrag wird jedoch darauf verwiesen, dass das grundsätzliche Verständnis von Föderalismus, aber auch der jeweils verfolgte Ansatz für das Gelingen einer Föderalismusreform bedeutsam sein können. Für mein Grundverständnis greife ich gern auf die Definition von Friedrich aus dem Jahr 1968 zurück. Sie lautet: „We have federalism only if a set of political communities coexist and interact as autonomous entities, united in a common order with some autonomy of its own. No sovereign can exist in a federal order system; autonomy and sovereignty exclude each other in such a political order ... No one has the last word.“ (Friedrich 1968, S. 7). Die Betonung liegt dabei auf den beiden letzten Sätzen. Die OECD belegt in ihren „Governance Reviews“ und in den Berichten zu „Government at a Glance“ (siehe z.B. OECD 2013) mehrfach, dass sich unter den weltweiten Konkurrenzbedingungen zentralstaatliche Politiken oft als nicht ausreichend zur Bekämpfung der Krise und zum Erhalt der Konkurrenzfähigkeit der Staaten erweisen. Vielmehr suchen Regierungen zunehmend neue Wege – in der Wachstums- und Verteilungspolitik und auch in der föderalen Politik. Die Mehr-Ebenen-Steuerung wird im Vergleich zu Neuordnungen der Kompetenzen und der Aufgabenzuordnung (im Sinn etwa einer verstärkten Dezentralisierung) als überlegen und auch leichter realisierbar angesehen: „Achieving procedural improvements in multi-level governance is often considered as a good alternative to big decentralization changes“ (Charbit 2011, S. 599).

Es gilt also, einen neuen Föderalismuskompromiss zu entwickeln. Einige Elemente dieses Kompromisses wären:

- Die Föderalismus-Konzeption müsste zwischen den Vorstellungen von Wettbewerbsföderalismus, der von einem grundsätzlich differenten Ansatz, nämlich dem Trennmodell ausgeht, und dem in Österreich dominierenden Verbundmodell neu ausbalanciert werden. Allein aus ökonomischen Erwägungen, aber auch wenn mehr Effektivität und Bürgernähe erreicht werden sollen, kann das Verbundmodell nicht ohne Bereinigungen im Sinn des Trennmodells prolongiert werden. Denn im Verbundansatz werden die Verantwortlichkeiten auf den einzelnen Regierungsebenen für die Qualität der Ergebnisse und für die Höhe des Mitteleinsatzes und damit der Steuerbelastung für die Menschen und die Unternehmen verwischt.
- Ein Abbau des traditionellen hierarchischen Staatsauf-

baus (vertikale Machtverteilung) und einer hierarchisch geprägten Steuerung wäre notwendig. An deren Stelle böten Strategien von Mehr-Ebenen-Steuerung in dem einen oder anderen vorrangigen Bereich von ‚Gemeinschaftsaufgaben‘ gute Grundlagen für schrittweises Vorgehen. Dies könnte im Sinn der Lückenanalyse beispielsweise zuerst das politische Bearbeiten der Informationsdefizite („information gaps“) und der „capacity gaps“ bedeuten, womit auch evidenzbasierte Entscheidungsvorbereitung und –findung verstärkt und die Koordinierungsdefizite durch Schaffen etwa von funktionalen Stadtregionen besser bearbeitbar werden.

- Vorhandene Defizite in der Koordinierung der (Wirkungs)Ziele des öffentlichen Handelns, in der Finanzausstattung und damit verbunden im Infrastrukturausbau gilt es wenigstens zu verkleinern. Die hierfür unvermeidlichen bzw. unverzichtbaren politischen Kompromisse können beispielsweise auch regional differenzierte Wirkungsziele ergeben. Hinsichtlich der Finanzierung würde dies neben einem Ausbau der Einnahmenverantwortung der Länder¹⁶ auch gleichzeitig eine Orientierung der Verteilung der Mittel des (reduzierten) Steuerverbundes für Länder und Gemeinden an den unterschiedlichen Lasten und Nachholbedarfen verlangen. Dies bedeutet den Einbau von Elementen der aufgabenorientierten Verteilung der Einnahmen aus dem Steuerverbund im Finanzausgleichsgesetz des Bundes.
- Das öffentliche Handeln wäre – wenn die hierarchische Steuerung abgebaut und kooperatives Vorgehen gestärkt werden sollen - auf nachhaltige Problemlösung und Konsenssuche auszurichten. Unerlässlich hierbei scheint eine Aufwertung der „weichen“ Schlüsselfaktoren. Diese sind v.a. Bereitschaft zu empathischem, solidarischem und demokratischem Agieren der VertreterInnen des öffentlichen Sektors sowie vermehrtes Augenmerk auf Transparenz für alle Beteiligten und auf Einbeziehen auch der Opposition (Attali 2013, S. 65 f.).

„Notwendig ist“ – so ein Landespolitiker, nämlich Präsident Van Staa - „eine Verbesserung der Kooperation zwischen den Gemeinden, Bezirken und Bundesländern. Das gegenseitige Vertrauen ist dabei der wichtigste Teil der Kooperation.“¹⁷ Wie vertrauensbildende Strategien und Maßnahmen anschauen, weiß man zwar, doch muss man sie auch ergreifen.

Literatur

Alter, R.; Bauer, H.: Regionale Entwicklungspolitik im Kontext der Globalisierung. In: Bauer, H.; Biwald, P.; Pitlik, H. (Hrsg.): Standort Österreich und öffentliche Verwaltung. Wien 2015, S. 54-70

Attali, J.: Urgences francaises. Paris 2013

15 Im Bericht des World Economic Forum 2014-2015 nimmt Österreich im Gesamtranking Platz 21 ein, wofür neben anderen Faktoren die Institutionen maßgeblich sind. Dies wird im Bericht so definiert: „Competitiveness is defined as the set of institutions, policies, and factors that determine the level of productivity of a country... The institutional environment is determined by the legal and administrative framework within which individuals, firms, and governments interact to generate wealth. The importance of a sound and fair institutional environment has become all the more apparent during the recent economic and financial crisis... given the increasing role played by the state at the international level and for the economies of many countries“ (World Economic Forum 2015, S. 4)

16 „Den Landeshauptleuten wäre endlich klar zu machen, dass eine eigene Steuerhoheit ihre autonome Gestaltungskraft verbessert. Landesfürsten geben dann nicht mehr nur das Geld des Bundes aus, sie bedienen sich auch aus einem System der Eigenmittel“ (Neisser 2010, S. 90).

17 Kommentar von H. Van Staa in einem Bericht des Kongresses der Gemeinden und Regionen des Europarates (<http://www.eu-infothek.com/article/foederalismus-oesterreich-zu-viel-oder-zu-wenig>; nachgeschlagen 20.03.2013)

- Bauer, H.: Finanzausgleichsreform im Kontext zu entwickelnder föderaler Beziehungen. In: Blaas, W. et al. (Hrsg.): Perspektiven der staatlichen Aufgabenerfüllung. Wien 2014, S. 139-168
- Bauer, H.; Mitterer, K.: Der Kindergarten als öffentliche Institution. In: Koch, B. (Hrsg.): Handbuch Kindergartenleitung. Wien 2014, S. 79–114
- Benz, A.(a): Politischer Wettbewerb. In: Benz et al. (Hrsg.): Handbuch Governance. Wiesbaden 2007, S. 54-67
- Benz, A.(b): Multilevel Governance. In: Benz et al. (Hrsg.): Handbuch Governance. Wiesbaden 2007, S.297-310
- Biwald, P.: Zur Entwicklung der Stadtregionen in Österreich. In: Bauer, H.; Biwald, P.; Pitlik, H. (Hrsg.): Standort Österreich und öffentliche Verwaltung. Wien 2015, S. 107-124
- Bröthaler, J.; Bauer, H.; Schönback, W.: Österreichs Gemeinden im Netz der finanziellen Transfers: Steuerung, Förderung, Belastung. Wien-New York 2006
- Charbit, C.: Governance of public policies. In: Bauer, H.; Biwald, P.; Dearing, E. (Hrsg.): Gutes Regieren. Wien-Graz 2011, S. 580-599
- Feld, L. P.: Aufgabenverteilung und Finanzbeziehungen in einer bundesstaatlichen Ordnung. In: Bauer, H.; Pitlik, H.; Schratzenstaller, M. (Hrsg.): Reformen der vertikalen Aufgabenverteilung und Verwaltungsmodernisierung im Bundesstaat. Wien-Graz 2008, S. 36-55
- Frey, R. L.: Standortwettbewerb und Neuer Finanzausgleich. In: Frey, R.L. (Hrsg.): Föderalismus – zukunftstauglich?! Zürich 2005. S. 11-42
- Friedrich, C. J.: Trends of Federalism in Theory and Practice. New York-Washington-London 1968
- Karlhofer, F.: Finanzausgleich und Bundesstaatsreform. Akteure – Interessen – Handlungslogik. In: Biwald, P.; Bußjäger, P.; Pitlik, H.; Schratzenstaller, M. (Hrsg.): Koordinierung der Finanzpolitik im Bundesstaat. Wien-Graz 2011, S. 100–113
- Mitterer, K.; Haindl, A.: Modellentwürfe einer aufgabenorientierten Mittelverteilung für die vorschulische Kinderbetreuung. Manuskript, Wien 2015
- Neisser, H.: Perspektiven der österreichischen Bundesstaatsreform. In: Lütgenau, St. A. (Hrsg.): Die Zukunft des österreichischen Bundesstaates in Europa. Innsbruck 2011, S. 28–36
- Neisser, H.: Föderalismus in Österreich – Illusion und Wirklichkeit. In: Busek, E. (Hrsg.): Was haben wir falsch gemacht? Wien 2010, S. 85-94
- OECD: Regions at a glance. OECD Publishing, Paris 2013
- Pelinka, A.: Föderalismus für das 21. Jahrhundert – Perspektiven der Weiterentwicklung. In: Steger, F. M. (Hrsg.): Baustelle Bundesstaat. Wien 2007, S. 119–153
- Schaltegger, Ch.; Weder, M.: Finanzausgleichsreform in der Schweiz aus Prozesssicht. In: Biwald, P.; Bußjäger, P.; Pitlik, H.; Schratzenstaller, M. (Hrsg.): Koordinierung der Finanzpolitik im Bundesstaat. Wien-Graz 2011, S. 75–99
- Scharpf, F.: Die Politikverflechtungsfalle: Europäische Integration und deutscher Föderalismus im Vergleich. Politische Vierteljahresschrift 26, S. 323–356
- Schimank, U.: Neoinstitutionalismus. In: Benz et al. (Hrsg.): Handbuch Governance. Wiesbaden 2007, S. 161-175
- Spahn, P. B.: Contract federalism. In: Ahmad, E.; Brosio, G. (eds): Handbook of fiscal federalism. Cheltenham 2006, reprinted 2008, S. 182–197
- World Economic Forum (Hrsg.): The Global Competitiveness Report 2014-2015. Nachgeschlagen unter <http://www.weforum.org/reports/global-competitiveness-report-2014-2015>

Fiskalföderalismus und Finanzausgleich in Österreich

Anton Matzinger¹

1 GL MR MMag. Dr. Anton Matzinger ist stv. Leiter der Budgetsektion des BMF, Leiter der Gruppe Querschnitt dieser Sektion und der Abteilung Finanzverfassung und Finanzausgleich. Die dargestellte Meinung ist diejenige des Autors und nicht notwendigerweise die des BMF

Transkription eines Vortrags, gehalten am 7. Mai 2015 im Rahmen der IFIP-Tagung 2015

Einleitung

Ich habe als Thema den Fiskalföderalismus und den Finanzausgleich - und das ist natürlich ein weites Land. Ich habe mir überlegt, welche Regionen ich Ihnen dazu zeigen kann.

Eine Veranstaltung wie diese bietet Gelegenheit, ein bisschen zurückzudenken, eine Metaschau zu machen und grundsätzliche Überlegungen anzustellen. Ich werde daher nicht die Komplexitäten des Finanzausgleichsgesetzes erörtern und welches Instrument funktional ist und was man alles berechnen kann, sondern Systemüberlegungen und Systembedenken darstellen.

Hier sind mir im Wesentlichen drei Gebiete eingefallen, über die man zu diesem Thema und bei dieser Gelegenheit sprechen sollte. Das sind

- die Fiskalföderalismustheorie,
- die verfassungsrechtliche Basis unseres Systems des Fiskalföderalismus und Finanzausgleichs in Österreich, eine rechtliche Grundlage, die aber, und das ist heute schon angeklungen, zu ergänzen ist, gerade für Österreich, durch
- die politische Praxis, durch die Verfassungsrealität und warum diese so ist, wie sie ist.

Aus diesen Grundlagen heraus versuche ich ein System zu skizzieren, das in sich stabil ist, aber doch etliche der Schwächen, die wir heute schon adressiert haben und über die ich auch sprechen möchte, vermeiden sollte. Das ist eine Reformableitung.

Theorie des Föderalismus

Zur Fiskalföderalismustheorie: hier darf ich auf Wallace Oates verweisen, der in seinem berühmten Essay über Fiscal Federalism im Journal of Economic Literature¹ den Fiskalföderalismus definiert. Er setzt sich dazu mit den Funktionen und Instrumenten auseinander, die man zentralisieren oder dezentralisieren sollte. Da sind sehr grundlegende Aussagen enthalten. Jetzt müsste klarerweise folgen, was sagt die Fiskalföderalismustheorie im Einzelnen, welche Konzepte gibt

es. Und das kann ich mir nun sehr leicht machen, weil es aus der jüngsten Zeit eine zusammenfassende Präsentation von Prof. Getzner gibt², die auf der Homepage des Fiskalrates veröffentlicht ist und die diese Dinge wesentlich besser abdeckt als ich das jemals tun könnte. Ich empfehle allen die Homepage des Fiskalrates anzuklicken, das ist eine sehr interessante Darstellung.

Verfassungsrechtliche Grundlagen des Finanzausgleichs

Rahmenbedingungen

Ich selbst darf mich dann aber auf die anderen Punkte konzentrieren und beginne mit der verfassungsrechtlichen Ausgangsbasis. Von der haben wir heute schon vieles gehört, bereits auch mit dem ersten Vortrag. Ich kann mich daher darauf beschränken, das zusammenfassend nochmal hervorzuheben. Die wesentliche Rahmenbedingung und Ausgangsbedingung ist das bundesstaatliche Grundprinzip, das Österreich als Bundesstaat, als Föderalstaat, konstituiert. Für unser engeres Thema, den Fiskalföderalismus ist natürlich ganz zentral, dass in der Verfassung auch festgesetzt wird, dass das Haushaltswesen im selbständigen Wirkungsbereich der Länder bleibt.

Wie Sie sehen, erwähne ich an dieser Stelle noch nicht die Steuerhoheit, die Steuerautonomie, eigentlich ein ganz wesentliches Ding aus dem Steuerbewilligungsrecht der Stände, der Länder, würde man heute sagen. Davon sind ganz wichtige Impulse zur Entwicklung der Demokratie ausgegangen, aber in unserem Verfassungsrecht ist das sicher nicht das, was im zentralen Fokus steht.

Wichtig aber ist, dass wir ein 3-stufiges System des Föderalismus haben, hinausgehend über die klassische Beschränkung auf Bund und Länder, nämlich dass die Gemeinden aufgrund der Gemeindeautonomie Selbstverwaltung haben, ein eigenes Budgetrecht haben, aber auch eine Gemeindeaufsicht haben, die im Wesentlichen von den Ländern ausgeübt wird.

1 An Essay on Fiscal Federalism. Wallace E. Oates. Journal of Economic Literature, Vol. 37, No. 3. (Sep., 1999), pp. 1120-1149

2 Reformbedarf in Österreich aus der Perspektive der Föderalismustheorie, Michael Getzner, Technische Universität Wien; <http://www.fiskalrat.at/workshops/foederalismus-in-oesterreich.html>

Aufgabenverteilung

Bei der Aufgabenverteilung gibt es zwei ganz wichtige Bereiche: die hoheitliche Aufgabenverteilung und die privatrechtliche. In der hoheitlichen könnte man zusammenfassen, dass man im Prinzip weiß, welche Aufgaben wer hat. Die Gesetzgebung ist in Masse und in wichtigen Dingen beim Bund konzentriert, die Länder sind im Vollzug sehr stark. Auch heute ist schon das Wort Vollzugsföderalismus gefallen. Das Problem, das wir haben und das sich auch stark auf den Finanzausgleich auswirkt, ist, dass es sehr starke Verflechtungen in vielen Bereichen gibt, bekannt ist natürlich das Thema der Schule, das Thema der Gesundheit. Auch in der Umwelt ist das so, und dies führe ich hier jetzt als Positivbeispiel an, weil es natürlich Bereiche gibt, wo es sehr sinnvoll ist, wenn nicht eine Gebietskörperschaftsebene die Aufgabenerfüllung irgendeines „Wesens“ der Verfassung usurpiert, sondern das mit den anderen Gebietskörperschaften teilt, je nach logischen Funktionen.

Das war die hoheitliche Aufgabenverteilung. Privatrechtlich kann bei uns in Österreich prinzipiell jede Gebietskörperschaft die Aufgaben erfüllen, die sie will, vorausgesetzt, sie hat das Geld dafür. Da sind wir wieder beim Finanzausgleich.

Das Problem aus meiner Sicht ist diese so genannte Privatwirtschaftsverwaltung. Sie ist eine Quelle der Doppelgleisigkeiten und Ineffizienzen. Und hier ist es aufs Innigste zu wünschen, dass wir endlich zu einem Fortschritt kämen in einer klareren Aufgabenabgrenzung. Sie müsste ja durchaus nicht so strikt sein wie die hoheitliche Kompetenzverteilung, sollte aber doch einige Bereiche, in den diese Doppelgleisigkeiten besonders ausgeprägt sind, den Gebietskörperschaften zuweisen und klarer strukturieren.

Im engeren Bereich der Finanzverfassung haben wir eine ganz starke Zentralisierung der Kompetenzen beim Bund, und zwar nicht nur beim Bund, sondern sogar beim einfachen Bundesgesetzgeber. Eigentlich werden in Österreich die Aufgaben der Gebietskörperschaften, die Kompetenzen, durch Verfassungsgesetz und Verfassungsregelung zugeteilt, im Bereich der Finanzverfassung werden aber die zentralen und wichtigsten Aufgaben durch den einfachen Bundesgesetzgeber zugeteilt. Das ist ein Beispiel einer für einen Bundesstaat eigentlich einmaligen Zentralisierung. Die Finanzverfassung setzt den Rahmen, die Ausführung erfolgt dann durch das einfache Bundesgesetz, das Finanzausgleichsgesetz.

Gibt es Ziele des Finanzausgleichs?

Manchmal wird gesagt, gerade auch von Ökonomen, dass es in unserer Finanzverfassung an Zielsetzung mangelt. Das, glaube ich, ist so nicht der Fall, denn wir haben Zielvorgaben im Finanzverfassungsgesetz für den Finanzausgleich: die Lasten der öffentlichen Verwaltung sind zu berücksichtigen und abzudecken durch den Finanzausgleich und dabei die Leistungsfähigkeit der Gebietskörperschaften zu berücksichtigen. In dieser Zielsetzung liegt also eine Finanzbedarfs- und Finanzkraftanlehnung. Aber natürlich, das ist eine Formulierung, die aus dem Jahr 1948 stammt und hier möglicherweise in der Präzisierung überholt sein könnte und durch andere Zielsetzungen möglicherweise zu ersetzen ist. Derzeit stellt aber die Zielvorgabe der Finanzverfassung sehr klar auf eine

Angleichung der Lebensverhältnisse der Menschen in Österreich ab, wie es für Deutschland ja sogar explizit formuliert ist, bei uns eben indirekt in dieser Weise.

System der Finanzverfassung – Zusammenfassung

Die Finanzverfassung hat als wesentlichste Inhalte Regelungen zur Kostentragung, zur Abgabehoheit und zu den Transfers. Bei der Kostentragung haben wir die auch heute schon angesprochene Konnexität als Grundregel, als letzter Redner hat man immer den Vorteil, dass man schon aufbauen kann auf dem, was bisher gesagt wurde: Konnexität, also dass prinzipiell diejenige Gebietskörperschaft, die eine Aufgabe besorgt, auch die Kosten dafür zu tragen hat.

Bei der Abgabehoheit gibt es die bereits erwähnte Kompetenzkonzentration beim Bund, und interessanterweise kommt hier jetzt die Abgabenaunomie. Aber eigentlich ist das nur eine residuale Abgabenaunomie. Es zeigt sich, dass die Länder eine Abgabenaunomie haben, in Österreich war das lange bestritten in der Juristerei und hat sich erst durchgesetzt, weil man Bezug genommen hat auf einen Nebensatz des § 8 Abs. 3 des Finanzverfassungsgesetzes, wo es passiert praktisch gesagt wird, dass es auch Abgabengesetze der Länder geben kann. Das zeigt also auch die Wertigkeit, die dieser Abgabenaunomie bisher und auch im Design dieses Systems zugekommen ist. Es gibt in der Finanzverfassung auch vereinzelte Berechtigungen für die Gemeinden, die sich auf das Abgabewesen auswirken.

Dieses System der Abgabenzuweisungen bzw. Abgabenteilungen, das dann mit dem Finanzausgleichsgesetz effektiert wird, wird ergänzt durch Transfers, die auch schon in der Finanzverfassung vorgesehen werden, und die diese Regelung gewissermaßen zur Feinsteuerung der Konzeption abrunden sollen.

Finanzverfassung und Fiskalföderalismustheorie

Jetzt kann ich sehr gut Gebrauch machen von der Zusammenfassung der Fiskalföderalismustheorie, die Prof. Getzner vorgelegt hat: es ergibt sich ein Dreieck aus Konnexität, Kongruenz und fiskalischer Äquivalenz.

Fiskalische Äquivalenz bezieht sich darauf, dass die Bewohner eines Gebietes letzten Endes auch die Kosten ihrer Regierung zu tragen haben. Konnexität bedeutet, dass das, was an Aufgaben erledigt wird, auch von dieser Gebietskörperschaft bezahlt wird und die Kongruenz, dass die Bürger hier bei der Aufgabenbestimmung durch ihre gewählten Entscheidungsträger mitbestimmen. In sich ergibt das, wieder schön grafisch dargestellt, ein in sich geschlossenes System.

Wenn man das jetzt auf unsere Finanzverfassung überträgt, wird man wohl sagen: ja, zur Konnexität haben wir hier Aussagen, man könnte sich darüber unterhalten, wie das gesetzlich durchgeführt wird. Hinsichtlich der fiskalischen Äquivalenz gibt es in unserer Finanzverfassung eigentlich überhaupt keine Aussage. Das ist von der Konzeption her 1948 nicht vorgesehen worden. Bei der Kongruenz verweise

ich auf die Kompetenzverteilung: Ja, es gibt hier Regelungen über die Kongruenz, allerdings durch diese starken Verflechtungen und durch die Möglichkeit der Privatwirtschaftsverwaltung, alles zu tun, was man für politisch tagesaktuell hält, wird das sehr stark verschliffen.

Hier sind zentrale Schwächen unseres Systems, wie man durch den Vergleich dieser Regelungen der Finanzverfassung mit der Föderalismus- und der Zentralismus- und diesem geschlossenen System der effizienten föderalen Verantwortung erkennen kann. In der Finanzverfassung haben wir auch einen Gleichheitsgrundsatz, der schon ein bisschen als Zielsetzung von mir dargestellt worden ist, de facto läuft es darauf hinaus, dass der Bundesgesetzgeber - und in den Bereichen wo der Landesgesetzgeber Regelungen macht gibt es Ähnliches - seine Regelungen und seine vielen Kompetenzen in einer fairen Art und Weise ausüben muss und nicht einzelne Gebietskörperschaften oder überhaupt die anderen Gebietskörperschaften zu seinen eigenen Gunsten übervorteilen darf.

Politische Praxis des Finanzausgleichs

Finanzausgleichspaktum

Das führt uns dann auch schon ein bisschen in den nächsten Bereich hinein, nämlich in die Praxis des Finanzausgleichs und des Fiskalföderalismus. Denn aus diesem finanzverfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz können wir die Zusammenarbeit der Gebietskörperschaften im Bereich des Finanzausgleichs ableiten. Es hat sich daraus ein System der Finanzausgleichspartnerschaft entwickelt, wo der Bund, die Länder und die Gemeinden zusammenkommen und über Regelungen beraten und diese abstimmen und in der Regel, insbesondere wenn es sich um größere Dinge handelt, wie den Beginn einer neuen Finanzausgleichsperiode, wird das in einem sogenannten Paktum festgelegt und auch unterschrieben. Der Verfassungsgerichtshof sagt, wenn der gesetzlich geregelte Finanzausgleich diesem Paktum, dieser Vereinbarung, diesen Verhandlungen entspricht, dann vermutet er, dass dieser Finanzausgleich sachlich ist, dem Gleichheitsgrundsatz entspricht und er geht dann nicht ohne weiteres in Prüfungen von einzelnen Regelungen ein.

Dieses Paktum ist übrigens ein ganz verflixtes Ding, das ist de facto ein politisches Agreement, das eine gewisse rechtliche Bedeutung hat durch die Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes, es ist ‚soft law‘, das ist mehr als nur eine Absprache von Gentlemen. Wenn z.B. Bürgermeister Häupl, das wurde heute zitiert, dem Finanzminister ausrichtet, das Pensionssystem der Stadt Wien geht ihn nichts an, so muss man ihn daran erinnern, dass die Finanzstadträtin dieses Paktum unterschrieben hat im Jahr 2007, wo genau das drinnen steht, dass die Länder, und damit auch Wien, eine Pensionsreform finanziell gleichwertig nach dem Muster des Bundes machen und das ist bis heute von Wien nicht umgesetzt. Wir sehen, dieses System der Zusammenarbeit, der Kooperation hat Lücken, ist nicht erzwingbar, ist nicht rechtlich einklagbar und man muss auch in diesem Bereich überlegen, wie man zum Grundsatz kommt, dass diese Dinge eingehalten werden, die vom Bund erfüllt wurden, aber nicht zur Vollständigkeit von

Wien. Zur Ehrenrettung Wiens muss ich aber auch sagen, dass man etwas getan hat und dass die Unterschiede zum Bund, also im Vergleich zu den Summen, um die es im Finanzausgleich geht, doch geringer sind. Der Rechnungshof sagt jedenfalls, das ist nicht umgesetzt worden.

Aber weiter zur politischen Praxis, aus der rechtlichen Säule hat sich hier im Bereich des Fiskalföderalismus eine politische Praxis entwickelt. Und ich habe gerade dargestellt, dass wir nach unserer Verfassung eine sehr zentralistische Regelung haben, mit einem Übergewicht des Bundes, der alles allein regeln könnte, solange man das halbwegs fair macht. Es gibt kein subnationales Vetorecht dagegen. Auch der Bundesrat z.B. kann nur aufschiebend gegen das Finanzausgleichsgesetz oder finanzrechtliche Regelungen auftreten. Das ist also die eine Seite.

Verfassungsbuchstaben und Verfassungsrealität

Die Verfassungsrealität schaut anders aus. Die schaut so aus, dass der Bund gegen die Länder gar nichts beschließen kann. Und das hat viele Gründe, von denen ich hier einige aufliste.

Die Bundesregierung selbst ist abhängig, besteht aus Parteien, Koalitionsparteien, und diese wiederum sind abhängig von ihren Landesparteien, in vielfacher Form.

Wichtige Akteure in unserem System sind die Landesparteien, die Landesobleute. Wenn der Herr Landesparteivorsitzende die Zahlungen an die Bundespartei einstellt, hat die Bundespartei ein Problem. Die Bundesparteien brauchen die Landesparteien auch zur Organisation von Wahlkämpfen, die müssen laufen, damit im Wahlkampf irgendetwas funktioniert. Und natürlich in den Parteivorständen sind die Landesparteiobleute prominent vertreten und auch da braucht man den Support als Bundesparteiobmann.

Im Nationalrat haben wir 183 Abgeordnete, aber die große und überwiegende Mehrzahl davon wird von den Landesparteien nominiert. Ich glaube, es sind 144 von 183, die auf den Landeslisten nominiert wurden und die wissen natürlich ganz genau, wo der Bartel den Most holt und was man tun muss, damit man weiterhin nominiert wird bei der nächsten Wahl. Ein Bundesgesetz, das gegen die zentralen Interessen der Landeshauptleute verstößt, ist im Nationalrat einfach nicht durchbringbar, das geht ganz einfach nicht. Auch in der Regierung selbst gibt es einen Druck zu regional ausgewogener Ministerbestellung, Spindelegger wollte einen Kärntner zum Landwirtschaftsminister machen, der Tiroler Landeshauptmann hat auf den Tisch gehaut und mit seinem innerparteilichen Gewicht sich auch entsprechend durchgesetzt. Auch in der Ministerbestellung ist der Parteiobmann also nicht frei, sondern im Gegenteil, der einzelne Minister ist natürlich auf die Unterstützung seines Landes hier entsprechend angewiesen.

In diesem System der politischen Abhängigkeiten von den Ländern findet jetzt der Finanzausgleich statt. Der Bund wird durch den Bundesminister für Finanzen vertreten, der aber über diese Einbindung der Länder hinaus natürlich auch noch andere Abhängigkeiten zu berücksichtigen hat: Er muss sich natürlich innerhalb seiner eigenen Partei abstimmen und

von deren Willen mitgetragen sein, er muss sich mit dem Koalitionspartner im Finanzausgleich abstimmen und dann natürlich mit dem Parlament, und hier habe ich die Landeslisten bereits erwähnt. Bei den Ländern schaut es ähnlich aus. Unser erster und primärer Ansprechpartner ist natürlich die Landesfinanzreferentenkonferenz, die Landesräte, die für die Finanzen zuständig sind, aber wenn es wichtige Dinge zu entscheiden gibt, dann schaltet sich auch die Landeshauptleutekonferenz ein, die gestern ja auch getagt hat und eben wichtige Aussagen zum kommenden Finanzausgleich und zur Abgabenaufonomie getätigt hat. Wir kommen darauf noch zurück.

Die Landeshauptleutekonferenz ist ein interessantes Konstrukt, wir wissen, sie ist außerverfassungsrechtlich, weil sie in der Verfassung kaum vorkommt. Trotzdem hat sie eine ganz wichtige Rolle im politischen System Österreichs. Heute wurde bereits gesagt, große Vetopower, kaum Gestaltungspower, da brechen nämlich dann Interessensgegensätze auf und das führt dazu, dass sie nicht positiv gestalten können. Was ich interessant und auch ein bisschen amüsant finde, die Landeshauptleutekonferenz ist eigentlich kein föderales Organ. Sie ist eine Kathedrale des Zentralismus, wenn ich es ein bisschen überspitzt formulieren darf. Ich habe mir einmal die Mühe gemacht, die Protokolle und Tagesordnungen der Landeshauptleutekonferenz für einige Jahre anzuschauen und man stellt dort fest: Ganz überwiegend sind die Landeshauptleute, wie übrigens auch die anderen Landeskonferenzen, damit beschäftigt, Einheitlichkeit herzustellen. Da geht es nicht darum, Föderalismusvielfalt zuzulassen und daraus zu lernen, sondern es geht darum, Einheitlichkeit herzustellen, damit man gegen den Bund eine möglichst schlagkräftige Argumentation hat und das durchsetzen kann. Hier findet also viel Zentralisierung statt, in einem Organ, das man eigentlich dem ersten Anschein nach dem Föderalismus zuordnen würde. Funktionell sehe ich das anders.

Gemeinden in der politischen Praxis des Finanzausgleichs

Wichtig sind im dreistufigen föderalen System auch die Gemeinden, vertreten durch den österreichischen Gemeindebund und den österreichischen Städtebund. Wenn man aber die Stellung der Gemeinden, insbesondere im Finanzausgleich, anschaut, stellt man fest, sie sind zwar Teil des 3-stufigen Systems, aber sie sind doch deutlich schwächer als die Länder verankert, weil sie von jenen anhängig sind. Die Länder haben die Gemeinden ganz fest im Griff. Es gibt kaum etwas, was so zentralistisch organisiert ist wie ein österreichisches Bundesland und auch gegenüber den Gemeinden gilt das.

Das zweite Problem der Gemeinden ist, dass es einen Interessensgegensatz von Gemeinde- und Städtebund gibt, das kann man mit dem Schlagwort abgestufter Bevölkerungsschlüssel zusammenfassen oder allgemeiner formuliert, geht es natürlich um die urbanen Zentren vs. den ländlichen Raum, das sich hier widerspiegelt. Die beiden Gemeindebünde haben nur ein unverbindliches Vertretungsrecht, das was sie dazu sagen im Paktum, ist nicht rechtsverbindlich für die einzelne Gemeinde. Da gibt es natürlich auch immer wieder einzelne Gemeinden, die gegen den Stachel locken und solche, die

sich andere Wege vorstellen als die, die vereinbart worden sind von Gemeinde- und Städtebund mit ihren Partnern. Das schwächt natürlich das Vertretungsrecht der Gemeinden, wenn die Handschlagqualität nicht stimmt.

Soft Budget Constraint der Länder und Kartellföderalismus

Die stärksten sind also die Länder. Die Konsequenzen dieser Stellungen und Einflüsse sind die, dass wir eine schwache Bundesstellung haben, in der aber der Bund die Gesamtverantwortung für die Steuerbelastung trägt und in der die Länder eine ‚soft budget constraint‘ haben. Die Landespolitiker, wie alle anderen natürlich auch, sind an ihrer Nutzenmaximierung interessiert und setzen sich daher für Partikulärinteressen, für diejenigen Interessen ein, die sie für ihr Land zu benötigen glauben. In Folge der fehlenden Abgabenaufonomie können sich die Länder nicht auf die Einnahmenseite, etwa auf die Senkung der Steuerlast konzentrieren, sie müssen sich auf Leistungen konzentrieren.

Wenn ich es positiv formuliere, Leistungen sind in der Regel mit Ausgaben verbunden, das heißt das Länderinteresse liegt grundsätzlich daran, genügend Geld zu bekommen, damit sie möglichst viele Leistungen erbringen können. Für die Wähler ist das System nicht durchsichtig. Es bewirkt für sie, dass ihre Landesvertretung zu wenig Effizienzreize hat, die Steuerquote wird dadurch tendenziell erhöht, wir haben eine hohe Bundesverschuldung und eine niedrige Landesverschuldung. Würde der Bund seine Transfers in irgendeiner Form kürzen, wäre das System binnen kürzester Zeit umgekehrt. Das hängt wenig damit zusammen, welche Politiker am sparsamsten sind oder nicht, sondern eher damit, dass die Finanzausstattung nun einmal so ist, wie sie ist.

Wir haben also hier einerseits den Bundesstaat und andererseits etwas, was ich als Kartellföderalismus bezeichnen möchte, da es eben dadurch charakterisiert wird, dass man versucht, einheitliche Positionen und Preise gegenüber dem Kunden herzustellen. Auf der anderen Seite die öffentlichen Haushalte, die natürlich die bekannten Probleme haben: Systemimmanente Kostensteigerungen, Ansprüche auch der Öffentlichkeit an Qualität und Quantität der öffentlichen Leistungen und bei den Einnahmen besteht das Problem, dass die Abgabenquote bereits sehr hoch ist.

Ein Lösungsinstrument, das man früher manchmal gebraucht hat, nämlich Erhöhung der Zuteilungen an die Länder, in einiger Zeit darauf gefolgt von Steuererhöhungen, das ist irgendwie ausgereizt und als Lösungsmöglichkeit am Ende. Unter die EU-Vorgaben fällt die Nachhaltigkeit der Haushaltsführung; in die Verschuldung zu gehen ist also auch nicht mehr so einfach, wie es vielleicht einmal gewesen ist.

Generell fehlt es diesem System an Verantwortlichkeit. Die subnationale Finanzierung ist für die Steuerzahler und Wähler nicht durchschaubar, aber in Wirklichkeit auch für die Politiker nicht mehr durchschaubar, die ja jeweils nicht das Gesamtsystem vor sich haben, sondern ihr eigenes Partikularsystem. Von den Finanzmärkten, aber auch sonstigen Teilnehmern erfolgt bisher eine sehr hohe ‚bailing-out‘ Einschätzung. Es ist natürlich möglich, dass sich durch Kärnten hier etwas ändert, das ist aber durchaus noch nicht entschieden,

wir werden die weitere Entwicklung hier sehr interessiert beobachten. Bei den Wählern hat es bisher keine Erfahrungen gegeben, dass die Landeshaushaltspolitik und die Landespolitik auch negativ für die Menschen im Land sein kann, wenn sie nicht gut funktioniert. Auch hier ist Kärnten jetzt ein Beispiel, wo man schmerzhaft erlebt, dass so etwas der Fall sein kann. Wir werden sehen, ob dies auch eine Trendwende für die Politik bedeutet.

Für die Länder und die Landespolitiker und deren Bedürfnisse ist die Landeshauptleutekonferenz natürlich der Hebel, um über die Finanzausgleichsverhandlungen die Dotationen zu erhöhen. So existiert die von mir bereits erwähnte ‚soft budget constraint‘ für die Länder. Das schwierige Problem, der ‚soft budget constraint‘ ist, dass es zu wenig Effizianzanreize gibt. Das ist aus Sicht der Länderpolitiker durchaus verständlich. Das ist ja nicht etwas über Gut und Böse, worüber ich spreche, sondern ich spreche von Rollen, die eingenommen werden auf Grund der Umstände und der Vorgaben. Wenn die Länder einschneidende Maßnahmen machen, um Einsparungen zu treffen, kann das die eigene Wählerschaft negativ betreffen, aber für sie ist keine politische Rendite drinnen.

Am schönsten kann man das Beispiel bei den Landeslehrern beschreiben. Die Landeslehrer sind Angestellte der Länder, werden aber de facto vom Bund bezahlt. Warum sollte ein Landespolitiker einen Anreiz haben, hier Einsparungen zu erzielen, möglicherweise weniger Lehrer in seinem Land zur Verfügung zu haben, möglicherweise Schulen schließen zu müssen? Von den Lehrern selbst, aber vor allem von den Eltern, von den Wählern, wird hier die Landespolitik verantwortlich gemacht. Hat sie irgendetwas davon? Nein. Die Bildungsministerin und der Finanzminister ersparen sich Geld. Da kann kein Effizianzanreiz vorkommen in diesem System.

Fiskalillusionen

Das zweite große Problem sind die Fiskalillusionen. Wenn Landesprojekte, und ich sage das jetzt nicht im technischen oder rechtlichen Sinn, sondern Projekte, an denen das Land Interesse hat und die es durchsetzen möchte, wenn solche Landesprojekte durch den Bund finanziert werden oder mitfinanziert werden, dann erzeugt das natürlich für die Landeskassen den Eindruck von Kostenersparungen. Wenn eine andere Gebietskörperschaft mitzahlt, dann entlastet das das eigene Budget, belastet aber die Steuerzahler letzten Endes des gesamten Bundesgebietes. Das gilt natürlich auch für den Bund. Die Bundespolitiker tummeln sich nicht ungern in diesem Feld, weil es natürlich schön ist, wenn man gewissermaßen zum halben Preis eine ganze Medizinuniversität bekommt und sich also auch hier das ‚Federl an den Hut‘ stecken kann. Aber dieser Druck, der von allen Ländern kommt, solche Projekte mitzufinanzieren, gemeinsam zu finanzieren, führt natürlich insgesamt zur Steigerung der Ausgaben des Bundes und der Abgabquote.

An dieser Stelle nur eine kurze Anekdote, es hat sich Landeshauptmann Haider seinerzeit sehr dafür eingesetzt und auch durchgesetzt, dass ein Tunnel zwischen der Steiermark und Kärnten gebaut wird, der nach Einschätzung der Fachleute, die man damals geladen hat, nicht die oberste Priorität gewesen wäre. Finanzminister Grassler hat sich damals auch

wiederum und im Gegenzug sehr bemüht, eine Mitfinanzierung der beiden betroffenen Länder sicherzustellen, hat das auch durchgesetzt. 2-3 Wochen nachdem der Vertrag über die Mitfinanzierung unterzeichnet war, haben wir einen Brief bekommen von der damaligen Landeshauptfrau der Steiermark, wo sie sinngemäß gesagt hat, lieber Herr Finanzminister, die Belastung des steirischen Budgets durch diese Mitfinanzierung ist jetzt so groß, dass wir um eine Sonderdotation ersuchen, damit wir das wieder besser zahlen können. Das war natürlich zeitlich zu knapp und zu offensichtlich, das hat nicht ganz so funktioniert, aber es zeigt glaube ich sehr schön die Mechanismen dieser Aufgabenerfüllung und dieser Mitfinanzierung.

Reformableitung

Wie könnte nun ein stabiles anderes System aussehen? Ich glaube, es muss so aussehen, dass die Landespolitiker ein Eigeninteresse haben, mit dem Finanzausgleichssystem, wie es gestaltet ist, selbst für ihre politischen Leistungen auch von der Wählerschaft belohnt zu werden. Das ist natürlich die Möglichkeit, das eigene Budget merklich durch Landesabgaben zu finanzieren, aber auch gestalten zu können, das heißt entweder ein höheres Leistungsangebot zu machen mit einer höheren Belastung, oder den umgekehrten Weg zu gehen, geringere Leistung, geringere Belastung, idealerweise höhere Effizienz und geringere Belastung. Entscheidend an diesem System ist, dass es eine Merklichkeit gibt für die Landessteuerzahler. So gesehen unterstütze ich auch die Aussagen, die die Länder gestern bei der Landeshauptleutekonferenz gemacht haben, wo sie gesagt haben, sie wollen Milliarden, alles oder nichts usw. Von der verhandlungstechnischen Perspektive bin ich allerdings ein wenig skeptisch, jemand der mit einer ‚alles oder nichts‘ Position in eine Verhandlung hineingeht, legt es auf ein Scheitern aus, wage ich jetzt einmal zu prognostizieren. Obwohl es nach meiner Einschätzung inhaltlich sehr wohl in die richtige Richtung geht.

Das zweite Instrument, das allerdings nicht so mächtig ist wie die Steuerautonomie, ist aus der Forderung abzuleiten, dass wenn jemand Entscheidungsträger ist, er auch wirklich entscheiden können müsste. Wenn es verhindert wird, dass ein Entscheidungsträger Entscheidungen trifft, dann hat er kein Interesse mehr am effizienten Mitteleinsatz, sondern nur mehr am möglichst hohen Mitteleinsatz. Die Wohnbauförderung könnte man hier als Beispiel nennen. Als in der Vergangenheit hohe Beträge für Wohnbauförderung zweckgewidmet waren, hat sich der jeweilige Wohnbaureferent nicht mit dem Landesfinanzreferenten auseinandersetzen müssen, wo die höchste Notwendigkeit zum Einsatz dieser Mittel war. Wir haben derzeit die Kritik daran, an dieser Freigabe der Zweckwidmung und unser Minister hat sich zum Ziel gesetzt, diese Zweckwidmung wieder einzuführen, was ich für einen begrenzten Zeitraum, wo der politische Bedarf für etwas besteht, auch in diesem System einsehe, aber ich glaube, es dürfte nicht wieder zu einer permanenten Regelung werden, sondern müsste auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt werden.

Entscheidend ist die Möglichkeit der subnationalen Politik, die Sachentscheidungen und die Finanzierungsentscheidungen über Landesaufgaben zu treffen, auch wenn das mögli-

cherweise nur das zweitbeste ist und die Steuerautonomie, also wie man zum Geld kommt, über die Bürger fehlt.

Intelligent Design des Finanzausgleichs erforderlich

Damit komme ich nun zur Troika des effizienten Finanzausgleichs, die ich in der Zusammenführung der Einnahmenverantwortung und Entscheidungsverantwortung und Ausgabenverantwortung sehe. Und ich glaube, das kann man sehr gut in Beziehung setzen zu dem Dreieck, das uns Prof. Getzner in seiner Präsentation zeigt. Die Einnahmenverantwortung assoziiere ich mit der fiskalischen Äquivalenz, die Entscheidungsverantwortung mit der Kongruenz und die Ausgabenverantwortung mit der Konnexität. Das wäre also ein ähnlicher Befund.

Damit komme ich auch schon zum Schluss, und beschäftige mich jetzt damit, ob es eine revolutionäre oder evolutionäre Änderung wird. Ganz generell vorausgeschickt: Im Bereich des Finanzausgleichs glaube ich weder an Revolution noch an Evolution, sondern an ‚intelligent design‘, ich hoffe, dass uns das gelingen wird.

Aber wie kommen wir zum ‚intelligent design‘-System? Das bestehende System ist, wie wir heute mehrfach erwähnt haben, suboptimal. Es hat aber natürlich eine Beharrungstendenz, weil es für die Entscheidungsträger momentan gefühlte Vorteile bringt. Die Landespolitik kann durch ihre

‚soft-budget-constraint‘ positive Politikrenten erwirtschaften, der Bund trägt die Verantwortung für die Steuern und der Zusammenhang wird weder für die Wähler und Steuerzahler noch für die Politiker in ihrer Mehrheit wirklich klar werden. Das heißt also, wir müssen einen Übergang finden und diesen Übergang sehe ich vor allem daran, dass wir auf der Fachebene nun schon seit einigen Jahren eine Diskussion über die Vor- und Nachteile von Steuerautonomie der Länder begonnen haben. Vor einigen Jahren war es noch undenkbar, dass es so etwas in Österreich überhaupt gibt. Mittlerweile greift das schon auf die Politik über.

Ich bin ein bisschen skeptisch, ob das ein Bekenntnis vom Herzen und auch vom Kopf her ist, ich halte das momentan noch für Lippenbekenntnisse, aber Max Planck hat einmal für die Wissenschaft gesagt, dass ein Paradigmenwechsel in der Wissenschaft nicht durch Überzeugung und durch bessere Argumente stattfindet, sondern durch den Antritt einer neuen Generation. Ich gehe davon aus, hier an der TU ist das anders, aber für die Entscheidungsträger des Finanzausgleichs fürchte ich, ist ein Kern Wahrheit darin. Wir sehen das auch schon ein bisschen in Vorarlberg, der alte Landeshauptmann war ein strikter Gegner jeglicher Steuerautonomie, der neue Landeshauptmann möchte darüber reden und diskutieren. Wenn von der Wissenschaft, von den Experten, von den internationalen Organisationen die Argumente aufbereitet werden und in Diskussion gehalten werden, werden in einer langen Perspektive, glaube ich, auch hier Fortschritte zu erzielen sein. Dankeschön.

Laudatio zur Verleihung des Egon-Matzner-Preises 2015 an Laura de Carvalho und Armon Rezai

Wolfgang Blaas

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Der Egon-Matzner-Preis ist nach dem Gründungsprofessor des damaligen Instituts und des heutigen Fachbereichs Finanzwissenschaft und Infrastrukturpolitik der Technischen Universität Wien benannt.

Egon Matzner war eine außerordentliche Persönlichkeit, ein originärer und eigenständiger Denker, der kaum in enge Kategorien einzuordnen war – und das war auch zuweilen unbequem, vor allem „höheren Orts“. So überrascht es den gelernten Österreicher auch nicht, dass mit der ordentlichen Professur die gläserne Decke seiner Karriere hierzulande erreicht war, weitere Karriereschritte waren für ihn in Österreich offenbar nicht mehr möglich. Anders in Deutschland, wo er nach Berlin geholt wurde um dort das größte sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut im deutschsprachigen Raum einige Jahre erfolgreich zu leiten.

Der Ausschreibungstext des nach Egon Matzner benannten Preises spiegelt seine Vorstellungen wider, welche Themen und Methoden in der ökonomischen Forschung dominieren sollten.

Dort heisst es, dass Arbeiten in folgenden Themenbereichen gefördert werden sollen:

- Sozioökonomie, heterodoxe Ökonomik
- Evolutionäre Ökonomik
- Institutionelle Ökonomik
- Finanzwissenschaft und fiskalischer Föderalismus
- Infrastrukturökonomie und –politik

Und weiters, dass im Besonderen Arbeiten ausgezeichnet werden können, die

- praktische und empirische Probleme in diesen Bereichen behandeln,
- Grenzen von Denkschulen und Paradigmen überschreiten und/oder
- interdisziplinäre Perspektiven aufzeigen.

Der Egon-Matzner-Preis für Sozioökonomie 2015 geht an die zwei Autoren des Aufsatzes „Personal income inequality and aggregate demand“ (Einkommensverteilung und gesamtwirtschaftliche Nachfrage).

Die Arbeit befasst sich theoretisch und empirisch mit dem Zusammenhang zwischen der Einkommensverteilung bzw. deren Veränderung einerseits und der langfristigen Wirt-

schaftsentwicklung andererseits.

Seit dem Erscheinen des Buches „Das Kapital im 21. Jahrhundert“ von Piketty, das enorme mediale Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat, und der sich anschließenden fachlichen und öffentlichen Diskussion besteht zwar weitestgehend Konsens darüber, dass sich die Einkommensverteilung in den letzten Jahrzehnten in den meisten Volkswirtschaften zu Ungunsten der unteren und mittleren Einkommensbezieher verändert hat. Heftig umstritten ist jedoch dagegen, dass diese Entwicklung zu weniger Wachstum, mehr Instabilität und Krisen beigetragen hat und beiträgt. Das Verdienst der prämierten Arbeit ist es, einen wichtigen Beitrag zur Klärung sowie zur Unterstützung dieser Behauptung zu leisten.

Die theoretischen Grundlagen des Papers gehen auf Kalecki zurück. Kalecki, ein polnischer Ökonom, hatte drei Jahre vor Keynes eine Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung vorgelegt, die allgemeiner war als jene von Keynes und auch dynamisch – im Gegensatz zur Keynes'schen Theorie. Trotzdem hat Kalecki niemals den Bekanntheitsgrad von Keynes erreicht.

Kalecki hat – auch im Gegensatz zu Keynes – der Verteilung und deren Veränderung eine wichtige Rolle für die langfristige Wirtschaftsentwicklung zugestanden. Ein Rückgriff auf seine theoretischen Überlegungen erscheint daher bei diesem Thema nur folgerichtig.

Als kleine Fußnote darf ich bei dieser Gelegenheit vielleicht erwähnen, dass nach meiner Meinung Egon Matzner – wenn überhaupt theoriegeschichtlich zuordenbar – eher ein Kaleckianer als ein Keynesianer war. Sein Interesse an den Arbeiten und Ideen von Kalecki hat sich nicht zuletzt darin manifestiert, dass er eine wichtige Veröffentlichung Kaleckis, nämlich die „Theory of Economic Dynamics“ ins Deutsche übersetzt hat. Die heute verfügbare „Theorie der wirtschaftlichen Dynamik“ von Kalecki stammt also von Matzner.

Die Arbeit der Preisträger bleibt aber nicht beim theoretischen Modell stehen, sondern schließt auch eine empirische Analyse der behaupteten Zusammenhänge unter Verwendung langfristiger Datenreihen (1967 – 2010) der USA mit ein. Das war auch ein wichtiger Grund für die Jury, den Preis an die Autoren dieser Arbeit zu verleihen.

Die Autoren und damit die Preisträger sind: Laura de Carvalho und Armon Rezai.

Laura de Carvalho ist seit kurzem Professorin am Department of Economics der School of Economics, Business and Accounting der Universität von Sao Paulo in Brasilien. Sie hat ihren Master Degree in Rio de Janeiro und ihren Doktor in Wirtschaftswissenschaften an der New School for Social Research in New York gemacht. Leider steht hinter dem Egon-Matzner-Preis kein Vermögen wie beim Nobel-Preis – nur das Budget eines kleinen Universitäts-Fachbereichs – sonst hätten wir die Freude und Ehre, Professor Carvalho nach einem Transatlantikflug erster Klasse heute selbst zu begrüßen.

Wir freuen uns daher umso mehr, dass der zweite Autor der prämierten Arbeit, Armon Rezai, heute bei uns sein kann – nach einem Transatlantikflug von New York in seine österreichische Heimat.

Kollege Rezai ist gebürtiger Österreicher und zur Zeit Assistenzprofessor und stellvertretender Leiter des neu gegründeten Instituts für Ökologische Ökonomie an der Wirtschaftsuniversität Wien.

Auch er hat schon während des Studiums internationale Erfahrungen gesammelt, so etwa an der renommierten London School of Economics oder in den USA an der Georgetown University als Doktoratsstudent. Die New School for Social Research in New York war aber auch für seine weitere wissenschaftliche Entwicklung eine wichtige Station.

Beide Autoren sind nicht nur in Fragen der Verteilung ausgewiesene Wissenschaftler, sondern haben in einer Reihe anderer Themen wichtige Forschungsarbeiten vorgelegt, so z.B. de Carvalho in der Industrieökonomie oder Rezai im Themenbereich Ökologie und Ökonomie.

Bevor jetzt Armon Rezai die prämierte Arbeit kurz vorstellt, darf ich ihn zu mir bitten, um den Egon Matzner-Preis für Sozioökonomie 2015 – stellvertretend auch für seine Mitautorin Laura de Carvalho- entgegenzunehmen.

Wolfgang Blaas

Wien, 7. Juni 2015

Wirtschaftswachstum und die funktionale und persönliche Verteilung von Einkommen – Überblick und neue Erkenntnisse¹

Armon Rezai²

-
- 1 Dieser Beitrag ist eine aktualisierte und gekürzte Fassung von Carvalho und Rezai (2015). Für diesen Artikel wurden Carvalho und Rezai mit dem Egon-Matzner-Preis für Sozioökonomie 2015 ausgezeichnet.
- 2 Department für Sozioökonomik, WU Wien, Welthandelsplatz 1/D5/Ebene 3, 1020 Wien. Email: Armon.Rezai@wu.ac.at.

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über wissenschaftlich untersuchte Zusammenhänge zwischen funktionaler und persönlicher (Lohn)Einkommensverteilung, der aggregierten Nachfrage und dem Wirtschaftswachstum. Zudem werden die Ergebnisse einer ökonometrischen Schätzung dieses Zusammenhanges für die USA für die Jahre 1967 – 2010 präsentiert. Aus den theoretischen Überlegungen und empirischen Untersuchungen zeigt sich, dass eine ungleichere Verteilung von Lohneinkommen zu geringerem Wirtschaftswachstum führt und dass bei einer gleicheren Verteilung von Lohneinkommen die Umverteilung hin zu Löhnen generell wachstumsfördernd ist.

Die Frage, wie sich die Verteilung von Einkommen auf die Wirtschaft auswirkt, ist so alt wie die Volkswirtschaftslehre (bzw. die Politische Ökonomie) selbst. Die Physiokraten des 18. Jahrhunderts werden oft als die erste Schule der Ökonomie bezeichnet. In ihrer Analyse waren Agrarland und dessen Bewirtschaftung das wahre Vermögen eines Landes. Wirtschaftliche Entwicklung würde folglich von einer Umverteilung zugunsten des Landadels profitieren. Adam Smith sah das Potential des (prä)industriellen Sektors und dessen Rolle in der Akkumulation von Kapitals und der Steigerung von Arbeitsproduktivität und dem Einkommen pro Kopf. Nach seiner Theorie sollten Industriellen die Möglichkeit gegeben werden, rasch und uneingeschränkt die wirtschaftliche Entwicklung vorantreiben zu können. David Ricardo hat den Konflikt zwischen LandbesitzerInnen, Industriellen und einfachen ArbeiterInnen in seiner Theorie genauer untersucht und dabei eine Unterscheidung der Gruppen einer Gesellschaft nach ihren Einkommensformen vorgenommen. Bei Ricardos klassischem Modell ging der Konflikt zugunsten des Faktors Land aus: KapitalistInnen würden am Ende kein Einkommen beziehen, da sie ihre Profite über höhere Löhne aufgrund von teureren Lebensmitteln an die LandbesitzerInnen abgeben müssen. Die Rente auf Land kann nicht gemindert werden, da Land beschränkt verfügbar ist. Es gibt also eine sehr lange Tradition in der Ökonomie und der politischen Ökonomie, Einkommensverteilungen und Verteilungskonflikte zu analysieren. Die bisher erwähnten Formen

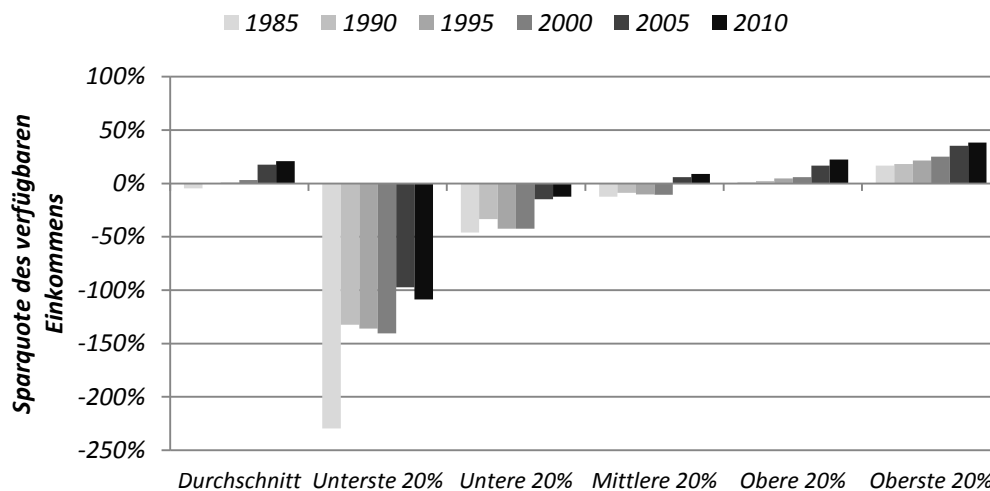
der Einkommensverteilung sind funktionale Einkommensverteilungen: welche Art von Einkommensfaktoren gibt es und wie verhalten sich die Personen, die unterschiedliche Formen von Einkommen beziehen. Zur Zeit Ricardos waren an den Verteilungskonflikten notwendigerweise BesitzerInnen von Landgütern, auf denen damals noch viel und teures Getreide angebaut werden konnte, beteiligt.

Mehr Relevanz für heutige Verteilungskonflikte haben die Theorien von Kalecki (1942) und Keynes (1936), in denen Wachstum unter endemischen Nachfrageschwächen leidet und sich Konsum- und Sparverhalten nach Einkommensform unterscheiden. Die Effekte der Umverteilung auf die aggregierte Nachfrage basieren auf folgender Annahme: Gibt man einer Person mit einem geringen Einkommen einen Euro, wird diese Person diesen Euro zu einem höheren Grad in Form von Erwerb von Konsumgütern wieder in den Wirtschaftskreislauf zurückführen als eine Person, die bereits eine Million Euro Einkommen hat, wo der Million-und-erste Euro wahrscheinlich nicht mehr in so einem großen Ausmaß zurück in den Wirtschaftskreislauf fließen würde.

Diese unterschiedlichen Sparneigungen sind hauptsächlich seit Kalecki und Keynes betont worden und sind Argumente für Umverteilung. Die Effekte dieser Umverteilung wirken wiederum auf die aggregierte Nachfrage. Schumpeter (1912) und Kaldor (1955) führten dann stabilisierende Feed-back Mechanismen von der aggregierten Nachfrage auf die Ein-

kommensverteilung ein, die auf Marx und dessen Argument der Reservearmee zurückgehen. Diese Ideen wurden dann in den 1980er-Jahren zu den derzeit gängigen Varianten weiterentwickelt (Rowthorn, 1981; Dutt, 1984; Taylor, 1985; Bhaduri, 1990), wonach der funktionalen Einkommensverteilung im Allgemeinen zwei wichtige Effekte zukommen: der erste

Effekt ist jener der unterschiedlichen Sparneigungen, wobei in diesen einfachen Modellen meist angenommen wird, dass Personen mit Kapitaleinkommen eine höhere Sparneigung besitzen als Personen mit Lohneinkommen. Abbildung 1 gibt einen groben Überblick über die große Varianz in der Sparneigung unterschiedlicher Einkommensquintile.



Quelle: Carvalho und Rezai (2015).

Abb. 1. Sparquoten nach Einkommensquintilen in den USA, 1985-2010.

Wenn Personen ein höheres Lohneinkommen erhalten, also wenn die Lohnquote erhöht wird, führt dies zu einem zu höherem Konsum, jedoch werden Personen, die eine Firma und das zugehörige Kapital besitzen, bei fallender Profitabilität auch Investitionsentscheidungen hintanhalten. Eine fallende Investitionsneigung bedeutet geringere Beiträge von Investitionen zum Wirtschaftswachstum, und ist daher der Gegenspieler zum Konsumeffekt. Dass Umverteilung von Einkommen sowohl positive als auch negative Effekte haben kann, ist die Essenz dieser Literatur seit den 1980ern. Die theoretische Ambivalenz wurde in einer immer noch wachsenden Literatur zu der Frage, ob summa summarum eine Umverteilung positive oder negative Effekte auf die aggregierte Nachfrage hat, aufgegriffen. Generell lässt sich kein einheitliches Muster aus den ökonometrischen Studien ableiten. Je nach Schätzmethode und Länderauswahl finden einige Autoren, dass der Investitionseffekt überwiegt (Franke et al., 2006; Chiarella et al., 2004; Barbosa-Filho and Taylor, 2006), andere Studien argumentieren, dass vor allem für große geschlossene Volkswirtschaften der Konsumeffekt dominiert (Bowles and Boyer, 1995; Naastepad and Storm, 2007; Ederer and Stockhammer, 2007; Hein and Vogel, 2008). Hier sei auch angemerkt, dass die meisten Lehrbücher die Einkommensverteilung in ihren Abhandlungen und den Modellen, die den meisten Bachelor- und Masterstudierenden beigebracht werden, ignorieren. Der ökonomische, neoklassische, Mainstream behandelt Verteilungskonflikte nur sehr beschränkt und nie im Zusammenhang mit aggregierter Nachfrage. Weder das IS-LM Modell noch „representative agent“ Modelle,

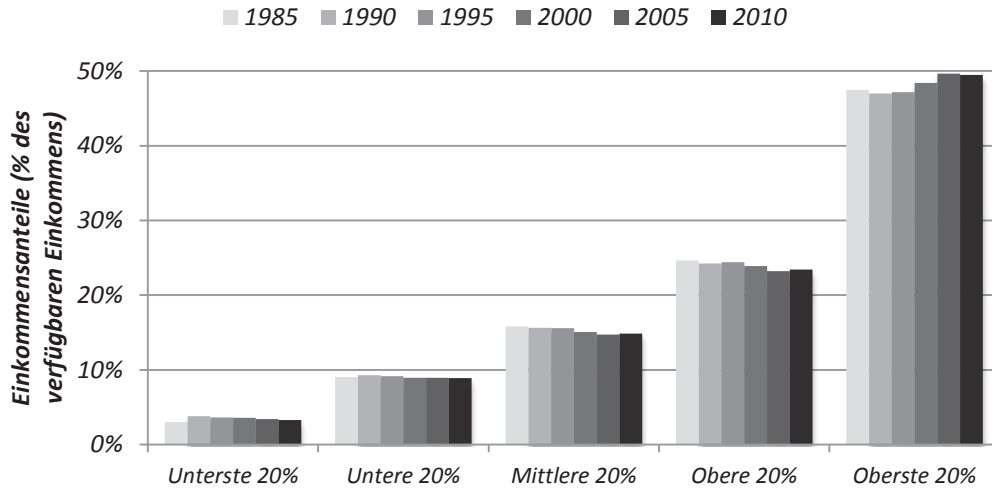
in denen es einen repräsentativen Haushalt gibt, der nur den Durchschnitt abbildet, ist es irrelevant, wer wieviel besitzt.

Mit der Finanzkrise und der anhaltenden Rezession und den daraus entstandenen zivilen Bewegungen wie Occupy Wallstreet rückten die Ungleichverteilung von Einkommen wieder mehr in das öffentliche Blickfeld. Die bisher diskutierten Theorien unterscheiden zwischen unterschiedlichen Formen des Einkommens: Kapitaleinkommen in Form von Dividenden oder höheren Aktienpreisen, durch die auch nicht ausgeschüttete Profite den Besitzern dieser Titel zugutekommen, und Lohneinkommen. Die Berücksichtigung der persönlichen Einkommensverteilung ist jedoch aus drei Gründen wichtig. Einerseits ist diese Dichotomie zwischen Kapital und Arbeit, die im theoretischen Modell sehr viele Vereinfachungen bietet, natürlich in der Realität sehr unscharf. Es gibt sehr wenige Personen, die 100% KapitalistInnen sind, wengleich es sehr viele gibt, die reine ArbeitnehmerInnen sind. Zudem beziehen viele Personen, die man aufgrund ihres sozio-ökonomischen Status unter der Kategorie „KapitalistIn“ einstufen würde, auch sehr hohe Lohneinkommen (Taylor et al., 2015a): ein Vorstand eines börsennotierten Unternehmens bezieht über Aktienpakete Kapitaleinkommen, wengleich er (mitunter auch sie) auch Arbeitsverträge mit sehr hohen Löhnen besitzt. Der dritte Grund ist, dass die Veränderung der persönlichen Einkommensverteilung in den letzten Jahrzehnten viel dramatischer war als jene der funktionalen Einkommensverteilung. Prinzipiell gilt über die OECD Länder hinweg, dass über die letzten Jahrzehnte Lohnquoten konsequent gefallen sind, das heißt es gab eine

Umverteilung von Arbeit zu Kapital, jedoch wenn man sich die Einkommensverteilung auf der persönlichen Ebene anschaut, ist diese nochmals dramatischer.

Abbildung 2 zeigt die persönliche Einkommensverteilung in den USA nach Quintilen (die untersten 20%, die nächsten

20%, die 40-60%, 60-80% und die obersten 20%). Die obersten 20% beziehen fast die Hälfte des verfügbaren Einkommens, wohingegen die untersten 20% weniger als 5% bekommen. Die Einkommensverteilung vor staatlichen Transferleistungen ist noch ungleicher.



Quelle: Carvalho und Rezai (2015).

Abb. 1. Verteilung des verfügbaren Einkommens nach Quintilen in den USA, 1985-2010.

Carvalho und Rezai (2015) untersuchen den Effekt einer Komprimierung der persönlichen Einkommensverteilung im Lohnsektor auf die Wirtschaftsleistung und das Verhältnis selbiger zu der funktionalen Einkommensverteilung. Politische Maßnahmen für eine derartige Komprimierung wäre beispielsweise die Beschränkung des Verhältnisses zwischen dem niedrigsten und höchsten Einkommen. Die Studie erweitert die oben erwähnte Literatur theoretisch und empirisch um eine Ungleichverteilung von Lohneinkommen. In einem Kaleckianischen Modell führt die Komprimierung der Lohneinkommen eindeutig zu positiven Effekt auf die aggregierte Nachfrage und das Wirtschaftswachstum, weil hier nur der positive Konsumeffekt der differentialen Sparneigung auftritt. Implizit wird bei einer derartigen Komprimierung eine Lohnquote angenommen. Daher gibt es negative Interaktionen zwischen Kompression und Investitionsvorhaben. Carvalho und Rezai (2015) untersuchen auch den Zusammenhang zwischen funktionaler und persönlicher Einkommensverteilung und fragen, ob eine Veränderung der funktionalen Einkommensverteilung nach dieser Komprimierung der Arbeitseinkommen unterschiedliche Effekte auf die aggregierte Nachfrage hat. Ähnlich der Ambivalenz der theoretischen Literatur, finden sie auch hier, dass es sowohl positive als auch negative Änderungen haben kann. Ökonometrisch zeigen sie für die USA jedoch, dass der Anstieg von persönlicher Ungleichheit seit 1967 die aggregierte Nachfrage und in weiterer Folge das Wirtschaftswachstum geschwächt hat. Zudem zeigen die ökonometrischen Ergebnisse, dass die ungleichere Verteilung beim persönlichen Lohneinkommen den negativen Effekt einer funktionalen Einkommensverteilung

von Kapital zu Arbeit verstärkte.

Abschließend sei noch auf weiterführende Entwicklungen verwiesen. Neben der Dispersion von Lohneinkommen wurden auch die Effekte von Konsumkrediten hingewiesen, welche kurzfristig die Nachfrage stimulieren können aber langfristig destabilisierend wirken (Dutt, 2006). Die Möglichkeit von Konsumkrediten scheint vor allem in Hinblick auf die negativen Sparquoten in Abbildung 1 relevant. Zudem sind Verteilungskonflikte auch in einem internationalen Kontext zu sehen (von Arnim et al., 2014; Rezai, 2015). Positive und negative Effekt auf Konsum und Investitionen werden hier um die Effekte auf Importe und Exporte erweitert. Die Analyse von Piketty (2014) hat die Verteilung von Vermögen, nicht nur von Einkommen, in den öffentlichen Diskurs zurückgebracht. Vermögensakkumulation wird in der oben genannten Literatur nicht berücksichtigt. Pasinetti (1962) und Samuelson und Modigliani (1966) und Kaldor (1966) analysieren die Dynamik von Vermögensverteilungen in Modellen, die ähnlichen der hier diskutiert sind. Kaldor (1966) berücksichtigt explizit die Rolle von Aktienpreisänderungen und Finanzmärkten auf die Vermögensverteilung. Taylor et al. (2015b) versuchen eine derartige Erweiterung des hier vorgestellten einfachen analytischen Apparates, um die Dynamik moderner finanzkapitalistischer Volkswirtschaften und deren Auswirkungen auf die Verteilung von Einkommen und Vermögen zu analysieren.

Referenzen

- Arnim, R. v., D. Tavani, and L. Carvalho (2014). Redistribution in a neokaleckian two-country model. *Metroeconomica* 65 (3).
- Barbosa-Filho, N. and Taylor, L. 2006. Distributive and demand cycles in the US economy: a structuralist Goodwin model, *Metroeconomica*, vol. 57, no. 3, 389–411
- Bhaduri, A. and Marglin, S. 1990. Unemployment and the real wage: the economic basis for contesting political ideologies, *Cambridge Journal of Economics*, vol. 14, no. 4, 375–93
- Chiarella, C., Franke, R., Flaschel, P. and Semmler, W. 2006. Quantitative and Empirical Analysis of Nonlinear Dynamic Macromodels, vol. 277, Amsterdam, Elsevier
- Dutt, A. K. 1984. Stagnation, income distribution and monopoly power, *Cambridge Journal of Economics*, vol. 8, no. 1, 25–40
- Dutt, A. K. 2006. Maturity, stagnation and consumer debt: a Steindlian approach, *Metroeconomica*, vol. 57, no. 3, 339–64
- Ederer, S. and Stockhammer, E. 2007. Wages and aggregate demand in France: an empirical investigation, pp. 119–38 in Hein, E. and Truger, A. (eds), *Money, Distribution and Economic Policy: Alternatives to Orthodox Macroeconomics*, Cheltenham, Edward Elgar
- Franke, R., Flaschel, P. and Proaño, C. R. 2006. Wage-price dynamics and income distribution in a semi-structural Keynes–Goodwin model, *Structural Change and Economic Dynamics*, vol. 17, no. 4, 452–65
- Hein, E. and Vogel, L. 2008. Distribution and growth reconsidered: empirical results for six OECD countries, *Cambridge Journal of Economics*, vol. 32, no. 3, 479–511
- Kaldor, N. 1955–56. Alternative theories of distribution, *Review of Economic Studies*, vol. 23, no. 2, 83–100
- Kalecki, M. 1942. A theory of profits, *Economic Journal*, vol. 52, nos 206–7, 258–67
- Keynes, J. 1936. *The General Theory of Employment, Interest and Money*, London, Palgrave Macmillan
- Kiefer, A. and Rada, C. 2015. Profit maximising goes global: the race to the bottom, *Cambridge Journal of Economics*, doi:10.1093/cje/beu040
- Naastepad, C. W. and Storm, S. 2007. OECD demand regimes (1960–2000), *Journal of Post Keynesian Economics*, vol. 29, no. 2, 211–46
- Piketty, T. 2014. *Capital in the Twenty-first Century*, Cambridge, MA, Harvard University Press
- Rezai, A. 2015. Demand and distribution of integrated economies, *Cambridge Journal of Economics*, doi:10.1093/cje/beu060
- Rowthorn, R. 1982. Demand, real wages and economic growth, *Studi Economici*, vol. 18, no. 1, 3–54
- Taylor, L. 1985. A stagnationist model of economic growth, *Cambridge Journal of Economics*, vol. 9, no. 4, 383–403
- Pasinetti, L. L. (1962): “Rate of profit and income distribution in relation to the rate of economic growth,” *The Review of Economic Studies*, 267–279.
- Kaldor, N. (1966): “Marginal Productivity and the Macroeconomic Theories of Distribution: Comment on Samuelson and Modigliani,” *The Review of Economic Studies*, 33, 309–319.
- Samuelson, P. A. and F. Modigliani (1966): “The Pasinetti paradox in neoclassical and more general models,” *The Review of Economic Studies*, 269–301.
- Taylor, L., Barbosa, N., Rezai, A. and R. Kumar (2015a): “Wage increases, transfers and socially determined income distribution in the USA,” *Review of Keynesian Economics* (Erscheinend).
- Taylor, L., Omer, O., and A. Rezai (2015b): “Wealth Concentration, Income Distribution, and Alternatives for the USA,” *Institute for New Economic Thinking Working Paper Series No. 17*. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2667880>.

Die Autor/inn/en

Maria M. Hofmarcher

Maria M. Hofmarcher ist Volkswirtin, Expertin für Gesundheitssysteme

maria.hofmarcher@healthsystemintelligence.eu

Eva Festl

Eva Festl ist Volkswirtin und als Referentin im öffentlichen Dienst beschäftigt.

Leslie B. Tarver

Leslie B. Tarver ist Ärztin und Public Health Expertin in Massachusetts, USA.

Gerhard Fülöp

Dr. Gerhard Fülöp ist Absolvent der Studienrichtung „Raumplanung und Raumordnung an der TU Wien“, Leiter der Abteilung „Planung und Systementwicklung“ in der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und Projektleiter des „Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG)“ – in dieser Rolle ist er seit Jahren indirekt mit der regionalwirtschaftlichen Bedeutung der Spitäler in Österreich konfrontiert.

gerhard.fueloep@goeg.at

Christoph Gretzl

Dipl.-Ing. Christoph Gretzl ist Absolvent der Studienrichtung Raumplanung und Raumordnung. Seine Diplomarbeit widmete er dem Thema der Pflege und gewann damit den Wissenschaftspreis für Jungakademiker im Jahr 2015. Betreut wurde er dabei durch den Fachbereich für Finanzwissenschaften und Infrastrukturpolitik.

christoph.gretzl@gmail.com

Karin Hiltgartner

Mag. Dr. Karin Hiltgartner ist Juristin und Universitätsassistentin an der Technischen Universität Wien mit den Schwerpunkten Umweltrecht, Bau- und Raumordnungsrecht, allgemeines Verwaltungsrecht. Davor war sie tätig bei Alix Frank Rechtsanwälte, European Interuniversity Center Venice, Italy; Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten und in der österreichischen Parlamentsdirektion.

hiltgartner@law.tuwien.ac.at

Heinrich Neisser

Univ.-Prof. Dr. Heinrich Neisser ist österreichischer Politikwissenschaftler und ehemaliger Politiker der ÖVP. Er war Zweiter Nationalratspräsident im österreichischen Parlament von 1994 bis 1999. Seit seinem Ausstieg aus der aktiven Politik 1999 hat er eine Lehrbefugnis an der Universität Innsbruck auf dem Gebiet der Politikwissenschaften und beschäftigt sich wissenschaftlich mit der Geschichte und der Politik der Europäischen Integration, speziell mit der Europäischen Union.

Heinrich.Neisser@uibk.ac.at

Helfried Bauer

Hon.-Prof. Dkfm. Dr. Helfried Bauer studierte Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft an der Hochschule für Welthandel und am Institut für Höhere Studien in Wien. In den Jahren 1972-2008 leitete er das Zentrum für Verwaltungsforschung (KDZ). Er arbeitet nun freiberuflich an Fragen zu Public Governance und Management sowie an finanzwissenschaftlichen Themen (Finanzausgleich, Funktionsanalysen öffentlicher Aufgaben).

helfried.bauer@aon.at

Anton Matzinger

MMag. Dr. Anton Matzinger ist Leiter der Gruppe II/A Budget – Querschnitt und der Abteilung II/3 – Finanzverfassung und Finanzausgleich im Bundesministerium für Finanzen.

anton.matzinger@bmf.gv.at

Gerlinde Gutheil-Knopp-Kirchwald

Dr. Gerlinde Gutheil-Knopp-Kirchwald ist Universitätsassistentin am Department für Raumplanung an der TU Wien und Chefredakteurin der Zeitschrift „Der öffentliche Sektor – The Public Sector“. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Wohnungspolitik, Immobilienwirtschaft, Stadtentwicklungspolitik und Infrastrukturökonomie.

gerlinde.gutheil@tuwien.ac.at

Johann Bröthaler

Dr. Johann Bröthaler ist Assistenzprofessor an der TU Wien und Leiter des Fachbereichs Finanzwissenschaft und Infrastrukturpolitik. Seine Forschungsschwerpunkte sind öffentliche Haushalte, Finanzausgleich, Finanzstatistik, ökonomische Bewertungsverfahren sowie E-Government und fachbezogene Software und Informationssysteme.

Johann.Broethaler@tuwien.ac.at

Michael Getzner

Dr. Michael Getzner ist Professor für Finanzwissenschaft und Infrastrukturökonomie und Leiter des Departments für Raumplanung an der TU Wien.

Michael.Getzner@tuwien.ac.at

Wolfgang Blaas

Dr. Wolfgang Blaas ist a.o. Universitätsprofessor i.R. am Department für Raumplanung, Fachbereich Finanzwissenschaft und Infrastrukturpolitik, Technische Universität Wien.

Wolfgang.Blaas@tuwien.ac.at

Armon Rezai

Dr. Armon Rezai ist assoziierter Professor am Institute for Ecological Economics, WU Wien, und zudem Gastforscher am IIASA in Laxenburg und External Research Affiliate an der Universität Oxford. Er ist derzeit Schrödinger Fellow des FWF. Für seine Arbeit mit Dr.in Laura Carvalho „Personal income inequality and aggregate demand“ wurde er 2015 mit dem Egon-Matzner-Preis in Soziökonomie ausgezeichnet.

Armon.Rezai@wu.ac.at

