

Zeitschrift für Gesundheitspolitik

ZGP

Ausgabe 02/2018



Schwerpunktthema

Attraktive Sonderklasse

Schwerpunktthema

Attraktive Sonderklasse

Z
GP

Schwerpunktthema

Attraktive Sonderklasse

Ausgabe 2/2018

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: www.fotolia.com (Monkey Business)
Redaktion: Mag. Katharina Wieser
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

Unser Gesundheitssystem bietet allen sozialversicherten Menschen eine Versorgung auf dem höchsten Niveau, mit niederschwelligem Zugang und freier Arztwahl. Das sind in Österreich rund 98 Prozent der Bevölkerung. Personen, die sich darüber hinaus im Spital besonderen Komfort wünschen, können zusätzlich eine private Krankenversicherung mit Übernahme der Krankenhauskosten abschließen. In Österreich werden diese Sonderklassepatienten dann größtenteils in öffentlichen Spitälern behandelt, wo auch die dafür notwendigen Hotelleistungen vorgehalten werden.

Dieses System der Integration von Sonderklassepatienten sorgt dafür, dass private Mittel auch dem öffentlichen Bereich zugute kommen, indem etwa hochqualifizierte Ärzte und teure medizinische Gerätschaften für die Allgemeinheit mitfinanziert werden. Die Alternative dazu wäre ein paralleles Privatsystem. Trotz dieses positiven Umgangs mit privaten Zahlungsbereitschaften in Österreich steht das System der Sonderklasseversicherung oftmals im Verdacht, die Zwei-Klassen-Medizin zu fördern und wird immer wieder ins Eck des Anrühigen gedrängt. Dabei wäre es äußerst wichtig, offene Diskussionen über Finanzierungsströme und deren Wirkungsweisen zu führen und auch darüber nachzudenken, welche Maßnahmen es braucht, um das integrative Modell der Privatmedizin in die Zukunft zu führen und so auch weiterhin für bestmögliche Sozialverträglichkeit zu sorgen.

Diese Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik bietet Informationen zur Krankenhauskostenversicherung, erörtert Möglichkeiten und Ideen, gibt rechtliche Einblicke, stellt die Meinungen von Ärzten und der Bevölkerung zum Thema vor und beleuchtet die Marketingperspektive aus Sicht der Spitäler. Ein weiterer Beitrag beschäftigt sich mit dem System der Privatmedizin in Deutschland. Wie immer dürfen wir Ihnen beim Lesen der Beiträge viele anregende Momente wünschen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Überlegungen zur Attraktivierung der Sonderklasse <i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	9
Ökonomische Effekte der Privaten Krankenversicherung <i>Mag. Katharina Wieser</i>	17
Bevölkerungsbefragung: Anforderungen an die Sonderklasse in Spitälern <i>Mag. Vasiliki Karagiannidis</i>	33
Befragung und Fokusgruppe „Attraktive Sonderklasse“: Auf den Milchschaum nicht vergessen! <i>Mag. Sabine Weißengruber-Auer, Mag. Katharina Wieser</i>	53
Zusatzleistungen in der Sonderklasse – Ansätze zu einer innovativen Gestaltung von Angeboten im Gesundheitsbereich <i>o.Univ.-Prof. Dkfm. Dr. Gerhard A. Wührer</i>	77
Private Zusatzversicherung in der stationären Versorgung in Deutschland <i>Dr. Christine Arentz</i>	99
Auf den Standpunkt gebracht <i>Mit einem Beitrag von Dr. Peter Eichler</i>	125
News aus den Gesundheitssystemen	129

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Überlegungen zur Attraktivierung der Sonderklasse

- | | |
|--|----|
| 1. Was kann die Politik für die Attraktivierung der Sonderklasse tun? | 11 |
| 2. Was können die Leistungserbringer zur Attraktivierung der Sonderklasse beitragen? | 13 |
| 3. Zukünftige Herausforderungen/ambulant erbrachte Spitalsleistungen | 15 |

Private Zusatzkrankenversicherungen für Spitalsaufenthalte sind wahrscheinlich heute aktueller denn je. Auf der einen Seite gibt es ein stark zunehmendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung. Zum anderen haben die in ganz Österreich umgesetzten Sparprogramme in den Krankenanstalten zu einer deutlichen Verschlechterung der Zugänglichkeit geführt. Auszugehen ist wohl davon, dass die öffentliche Hand auch in den nächsten Jahren versuchen wird, die Spitalsausgaben zu drosseln, wodurch der Betrieb in den öffentlichen Spitälern immer mehr von privaten Einnahmen und damit von der Attraktivität der Sonderklasse für Zusatzversicherte Patienten abhängen wird.

Es wäre wohl auch gesundheitspolitisch unvernünftig, die wachsende Bereitschaft der Bevölkerung, Gesundheitskosten mit eigenen Mitteln zu tragen und privates Kapital für Gesundheitsleistungen aufzuwenden, zu ignorieren. Das Ziel eines niederschweligen Zugangs zu Gesundheitsleistungen und das Dogma, dass notwendige ärztliche Leistungen jedermann unabhängig von seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zustehen müssen, sind wohl vernünftigerweise in einem Sozialstaat unbestreitbar. Es ist aber auch durchaus gesundheitspolitisch sinnvoll, wenn private Konsumausgaben in die Gesundheit investiert werden, einerseits weil damit positive Effekte für den Gesundheitszustand der Bevölkerung erreicht werden können, andererseits aber auch, weil die öffentliche Hand entlastet wird. Letzteres ist durchaus auch aus sozialpolitischer Perspektive zu begrüßen, weil es gerade die Besserverdienenden sein werden, die mit ihren privaten Leistungen ein Sozialsystem stützen, von dem sie eigentlich weniger abhängig sind als der wirtschaftlich schlechter gestellte Teil der Bevölkerung.

Privat zusatzversicherte Patienten können ihre Versicherung auf zweierlei Weise nutzen. Sie können sich in Sanatorien behandeln lassen, also Privatkrankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen (§ 2 Abs.1 Z 4 KAKuG). Sie können aber auch die Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten nutzen. Gerade die den öffentlichen Krankenanstalten in Österreich eingeräumte Möglichkeit, Privatpatienten auf eigens eingerichteten Sonderklassestationen zu versorgen, ist eine Erfolgsgeschichte. Immerhin tragen die Zahlungen der privaten Zusatzkrankenversicherungen zu etwa 6 Prozent zu den Spitalsbudgets der öffentlichen Krankenanstalten bei. Sie tragen damit in hohem Ausmaß zum Betrieb der Allgemeinen Klasse bei. Sie machen Investitionen in die Infrastruktur möglich, die allen Spitalspatienten und damit auch den Patienten der Allgemeinen Klasse zugutekommen. Und sie entlasten die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten auch insofern, als sie eine mitunter doch erhebliche Einkommenstange für Spitalsärzte darstellen, die es ermöglicht, hochqualifizierte Ärzte im öffentlichen Spital zu halten.

Es gibt daher nicht nur aus Sicht der Patienten und Ärzte ein Interesse an der Stabilisierung und dem Ausbau der Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten; diese dienen auch den Interessen der Rechtsträger und der öffentlichen Hand. Es ist daher immer wieder angezeigt, Überlegungen anzustellen, wie die Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten attraktiver gemacht werden könnte.

1. Was kann die Politik für die Attraktivierung der Sonderklasse tun?

Zunächst einmal sollten sich verantwortungsbewusste Gesundheitspolitiker im Klaren sein, dass die Sonderklasse im öffentlichen Spital die immer wieder heraufbeschworene „Zwei-Klassen-Medizin“ nicht fördert, sondern im Gegenteil weitgehend verhindert. Da es Besserverdienern nicht verboten werden kann, zusätzliche private Mittel für Spitalsbehandlungen aufzubringen, wäre die Alternative zur Sonderklasse im öffentlichen Spital die völlige Trennung von öffentlichen und Privatkrankenanstalten (wie sie in anderen europäischen Staaten durchaus üblich ist). Eine derartige Trennung würde tatsächlich dazu führen, dass es hervorragend ausgestattete Privatspitäler mit gut bezahlten Ärzten auf der einen und öffentliche Krankenanstalten auf der anderen Seite gibt, die aufgrund ihrer schwachen wirtschaftlichen Basis nur mit dem Notwendigsten ausgestattet und durch unterbezahlte Ärzte versorgt sind. Solche aus dem Ausland durchaus bekannte Systeme führen dazu, dass sich Besserverdiener tatsächlich durch private Zuzahlungen bessere Behandlungsmöglichkeiten erkaufen können. Der Gedanke der Sonderklasse im öffentlichen Spital ist daher ein durchaus sozialer. Er verhindert gerade die Aufspaltung in einen privaten und öffentlichen Krankensektor und führt dazu, dass die privat aufgewendeten Mittel den öffentlichen Spitälern und damit auch jenen Patienten zugutekommen, die wirtschaftlich nicht in der Lage sind, eine private Zusatzkrankenversicherung abzuschließen. Natürlich muss es auch einen Anreiz geben, eine private Zusatzkrankenversicherung für den Aufenthalt in öffentlichen Krankenanstalten abzuschließen bzw. nicht ein Privatspital, sondern die Sonderklasse eines öffentlichen Spitals aufzusuchen. Wenn es dabei nur um Komfortkomponenten geht und als rote Linie sichergestellt ist, dass es zu keiner Privilegierung bei den Behandlungsmethoden kommt, können

den Privatversicherten zugesagte Besserstellungen nicht als unsozial betrachtet werden. Ein klares Bekenntnis der Gesundheitspolitik zur Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten wäre daher im Interesse der gesamten Bevölkerung, wahrscheinlich sogar in erster Linie der wirtschaftlich schlechter gestellten Bevölkerungsteile. Gerade diese profitieren davon, dass Privatversicherte nicht ausschließlich Privatspitäler in Anspruch nehmen, sondern eben auch mit ihren Zahlungen zur Finanzierung der öffentlichen Spitäler beitragen.

Im Hinblick darauf, dass ein hoher Anteil der Leistungen der Privatversicherungen letztendlich wieder den öffentlichen Spitälern und damit der öffentlichen Hand zugutekommt, wäre dringend zu fordern, dass auch steuerliche Anreize für private Zusatzkrankenversicherungen eingeführt werden. Eine in dieser Schriftenreihe erschienene Studie hat gezeigt, dass eine staatliche Förderung für den Abschluss einer Zusatzkrankenversicherung in Form von (allenfalls befristeten) Prämienzuschüssen eine deutliche Hebelwirkung erreichen würde, die letztlich zu einer Senkung der Spitalsdefizite und damit zu einer erheblichen Entlastung der öffentlichen Hand führen würde¹.

1 Riedler, Die private Krankenversicherung – wieviel der Staat gewinnt, wenn er sie fördert, Schriftenreihe LIG (2012)

2. Was können die Leistungserbringer zur Attraktivierung der Sonderklasse beitragen?

Die Sonderklasse ist insofern ein Kuriosum, als sie ein seit Jahrzehnten in durchaus beachtlicher Frequenz angenommenes Angebot darstellt, obwohl erhebliche Unklarheit besteht, was eigentlich der Inhalt dieses Produktes ist, welche Leistungen also tatsächlich in der Sonderklasse angeboten werden. Im Grunde genommen lässt sich die Leistungszusage der Sonderklasse gegenüber dem Patienten auf zwei wesentliche Bereiche reduzieren: Den Anspruch auf ein Zweibettzimmer mit besserer Verpflegung einerseits und den Anspruch auf eine intensivere Zuwendung durch die behandelnden Ärzte andererseits². Obwohl diese Leistungszusage – vor allem auch, was die ärztliche Leistung anbelangt – für eine Geschäftsbeziehung unüblich vage ist, erfreut sich die Sonderklasse bemerkenswerter Beliebtheit, was den Schluss zulässt, dass in der Regel die Erwartungen eines Sonderklassepatienten an die durch die Sonderklasse verschafften Leistungen tatsächlich erfüllt werden.

Es gibt darüber hinaus sinnvollerweise Überlegungen, wie das Produkt „Sonderklasse“ konkreter ausgestaltet werden könnte. Es ist allerdings leichter, solche konkreten Leistungsbeschreibungen auf Seiten der sogenannten „Hotelkomponente“ zu entwickeln, also noch genauer zu beschreiben, inwieweit den Sonderklassepatienten in der jeweiligen Krankenanstalt eine bessere Ausstattung im Krankenzimmer oder bei der Verpflegung angeboten werden kann. Deutlich schwieriger ist es, über die allgemein abgegebene Zusage einer besonderen Zuwendung hinausgehende konkrete Vorteile bei der ärztlichen Leistung zuzusagen. Verhältnismäßig unstrittig ist die Zusage der freien Arztwahl, also die Möglichkeit, dass sich der Patient den Behandler selbst aussuchen kann, wobei davon ausgegangen wird, dass er in der Regel die Behandlung durch den jeweiligen Abteilungsleiter in Anspruch nehmen möchte³. Diese Zusage kann und wird in der Praxis allerdings auch nur eingeschränkt abgegeben, weil es aufgrund der internen Organisation gar nicht immer möglich ist, dass der gewählte Arzt – in der Regel der Abteilungsleiter – für jeden Eingriff zur Verfügung steht, was insbesondere auch für die Fächer gilt, die neben dem Hauptbehandler tätig werden, wie etwa

2 Wallner, Zivilrechtliche Aspekte der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten, RdM 2015/140

3 Vgl. VfGH 7.3.2007, G 119/06

Anästhesie, Radiologie oder Labor. Die freie Arztwahl ist daher auch kein Essential des Sonderklasseaufnahmevertrages⁴.

Es gibt daher auch eine Reihe von weiteren Überlegungen, inwieweit unter der Prämisse der unterschiedslosen Betreuung von Patienten der Allgemeinen und der Sonderklasse ärztliche Zusatzleistungen angeboten werden können. Solche können etwa darin bestehen, dass Sonderklassepatienten geringere Wartezeiten bei Untersuchungen während des Spitalsaufenthaltes haben, dass es ärztliche Visiten in höherer Frequenz gibt usw.

Es wäre aus mehreren Gründen anstrebenswert, diese Sonderzusagen klar zu definieren. Dies würde mehr Rechtssicherheit bringen und Auseinandersetzungen über die Bezahlung von Sonderklasseaufenthalten vermeiden, wenn strittig ist, ob die erwarteten Leistungsinhalte auch tatsächlich erbracht wurden. Zum anderen ist es natürlich für den Vertrieb des Produktes „Zusatzversicherung“ von entscheidender Bedeutung, welche Vorteile dem potentiellen Kunden versprochen werden können.

Bei der Verschriftlichung des Leistungsinhaltes der Sonderklasse gibt es allerdings noch Defizite, an denen gearbeitet werden könnte. Eine Verschriftlichung findet insofern statt, als in den zwischen den privaten Krankenversicherungen und den Rechtsträgern bzw. den Vertretern der Ärzteschaft abgeschlossenen Direktverrechnungsübereinkommen Vorgaben für die Sonderklasseleistungen enthalten sind. Diese Vorgaben müssen allerdings relativ allgemein gehalten werden, weil sie für alle vom Vertrag erfassten Einrichtungen gleichermaßen gelten. Denkbar wäre darüber hinaus, dass einzelne Krankenanstalten spezifische weitere Leistungen zusagen können. Eine weitere Schwäche der Beschreibung der Sonderklasseleistungen in den Direktverrechnungseinkommen ist darin zu sehen, dass diese Vereinbarung zwar Rechtsträger, Ärzte und Versicherungen bindet, im Grunde genommen aber nicht den Versicherten selbst. Schließlich versagt dieses Instrument der Verschriftlichung dann, wenn es sich um Selbstzahler handelt, also um Patienten, die ohne Zusatzversicherung auf die Sonderklasse aufgenommen werden wollen oder Patienten, bei denen die Zusatzversicherung die Deckung aus versicherungstechnischen Gründen ablehnt.

Überlegenswert wäre daher, die krankenanstaltenrechtlich zwingend vorgesehene schriftliche Aufnahmeerklärung für die Sonderklasse, die der Patient oder ein dazu berechtigter Angehöriger unterzeichnen muss, um eine Beilage zu ergänzen, in der (allenfalls auch spezifisch für das jeweilige Krankenhaus) festgehalten wird, welche Leistungen dem Sonderklassepatienten zugesagt werden können. Eine

⁴ Vgl. Wallner, Anmerkung zu OGH 2.9.2015, 7 Ob 51/15y, RdM 2015/159

derartige Beilage würde wohl die manchmal auftretenden rechtlichen Probleme weitgehend entschärfen und darüber hinaus auch dazu beitragen, dass es eine klarere Erwartungshaltung der Sonderklassepatienten, aber auch einen eindeutigeren Auftrag an die Leistungserbringer (Krankenanstalt und Ärzte) gibt.

3. Zukünftige Herausforderungen/ ambulant erbrachte Spitals- leistungen

Eine Weiterentwicklung des Produktes der Sonderklasse erscheint vor allem im Hinblick darauf notwendig, dass aufgrund des medizinischen Fortschrittes immer mehr Spitalsleistungen ambulant, also ohne stationären Aufenthalt, erbracht werden können.

Dabei stellt sich zunächst eine versicherungsrechtliche Frage. Bei richtiger Interpretation der Versicherungsverträge ist wohl davon auszugehen, dass Behandlungen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses typischerweise nur stationär durchgeführt werden konnten, auch dann von der Zusatzversicherung zu übernehmen sind, wenn sie aufgrund des medizinischen Fortschritts zum Leistungszeitpunkt tagesklinisch bzw. ambulant erbracht werden können (typisches Beispiel ist etwa die Kataraktoperation, die ursprünglich mit einem langen Spitalsaufenthalt verbunden war und mittlerweile tagesklinisch durchgeführt werden kann). Der Versicherungsnehmer hat die Versicherung ja gerade im Vertrauen darauf abgeschlossen, dass er bei schwerwiegenden Eingriffen eine „Sonderbehandlung“ in Anspruch nehmen kann, er also etwa freie Arztwahl in Anspruch nehmen kann⁵.

Abgesehen davon wäre es aber wohl wünschenswert, eindeutige Regelungen in den Versicherungsverträgen zu schaffen, die den Versicherungsnehmern im Versicherungsfall auch Sonderklassebehandlung bei tagesklinischen Eingriffen und bei sonstigen aufwändigeren und kritischen ambulanten Leistungen garantieren.

Gegen eine derartige „Sonderklasse“ bei tagesklinischen und ambulanten Leistungen bestehen auch keine krankenanstaltenrechtlichen Bedenken. § 16 Abs.

⁵ Vgl. dazu Perner, Die „24-Stunden-Klausel“ in der privaten Krankenversicherung, RdM 2017/156

2 KAKuG überlässt es ohnehin der Landesgesetzgebung in einem sehr breiten Rahmen, festzulegen, wie die Sonderklasse in den Spitälern ausgestaltet sein kann und ermöglicht damit wohl auch Sonderklasseleistungen ohne stationären Aufenthalt. Darüber hinaus sieht auch § 27 Abs. 4 KAKuG ausdrücklich vor, dass bei „ambulatorischen Leistungen“ die über die schon durch den Landesgesundheitsfonds abgedeckten Leistungen hinausgehen, Zusatzbeiträge möglich sind. Was die gesetzlichen Vorgaben anbelangt, gibt es gegen „Sonderklasse-Leistungen“ auch bei nicht stationären Aufenthalten daher keine ernsthaften rechtlichen Einwände.

Da allerdings bei ambulanten Leistungen die Verpflegungskomponente für gewöhnlich entfällt, ist es umso notwendiger, klarzustellen, worin die Zusatzleistungen bestehen, die Sonderklassepatienten angeboten werden. Denkbar und in der Praxis auch durchaus üblich wären in etwa getrennte Warte- und Behandlungsräume für die Sonder- und Allgemeine Klasse, besondere Terminvereinbarungsmöglichkeiten, freie Arztwahl oder über das medizinisch Notwendige hinausgehende Beratungsleistungen. Auch hier wäre es wünschenswert, zu einem Konsens zwischen den Versicherungen einerseits und dem Rechtsträger bzw. den Ärzten andererseits zu kommen, um den Patienten und Leistungserbringern Sicherheit über den anzubietenden Leistungsumfang in der Sonderklasse zu geben.

Mag. Katharina Wieser

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung LIG**

Ökonomische Effekte der Privaten Krankenversicherung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

1. Gesundheitskosten	18
2. Stationäre Versorgungslandschaft	20
3. Krankenhauskostenversicherte	23
4. Finanzierung durch die Private Krankenversicherung	24
5. Ökonomische Bedeutung der Privaten Krankenversicherung	26
6. Fazit	31
Literaturverzeichnis	32

Die Private Krankenversicherung (PKV) spielt in der Finanzierung des Spitalsbereiches eine nicht zu unterschätzende Rolle. Leider wachsen die Ausgaben in den Krankenanstalten jedoch stärker als die Zahlungen durch die PKV, was zu einer stärkeren Belastung der öffentlichen Hand führt. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der aktuellen Situation der Sonderklasse und damit, warum und wie sie gefördert werden sollte.

1. Gesundheitskosten

Die Gesundheitsausgaben wachsen jedes Jahr an – und zwar etwas stärker als das Bruttoinlandsprodukt. Österreich wendete im Jahr 2016 ganze 10,4 Prozent seines Bruttoinlandsproduktes für die laufende Gesundheitsversorgung auf. Der Verlauf über die Jahre zeigt sich leicht ansteigend, vor allem weil das Bruttoinlandsprodukt in den Zeiten der Wirtschaftskrise ein nur geringes Wachstum aufwies und im Jahr 2009 sogar zurückging. Die Gesundheitsausgaben sind deshalb im Schnitt stärker gestiegen als das BIP.

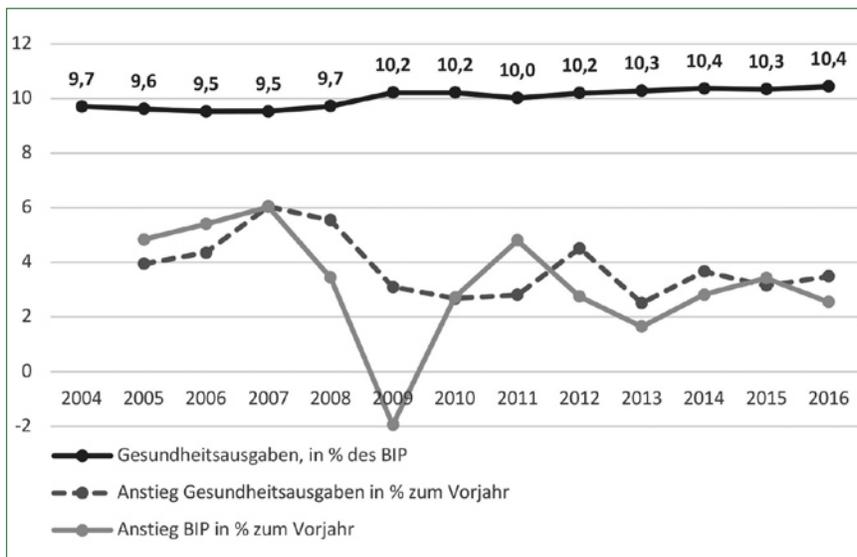


Abbildung 1: Laufende Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2004-2016¹

Mit der Höhe des Anteils der laufenden Gesundheitsausgaben am BIP steht Österreich im EU-28-Vergleich nach Deutschland, Schweden, Frankreich, den Niederlanden, Dänemark und Belgien an siebenter Stelle². Und auch die Schweiz weist höhere Ausgaben für Gesundheit auf als Österreich.

1 Eigene Berechnungen nach Statistik Austria (2018b)

2 OECD/EU (2016), S. 117

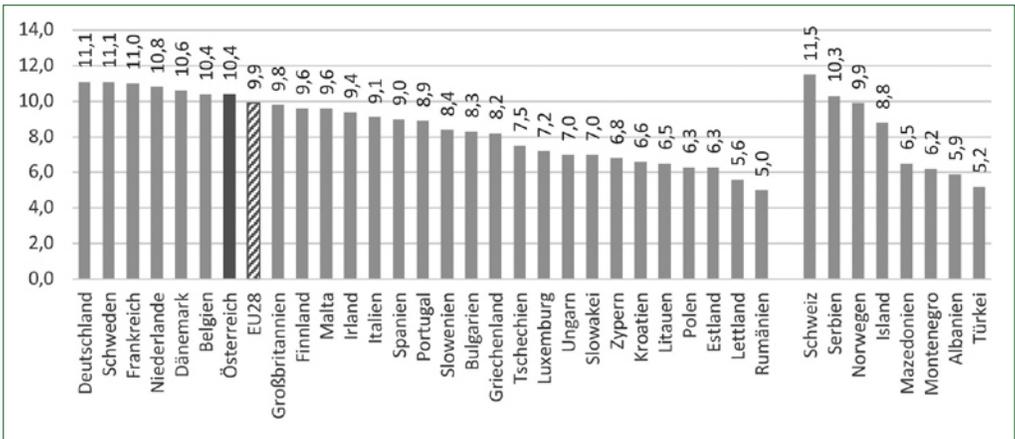


Abbildung 2: Laufende Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP, 2015 (oder nächstes Jahr)³

Der mit Abstand kostenintensivste Bereich der Gesundheitsversorgung ist in Österreich die stationäre Versorgung. 34 Prozent der Gesundheitsausgaben werden für diesen Bereich aufgewendet. 28 Prozent der Gesundheitsausgaben werden für die extramurale Versorgung aufgewendet, 17 Prozent für medizinische Güter wie Medikamente und Hilfsmittel, 15 Prozent für die Langzeitpflege und 6 Prozent für andere Dienste.

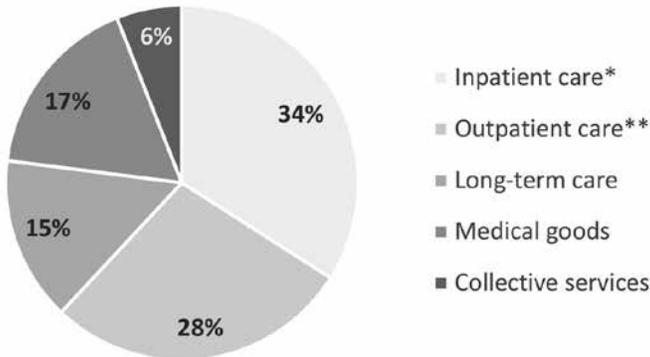


Abbildung 3: Gesundheitsausgaben nach Bereichen, 2015⁴

3 Eigene Grafik nach OECD/EU (2016), S. 117

4 Eigene Grafik nach OECD (2017), S. 141

Wirft man einen näheren Blick auf die Quellen der Finanzierung, so ist der größte Finanzier die Sozialversicherung (45 Prozent), 31 Prozent werden aus Steuergeldern gedeckt, 18 Prozent bezahlen die Österreicher „out of pocket“ und 5 Prozent kommen schließlich aus der Privaten Krankenversicherung.⁵

2. Stationäre Versorgungslandschaft

In Österreich spielen private Spitäler eine untergeordnete Rolle. Der Hauptteil der stationären Versorgung wird von gemeinnützigen Krankenanstalten geleistet. Diese werden überwiegend von den Ländern, den Gemeinden, vom Bund, von Ordenshäusern und von der Sozialversicherung (z.B. AUVA, PVA) betrieben. Österreichweit sind 75,5 Prozent aller Spitalsbetten in gemeinnützigen Krankenanstalten aufgestellt. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Spitalslandschaft in Österreich (Stand Juli 2018):

Betten in Krankenanstalten	gesamt	gemeinnützig				nicht gemeinnützig			
		Alle	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige	Alle	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige
mit Öffentlichkeitsrecht	31.681	31.681	30.774	0	907	0	0	0	0
ohne Öffentlichkeitsrecht	13.721	2.589	735	0	1.854	11.132	0	2.751	8.381
Gesamt	45.402	34.270	31.509	0	2.761	11.132	0	2.751	8.381

Betten in Krankenanstalten	gesamt	gemeinnützig				nicht gemeinnützig			
		Alle	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige	Alle	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige
mit Öffentlichkeitsrecht	69,8%	69,8%	67,8%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ohne Öffentlichkeitsrecht	30,2%	5,7%	1,6%	0,0%	4,1%	24,5%	0,0%	6,1%	18,5%
Gesamt	100,0%	75,5%	69,4%	0,0%	6,1%	24,5%	0,0%	6,1%	18,5%

Tabelle 1: Krankenhauslandschaft in Österreich 2018⁶

⁵ OECD (2017), S. 137

⁶ BMGF (2018)

Gemeinnützige Spitäler wirtschaften nicht gewinnorientiert und sind dazu verpflichtet, alle Aufnahmebedürftigen nach Maßgabe der Anstaltseinrichtung zu behandeln. Dafür dürfen die Bediensteten der Krankenanstalt – mit Ausnahme der Sonderklasse (die $\frac{1}{4}$ der Gesamtbettenanzahl nicht überschreiten darf) – keine Honorare von den Patienten entgegennehmen.

Spitäler mit Öffentlichkeitsrecht (welches von der Landesregierung verliehen wird) unterliegen einem besonderen Versorgungs- und Aufnahmegebot. Das heißt, sie müssen Leistungen gemäß dem öffentlichen Landeskrankenanstaltenplan vorhalten und gemeinnützig arbeiten. Alle Krankenanstalten, die das Öffentlichkeitsrecht besitzen, werden über die Landesgesundheitsfonds finanziert.

Nicht gemeinnützige Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht müssen dennoch nicht zwingend private, gewinnorientierte Träger sein. Die Pensionsversicherungsanstalt etwa betreibt Rehabilitationszentren, in die ausschließlich Pensionisten aufgenommen werden und die daher laut Definition nicht gemeinnützig sind, obwohl sie nicht gewinnorientiert wirtschaften. Diese Krankenanstalten können daher nicht zu den privaten Krankenanstalten gezählt werden. Gleiches gilt etwa auch für Spitäler der AUVA oder für Heeresspitäler, aber auch für von Vereinen und Stiftungen geführte Einrichtungen, die einer bestimmten Klientel (z. B. Drogenabhängigen) vorbehalten sind.

Krankenanstalten können auch über die Form ihrer Finanzierung klassifiziert werden. Nicht ganz 70 Prozent aller aufgestellten Betten stehen in Einrichtungen, die über die Landesgesundheitsfonds mit Hilfe des LKF-Systems finanziert werden. Rund 6 Prozent aller aufgestellten Betten sind in über den PRIKRAF (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds) abgegoltenen Spitälern aufgestellt. Der PRIKRAF⁷ hat die Aufgabe, stationäre Leistungen in PRIKRAF-Anstalten abzugelten, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht. Die restlichen beinahe 25 Prozent der aufgestellten Betten stehen in anderweitig finanzierten Häusern.

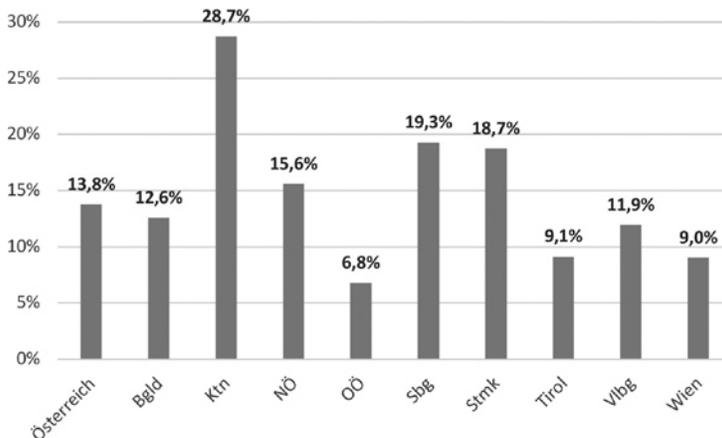
Trotz des hohen Anteils öffentlich finanzierter Betten in der stationären Versorgung ist auch in Österreich eine Stärkung des privaten Spitalsektors erkennbar. In den letzten 26 Jahren (1990–2016) konnten private Träger als Einzige im stationären Sektor ein Wachstum verzeichnen, wenn auch von einem niedrigen Niveau aus. 2016 waren 13,8 Prozent aller Krankenhausbetten in privater Hand, 1990 waren es im Vergleich erst 4,5 Prozent. Private Träger führten 2016 insgesamt 34 Spitäler mehr als noch im Jahr 1990, während alle anderen Träger 81 Krankenhäuser abbauten. Betrachtet man die Zahl der Betten, so fällt auf, dass private Träger zwischen 1990 und 2016 die Anzahl auf das 2,7-fache erhöhen konnten, während alle anderen Träger gemeinsam ein Minus von rund 20 Prozent verzeichneten.

7 Näheres unter www.prikraf.info

	1990		2003		2016		Veränderung Anteil 1990- 2016
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
KRANKENANSTALTEN							
Öffentlich	163	50,9%	133	48,9%	106	38,8%	-12,1%
Sozialversicherung	43	13,4%	40	14,7%	42	15,4%	1,9%
Nicht profitorientiert	64	20,0%	52	19,1%	41	15,0%	-5,0%
Privat	50	15,6%	47	17,3%	84	30,8%	15,1%
Insgesamt	320	100,0%	272	100,0%	273	100,0%	
BETTEN							
Öffentlich	50.153	68,3%	45.814	67,7%	38.891	60,0%	-8,4%
Sozialversicherung	6.138	8,4%	5.744	8,5%	6.019	9,3%	0,9%
Nicht profitorientiert	13.780	18,8%	11.863	17,5%	10.996	17,0%	-1,8%
Privat	3.308	4,5%	4.287	6,3%	8.932	13,8%	9,3%
Insgesamt	73.379	100,0%	67.708	100,0%	64.838	100,0%	

 Tabelle 2: Krankenhäuser und tatsächlich aufgestellte Betten in Österreich 1990–2016⁸

Interessant ist auch die sehr unterschiedliche Verteilung der privaten Spitalsbetten auf die Bundesländer. Während in Oberösterreich lediglich 6,8 Prozent aller Krankenhausbetten in privater Hand waren, belief sich der Anteil in Kärnten auf hohe 28,7 Prozent. Österreichweit stehen 13,8 Prozent aller Betten in privaten Häusern.


 Abbildung 4: Privater Anteil an den tatsächlich aufgestellten Betten nach Bundesländern 2016⁹

8 2016: Statistik Austria (2018c); 1990 und 2003: Papuschek (2011), S. 14

9 Statistik Austria (2018c)

3. Krankenhauskostenversicherte

Rund 37 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind privat zusatzversichert und 21,2 Prozent verfügen über eine Krankenhauskostenversicherung – zwei Drittel davon mit Vollkostendeckung, ein Drittel mit Ausschnittsdeckung. Die Versicherungsquoten sind dabei über die Bundesländer hinweg sehr inhomogen. In Salzburg ist beinahe ein Drittel der Bevölkerung krankenhauskostenversichert, während es in Niederösterreich lediglich 13,7 Prozent sind.

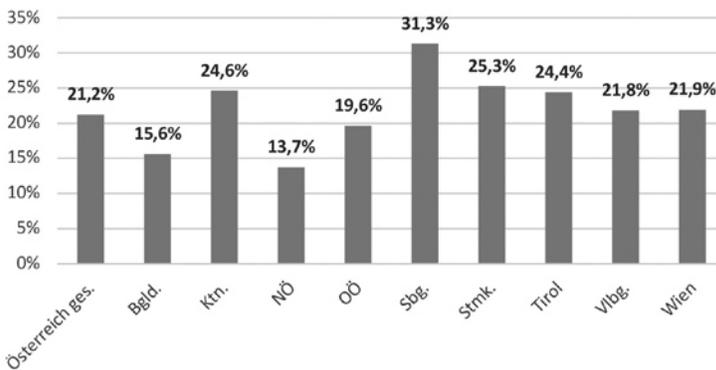


Abbildung 5: Krankenhauskostenversicherte in Prozent der Bevölkerung 2017¹⁰

Im Jahre 2010 waren rund 18 Prozent der österreichischen Bevölkerung krankenhauskostenversichert – seither ist der Anteil also um 3,2 Prozentpunkte gestiegen. Es wird auch erwartet, dass sich die Branche weiterhin eher expansiv entwickelt.

¹⁰ VVO (2018), S.130

4. Finanzierung durch die Private Krankenversicherung

Laut Statistik Austria gab die Private Krankenversicherung in Österreich 2016 insgesamt rund 1,9 Milliarden Euro aus, 885 Millionen Euro davon für die intramurale Versorgung – also beinahe die Hälfte aller von der PKV ausgegebenen Gelder. Dieser Betrag machte 7,1 Prozent der Gesamtkosten in den öffentlichen und privaten Spitälern aus. Die extramurale Versorgung und der Bereich der medizinischen Güter wurden, wie in der unten stehenden Tabelle ersichtlich, zu einem geringeren Anteil durch die Private Krankenversicherung mitfinanziert.

Ausgaben der Privaten Krankenversicherung nach Bereichen, 2016	in Mio. Euro	in Prozent PKV	in % Gesamtkosten des Bereichs
Inpatient care including day cases	885	45,8 %	7,1 %
Outpatient care	166	8,6 %	1,8 %
Medical goods	156	8,1 %	2,5 %
Governance and health system and financing administration	724	37,5 %	46,8 %
SUMME	1.931		

Tabelle 3: Ausgaben der privaten Krankenversicherung nach Bereichen, 2016¹¹

Von den 885 Millionen Euro, die die Private Krankenversicherung im Jahre 2016 für die intramurale Versorgung ausgegeben hat, wurden 847,5 Millionen Euro für den Krankenhauskostenersatz aufgewendet, der Rest waren Kurleistungen.¹² Ungefähr 90 Prozent¹³ des Krankenhauskostenersatzes gingen dabei an öffentliche Spitäler, also rund 763 Millionen Euro. Die Gesamtkosten der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten betragen 2016 etwa 13,3 Milliarden Euro.¹⁴ Der Anteil des Krankenhauskostenersatzes, der durch die PKV bezahlt wurde, machte also einen ungefähren Anteil von 5,7 Prozent der Gesamtkosten der Fondsspitäler aus – ein eigentlich essentieller Anteil, dessen historischer Verlauf jedoch ein deutlich rückläufiges Bild zeichnet. Schon Hofmarcher/Rack¹⁵ zeigten im Jahr 2006 diese Tendenz auf. Zwischen 1997 und 2004 hatte sich die anteilige Mittelaufbringung in den Fondsspitalern durch die PKV von 9,6 Prozent auf 7,4 Prozent verringert.

11 Statistik Austria (2018a); eigene Berechnungen

12 VVO (2017), S. 123

13 Auskunft vom VVO – Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs im September 2011

14 Bundesministerium für Frauen und Gesundheit (2017)

15 Hofmarcher, Rack (2006), S. 190

Der durch die PKV bezahlte Krankenhauskostenersatz steigt geringer als die Kosten in den öffentlichen Spitälern – und das trotz steigender Versichertenquote. Es kommt daher zunehmend zu einer Verschiebung der Finanzierungslast hin zu den Eigentümern der Spitäler, also de facto zu den Bundesländern.

Vor dem Hintergrund der zunehmend belastenden Kostensituation wäre es durchaus erstrebenswert, die anteilige Finanzierung durch die PKV in den öffentlichen Spitälern wieder anzuheben bzw. wenigstens auf dem aktuellen Niveau konstant zu halten. Mittel der PKV fließen dann, wenn sich ihre Versicherten in einem Spital behandeln lassen. Die Versicherten haben wiederum die Wahl zwischen einer Behandlung in der Sonderklasse eines öffentlichen Spitals oder einem Privatspital. Die Entscheidung wird für jenes Spital fallen, das in den Augen der Patienten das bessere ist. Hier können viele Faktoren wichtig sein, wie etwa die Wohnortnähe, die Wartedauer auf einen Termin, der Komfort der Zimmer und die Qualität der medizinischen Behandlung (Ärzte, Geräte). Daraus folgt, dass, falls der Wunsch nach einer entsprechenden Mitfinanzierung der öffentlichen Spitäler vorliegt, die Sonderklasse attraktiv gestaltet werden muss. Zurzeit spielt der private Sektor im Spitalswesen in Österreich noch eine vergleichsweise untergeordnete Rolle, er wächst aber sehr rasch und wird dadurch mehr und mehr zu einer Konkurrenz für die öffentlichen Spitäler.

5. Ökonomische Bedeutung der privaten Krankenversicherung¹⁶

Ganz prinzipiell profitieren öffentliche Spitäler von jedem Sonderklassepatienten, den sie behandeln. Denn es verbleibt die sogenannte Anstaltsgebühr, die jedenfalls die Mehrkosten für die Behandlung und Unterbringung eines Sonderklassepatienten deckt, in den Häusern. Darüber hinaus erhalten die Spitäler einen Hausrücklass, der eine Art „Miete“ der behandelnden Ärzte für die Benützung des Krankenhausinventars darstellt. Die Höhe des Hausrücklasses ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, in Oberösterreich beträgt er 25 Prozent des Sonderklassehonorars des Arztes. Mindestens der Hausrücklass stellt also einen Gewinn für das Spital dar. Gehen die Einnahmen aus den Sonderklassegebühren zurück, so belastet das natürlich die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses. Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass ein nicht unwesentlicher Teil des ärztlichen Einkommens aus Sonderklassehonoraren stammt: *„Die private Krankenzusatzversicherung für Patient/inn/en ist darüber hinaus eine wichtige Einkommensquelle für Ärztinnen/Ärzte, die in öffentlichen Spitälern tätig sind. Nachdem die Entlohnung im öffentlichen Sektor verhältnismäßig gering ist, wird dies gemeinhin als Anreiz gesehen, hoch qualifiziertes ärztliches Personal an den öffentlichen Sektor zu binden. Oder umgekehrt ausgedrückt, die Gehälter im öffentlichen Sektor können vergleichsweise gering gehalten werden, da die Sonderklasse-Honorare einen wesentlichen Teil des Einkommens darstellen und bei leitenden Ärztinnen/Ärzten häufig ein Mehrfaches des Dienstbezuges ausmachen.“*¹⁷

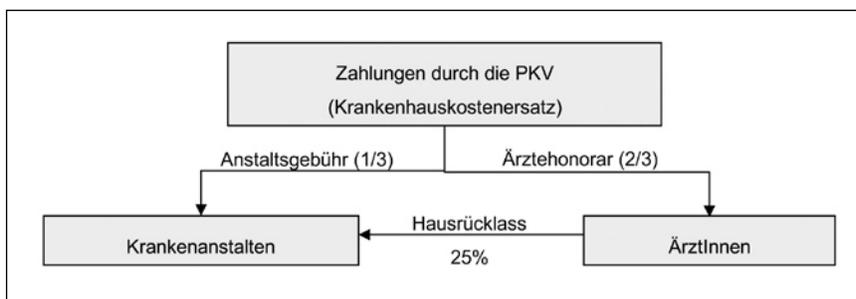


Abbildung 6: Finanzierung durch die Private Krankenversicherung in Oberösterreich

¹⁶ Vgl. Riedler (2013); Riedler (2012)

¹⁷ Hofmarcher, Rack (2006), S. 201

Natürlich kann man nicht genau sagen, wie sich die Arztgehälter entwickeln würden, wenn die Sonderklassehonorare zurückgehen, es ist jedoch unbestritten, dass man mehr Geld in die Hand nehmen müsste, um hoch qualifizierte Mediziner weiter in den öffentlichen Häusern zu halten. Andernfalls würden diese nach und nach in den Privatbereich abwandern und damit nur noch besser verdienenden Schichten der Bevölkerung zur Verfügung stehen – eine klare Ausweitung der Zwei-Klassen-Medizin.

Das Extremszenario wäre ein Verbot der Sonderklasse in öffentlichen Spitälern, das zwar sehr unwahrscheinlich scheint, dessen gedankliches Durchspielen jedoch die Auswirkungen auch für den Fall einer Reduktion der Sonderklasse klar verdeutlicht: Privatpatienten gehen dann ausschließlich in Privatspitäler. Die Mittel der privaten Krankenversicherung fließen dann auch ausnahmslos dorthin, wodurch für öffentliche Häuser ein großer Teil ihrer Mittel wegfällt. Den Verlust dieser Gelder müsste die öffentliche Hand wieder ausgleichen. Das öffentliche Gesundheitssystem würde also (bei gleicher Qualität) teurer, wohingegen sich parallel ein privates Gesundheitssystem etabliert. Ein weiteres Szenario könnte sein, dass sich die öffentliche Hand diese Verteuerung des Gesundheitssystems nicht leisten kann bzw. will und das öffentliche System (bei gleichen Kosten) qualitativ schlechter wird. Wir könnten also zwischen einer Verteuerung oder einer Verschlechterung wählen, die die derzeit kritisierten Ungerechtigkeiten im System bei weitem übertreffen würden.

Daher ist es aus Gründen der Finanzierung der Spitäler günstig und aus Gründen der gerechten Verteilung von Gesundheit angeraten, die Sonderklasse in den öffentlichen Spitälern zu erhalten, wenn nicht sogar auszubauen und darüber nachzudenken, wie öffentliche Spitäler gegenüber privaten Häusern konkurrenzfähig bleiben bzw. werden. Maximal 25 Prozent der Betten dürfen für Sonderklassepatienten vorgehalten werden – die Auslastung liegt derzeit jedoch deutlich darunter und wäre daher im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ausbaufähig. Wie bekommt man aber mehr Sonderklassepatienten in öffentliche Spitäler? Das scheint zurzeit sehr schwierig zu sein, da die Vorteile für Zusatzversicherte durch die stete Aufwertung der Allgemeinen Klasse bei weitem nicht mehr so groß sind wie früher. Das ist zwar sehr begrüßenswert, aber es darf nicht vergessen werden, dass privat Versicherte nicht unwesentliche monatliche Prämien für die Private Krankenversicherung bezahlen. Und für dieses Geld wollen sie verständlicherweise entsprechende Gegenleistungen erhalten. Zwei dieser Gegenleistungen sind die freie Arztwahl und die immer wieder kritisierte kürzere Wartezeit bei planbaren Operationen. Ein weiterer Vorteil ist die Hotelkomponente im Krankenhaus, die beispielsweise darin besteht, in einem Ein- oder Zweibettzimmer untergebracht zu sein, über eine größere Menüauswahl zu verfügen oder durch Zeitungen, Fern-

sehen und Internet unterhalten zu werden. Spitäler müssen darauf bedacht sein, diese Vorteile für Privatpatienten zu pflegen, auszubauen und dabei immer auch auf den Stand in den Privatspitälern zu achten.

In einer Studie¹⁸, die 2012 veröffentlicht wurde, wurden Überlegungen und Berechnungen angestellt, die zeigen, dass durch jede sonderklasseversicherte Person dem öffentlichen System – vor allem im Krankenhaus selber – Gelder verbleiben. Der Haupteffekt passiert, wie bereits beschrieben, in den Spitälern selbst – und zwar bei Inanspruchnahme der Sonderklasse durch einen Versicherten durch die Anstaltsgebühr und den Hausrücklass. Man könnte hier auch das Honorar der Ärzte aus den Sonderklassehonoraren als Gewinn betrachten, da diese der Grund für das niedrige Gehaltsniveau der Ärzte sind und somit beim Wegfall der Sonderklassehonorare von den Trägern ein höheres Gehalt ausbezahlt werden müsste. Dieses Ersparnis im Bereich der ärztlichen Gehälter ist in ihrer Höhe jedoch äußerst spekulativ, dieser Punkt wurde daher in der Studie nicht berücksichtigt.

Neben den Effekten im Spital, gibt es jedoch auch noch andere positive monetäre Effekte, die dem Fiskus zugutekommen:

- Bei Abschluss der Privaten Krankenversicherung bekommt der Versicherungsvertreter eine Prämie, für die er Einkommensteuer zahlt und beim Ausgeben des Geldes auch Mehrwertsteuer abführt. Dies ist ein Einmaleffekt zu Beginn der Versicherungslaufzeit.
- Der Versicherte führt mit seinen Versicherungsprämien 1 Prozent Versicherungsgebühr ab. Allerdings hätte er einen Teil des Geldes, das er für die Private Krankenversicherung ausgibt, ansonsten anderweitig verkonsumiert und dabei durchschnittlich 17 Prozent Mehrwertsteuer bezahlt. Dies ist ein Betrag, der dem Fiskus entgeht.
- Für das zusätzliche Einkommen der Ärzte aus den Sonderklassehonoraren muss ebenfalls Einkommensteuer bezahlt werden. Einen Teil des zusätzlichen Einkommens werden die Ärzte ausgeben und dabei Mehrwertsteuer bezahlen.

18 Riedler (2012)

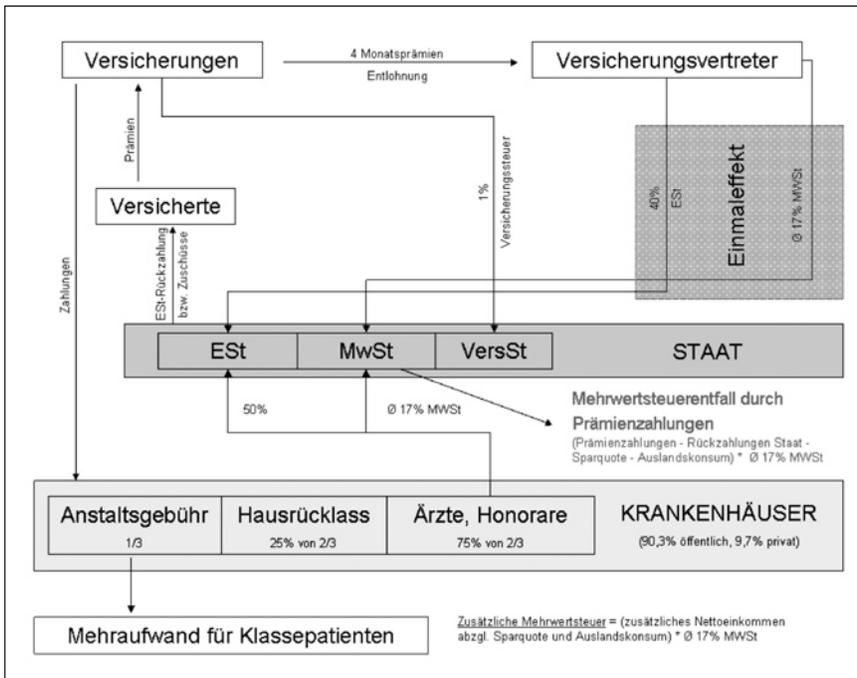


Abbildung 7: Durch die Private Krankenversicherung ausgelöste Zahlungsflüsse im Modell

Berechnungen¹⁹, die diese monetären Effekte für ein Versichertenleben darstellen, sprechen eine deutliche Sprache: Jede sonderklasseversicherte Person bringt der öffentlichen Hand zusätzliche Mittel ein. Die untenstehende Grafik zeigt das Beispiel einer Person, die zwischen ihrem 26. und 78. Lebensjahr privat krankenversichert ist. Mit zunehmendem Alter der Person steigen auch die Zahlungsflüsse wegen der dann vermehrten Spitalsaufenthalte an. Insgesamt ergeben sich über dieses (beispielhafte) gesamte Versichertenleben hinweg Einnahmen der öffentlichen Hand (Spitäler und Fiskus) in der Höhe von 30.000 Euro. Davon müssen in den Spitälern noch die Mehrkosten für den Sonderklassepatienten abgezogen werden. Geht man davon aus, dass diese Kosten in der Höhe der Anstaltsgebühr liegen (was eher hoch angesetzt ist)²⁰, so bleibt der öffentlichen Hand immer noch ein Gewinn von rund 15.000 Euro.

¹⁹ Mit Datenbasis 2009

²⁰ Laut §53(1) OÖ Krankenanstaltengesetz dürfte die Anstaltsgebühr in OÖ lediglich den erhöhten Personal- und Sachaufwand für den Sonderklassepatienten abdecken, in der Realität wird jedoch davon ausgegangen, dass die Anstaltsgebühr die tatsächlichen Zusatzkosten übersteigt. Schon alleine deshalb, weil manche Leistungen in der Sonderklasse, wie etwa die freie Arztwahl, nur schwer bezifferbar sind, jedoch einen unmittelbaren Nutzen für den Patienten haben.

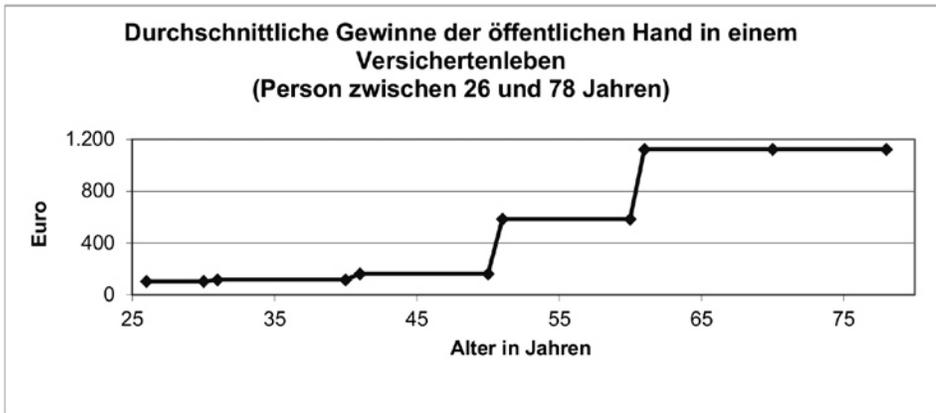


Abbildung 8: Durchschnittliche Gewinne der öffentlichen Hand in einem Versichertenleben (Person zwischen 26 und 78 Jahren), Datenbasis 2009

Die Idee der Studie aus dem Jahre 2012 war, dass man den positiven Nutzen der Sonderklasseversicherung für die öffentlichen Spitäler ausbauen könnte, indem der Staat die Sonderklasseversicherung stärker fördert. Eine Befragung in der oberösterreichischen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 55 Jahren, die im Rahmen dieser Studie durchgeführt wurde, zeigte ein deutlich erhöhtes Interesse am Abschluss einer Sonderklasseversicherung im Falle einer großzügigeren staatlichen Förderung. Die Abschlussbereitschaft hing sehr stark von der Förderhöhe ab und es zeigten vor allem jüngere Personen Interesse an einer Zusatzversicherung. Bei einer Förderung in der Höhe von drei Monatsprämien erklärten 14,3 Prozent der befragten Personen, die über keine PKV verfügten, ihre Bereitschaft zum Abschluss einer Privaten Krankenversicherung. Insgesamt gaben drei Viertel der Befragten an, dass eine höhere staatliche Förderung der Prämienzahlungen ihr Interesse an einer Sonderklasseversicherung erhöhen würde. Inwieweit sich dieses Potential an zusätzlichen Sonderklasseversicherten genau verwirklichen ließe, ist natürlich nicht gewiss, auch wenn es ein durchwegs großes Interesse zu geben scheint. Jedoch schaffen diese 15.000 Euro Gewinn aus dem beispielhaften Versichertenleben (also pro privat Krankenversichertem) doch einen gewissen Spielraum zur großzügigeren Förderung der PKV. Etwa könnten in den ersten drei Jahren nach Neuabschluss einer Zusatzkrankenversicherung jeweils drei Prämien refundiert werden. Das würde im oben angeführten Beispiel rund 600 Euro kosten – ein im Vergleich zu den Rückflüssen geringer Betrag.

Ziel der Förderung wäre eine Steigerung der Versichertenzahlen, sodass der Anteil der durch die PKV finanzierten Kosten der Fondsspitäler wieder ansteigt bzw. zumindest auf dem aktuellen Niveau stagniert (siehe Kapitel 4). So könnte die zunehmende Finanzierungslast seitens der Länder abgedeckt werden.

6. Fazit

Die Private Krankenversicherung ist speziell im Spitalsbereich ein wichtiger Finanzier, wenn auch der Anteil der Zahlungen an den Gesamtkosten in den Krankenhäusern in der Vergangenheit stark abgenommen hat. Umso wichtiger erscheint eine stärkere Förderung der Sonderklasse, um deren positiven monetären Effekte (auch) für die Allgemeine Klasse weiter nutzen zu können. Zum einen muss das von Seiten der öffentlichen Spitalsträger geschehen, die für die Sicherstellung der Konkurrenzfähigkeit gegenüber privaten Häusern Sorge tragen müssen. Es sollten in Zukunft Konzepte entwickelt werden, die eine Behandlung in der Sonderklasse öffentlicher Häuser (wieder) als attraktiv erscheinen lassen. Zum anderen könnte dies aber auch durch die Erhöhung der Versicherungszahlen in der PKV geschehen – indem man etwa die Prämienzahlungen stärker staatlich fördert und so mehr Menschen zu einem Vertragsabschluss motiviert.

Auf jeden Fall erscheint mir das System der integrierten Sonderklasse in den öffentlichen Häusern, so wie wir es in Österreich haben, als ein sozial sehr verträgliches. Die Alternative wäre ein privates Parallelsystem, indem es aufgrund der besseren Finanzierungssituation bessere medizinische Geräte und höher qualifizierte Ärzte gibt. Dieses System wäre ausschließlich dem besser verdienenden Teil der Bevölkerung vorbehalten. Daher bin ich davon überzeugt, dass mit einer Stärkung der Sonderklasse in den öffentlichen Häusern nicht nur der Zwei-Klassen-Medizin kein Vorschub geleistet, sondern diesem ganz im Gegenteil sogar entgegengewirkt wird.

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): Liste der Krankenanstalten in Österreich, Stand 3. Juli 2018. Download im Juli 2018 www.bmgf.gv.at
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): KOSTEN in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2007-2016. Wien. Download im Juli 2018 www.kaz.bmg.gv.at/kosten.html
- Hofmarcher MM, Rack HM (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen
- OECD/EU (2016): Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Papouschek, Ulrike (2011): Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen. Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA)
- Riedler, Katharina (2012): Die private Krankenversicherung: Wie viel der Staat gewinnt, wenn er sie fördert. Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung. Linz
- Riedler, Katharina (2013): Private Mittel im Gesundheitssystem: Entwicklung, Bedeutung und Steuerung. IN Zeitschrift für Gesundheitspolitik 03/2013. Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung. Linz. S. 9-36
- Statistik Austria (2018a): Current expenditure on health care by functions, providers and financing schemes in Austria, 2016 (in million euros)
- Statistik Austria (2018b): Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA) 2004-2016, in Mio. Euro
- Statistik Austria (2018c): Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten 2016 nach Rechtsträgern, Öffentlichkeitsrecht und Bundesländern
- WVO Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (2017): Jahresbericht 2016. Wien
- WVO Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (2018): Jahresbericht 2017. Wien

Mag. Vasiliki Karagiannidis

Senior-Researcher, market Institut

Bevölkerungsbefragung: Anforderungen an die Sonderklasse in Spitälern

1. Zufriedenheit mit der Versorgung im Spital	34
2. Krankenhauskostenversicherte	38
3. Pro und kontra Private Krankenversicherung	40
4. Unterschiede zwischen den Klassen	44
5. Attraktive Zusatzleistungen	47
6. Gesundheitspolitische Komponente	51

Die Befragung der oberösterreichischen Bevölkerung zeigt, dass die Gesundheitsversorgung für gut gehalten wird, jedoch Zukunftssorgen bestehen. Naturgemäß werden Unterschiede zwischen der Sonderklasse und der normalen Klasse ausgemacht. Worin diese in der Wahrnehmung der Bevölkerung besonders liegen, welche Leistungen man sich in der Sonderklasse wünschen würde und was die Bürger von der Integration der Sonderklasse in die öffentlichen Spitälern hält, ist Thema dieses Beitrages.

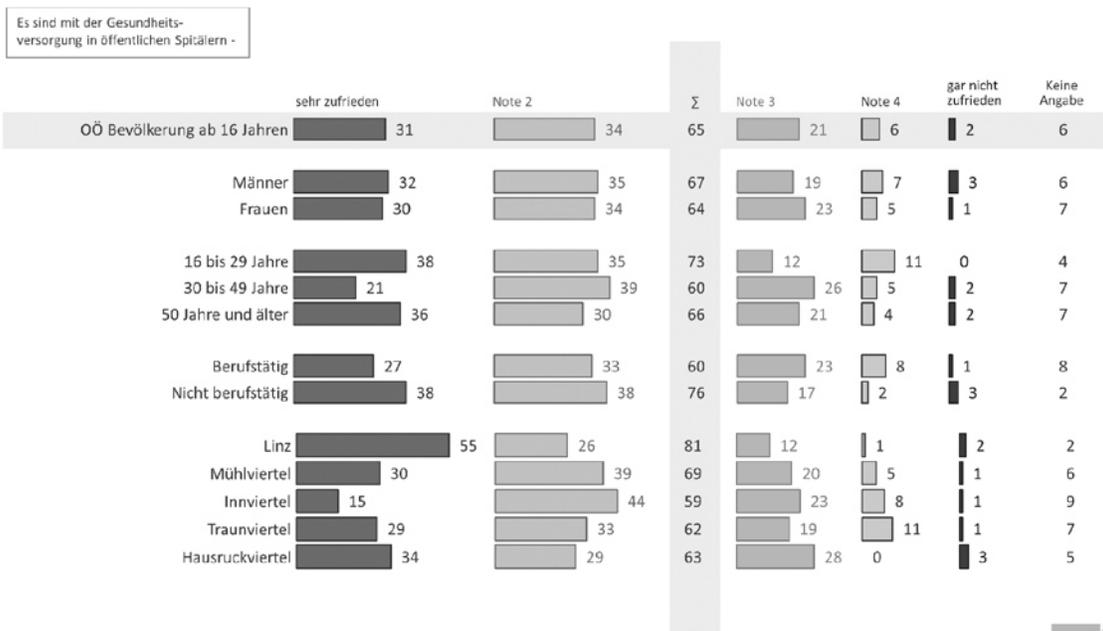
Im Erhebungszeitraum 26. April bis 16. Mai 2018 wurde vom market Institut Linz eine telefonische Befragung in Form von CATI-Interviews unter 500 Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher über 16 Jahre zum Thema „Anforderungen an die Sonderklasse in Spitälern“ durchgeführt. Die Ergebnisse sind daher repräsentativ für die oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren. Die maximale statistische Schwankungsbreite liegt daher bei $\pm 4,47$ Prozent ($n = 500$). Der zugrundeliegende Fragebogen wurde gemeinsam mit dem Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung erarbeitet.

1. Zufriedenheit mit der Versorgung im Spital

Hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in den öffentlichen Spitälern in Oberösterreich – es wird aber in den nächsten Jahren eine negative Entwicklung befürchtet.

31 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen sind mit der Gesundheitsversorgung in den öffentlichen Spitälern sehr zufrieden und weitere 34 Prozent sind zufrieden. Die Note „befriedigend“ vergeben 21 Prozent der Befragten und schließlich sind 6 Prozent weniger oder gar nicht zufrieden. Jüngere Personen, insbesondere die Altersgruppen der 16- bis 29-Jährigen, sind häufiger zufrieden, und auch in der Landeshauptstadt wird deutlich häufiger positiv bewertet. Konkret sind 81 Prozent der Linzer und Linzerinnen mit der Gesundheitsversorgung in den öffentlichen Spitälern zufrieden, 55 sogar sehr zufrieden. Im Inn- und Trauviertel ist man hingegen häufiger unzufrieden. Kritischer beurteilen auch die Berufstätigen die Gesundheitsversorgung in den öffentlichen Spitälern.

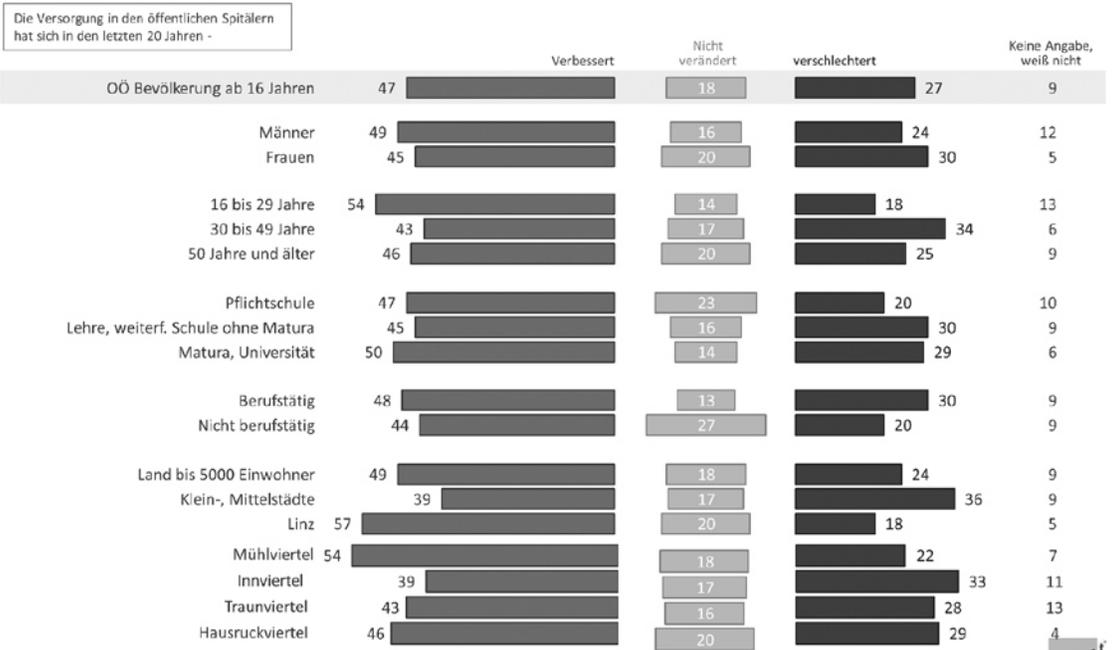
Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung



Frage 1: Ganz allgemein: Wie zufrieden sind Sie mit der Gesundheitsversorgung in den öffentlichen Spitälern?

Knapp jede zweite Oberösterreicherin und jeder zweite Oberösterreicher ist der Meinung, dass sich die Versorgung in den öffentlichen Spitälern in den letzten 20 Jahren verbessert hat. Jüngere Personen zwischen 16 und 29 Jahren sehen häufiger eine Verbesserung, und auch in Linz sind deutlich mehr Personen der Meinung, dass sich die öffentlichen Spitälern in den letzten zwei Dekaden verbessert haben. Kritisch sehen hingegen 27 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen die Entwicklung der öffentlichen Spitälern. Besonders häufig wird im Innviertel eine negative Entwicklung geortet. Aber auch die Bevölkerung in den Klein- und Mittelstädten Oberösterreichs sieht deutlich häufiger eine Verschlechterung als der Durchschnitt: Konkret geben 36 Prozent der Personen, die in Klein- und Mittelstädten wohnen, an, dass sich die Versorgung in den öffentlichen Spitälern in den letzten 20 Jahren eher verschlechtert hat. Dem gegenüber stehen 39 Prozent, die eher eine Verbesserung sehen, und 17 Prozent, die keine Veränderung sehen.

Veränderung in den letzten 20 Jahren

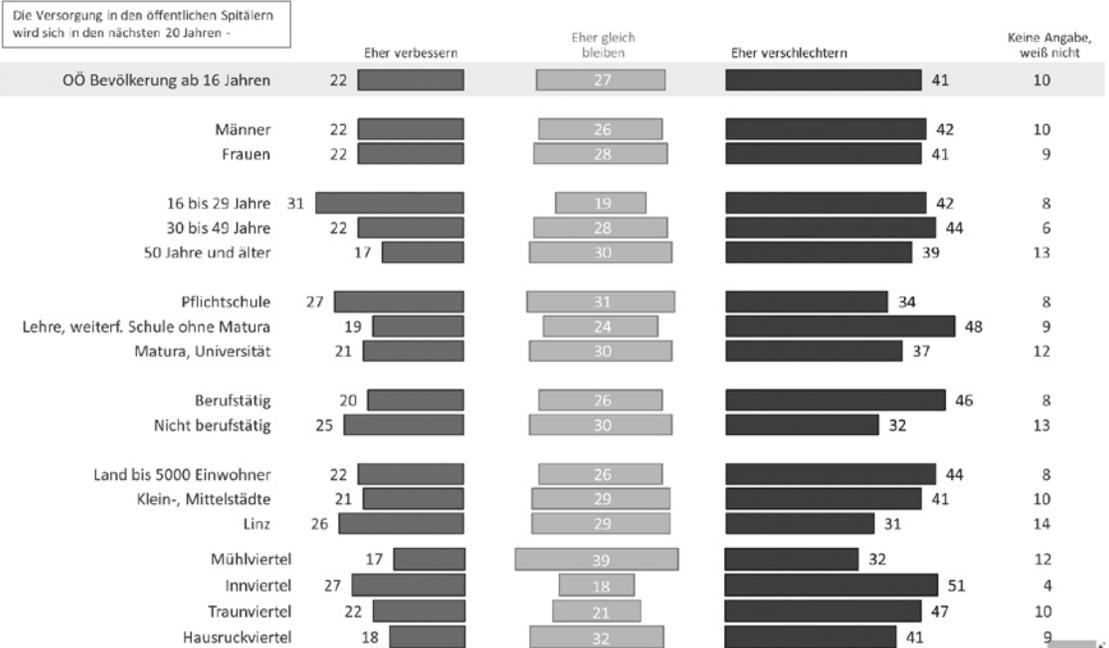


Frage 2: Glauben Sie hat sich die Versorgung in den öffentlichen Spitälern in den letzten 20 Jahren eher...



Allerdings befürchtet die Mehrheit der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen, dass sich die Versorgung in den öffentlichen Spitälern in den nächsten 20 Jahren eher verschlechtern wird. Konkret sind 41 Prozent der befragten Personen der Meinung, dass sich die Gesundheitsversorgung eher verschlechtern wird, 22 Prozent sind eher optimistisch und glauben, dass sich die Versorgung in den nächsten Jahren sogar verbessern wird, und 27 Prozent schließlich vermuten, dass sich kaum etwas ändern wird. Besonders häufig sind junge Personen optimistisch: 54 Prozent erwarten sich eine Verbesserung, während die Inn- und Traunviertler/innen besonders häufig skeptisch in die Zukunft der Gesundheitsversorgung in den öffentlichen Spitälern blicken.

Entwicklung der Versorgung in den nächsten 20 Jahren



Frage 3: Wie vermuten Sie wird sich die Versorgung in den öffentlichen Spitälern in den kommenden 20 Jahren entwickeln?



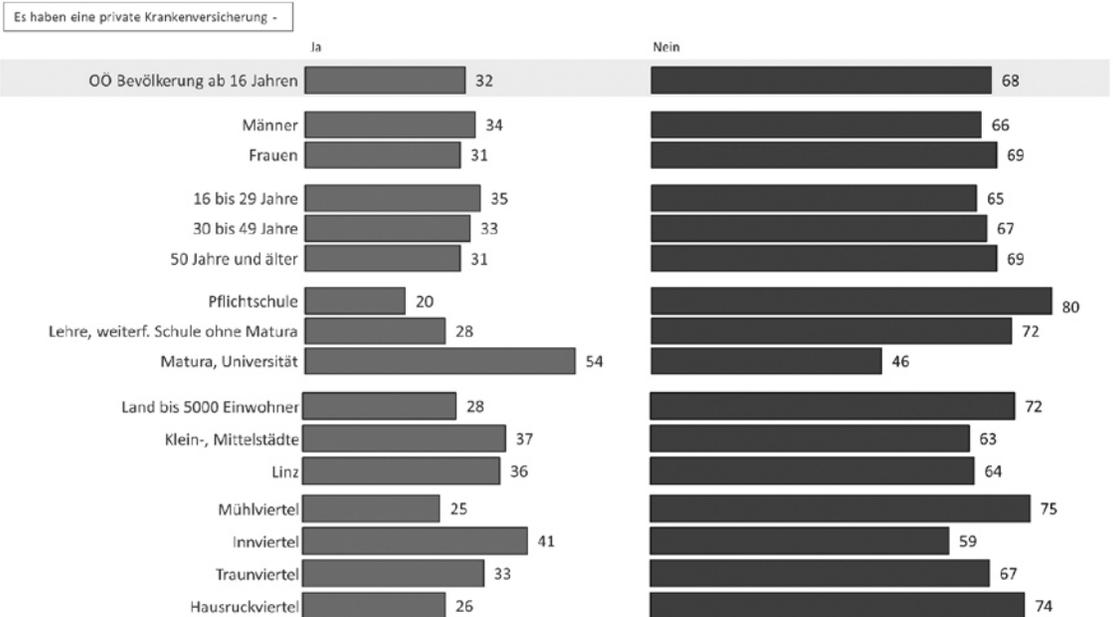
Zusammenfassend sind die Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher zwar mit der Gesundheitsversorgung in den öffentlichen Spitälern zufrieden und der Meinung, dass sich diese in den letzten zwei Jahrzehnten verbessert hat, befürchten aber in den nächsten 20 Jahren eher eine Verschlechterung.

2. Krankenhauskostenversicherte

Ein Drittel der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher ist privat krankenversichert, rund jeder zehnte könnte sich vorstellen, sich in Zukunft privat zu versichern.

Knapp ein Drittel der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen, konkret 32 Prozent, haben eine private Krankenversicherung, die einen Aufenthalt im Krankenhaus als Privatpatient/in ganz oder teilweise abdeckt. Personen mit höherer Bildung haben deutlich häufiger eine private Versicherung und Personen am Land eher seltener. Auch regional gibt es Unterschiede: private Versicherungen sind vor allem in Linz und im Innviertel beliebt.

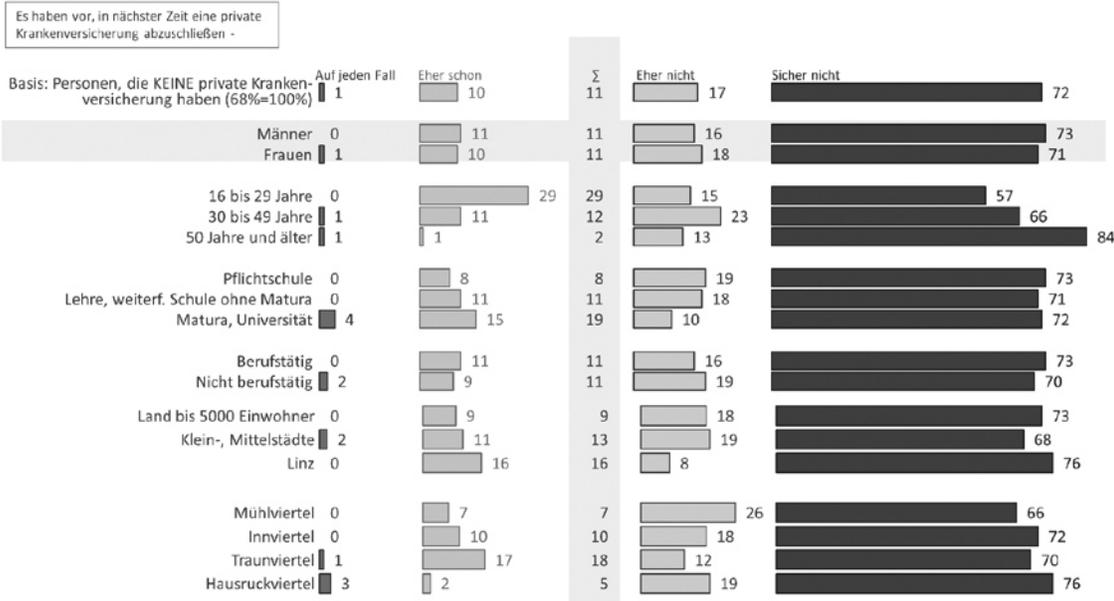
Besitz einer privaten Krankenversicherung



Frage 4: Haben Sie eine private Krankenversicherung, die einen Aufenthalt im Krankenhaus als Privatpatient ganz oder teilweise abdeckt?

Immerhin rund jeder Zehnte, der keine private Krankenversicherung hat, könnte sich vorstellen in Zukunft eine abzuschließen, und zwar 1 Prozent auf jeden Fall und weitere 10 Prozent eher schon. Das Potential liegt hier nur zwischen 1 und 11 Prozent. Dabei fällt auf, dass vor allem junge Personen, konkret die 16- bis 29-Jährigen, es sich häufiger (29 Prozent) vorstellen können, in den nächsten Jahren eine private Sonderklasse-Versicherung abzuschließen. Aber auch bei den Personen mit höherer Bildung ist das Potential höher. Schließlich spielt auch der Urbanitätsgrad eine Rolle: Je größer die Wohnortgröße ist, desto höher ist der Anteil an Personen, die sich eine private Krankenversicherung vorstellen können.

Geplante Abschließung einer Privaten Krankenversicherung



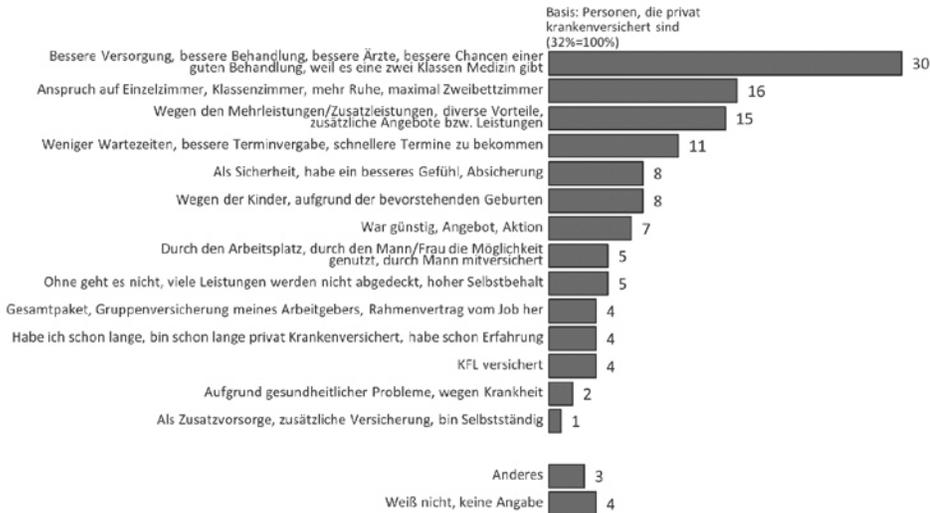
Frage 8: Sie haben keine private Krankenversicherung. Haben Sie vor, eine Private Krankenversicherung, die den Aufenthalt im Krankenhaus als Privatpatient abdeckt, in nächster Zeit abzuschließen?

3. Pro und Kontra Private Krankenversicherung

Personen, die eine private Sonderklassen-Versicherung abgeschlossen haben, haben sich für diese entschieden, weil sie sich dadurch eine bessere Qualität der Versorgung erwarten. Aber auch das Klassezimmer, in dem man alleine oder höchstens zu zweit liegt, und die zusätzlichen Behandlungsangebote, die man als Privatpatient/in bekommt, werden als Argumente für eine Sonderklasse-Versicherung genannt. 11 Prozent argumentieren pro Sonderklasse-Versicherung mit den geringeren Wartezeiten und 8 Prozent fühlen sich einfach sicherer. Für ebenfalls 8 Prozent der Oberösterreicher/innen ist eine mögliche Geburt der Auslöser, um eine Sonderklasse-Versicherung abzuschließen.

Gründe für den Abschluss einer privaten Sonderklassen- Krankenversicherung

Es haben sich für eine private Sonderklassen-Krankenversicherung entschieden, weil -

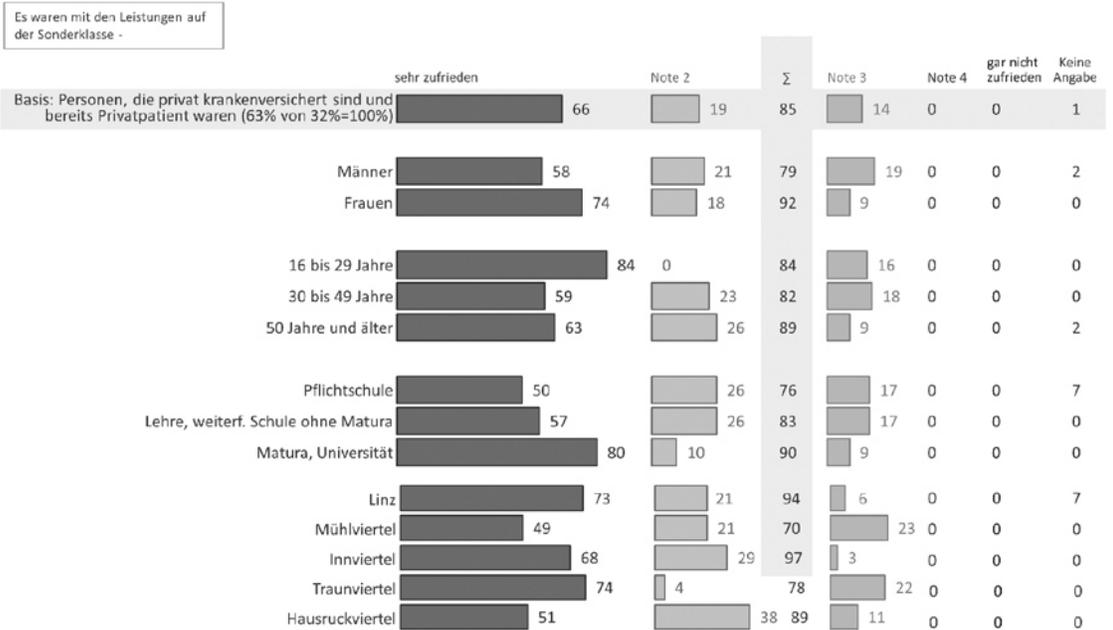


Frage 5: Warum haben Sie sich für eine private Krankenversicherung entschieden? Bitte erklären Sie kurz Ihre die Gründe!

62 Prozent der Personen, die eine private Versicherung haben, die ganz oder teilweise die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes in der Sonderklasse abdeckt, haben schon einmal persönliche Erfahrungen als Privatpatienten in einem öffentlichen Spital gemacht und waren insgesamt zufrieden. Konkret waren zwei Drittel der Patienten sehr zufrieden und 19 Prozent zufrieden. 14 Prozent haben die Note „befriedigend“ vergeben. Die Noten „eher weniger zufrieden“ und „ganz und gar nicht zufrieden“ wurden nicht vergeben. Frauen haben insgesamt positiver bewertet, und zwar waren 92 Prozent der Frauen, die schon Erfahrung als Privatpatientinnen gemacht haben, mit den Leistungen der Sonderklasse zufrieden. Interessant ist auch die Korrelation zwischen Bildung und Zufriedenheit: Je gebildeter die Person ist, desto häufiger urteilt sie positiv.

Auch regional gibt es Unterschiede in der Bewertung der Sonderklasse in den öffentlichen Spitälern Oberösterreichs: Sehr zufrieden ist die Bevölkerung in Linz und im Innviertel. Besonders kritisch bewertet hingegen die Bevölkerung im Mühlviertel.

Zufriedenheit mit den Leistungen auf der Sonderklasse



Frage 7: Wie zufrieden waren Sie mit den Leistungen auf der Sonderklasse?



Die oben beschriebenen Argumente, die für eine private Sonderklassen-Versicherung sprechen, werden bei der Frage: „Was spricht aus Ihrer Sicht für eine private Krankenversicherung?“, die an alle Personen gestellt wurde, die privat versichert sind, und jene, die derzeit nicht versichert sind, es sich aber in Zukunft vorstellen können, nochmals bestätigt: Man erwartet sich eine bessere medizinische Versorgung, eine bevorzugte Behandlung und mehr Aufmerksamkeit durch die Ärzte und das Pflegepersonal, aber auch kürzere Wartezeiten bei Terminvereinbarungen, Einzel- oder Zweibettzimmer und andere zusätzliche Leistungen. Weiter wird von knapp jedem Zehnten (9 Prozent) auch die Möglichkeit der freien Arztwahl genannt. 6 Prozent der Privat-Versicherten und jener, die eine private Versicherung grundsätzlich begrüßen, sehen diese als Absicherung vor allem im Alter, und 5 Prozent sind der Meinung, dass eine private Versicherung wichtig ist, da das allgemeine Gesundheitssystem nicht ausreicht.

Durch die private Krankenversicherung erwarde man sich allgemein eine bessere Behandlung. Gegen eine Zusatzversicherung sprechen die hohen Kosten.

Gründe FÜR eine Private Krankenversicherung



Es haben sich für eine private Krankenversicherung entschieden, weil -



Frage 9: Was spricht aus Ihrer Sicht grundsätzlich für eine private Krankenversicherung?

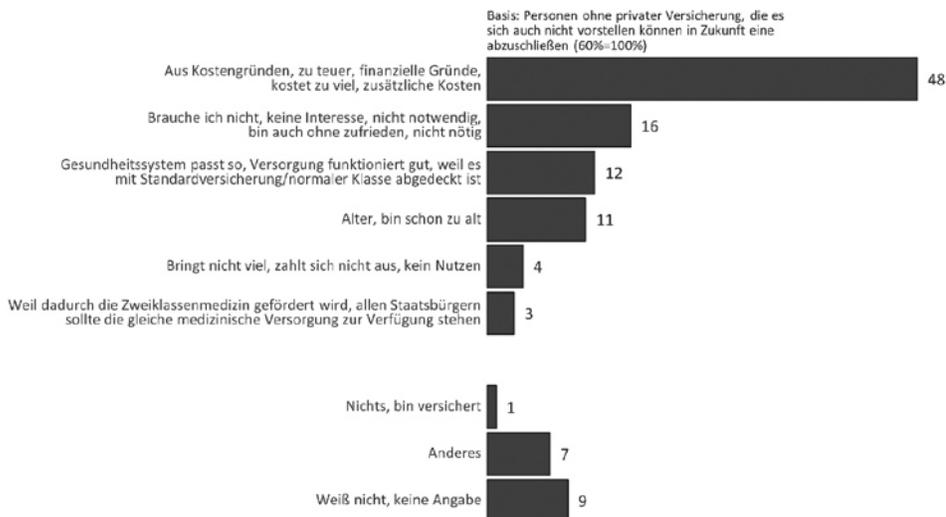


Interessant ist, dass es bei den Argumenten für eine private Versicherung große regionale Unterschiede gibt: Während für die Bevölkerung in Linz eher die Themen bessere, bevorzugte Behandlung und geringe Wartezeiten wichtig sind, spricht sich die Bevölkerung im Innviertel und im Hausruckviertel deutlich häufiger positiv für die freie Arztwahl aus. Das Einzel- oder Zweibettzimmer ist vor allem für Frauen und Personen ab 30 Jahren wichtig. Für junge Oberösterreicher und Österreicherinnen ist vor allem die bessere medizinische Versorgung ein Argument für die private Versicherung. Gleichzeitig ist der Anteil an Systemkritikern unter der Altersgruppe der 16- bis 29-Jährigen am größten.

Gegen eine private Krankenversicherung sprechen vorwiegend die hohen Kosten: 48 Prozent der Personen, die nicht privat zusatzversichert sind und die es auch nicht vorhaben, sich in nächster Zeit privat zu versichern, sind der Meinung, dass eine private Versicherung zu teuer ist. Vor allem für Frauen sind die Kosten zu hoch: Konkret geben 55 Prozent der Frauen an, die keine private Krankenversicherung haben, dass diese zu teuer ist. 16 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen sind der Meinung, dass sie nicht nötig ist – vor allem jüngere Personen sind häufiger dieser Meinung –, 12 Prozent sind mit dem öffentlichen

Gründe GEGEN eine Private Krankenversicherung

Es haben sich für eine private Krankenversicherung entschieden, weil -



Frage 10: Was spricht gegen eine private Krankenversicherung?

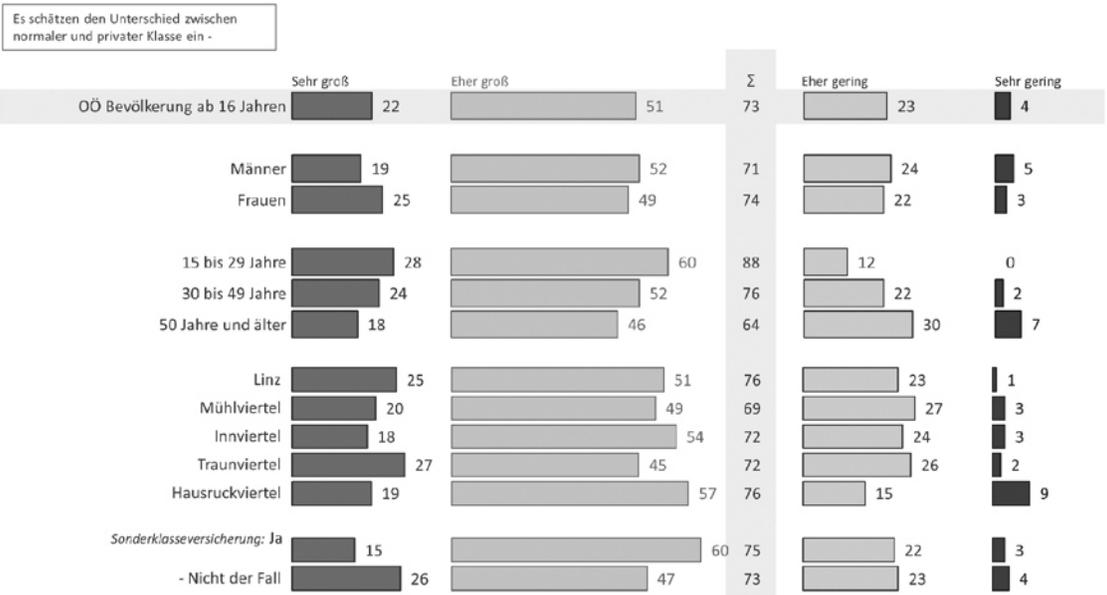
Versicherungssystem zufrieden und sehen keine Notwendigkeit, sich privat noch zusätzlich zu versichern, und 11 Prozent sind der Meinung, dass sie schon zu alt dafür sind. 4 Prozent sehen keinen Nutzen darin, und schließlich sind 3 Prozent der Meinung, dass man mit einer privaten Versicherung die Zwei-Klassen-Medizin fördert. Maturanten/innen und Akademiker/innen sind deutlich häufiger dieser Meinung.

4. Unterschiede zwischen den Klassen

Große Unterschiede zwischen privater und normaler Klasse werden vermutet.

22 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen sind der Meinung, dass es zwischen der normalen Klasse und der privaten Klasse sehr große Unterschiede gibt, und 51 Prozent meinen, dass die Unterschiede eher groß sind. In Summe sind also knapp drei Viertel der Meinung, dass es durchaus Unterschiede zwischen Sonderklasse und normaler Klasse in den Krankenhäusern in Oberösterreich gibt. Eher geringe Unterschiede sieht knapp ein Viertel (23 Prozent), und für 4 Prozent sind die Unterschiede sehr gering. Je jünger die Befragten sind, desto häufiger sind sie der Meinung, dass es Unterschiede zwischen privater und normaler Klasse gibt. So sind 88 Prozent der 16- bis 29-Jährigen der Meinung, dass sich normale Klasse und Sonderklasse unterscheiden, aber „nur“ 64 Prozent der über 50-Jährigen. Sowohl privat Versicherte als auch nicht privat Versicherte vermuten Differenzen, allerdings werden diese von nicht privat Versicherten deutlich größer vermutet. Auch Personen, die vorher angegeben haben, dass sie mit dem Gesundheitssystem in Oberösterreich weniger oder gar nicht zufrieden sind, sind deutlich häufiger der Meinung, dass sich die Klassen voneinander unterscheiden. Eher homogen fällt die regionale Beurteilung aus. Etwas geringer werden die Unterschiede zwischen normaler und Sonderklasse im Mühlviertel eingeschätzt.

Unterschied zwischen normaler und privater Klasse im Spital



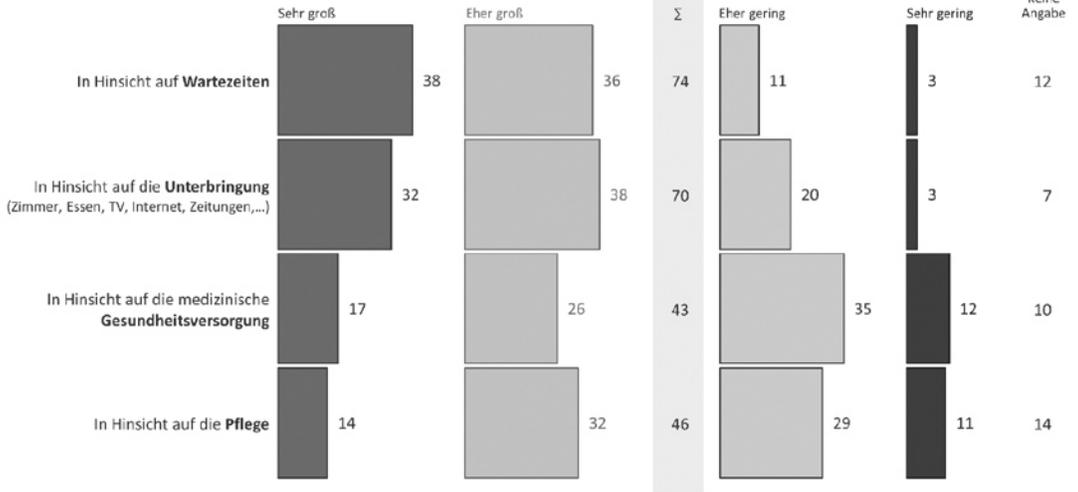
Frage 11: Wie hoch schätzen Sie den Unterschied zwischen der normalen Klasse und der privaten Klasse im Spital alles in allem ein?



Die größten Unterschiede gibt es nach Ansicht der oberösterreichischen Bevölkerung zwischen den Klassen in Hinsicht Wartezeiten: 74 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass es sehr große und große Unterschiede zwischen privater und normaler Klasse bei den Wartezeiten gibt. Besonders häufig sind Personen zwischen 30 und 49 Jahren, aber auch die Bevölkerung in den Klein- und Mittel-Städten dieser Meinung. In der Unterbringung, also die Ausstattung der Zimmer selbst, orten 70 Prozent der Befragten sehr große oder eher große Unterschiede – jüngere Personen deutlich häufiger als ältere. Aber auch in Hinsicht Gesundheitsversorgung und Pflege selbst sehen immerhin gut zwei Fünftel Unterschiede zwischen normaler und privater Klasse. Interessant ist, dass Personen, die nicht privat versichert sind, deutlich häufiger der Meinung sind, dass es Unterschiede in der medizinischen Versorgung und Pflege gibt. Aber auch Personen, die zusatzversichert sind und schon einmal Erfahrungen als Privatpatienten im Spital gemacht haben, sehen hier häufiger Unterschiede. Jene hingegen, die privat versichert sind, sehen die Unterschiede eher in den Wartezeiten und der Unterbringung.

Unterschiede zwischen normaler und privater Klasse

Es schätzen den Unterschied zwischen normaler und privater Klasse in den jeweiligen Bereichen ein -



Frage 12: Ich lese Ihnen nun verschiedene Bereiche vor. Wie hoch schätzen Sie den Unterschied zwischen der normalen Klasse und der privaten Klasse im Spital pro Bereich vor?

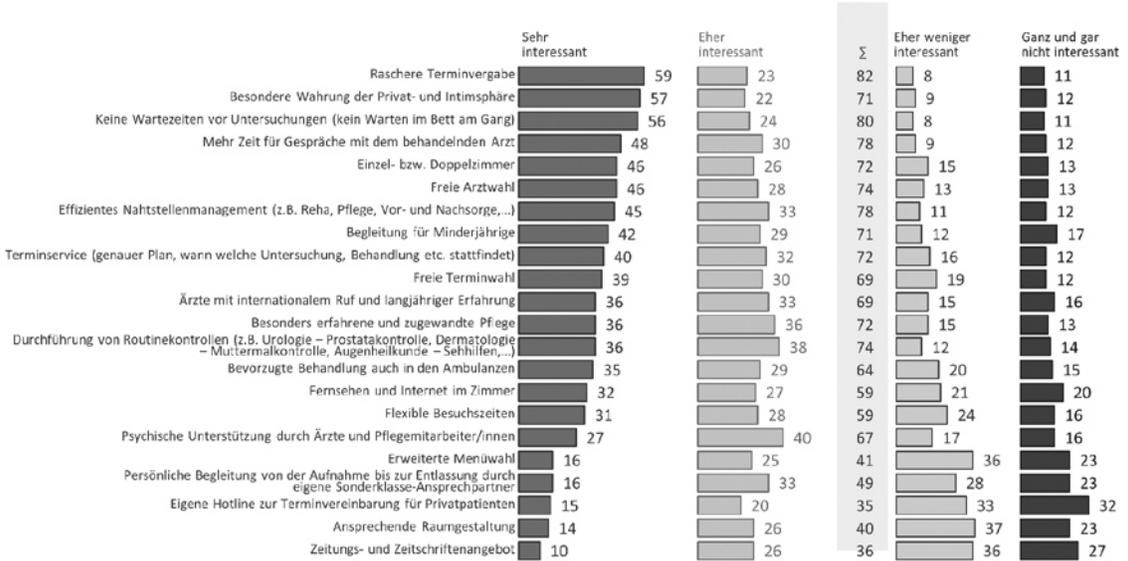
5. Attraktive Zusatzleistungen

Attraktive Zusatzleistungen machen die private Krankenversicherung interessanter.

Es gibt durchaus viele Zusatzleistungen, die eine private Krankenversicherung attraktiv bzw. attraktiver machen. Konkret geben 82 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung an, dass die Möglichkeit, schneller einen Termin zu bekommen, sehr interessant bzw. interessant ist. Vor allem Linzer und Mühlviertler finden diese Zusatzleistung besonders interessant. Für vier Fünftel (80 Prozent) ist es sehr interessant bzw. interessant, wenn es zu keinen Wartezeiten vor Untersuchungen, z.B. im Bett am Gang, kommen würde. Jeweils 78 Prozent würden mehr Zeit für Gespräche mit dem behandelten Arzt und ein effizienteres Nahtstellenmanagement (z.B. Reha, Pflege, Vor- und Nachsorge) begrüßen. Für knapp drei Viertel (74 Prozent) sind die freie Arztwahl und die Durchführung von Routinekontrollen (z.B. Urologie – Prostatakontrolle, Dermatologie – Muttermalkontrolle, Augenheilkunde – Sehhilfen etc.) sehr interessant bzw. interessant. Ein Einzel- bzw. ein Doppelzimmer und ein Terminservice (genauer Plan, wann welche Untersuchung, Behandlung etc. stattfindet) wären für jeweils 72 Prozent zumindest interessant. Weitere attraktive Zusatzleistungen sind die besondere Wahrung der Privat- und Intimsphäre, die Begleitung Minderjähriger – besonders für Frauen und jüngere Altersgruppe sehr interessant –, besonders erfahrene und zugewandte Pflege, psychische Unterstützung durch Ärzte und Pflegemitarbeiter/innen – Frauen reflektieren auf diese Leistung besonders –, Fernsehen und Internet im Zimmer, flexible Besuchszeiten und persönliche Begleitung von der Aufnahme bis zur Entlassung durch eigene Sonderklasse-Ansprechpartner. Für wenige sind hingegen eine eigene Hotline zur Terminvereinbarung für Privatpatienten, Zeitungs- und Zeitschriftenangebot, eine ansprechende Raumgestaltung und eine erweiterte Menüauswahl interessante Zusatzleistungen.

Interessante Zusatzleistungen als Privatpatient

Folgende Zusatzleistungen wären als Privatpatient -

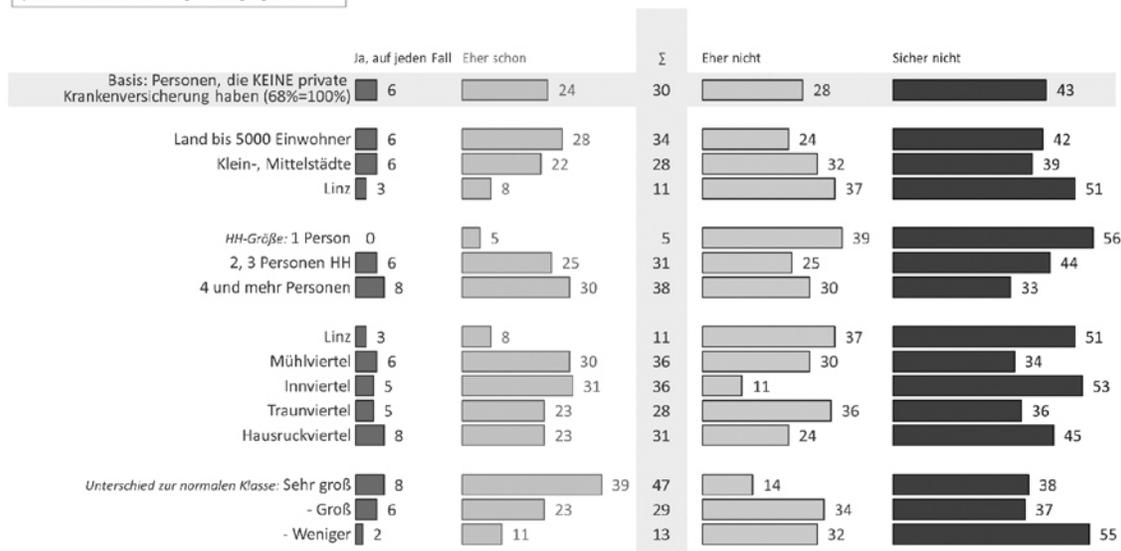


Frage 13: Welche der folgenden Zusatzleistungen wären/sind für Sie sich als Privatpatient interessant?

Würden die privaten Versicherungen ihre Leistungen für Privatpatienten in den Spitälern ausweiten, so würden 6 Prozent der Personen, die nicht privat versichert sind, auf jeden Fall in Erwägung ziehen, sich privat versichern zu lassen, und 24 Prozent eher schon. In Summe liegt das Potential – vorausgesetzt, die Zusatzleistungen sind attraktiv – bei ca. zwischen 6 und 30 Prozent. Je jünger die Befragten sind, desto höher ist das Potential einer privaten Zusatzversicherung. Auch die Wohnortgröße spielt eine Rolle: Je kleiner der Wohnort, desto größer das Interesse an einer privaten Zusatzversicherung. Personen, die zwischen privater und normaler Klasse sehr große Unterschiede sehen, wären häufiger bereit, sich privat zu versichern. In Linz ist hingegen das Interesse am geringsten, am größten im Mühl- und Innviertel.

Abschluss einer Privaten Krankenversicherung bei Ausweitung der Leistungen

Es würden bei einer Ausweitung der Leistungen eine private Krankenversicherung in Erwägung ziehen -



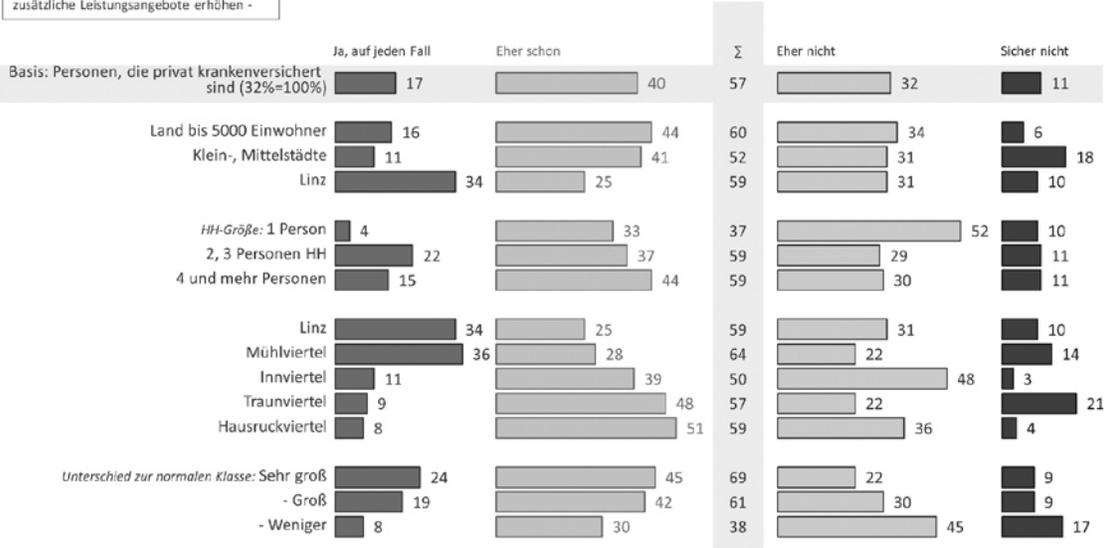
Frage 14: Würden Sie bei einer Ausweitung der Leistungen für Privatpatienten in den Spitälern den Abschluss einer privaten Krankenversicherung in Erwägung ziehen?



Zusatzleistungen erhöhen aber nicht nur das Interesse an einer privaten Zusatzversicherung bei Personen, die keine private Zusatzversicherung haben, sie erhöhen auch die Bereitschaft von Personen, die schon eine private Zusatzversicherung haben, mehr zu bezahlen. 17 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen, die schon privat Zusatzversichert sind, wären auf jeden Fall bereit, für zusätzliche Leistungsangebote mehr zu bezahlen, und 40 Prozent eher schon. Männer wären deutlich häufiger bereit, tiefer in die Tasche zu greifen, und zwar 64 Prozent gegenüber 49 Prozent der Frauen. Auch jüngere Personen und Berufstätige wären bereit, für mehr Leistungen auch mehr zu bezahlen.

Höhere Zahlungsbereitschaft durch zusätzliche Leistungsangebote

Die Zahlungsbereitschaft würde sich durch zusätzliche Leistungsangebote erhöhen -

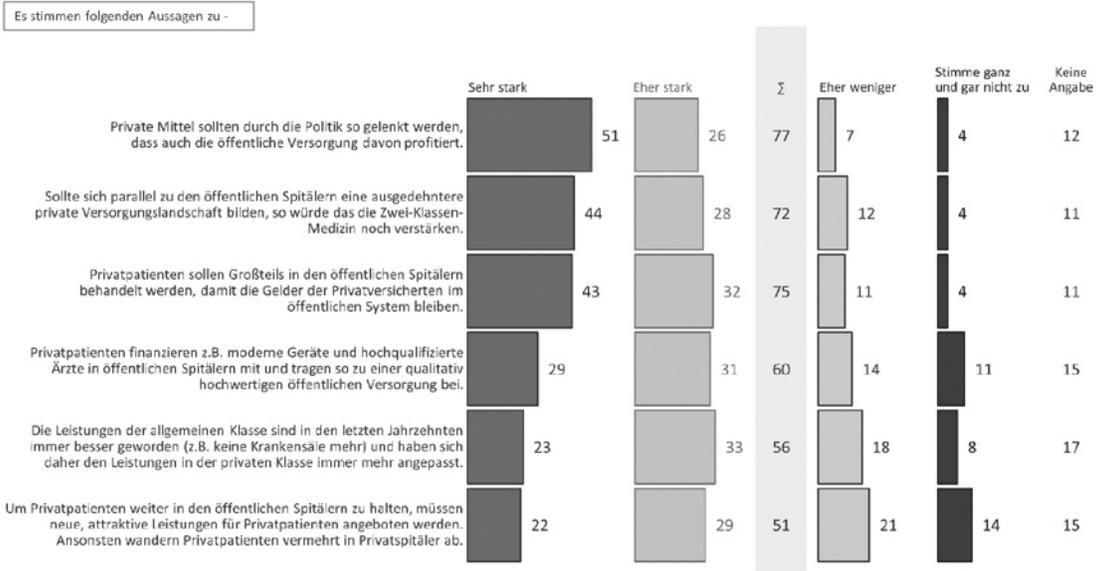


Frage 15: Würden zusätzliche Leistungsangebote für Privatpatienten in den Spitälern ihre Zahlungsbereitschaft für eine private Krankenversicherung erhöhen?

6. Gesundheitspolitische Komponente

Die Mehrheit der oberösterreichischen Bevölkerung ist der Meinung, dass private Mittel im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung im eigenen Bundesland so gelenkt werden sollten, dass die öffentliche Versorgung davon profitiert. Konkret stimmen 51 Prozent der Befragten dieser Aussage sehr stark zu und weitere 26 Prozent stimmen eher stark zu. Gleichzeitig würden es drei Viertel begrüßen, wenn Privatpatienten größtenteils in den öffentlichen Spitälern behandelt werden, damit die Gelder der Privatversicherten im öffentlichen System bleiben. 72 Prozent sind der Meinung, dass wenn sich eine parallel zu den öffentlichen Spitälern ausgedehntere private Versorgungslandschaft bilden würde, dies die Zwei-Klassen-Medizin noch verstärken würde. Immerhin 60 Prozent sind davon überzeugt, dass Privatpatienten z.B. moderne Geräte und hochqualifizierte Ärzte in öffentlichen Spitälern mitfinanzieren und so zu einer qualitativ hochwertigen öffentlichen Versorgung beitragen. Mehr als jeder Zweite (56 Prozent) ist der Meinung, dass sich die normale Klasse in den letzten Jahrzehnten immer weiter verbessert und an den Leistungen der privaten Klasse angepasst hat. Und schließlich stimmen 51 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen der Aussage zu, dass es wichtig wäre, Privatpatienten neue, attraktive Leistungen anzubieten, weil sie sonst an Privatspitäler abwandern würden.

Einstellung zum Gesundheitssystem



Frage 16: Ich lese Ihnen nun verschiedene Meinungen und Aussagen vor! Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr Sie diesen Aussagen zustimmen.

Mag. Sabine Weißengruber-Auer

Projektleiterin, Ärztliches Qualitätszentrum

Mag. Katharina Wieser

Wissenschaftliche Mitarbeiterin,

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG

Befragung und Fokusgruppe

„Attraktive Sonderklasse“: Auf den Milchschaum nicht vergessen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

1. Befragung	55
1.1. Methodik	55
1.2. Interessante Leistungen in der Sonderklasse	55
1.3. Marketing	58
1.4. Politik	60
1.5. Sonstige Wortmeldungen	61
2. Fokusgruppe	63
2.1. Das Cappuccino-Prinzip	64
2.2. Was macht ein gutes Krankenhaus aus?	65
2.3. SWOT-Analyse	66
2.4. Wohin geht die Reise? – Vision „2030“	75

1. Befragung

1.1. Methodik

Im Zeitraum April bis Mai 2018 wurde unter den oberösterreichischen Primärärzten, die eine leitende Funktion in den öffentlichen Spitälern ausübten, eine Umfrage zum Thema „Attraktive Sonderklasse“ durchgeführt. Die Befragung wurde vom Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Qualitätszentrum durchgeführt. Für die technische Umsetzung kam das Online-Befragungstool questback zum Einsatz. Die befragten Ärzte bekamen einen Einladungsbrief per E-Mail zugesandt und konnten mit Hilfe eines Direktlinks zum Online-Fragebogen gelangen. Die Befragung wurde anonym durchgeführt. Die Grundgesamtheit, an die der Fragebogen ausgesendet wurde, betrug $N = 220$ Primärärztinnen und Primärärzte. Insgesamt nahmen 80 Personen (36,4 Prozent) an der Erhebung teil.

Die antwortenden Personen waren zu 91,3 Prozent männlich und zu 8,8 Prozent weiblich, was der Verteilung in der Grundgesamtheit sehr gut entspricht ($m = 92,3\%$; $w = 7,7\%$). Unter den befragten Ärzten übten 38 Prozent ein konservatives Fach, 36 Prozent ein operatives Fach und 26 Prozent ein diagnostisches Fach aus. 47 Prozent der Mediziner waren in einem Krankenhaus der gespag tätig, 38 Prozent arbeiteten in einem Ordensspital, 14 Prozent am Kepler Universitätsklinikum und 1 Prozent gab einen anderen Träger als Arbeitgeber an. Über die Hälfte (53 Prozent) der Befragten waren in einem Schwerpunktkrankenhaus, 28 Prozent in einem Standardkrankenhaus, 18 Prozent in einem Zentralkrankenhaus und 1 Prozent in einem Sonderkrankenhaus angestellt.

1.2. Interessante Leistungen in der Sonderklasse

Eingangs wurde den Primärärzten eine Liste mit möglichen bzw. bereits vorhandenen nicht medizinischen Leistungen in der Sonderklasse vorgelegt, die sie jeweils in ihrer Wichtigkeit für Sonderklassepatienten auf einer 7-teiligen Skala von „1 – sehr interessant“ bis „7 – völlig uninteressant“ beurteilen sollten. Als wichtigsten Aspekt schätzten die Ärzte hier das klassische Einzel- bzw. Doppelzimmer ein ($\bar{O} 1,2$). Gleich dahinter folgte die Zeit für Gespräche mit dem behandelnden Arzt ($\bar{O} 1,3$). Aber auch eine raschere Terminvergabe ($\bar{O} 1,4$) und die freie Arztwahl

(Ø 1,5) hielten die Mediziner für wichtige Faktoren in der Sonderklasse. Mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,6 folgten flexible Besuchszeiten und die Vermeidung von Wartezeiten vor Untersuchungen (z.B. mit Bett am Gang). Der Aspekt der kurzen Wartezeiten vor Untersuchungen wurde in kleineren Spitälern jedoch als wichtiger angesehen als in den größeren Häusern (Standardkrankenhaus Ø 1,5; Schwerpunktkrankenhaus Ø 1,5; Zentralkrankenhaus Ø 2,2).

Fernsehen bzw. Internet im Zimmer, eine besondere Wahrung der Privat- und Intimsphäre, eine ansprechende Raumgestaltung und die freie Terminwahl wurden mit durchschnittlich 1,7 bewertet. Einen Wert von 1,8 auf der 7-teiligen Skala bekamen die bevorzugte Behandlung in der Ambulanz (in Bezug auf z.B. Wartezeiten), der Terminservice (eigener Plan, wann welche Behandlung, Untersuchung,... stattfindet), die besonders erfahrene und zugewandte Pflege (Bezugspflegesystem), das erweiterte Menü und das effiziente Nahtstellenmanagement (z.B. Reha, Pflege, Vor- und Nachsorge). Einen durchschnittlichen Wert von 1,9 erhielt der Punkt „Ärzte mit internationalem Ruf und langjähriger Erfahrung“, wobei es auch hier einen leichten Unterschied in Bezug auf den Versorgungsgrad des Spitals gab: Tendenziell schätzten Ärzte in Krankenhäusern mit größerem Versorgungsgrad diesen Punkt als etwas wichtiger ein (Standardkrankenhaus Ø 2,4; Schwerpunktkrankenhaus Ø 1,9; Zentralkrankenhaus Ø 1,1). Die Möglichkeit zur Begleitung Minderjähriger wurde ebenfalls mit durchschnittlich 1,9 bewertet.

Dann folgt ein kleiner Abstand auf der Bewertungsskala und die nächste Serviceleistung erhielt den Durchschnittswert von 2,2 (Zeitungs- und Zeitschriftenangebot). Mit 2,4 wurden die psychische Unterstützung durch Ärzte und Pflegepersonal, die persönliche Begleitung von der Aufnahme bis zur Entlassung durch einen eigenen Sonderklasse-Ansprechpartner und die eigene Hotline zur Terminvereinbarung für Privatpatienten bewertet. Am wenigsten interessant beurteilten die Primärärzte die Durchführung von Routinekontrollen (z.B. Urologie – Prostatakontrolle, Dermatologie – Nävus-Begutachtung, Augenheilkunde – Sehbehelfe) mit einem Durchschnittswert von 2,5.

Beachtet man, dass alle diese Aspekte mit Werten zwischen 1,2 und 2,5 beurteilt wurden, so kann man allenfalls kleine Unterschiede feststellen. Diese Serviceleistungen scheinen nach Ansicht der Ärzte für Sonderklassepatienten alle wichtig zu sein.

Einen interessanten Unterschied gibt es hingegen zwischen der Einschätzung der Mediziner aus dieser Befragung und der Einschätzung der Bevölkerung aus der Befragung durch das market Institut, die ebenfalls in diesem Heft veröffentlicht ist: Fernsehen bzw. Internet im Zimmer, flexible Besuchszeiten sowie eine ansprechende Raumgestaltung wurden von der Bevölkerung als weniger wichtig

eingeschätzt als von den Ärzten. Diese landeten im Ranking der vorgeschlagenen Serviceleistungen um 8, 11 bzw. 12 Plätze weiter hinten als bei den Primärärzten. Hingegen reihte die Bevölkerung ein effizientes Nahtstellenmanagement, die Begleitung für Minderjährige und Routinekontrollen um 8 bzw. 9 Plätze weiter vorne als die Mediziner.

Welche der folgenden bisherigen bzw. zusätzlich möglichen Serviceleistungen im Spital sind Ihrer Meinung nach für Sonderklassepatientinnen und -patienten interessant



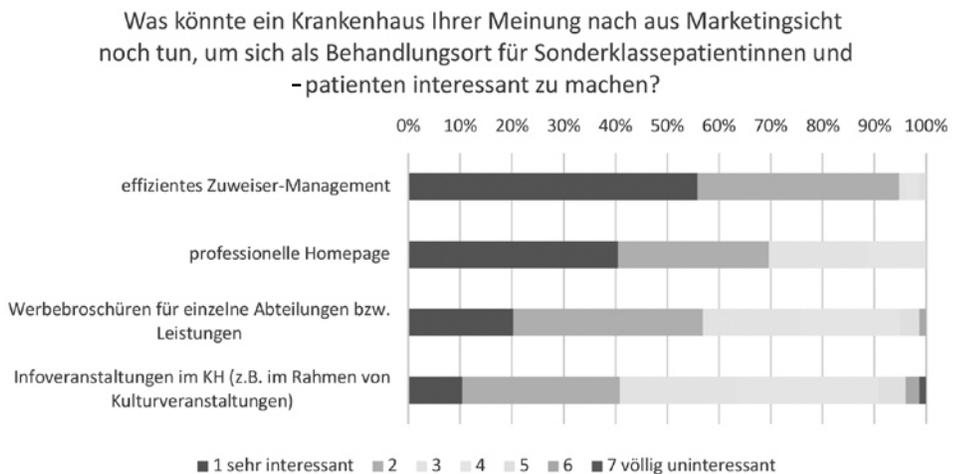
Anschließend an die Bewertung der vorgeschlagenen Serviceleistungen konnten die Primärärzte bis zu drei weitere Vorschläge für interessante Serviceleistungen in der Sonderklasse bringen. Hier wurden ein genereller Ausbau der Hotelkomponente, konkret auch das Angebot von DVDs, ein Frühstücksbuffet und die Anbringung einer Klimatisierung genannt. Hier solle es auch eine bauliche Trennung zwischen allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse geben. Des Weiteren wurden eine transparente Kostenübernahme durch die Zusatzversicherung, das Anbieten von Ambulanzterminen auch nachmittags und abends, stationäre Gesundheits- bzw. Präventionschecks im Prinzip eines one-stop-shops und ein generell flotter Algorithmus der Behandlung als Serviceleistungen („Aus-einem-Guss-Fahrplan“) vorgeschlagen. Langes Warten auf Befunde aufgrund von bundesland- und landesgrenzenüberschreitender Zusammenarbeit sollte ebenso vermieden werden. Nach dem Spitalsaufenthalt müsse es dann eine perfekte Weiterbetreuung durch den Hausarzt geben, die man durch eine gute Abstimmung erzielen könne. Es wurde auch betont, dass der Sonderklassepatient durch seinen behandelnden Arzt persönlich betreut werden möchte und ihm im Hintergrund agierende Ärzte (Pathologie, Labor, Radiologie) dafür eher weniger wichtig erscheinen würden.

1.3. Marketing

Die nächste Frage beschäftigte sich mit Maßnahmen aus dem Bereich des Marketings, die das Krankenhaus für Sonderklassepatienten besser ins Licht des Interesses rücken könnten. Auch hier konnten die Primärärzte vier Aspekte auf der 7-teiligen Skala bewerten und im Anschluss jeweils bis zu drei weitere Marketingmaßnahmen nennen.

Als wichtigste Maßnahme kennzeichneten die Mediziner ein effizientes Zuweiser-Management (Ø 1,5). Gleich dahinter wurde der Betrieb einer professionellen Homepage gereiht (Ø 2,0). Ebenso als wichtige Maßnahmen wurden der Einsatz von Werbebroschüren für einzelne Abteilungen bzw. Leistungen (Ø 2,5) und die Organisation von Informationsveranstaltungen im Krankenhaus, etwa auch im Rahmen von Kulturveranstaltungen (Ø 3,0), gewertet. Zwar wurden auch hier alle vorgeschlagenen Aspekte als wichtig empfunden, um das Krankenhaus für Sonderklassepatienten interessanter zu machen, jedoch liegen die einzelnen Maßnahmen doch in der Bewertung einigermaßen weit auseinander. Auffällige Unterschiede in der Bewertung von Ärzten aus Spitälern mit verschiedenen Versorgungsgraden (Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenhaus) gab es bei den Marketingmaßnahmen keine, jedoch fielen Unterschiede zwischen den Trägern auf: In Ordensspitälern scheinen die Primärärzte den Einsatz einer professionellen

Homepage als etwas wichtiger einzustufen (\bar{x} 1,8) als in der gespag (\bar{x} 2,2) oder dem Kepler Universitätsklinikum (\bar{x} 2,3). Ein effizientes Zuweiser-Management wird hingegen von den Medizinern am Kepler Universitätsklinikum als ein wenig bedeutender (\bar{x} 1,2) eingeschätzt als in den Ordenshäusern (\bar{x} 1,6) oder der gespag (\bar{x} 1,7).

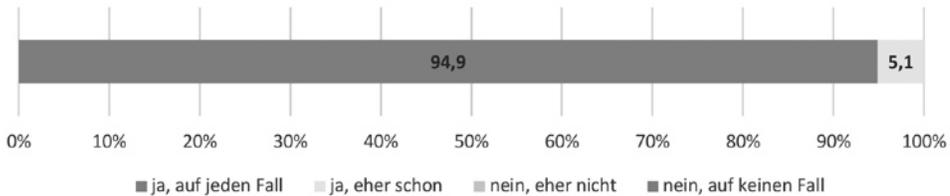


In den freien Wortmeldungen wiesen die Ärzte mehrmals auf den hohen Wert einer guten Mundpropaganda hin. Um diese Form der Werbung nutzen zu können, müsse vor allem die Betreuung des Patienten stimmen – diese spreche dann für sich selbst. Außerdem könnte man Werbebroschüren bei Hausärzten auflegen, und bei Neuerungen zum Beispiel auch Zeitungsartikel schalten. Auch auf die zunehmende Wichtigkeit digitaler Medien wurde noch einmal verwiesen. Insgesamt müsse man mehr darauf achten, dass die Expertisen des Spitals, wie etwa die Anzahl der Operationen pro Jahr und Arzt, Spezialisierungen und das Komplikationsmanagement besser öffentlich kommuniziert werden.

1.4. Politik

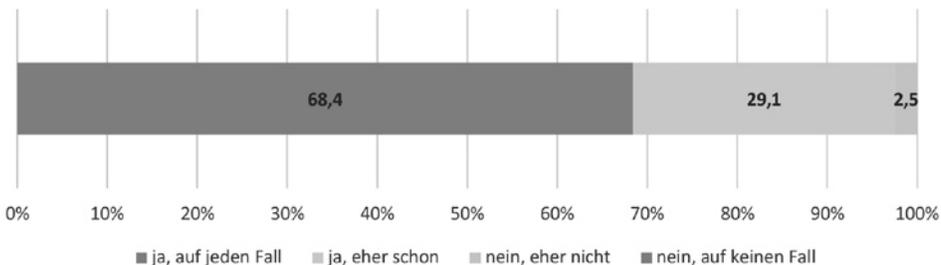
Aus Sicht der Primärärzte ist es sehr wünschenswert, dass Sonderklassepatienten auch weiterhin in die öffentlichen Spitäler integriert werden. Ganze 94,9 Prozent waren „auf jeden Fall“ dafür und weitere 5,1 Prozent „eher schon“. Dagegen sprach sich niemand aus, das Votum fällt in dieser Frage also sehr klar aus.

Primärärzte: Ist es aus Ihrer Sicht wünschenswert Sonderklassepatienten in die öffentlichen Spitäler zu integrieren?



Auch im nächsten Punkt waren sich die Mediziner weitgehend einig: Über zwei Drittel (68,4 Prozent) meinten, es sei auf jeden Fall notwendig, in den öffentlichen Spitälern bessere Serviceleistungen für Sonderklassepatienten anzubieten, da diese ansonsten in Zukunft in Privatspitäler abwandern würden. Weitere 29,1 Prozent schlossen sich dieser Einschätzung „eher schon“ an. Demgegenüber glaubten an dieses Szenario nur 2,5 Prozent eher nicht und niemand meinte, man brauche „auf keinen Fall“ bessere Serviceleistungen für Sonderklassepatienten.

Primärärzte: Glauben Sie, dass es notwendig ist in öffentlichen Spitälern bessere Serviceleistungen für Privatpatienten anzubieten, damit diese zukünftig nicht in Privatspitäler abwandern?



1.5. Sonstige Wortmeldungen

Zum Schluss der Befragung stand den Primärärzten die Möglichkeit offen, sonstige wichtige Aspekte zum Thema Sonderklasse zur Sprache zu bringen. 17 Mediziner nutzten diese Gelegenheit. Die folgende Zusammenfassung dieser Aussagen stellt keine repräsentative Meinung für alle Primärärzte dar.

Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass die Sonderklassehonorare einen fixen Bestandteil der Gehälter in den öffentlichen Spitälern ausmachen. Wenn die Sonderklassepatienten in die Privatspitäler gelenkt würden, sei es daher nur eine Frage der Zeit, bis die guten Ärzte aus den öffentlichen Spitälern abwandern. Derzeit seien aber die öffentlichen Spitäler auch für Sonderklassepatienten äußerst wichtig, da in Privatspitälern nur ganz bestimmte Erkrankungen behandelt bzw. nur ausgewählte Operationen durchgeführt würden. Außerdem gebe es in öffentlichen Spitälern mehr Kontrolle darüber, ob fachliche Standards auch wirklich eingehalten werden. Zudem würden in öffentlichen Häusern mehr Fächer angeboten und Fachärzte seien dort auch nachts anwesend. Gerade wenn jemand zum Beispiel multimorbid oder polytraumatisiert sei, stelle dies einen großen Vorteil für die Patienten dar.

Allerdings bringe ein stets kleiner werdender Leistungskatalog in Standardkrankenhäusern das System des Zuverdienstes der Ärzteschaft aus Sonderklassegehältern in diesen Häusern immer mehr zu Fall. Die daraus entstehende finanzielle Schiefelage zwischen den Ärzten in Krankenhäusern im Zentralraum mit Schwerpunktcharakter und Ärzten in den peripheren Standardkrankenhäusern könne leider auch durch den Solidarfonds der Ärztekammer nicht mehr ausgeglichen werden. Das Gegenargument der geringeren Lebenshaltungskosten am Land treffe außerdem lediglich im Bereich der Wohnkosten zu. Zur Verteilung der Sonderklassehonorare wurde angemerkt, dass dem behandelnden Arzt, der dem Patienten tatsächlich gegenübertritt, ein größerer Anteil der Sonderklassehonorare zugestanden werden solle, weil dieser einen wesentlichen Beitrag zur Attraktivität der Sonderklasse leiste. Dessen Motivation steige mit dem höheren Honorar auch an. Ein anderer Arzt merkte an, dass das System der Sonderklassehonorare überholt sei und es stattdessen angemessene Gehälter geben müsse. Anstatt sich das Spital anhand von Leistungen der Sonderklasse auszusuchen, sollen den Patienten für ihre Entscheidung lieber kontrollierte Leistungskennzahlen zum Vergleich öffentlich zur Verfügung gestellt werden.

Nach Meinung der Ärzte spreche grundsätzlich nichts dagegen, dass die Komfortkomponente in Bezug auf Termine, Wartezeiten, Arztwahl, ärztliche Zeit für den Patienten etc. bei Sonderklassepatienten ausgeprägter sei als bei Patienten

der Allgemeinen Gebührenklasse, solange die medizinischen Leistungen für alle Patienten die gleichen seien. Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, dass weitere Leistungen nicht mehr ohne zusätzliche personelle und finanzielle Ressourcen angeboten werden könnten. Zudem würden viele Leistungen seitens der Privaten Krankenversicherungen auch gar nicht übernommen. Auch Patienten mit Zusatzversicherung seien möglichst an den niedergelassenen Sektor zu verweisen und nur in absolut dringenden Fällen im Krankenhaus aufzunehmen. Etwa würden Aufnahmen, die aufgrund von rascherer Terminvergabe erfolgt sind, von der Versicherung nicht mehr bezahlt. Ebenso würde bei Aufnahmen zur Durchführung von Routinekontrollen oder Vorsorgeuntersuchungen von der PKV eine Zahlung fast immer rückwirkend abgelehnt werden, da diese Leistungen auch ambulant durchgeführt werden könnten. Ohne die Zusage zur Übernahme der Kosten durch die Private Krankenversicherung mache es daher keinen Sinn, neue Leistungen anzubieten, da die Spitalsträger ansonsten auf den Kosten sitzenbleiben würden.

Hingegen solle laut einem Mediziner genauer darauf geachtet werden, dass keine langen Wartezeiten auf der Liege bzw. im Bett in den Ambulanzen zustande kommen, das Personal wirklich gut Blut abnehmen kann und auch sonst auf berechnete Wünsche der Patienten eingegangen wird. Qualitätssichernde Maßnahmen und entsprechendes Verhalten der Ärzte würden Vertrauen fördern und langfristig einen guten Ruf schaffen.

2. Fokusgruppe

Aufbauend auf die Befragung der Primärärzte in Oberösterreich und einer weiteren Befragung innerhalb der oberösterreichischen Bevölkerung wurde zur Vertiefung im Mai 2018 eine Fokusgruppe mit ausgewählten Primärärzten abgehalten. Der Unterschied zwischen einem Fragebogen oder einem Interview und einer Fokusgruppe liegt darin, dass nicht nur explizite, sondern auch implizite Antworten mit erfasst werden können. In der Diskussion gegebene Fallbeispiele, Reaktionen auf Aussagen anderer Teilnehmer, Verweise auf verwandte Themen sowie Stimmungen ergeben ein schärferes Bild. Zudem kann bei Unklarheiten zu einzelnen Formulierungen nachgefragt werden.

Die Teilnehmer der Fokusgruppe setzten sich wie folgt zusammen:

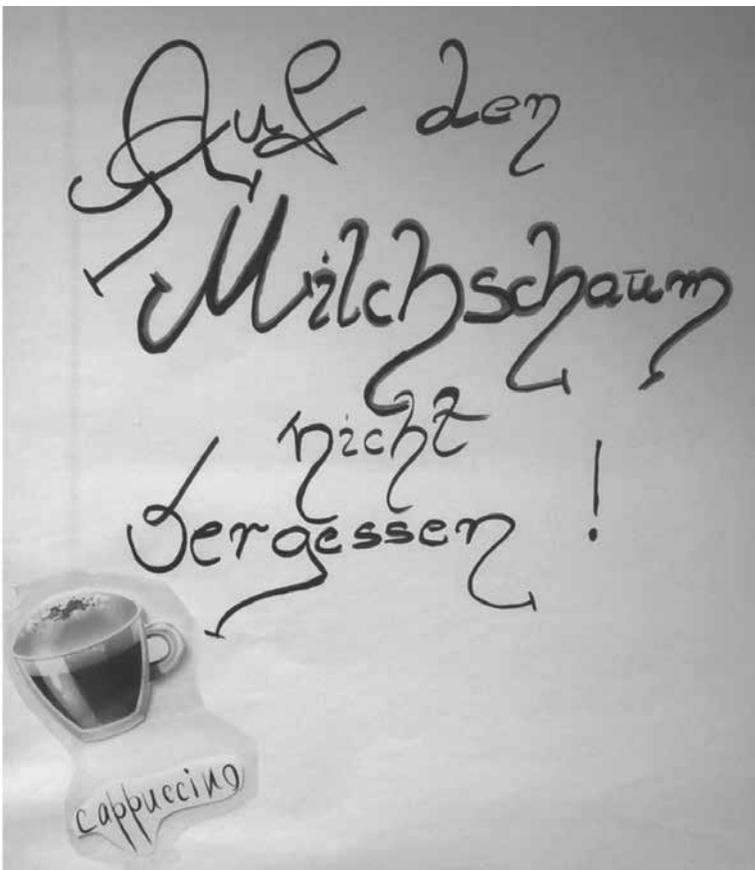
- Prim. Dr. Wolfgang C. Baschata, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Salzkammergut-Klinikum Bad Ischl
- Priv.-Doz. Prim. Dr. Achim von Goedecke, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Landeskrankenhaus Steyr
- Priv.-Doz. Prim. Dr. Bernd Lamprecht, Facharzt für Lungenkrankheiten am Kepler Universitätsklinikum
- Prim. Dr. Bernhard Mayr, Facharzt für Innere Medizin am Salzkammergut-Klinikum Gmunden
- Prim. Dr. Werner Saxinger, MSc, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Klinikum Kreuzschwestern Wels

Die Teilnehmer wurden bewusst ausgewählt, da jeder eine bestimmte Rolle übernahm, die er während der gesamten Veranstaltung inne hatte und aus deren Blickwinkel er argumentierte. Dr. Baschata vertrat ein operatives Fach in einem Standardkrankenhaus, Dr. Goedecke nahm die Sichtweise eines zentralen Nahtstellenfaches zu den operativen Fachgebieten in einem Schwerpunktkrankenhaus ein, Dr. Lamprecht übernahm die Rolle des konservativen Faches in einem Zentralkrankenhaus, Dr. Mayr argumentierte aus Sicht eines konservativen Faches in einem Standardkrankenhaus und Dr. Saxinger vertrat ein operatives Fach in einem Schwerpunktkrankenhaus. Der Vertreter eines diagnostischen Faches und ein weiterer Vertreter des Zentralkrankenhauses waren leider verhindert.

Die Moderation der Fokusgruppe übernahm Frau Mag. Weißengruber-Auer vom Ärztlichen Qualitätszentrum, die mit Hilfe eines Diskussionsleitfadens und vorbereiteter Arbeitsmethoden durch den Abend führte. Das breite Feld der Sonderklasse wurde für die Fokusgruppe auf elektive Eingriffe beschränkt, da Notfallbehandlungen keinen Wettbewerbsbedingungen unterliegen.

2.1. Das Cappuccino-Prinzip

Wie verkauft man in einem Land, in dem der Kaffee exzellent ist, Cappuccino? Diese Frage wurde eingangs gestellt. Mit Cappuccino verbinden die meisten von uns italienischen Kaffee. In den Niederlanden denken jedoch viele beim Wort Cappuccino nicht nur an Kaffee. Seit den 90er Jahren verbinden die Niederländer mit dem „Cappuccino-Prinzip“ die Neuausrichtung ihres Rentensystems. Die Grundrente für alle ist der Kaffee, die betriebliche Altersversorgung bildet den Milchschaum und die private Altersvorsorge die Schokostreusel. In der Diskussion wurde das Cappuccino-Prinzip auf die stationäre Krankenversorgung übertragen. Dabei symbolisiert die gesetzliche Krankenversicherung den Kaffee. Der Milchschaum steht für die private Zusatzversicherung, sie dient als ergänzende Leistung. Private Zusatzzahlungen für Leistungen, die von keiner der beiden Versicherungen bezahlt werden, sind die Schokostreusel oben drüber.



Der Kaffee ist in Österreich hervorragend, da war man sich innerhalb der Gruppe einig. Und der Milchschaum ist nicht gerade billig – was bewegt also jemanden dazu, Cappuccino zu trinken? Genau das war das Thema des Abends. Welche Serviceleistungen müssen in der Sonderklasse angeboten werden, um diese attraktiv zu halten? Was können ärztliche Abteilungsleiter dazu beitragen? Wie preist man den eigenen Milchschaum richtig an und reicht Marketing aus, oder braucht es dafür nicht sogar eine ganze Strategie? Jedenfalls wird in vielen Spitälern zu wenig auf den Milchschaum geachtet und damit wird ein wertvolles Feld brachliegen gelassen. *„Gerade in den Landesspitälern besteht hier scheinbar noch Aufholbedarf“*, meinte Dr. Goedecke.

2.2. Was macht ein gutes Krankenhaus aus?

Die Frage danach, was ein gutes Krankenhaus ausmacht, wurde im Rahmen der Veranstaltung zwar speziell in Bezug auf Sonderklassepatienten gestellt, es wurde jedoch schnell klar, dass die genannten Kriterien nicht nur für die Sekunda gelten, sondern auch für die allgemeine Klasse. Als allererstes wurden die medizinische Kompetenz und die fachliche Expertise angeführt. Die Qualität der medizinischen Betreuung sei natürlich bei allen Klassen gleich hoch und die zentrale Kernkompetenz eines Spitals. Viele Sonderklassepatienten würden speziell wegen eines besonders fähigen Arztes in ein bestimmtes Spital kommen, war man sich einig.

Als zweiter Punkt wurde der Komfort genannt. *„Komfort ist aber eine sehr individuelle Sache. Während meine überwiegend älteren Patienten in der Abteilung für Innere Medizin unter Komfort ein schönes Zimmer mit großem Fenster und schönem Ausblick verstehen, kann Komfort für jüngere Generationen auch einen WLAN-Anschluss bedeuten. Man muss sich immer fragen, für welche Patienten man Komfort herstellen möchte“*, erläuterte Dr. Mayr dazu. Der Mediziner hält darüber hinaus eine ausgezeichnete Organisation, Freundlichkeit und ein positives Klima in einem guten Krankenhaus für unverzichtbar. Außerdem sollte es ein Qualitätsmanagement der Prozesse geben. Persönliche Betreuung und Verlässlichkeit bei vergebenen Terminen fügte Dr. Baschata als Merkmale eines guten Spitals hinzu. *„Gerade bei Sonderklassepatienten ist es besonders wichtig, dass festgelegte Termine für Operationen oder Untersuchungen auch verlässlich eingehalten werden“*, erklärte der Arzt. Auch für Dr. Saxinger sind gute, empathische Ärzte und viel Zeit für den Patienten Kernfaktoren. Darüber hinaus würde er sich ein exaktes, persönliches Aufnahmemanagement wünschen. *„Es kann nicht sein, dass Sonderklassepatienten wegen eines geplanten Eingriffs ins Spital kommen und dort einmal warten müssen, bis man sich um sie kümmert. Da muss es jemanden geben, der sich dieser Patienten annimmt und sie namentlich begrüßt“*, so Dr. Sa-

xinger. Dr. Goedecke schließt sich dieser Einschätzung an. *„Sonderklassepatienten wollen für ihre doch recht hohen Versicherungsprämien verständlicherweise auch eine Gegenleistung bekommen. Alles andere wäre auch ungerecht“*, merkte Dr. Goedecke an. Eine zügige Behandlung ohne unnötige Wartezeiten war für den Arzt ein weiterer essentieller Aspekt eines guten Krankenhauses. Dr. Lamprecht erklärte die Idealform einer funktionierenden Sonderklasse so: *„Man kann das gut anhand von Flugreisen erklären. Die Basisleistung – ein sicherer Flug von einem Ort zum anderen – ist für alle gleich, denn es sitzen alle im selben Flieger. Der Unterschied liegt in der Komfortkomponente. Während Passagiere in der Business-Class die Beine ausstrecken können und von freundlichen Servicekräften Nüsse serviert bekommen, muss die Economy-Class beengter sitzen und verfügt über einen weniger umfangreichen Service.“* Man spricht hier vom sogenannten „Value-Added-Service“, also einem Mehrwertdienst, der die Basisleistung ergänzt und deren Wert dadurch erhöht.

2.3. SWOT-Analyse

Dr. Saxinger betonte, dass man nie vergessen dürfe, dass die Qualität der Spitäler in Österreich extrem hoch liege und anderswo in der Form überhaupt nur in Privatspitälern zu finden sei. *„Auch die Hotelkomponente in der normalen Klasse ist heute schon extrem gut“*, war auch Dr. Baschata überzeugt. Früher, als die Unterbringungsverhältnisse im Allgemeinen noch schlechter waren, da sei eine Sonderklasseversicherung noch ein Statussymbol gewesen. Das habe sich grundlegend geändert, so Dr. Goedecke. Das sei auch der Grund, warum heute viele Sonderklasseversicherte im Hospitalisierungsfall die Sonderklasse nicht in Anspruch nehmen, sondern sich in der allgemeinen Gebührenklasse behandeln lassen. *„Wenn man eh schon in einem schönen Zweibettzimmer liegt und der Bettnachbar passt, warum sollte man sich dann auf die Sonderklasse legen?“*, so der O-Ton. Zudem können sich Klasseversicherte von der Versicherung ersatzweise ein Taggeld auszahlen lassen, wenn sie die Sonderklasse nicht in Anspruch nehmen. Das wird von den Versicherungen vielfach auch aktiv beworben, weil es für sie billiger kommt. *„In dem Fall mutieren die privaten Krankenversicherungen zu einem Sparverein, was völlig an ihrem Sinn vorbeigeht“*, kritisierte Dr. Goedecke. Leider wird diese Vorgehensweise immer mehr zur gelebten Praxis, erzählen die Mediziner aus dem Alltag. Den öffentlichen Spitälern gehen dadurch wertvolle Mittel verloren.

2.3.1. Interne Sichtweise: Stärken und Schwächen

Die SWOT-Analyse (Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats) ist ein Tool zur Ermittlung der internen Stärken und Schwächen und externen Chancen und Risiken eines Unternehmens oder einer Organisation. Aus der internen Perspektive (Stärken und Schwächen) stellen sich die Teilnehmer die Frage, worin die Unternehmung besonders gut bzw. schlecht ist. Aus der externen Sichtweise stellen sich beispielsweise Fragen nach Trends am Markt oder welche neuen Zielgruppen man erschließen könnte (Chancen) bzw. welche Bedrohungen durch Mitbewerber am Markt bestehen oder welche negativen Kundenveränderungen zu erwarten sind (Risiken). Nach diesem Schritt sollen die Ergebnisse aus der internen und externen Analyse zusammengeführt und daraus konkrete Handlungsstrategien abgeleitet werden. Die im Rahmen der Fokusgruppe ermittelten Stärken und Schwächen der Spitäler wurden teilweise nach der Größe des Spitals (Standardkrankenhaus – Schwerpunktkrankenhaus – Zentralkrankenhaus) unterteilt.

Stärken

Im Allgemeinen wurde es einerseits als Stärke angesehen, wenn ein Spital über eine **eigene Sonderklasseabteilung** verfügt und die Zimmer nicht in der normalen Klasse integriert sind. Denn so kann für die Klassepatienten ein ganz anderes Umfeld und ein gehobener Komfort auch außerhalb des Zimmers geschaffen werden (Gang, Teeküche, Gemeinschaftsräume, ...) und die Pflege kann den zusätzlichen Service der Sonderklasse fokussiert anbieten. Einen Nachteil kann dies andererseits dann bedeuten, wenn Patienten verschiedener, nicht kompatibler Fächer in einer Sonderklasseabteilung zusammengefasst werden. Denn dann geht das fachliche Profil der Pflegepersonen nicht mit den medizinischen Anforderungen der Patienten einher. Im Gegensatz zu einer Station der allgemeinen Klasse, auf der fachlich einheitlichere Patienten liegen.

In Standardkrankenhäusern kann man vor allem mit einer persönlichen Betreuung der Patienten punkten. Vielfach werden dort **Visiten noch täglich vom Abteilungsleiter** selber durchgeführt. Diese persönlichen Beziehungen zu den Patienten führen dann auch zu einer **erhöhten Patientenbindung** an den Arzt. *„Dieses Beziehungsmanagement findet bei uns aber nicht nur in Bezug auf den Patienten statt, sondern bindet auch die Angehörigen mit ein. Das ist sicher ein ganz wesentlicher Faktor, der mit beachtet werden muss“*, zeigte sich Dr. Baschata überzeugt. Ein weiterer Vorteil in kleinen Häusern sind die kurzen Wege zwischen den Abteilungen, die Patienten und Ärzten in der Kollegenschaft von Nutzen sind. Die Ärzte kennen sich untereinander und sind stark vernetzt. *„Aber nicht nur die Kommunikationswege sind unkomplizierter als in großen Spitälern, sondern auch die physischen Wege. Der Patient befindet sich in einem überschaubaren Umfeld, wo man schnell von einer in die andere Abteilung gelangt“*, meinte Dr. Mayr.

In den größeren Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern tritt dann die persönliche Komponente eher in den Hintergrund, auch wenn auch hier noch von einer überwiegend guten Kollegialität berichtet wird. Diese Spitäler zeichnen sich aber vor allem durch eine umfassende **Interdisziplinarität** aus, die 7 Tage die Woche 24 Stunden am Tag zur Verfügung steht. Die Breite des medizinischen Angebotes, die in Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern geboten wird, gibt es etwa in Privatspitälern in der Regel nicht. Vor allem nicht die vielen Sonderfächer, die in den Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern oftmals 24/7 präsent sind. *„Aus diesem Grund ist die fachliche Versorgung in Belegspitälern, vor allem außerhalb der Normalarbeitszeiten, sicher begrenzter als in öffentlichen Häusern“*, waren sich Dr. Goedecke und Dr. Lamprecht einig, und Dr. Goedecke fügte noch an: *„Es ist daher für mich nicht nachvollziehbar, warum sich jemand in ein Privatspital legt, ich persönlich würde das deshalb nicht machen.“* Die Interdisziplinarität in den öffentlichen Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern sichert auch ein ausgezeichnetes **Komplikationsmanagement**. Die Ärzte nannten Beispiele, bei denen Standardeingriffe durch ungewöhnliche Spezifika plötzlich zu komplexen Operationen wurden. In diesen Fällen konnten dann im Haus anwesende Spezialisten eines anderen Fachbereiches gerufen werden, sodass der Patient bestmöglich versorgt werden konnte. Fachübergreifende Operationen mit verschiedenen Spezialisten kamen in solchen Fällen vor. *„In größeren Häusern hat der Patient die Sicherheit, für jeden Fall einen Spezialisten in seiner Nähe zu haben – das kann vor allem bei komplexen Erkrankungen, aber auch bei unvorhersehbaren Besonderheiten ein riesiger Vorteil sein“*, betonte Dr. Saxinger.

Schwächen

Als größte Schwäche wurde von den Ärzten hervorgehoben, dass man heute die Sonderklasse in den öffentlichen Spitälern vielfach als **ungerecht und unpassend** empfindet. Das ist auch ein Grund dafür, warum in vielen Häusern zu wenig darauf geachtet wird. *„An meiner Klinik befinden sich die Sonderklassezimmer unmittelbar neben den bau- und weitgehend ausstattungs gleichen Zimmern der allgemeinen Klasse. Einen Unterschied zwischen den Klassen macht hier nur die Komponente Mensch“*, erzählte Dr. Lamprecht. Das alleine sei natürlich zu wenig, um starke Anreize für Sonderklasseversicherte zu setzen, den Service auch in Anspruch zu nehmen. Damit wird das eigentliche Potential der Sonderklasse mehr schlecht als recht genutzt. So sahen die Mediziner in der Fokusgruppe nicht nur auf den Stationen Verbesserungspotential, sondern vor allem in den Ambulanzen und bei tagesklinischen Leistungen. *„Für das Personal ist es äußerst schwierig, den Service für die Sonderklasse in der Tagesklinik für die Patienten sichtbar zu machen“*, so Dr. Baschata. Der Unterschied scheint tatsächlich nur sehr rudimentär auszufallen. So wurde berichtet, dass für Sonderklassepatienten teils keine speziellen Behandlungskojen zur Verfügung stünden und es aus organisatorischer

Sicht sehr schwierig sei, z.B. ein Sonderklassemenü anzubieten. Der Unterschied zwischen den Klassen ist so natürlich auch für das Personal nur schwer erkennbar. In den Ambulanzen wird ebenfalls nur dann ein Unterschied gemacht, wenn ihn das Personal wahrnimmt. Dr. Goedecke plädierte in diesen Bereichen für eine stärkere Differenzierung zwischen Sonderklasse und Allgemeiner Klasse, damit der spezielle Service für Privatpatienten rein organisatorisch und räumlich auch wirklich geboten werden kann. Das Problem gehe aber auch von den Trägern aus, die das **Potential der Sonderklassepatienten teils stark verkennen**. *„Hier gibt es eine starke Divergenz zwischen offenen Worten und der gelebten Praxis, denn einerseits verschweigt man die Sonderklasse und macht sie zu etwas Anrüchigem, andererseits müssen sich die Ärzte in ihrer täglichen Arbeit um diese Patienten kümmern und versuchen, auf deren Bedürfnisse einzugehen“*, brachte es Dr. Baschata auf den Punkt.

In Standardkrankenhäusern wurde zudem das eingeschränkte Leistungsspektrum als Schwäche angeführt, denn manche Leistungen müssen für die Patienten natürlich extern zugekauft werden – in Gmunden betrifft das etwa die Angiographie, erklärte Dr. Mayr. *„Man könnte diesen Nachteil aber auch als Chance sehen, um sich von anderen Standardkrankenhäusern zu differenzieren – nämlich indem man genau diese extern zugekauften Leistungen für den Patienten organisatorisch perfektioniert und dies auch als speziellen Service entsprechend kommuniziert“*, führte der Arzt weiter aus.

Und auch in den Schwerpunkt- und Zentralspitälern werden die Stärken des Einen zu den Schwächen des Anderen: Denn eine persönliche Betreuung, wie in den Standardkrankenhäusern, kann hier manchmal nicht geboten werden, obwohl innerhalb einer Abteilung auch in großen Häusern schon versucht wird, persönlich zu betreuen. **Der Patient droht zur Nummer zu werden**. Und auch die **Kollegialität** leidet häufig unter der bloßen Größe der Organisation. Fehlende Wertschätzung, unzureichende abteilungsübergreifende Zusammenarbeit oder die Überbewertung der eigenen Abteilung gegenüber den anderen sind häufige Folgen der Anonymität und der zahlreichen Hierarchieebenen großer Häuser. *„Jeder kocht ein bisschen sein eigenes Süppchen“*, formulierte dazu Dr. Saxinger.

2.3.2. Externe Sichtweise: Chancen und Risiken

Im folgenden Abschnitt werden Chancen und Risiken gemeinsam behandelt, da sich einige Aspekte sowohl als Risiko als auch Chance sehen lassen, je nachdem, welche Handlungen in Zukunft gesetzt werden. Etwa der Trend, dass eine zunehmende Anzahl von Sonderklassepatienten die **Auszahlung des Taggeldes** in Anspruch nimmt. Baut man die Attraktivität der Sonderklasse aus, so werden diese wieder mehr Patienten in Anspruch nehmen, versäumt man es jedoch, wird

man weiter Sonderklassepatienten „an das Taggeld verlieren“. Zum Thema private Zusatzkrankenversicherung wurde außerdem angemerkt, dass in immer mehr Fällen eine **Zahlung im Nachhinein abgelehnt** wird, was natürlich ein Risiko darstellt. *„Hier scheint es die beste Strategie zu sein, den Patienten zu kontaktieren, um ihn über die Zahlungsablehnung zu informieren. Der Patient soll dann Kontakt mit der Versicherung aufnehmen. In vielen Fällen wird dann doch noch gezahlt“*, erzählte Dr. Saxinger von seiner Erfahrung.

Ein weiterer Diskussionspunkt rankte sich um das Thema der **öffentlichen Akzeptanz** der Sonderklasse. *„Hier sollte von der Politik den Leuten reiner Wein eingeschenkt werden und eine klare Sprache gefunden werden. Man braucht die Sonderklassepatienten in den öffentlichen Spitälern, denn sie finanzieren die allgemeine Klasse durch den Hausrücklass mit. Dass die Sonderklasseversicherten dann aber auch mehr Leistungen einfordern, muss eigentlich alles andere als verwerflich sein“*, meinte Dr. Goedecke. Die Ärzte waren sich hingegen einig, dass es im medizinischen Bereich keine Zwei-Klassen-Medizin geben dürfe. Überhaupt solle man idealerweise einen ständigen Verbesserungsprozess für alle Klassen anstreben. *„Dennoch möchte ich darauf hinweisen, dass ein Fokus auf die Verbesserung der Sonderklasse auch eine **Verschlechterung der allgemeinen Gebührenklasse** nach sich ziehen könnte. Das sollte in jedem Fall verhindert werden, denn es darf nicht auf die eigentliche Aufgabe vergessen werden“*, betonte Dr. Mayr. Bei einem künftigen Ausbau der Sonderklasse könnte es darüber hinaus zu Mehrbelastungen des Personals kommen: *„Das Krankenhauspersonal – sowohl Ärzte als auch die Pflege – arbeitet bereits am Limit. Und mit massivem Personalnachschub ist in naher Zukunft nicht zu rechnen“*, meinte dazu Dr. Baschata. Bei der Pflege besteht außerdem die Gefahr, dass sie diese nötigen Mehrbelastungen durch die Sonderklasse eventuell nicht tragen will, zumal diese Berufsgruppe nicht direkt von den Einnahmen profitiert.

Ein weiterer Punkt waren die **Bedürfnisse der Patienten aus den Generationen X und Y**, die sich sicher von denen älterer Generationen unterscheiden. Wird dieses Klientel richtig bedient, so ist das sicher eine große Chance. Umgekehrt ist es ein Risiko, dass das Spital durch zu wenig Flexibilität bei der Anpassung an neue Bedürfnisse weitere Sonderklassepatienten verliert. *„Diese Veränderungen in den Bedürfnissen ist aber sicher schwer einschätzbar“*, ergänzte Dr. Goedecke.

„Insgesamt muss jede Abteilung ihr eigenes Potential zur Bewerbung und Bindung von Sonderklassepatienten gut nutzen“, so Dr. Lamprecht. Es bestehe genügend Potential, um eine Nische dieses Marktes zu besetzen. Bei der Kepler Universitätsklinik sei das sicher auch die Uni, die ein gutes Aushängeschild sei, erklärte der Mediziner. Denn Konkurrenz gibt es genug. Einerseits sind das die Privatspitäler, andererseits die verschiedenen Träger öffentlicher Häuser, aber

manchmal auch einzelne Häuser desselben Trägers. *„In der Gegend um Gmunden ist es für Frauen von der Wegstrecke her egal, ob sie im SKG Klinikum Bad Ischl, Vöcklabruck oder im LKH Kirchdorf entbinden – daher besteht hier natürlich schon eine kleine Konkurrenz“*, bestätigte Dr. Baschata. Vor allem ist aber spürbar, dass sich die Konkurrenzsituation aufgrund einer größeren Mobilität der Patienten verstärkt. *„Patienten gehen heute auch von Oberösterreich nach Wien – wenn man bedenkt, dass eine Fahrt mit dem Zug zwischen Linz und Wien nur noch 1:15 Stunden dauert, ist das heute wirklich eine Kleinigkeit“*, zeigte sich Dr. Saxinger von der Problematik überzeugt.

„Leider ist die Sonderklasse heute kein Statussymbol mehr“, meinte Dr. Goedecke. Das ist natürlich als Risiko einzustufen, denn es zeigt, dass der Unterschied zwischen Allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse über die Jahre geringer geworden ist. Vor allem natürlich durch die Aufwertung der Allgemeinen Gebührenklasse, was auch zu begrüßen sei. *„Behandlungssäle gibt es Gott sei Dank ja schon lange nicht mehr und auch das Zehnbettzimmer gehört ebenso der Geschichte an“*, war man sich einig. Bei der Sonderklasse hat sich hingegen in den letzten Jahrzehnten nicht viel getan. Dr. Lamprecht ist gerade deshalb davon überzeugt, dass es **viele Möglichkeiten** gibt, um die Sonderklasse wieder attraktiver zu gestalten. Gerade das Feld der Ambulanz und der Tagesklinik sei bisher nur wenig bis gar nicht beachtet worden, so der Lungenfacharzt.

Eine weitere Chance wurde auch in der Kommunikation gesehen. **Mundpropaganda** sei laut den Medizinerinnen dabei immer noch das beste und günstigste Medium. Daher solle dieser Informationskanal unbedingt genutzt werden, denn sind die Patienten zufrieden und erzählen davon, dann könne das nur gut sein. Es sei aber auch wichtig, die Patienten über andere Kanäle zu informieren. Etwa würde laut Dr. Baschata die Abhaltung von Geburtsvorbereitungskursen die „Marke“ Arzt stärken und Patientinnen an das Krankenhaus binden. Darüber hinaus wurde auch auf die Wichtigkeit eines funktionierenden Zuweisermanagements hingewiesen. Dr. Mayr erzählt zu diesem Thema von seiner ganz persönlichen Form dieses Managements: *„Ich gehe mit den zuweisenden Ärzten, mit denen ich auch persönlich befreundet bin, regelmäßig Fußball spielen. Dort pflegt man Kontakte, die natürlich auch beruflich genutzt werden.“* Zusätzlich hält der Internist auch Vorträge für niedergelassene Kollegen, die auch seine Kompetenz unterstreichen und Vertrauen generieren.

Als weiteres Risiko für die Sonderklasse wurde das **neue Arbeitszeitgesetz** genannt. Durch die geringere Anwesenheitszeit der Ärzte würde es nun eine größere Anzahl von Ärzten geben. In Folge ergäbe sich eine Aufteilung der Sonderklassegebühren auf mehr Personen, wodurch der Betrag für den Einzelnen sinke. Ob diese Tatsache einen erschwerenden Effekt auf die Personalfindung haben

könnte, war man sich jedoch nicht ganz sicher. „Es wird ja immer wieder betont, dass das Einkommen einen geringeren Einfluss auf die Berufsentscheidung hat als früher, weil heute andere Faktoren stärker im Vordergrund stehen“, sagte Dr. Baschata. Es habe beim Einstellungsgespräch auch noch nie jemand nach den Einnahmen aus der Sonderklasse gefragt, jedoch sehr wohl über den Umweg der Verwaltung, erzählten die Ärzte von ihren Erfahrungen.

intern	<p>STÄRKEN</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eigene SK-Abteilung <u>Standardkrankenhaus</u> ■ Tägliche persönliche Visite durch Abteilungsleiter; pers. Betreuung ■ Patientenbindung ■ Kurze Wege <u>Schwerpunkt- und Zentralkrankenhaus</u> ■ Kollegialität ■ Interdisziplinarität – 24/7, Komplikationsmanagement – im Unterschied zu Privatspitälern 	<p>SCHWÄCHEN</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tagesklinische Leistungen ■ Organisation der Ambulanz ■ Teils unklare Trennung zwischen Versicherungsklassen ■ Kundenpotential „Sonderklasse“ verkannt (Träger) ■ Fokussierung auf Sonderklasse erscheint ungerecht/unpassend <u>Standardkrankenhaus</u> ■ Manche Leistungen müssen zugekauft werden <u>Schwerpunkt- und Zentralkrankenhaus</u> ■ Jeder kocht eigenes Süppchen ■ „Egotripp“ der Abteilungen ■ Patient wird zur Nummer
extern	<p>CHANCEN</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auszahlungen Taggeld: Reduktion durch Verbesserung ■ Öffentliche Meinung/Politik zu Sonderklasse verbessert sich ■ Moderne Patientenbedürfnisse erkennen und bedienen ■ Zeit/viele Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Sonderklasse ■ Feld der Tagesklinik/Ambulanz besser bedienen ■ Patientenmeinung/Mundpropaganda als Informationskanal ■ „Marke“ Arzt → Zuweisermanagement, Patienteninformation 	<p>RISIKEN</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Verstärkte Auszahlung v. Taggeld ■ Zahlungsablehnungen werden mehr ■ Sonderklasse nicht öffentlich akzeptiert ■ Bedürfnisse der Generation X und Y schwer erkennbar ■ Neues Arbeitszeitgesetz: <ul style="list-style-type: none"> ■ schwierigere Personalfindung (weniger SK-Gebühren/Person) ■ weniger persönliche Betreuung (mehr Ärzte) ■ Sonderklasse ist kein Statussymbol mehr ■ Privatspitäler (besseres Marketing) ■ Höhere Konkurrenz durch höhere Mobilität der Patienten ■ Mehrbelastung Ärzte und Pflege ■ Gefahr der Schlechterstellung der Allgemeinen Gebührenklasse

Tabelle 1: SWOT-Analyse „Sonderklasse in öffentlichen Spitälern“

Leider führe das neue Arbeitszeitgesetz aber auch zu einer größeren Anonymität in der Medizin. Denn die Ärzte wechseln durch die kürzeren Anwesenheitszeiten öfter und der Patient habe daher mehr Ansprechpartner als zuvor.

2.3.3. Strategien

Aus den oben genannten Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken lassen sich viele Strategien ableiten. Zum einen sind das solche, die sich auf interne Strukturen und Abläufe beziehen, und zum zweiten lässt sich eine Gruppe von Maßnahmen identifizieren, die mit Kommunikation zu tun hat.

Intern sollte laut den Mediziner versucht werden, die **Sonderklasse stärker von der Allgemeinen Gebührenklasse zu separieren**. Zum Beispiel durch die Forcierung **eigener Sonderklasseabteilungen**, wo es aus Sicht der Pflege sinnvoll erscheint. Also dann, wenn ausschließlich Patienten eines oder mehrerer kompatibler Fächer in eine Abteilung für Sonderklassepatienten zusammengefasst werden können. Denn nur so lässt sich auch dort eine qualitativ hochwertige, spezialisierte Pflege, wie sie in den jeweiligen Fachabteilungen der allgemeinen Klasse besteht, umsetzen. Aber auch in der **Ambulanz** und der **Tagesklinik** sollte die Sonderklasse von der normalen Klasse getrennt werden: *„Hier sollte man völlig neue Wege gehen. Etwa könnte man in der Ambulanz eigene Eingänge und Wartebereiche für die verschiedenen Versicherungsklassen schaffen“*, sagte Dr. Goedecke. Im stationären Bereich wurden das **Aufnahmemanagement** und das unbedingte **Einhalten von Terminen** immer wieder als wichtige Punkte genannt. Und auch eine persönliche Betreuung und möglichst viel Gesprächszeit mit dem behandelnden Arzt gehören dazu. Dieses **Beziehungsmanagement** sollte auch auf die Angehörigen ausgedehnt werden. Sollte sich der **Service in der Sonderklasse verbessern**, erwarten die Mediziner auch einen automatischen Rückgang bei den Auszahlungen der Taggelder. Additiv könnte aber auch das **Gespräch mit den Versicherungen** gesucht werden.

Eine gute Kommunikationspolitik umfasst auch eine bessere **Information der Patienten**. Am einfachsten geht das über die Homepage, ein Medium, das vor allem junge Menschen häufig als Informationsquelle nutzen. Die Homepage sollte daher übersichtlich und ansprechend aufgebaut sein, die Stärken eines Hauses hervorheben und Sonderklassepatienten direkt ansprechen (Welche Vorteile haben Sie bei uns als Sonderklassepatient?). Aber auch der umgekehrte Weg wurde als sinnvoll erachtet: nämlich Informationen von den Patienten einzuholen. Konkret wurde die **Patientenevaluierung** genannt, die ohnehin von den Spitälern nach einem Aufenthalt standardmäßig gemacht wird. Nur selten werden diese Bögen jedoch für die Sonderklasse gesondert ausgewertet, wodurch wertvolle Informationen zu dieser Patientengruppe verloren gehen. Dies könnte künftig je-

doch genutzt werden, um mehr über die Bedürfnisse dieses Klientels zu erfahren und den Service daran anzupassen.

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist auch die **Aufklärung der Öffentlichkeit** über die Sonderklasse. Denn in der Praxis ist es so, dass Sonderklassepatienten für ein Spital Einnahmen bedeuten. Und die Allgemeine Klasse wird durch diese Einnahmen mit finanziert. Werden in einem öffentlichen Spital keine attraktiven Leistungen für Klassepatienten angeboten, dann verzichtet es quasi freiwillig auf diese finanziellen Mittel. Die Klassepatienten weichen dann auf Privatspitäler aus, die beim Marketing natürlich perfekt aufgestellt sind, und lassen diese monetären Mittel somit im parallelen Privatsystem, an dem die Bevölkerung nicht mit profitiert. Es käme in diesem Szenario daher zu einem Ausbau der Zweiklassenmedizin. Es ist also durchaus sinnvoll – und auch im Sinne aller Patienten – Sonderklassepatienten in die öffentlichen Spitäler zu integrieren. Und genau diese Tatsache sollte den Menschen auch kommuniziert werden. *„Leider verschließt sich hier auch die Politik vor der Realität und predigt immer wieder, es gäbe keine Zwei-Klassen-Medizin“*, meinte Dr. Baschata. Dabei kann man diese nicht verhindern, denn es wird immer Menschen geben, die sich mehr Gesundheitservices leisten möchten, als gesetzlich für alle zur Verfügung stehen. Das kann man auch nicht verbieten, sondern lediglich in positive Bahnen lenken – und genau das wird mit der Wegschautaktik der Politik aufs Spiel gesetzt. Eine Strategie zur positiven Weiterentwicklung der Sonderklasse beinhaltet also auch Gespräche mit der Politik.

Ganz allgemein wurde vorgeschlagen, zur besseren Nutzung der möglichen Informations- und Kommunikationskanäle externe Expertise im Marketingbereich zuzukaufen. Das wäre natürlich Aufgabe des Trägers. Als weiterer essentieller Punkt zur Förderung der Sonderklasse wurde das Zuweisermanagement genannt. Auch hier sind persönliche Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit, z.B. in Form von Vorträgen, wesentliche Instrumente.

Als positives Beispiel für einen offenen und fortschrittlichen Umgang mit dem Thema Sonderklasse wurden die oberösterreichischen Ordenshäuser genannt: *„Besonders manche Ordenshäuser pflegen einen guten Umgang mit dem Thema“*, lobte Dr. Saxinger. Etwa würden Kulturveranstaltungen organisiert, in deren Rahmen auch Informationen über medizinische Leistungen angeboten werden. Aber Sonderklassepatienten werden auch speziell betreut. So können etwa chronisch kranke Sonderklassepatienten, die schon einmal im Spital waren, mit Hilfe eines „VIP-Passes“ jederzeit ins Spital kommen und werden bei einer entsprechenden medizinischen Indikation sofort und jederzeit aufgenommen. *„Das ist nicht nur Marketing, sondern eine ganze Strategie!“*, so die Mediziner.

2.4. Wohin geht die Reise? – Vision „2030“

Am Schluss der Veranstaltung wurde die Frage in den Raum gestellt, welche Entwicklungen im Spitalsbereich und besonders in der Sonderklasse bis ins Jahr 2030 stattfinden werden. Dr. Baschata war davon überzeugt, dass in Zukunft ein größerer Fokus auf den Patienten als Mensch und das Beziehungsmanagement gelegt werden muss. *„Es können immer schneller, einfacher und günstiger komplexe Befunde erstellt werden. Zum Beispiel gibt es bereits leistbare Online-Befunde zum Brustkrebs-Gen. Allerdings ist dann niemand da, der den Menschen die Bedeutung dieser Ergebnisse auseinandersetzt. Ärzte als ganz persönliche Ansprechpartner, die sich Zeit nehmen, werden also immer wichtiger werden. Das gilt für alle Patienten, aber für Sonderklassepatienten im Besonderen“*, erläuterte Dr. Baschata seine Zukunftsvorstellung. Auch Dr. Goedecke stieß in ein ähnliches Horn: *„Die medizinische Versorgung wird sicher auch in Zukunft passen, aber die individuellen, persönlichen Bedürfnisse der verschiedenen Generationen werden nicht so einfach erfüllbar sein.“* Gerade die Bedürfnisse der jungen Generationen sind seiner Ansicht nach jedoch noch schwer einschätzbar. Auf Organisationsebene hielt der Arzt das Stichwort „corporate identity“ für das Leitmotiv der Zukunft, denn gerade bei den Landesspitälern sah er bei diesem Punkt noch Aufholbedarf.

„Die Verkürzung der Arbeitszeit der Ärzte wird uns sicher noch eine Weile beschäftigen, denn ich glaube, dass die Arbeitsstunden in Zukunft sogar noch weniger werden, also bis hin zur 40-Stunden-Woche“, war Dr. Mayr überzeugt. Und auch er war der Ansicht, dass die personenbezogene Medizin an Bedeutung gewinnen wird: *„Spitzenmedizin wird es überall geben, aber den Patienten werden die Erklärungen dazu fehlen.“* Dr. Saxinger glaubte auch deshalb, dass es für die Sonderklasse eigene personelle Ressourcen geben werde, etwa in Form einer Schwester, die sich ausschließlich um die speziellen Anforderungen dieser Gruppe kümmert. In Bezug auf die Sonderklasse würden sich öffentliche Häuser in Zukunft besser positionieren und den Unterschied offensiv deklarieren müssen. Ansonsten würden andere, etwa Belegspitäler, diese Lücken füllen. Man müsse sich also intensiver um dieses Feld bemühen. Als Schlusssatz erklärte Dr. Saxinger einen wichtigen Sachverhalt nochmals anhand des Cappuccino-Prinzips sehr eingehend:

„Man darf nicht darauf vergessen, dass der Milchschaum auch den Kaffee besser macht!“

o.Univ.-Prof. Dkfm. Dr. Gerhard A. Wührer

*Institut für Handel, Absatz und Marketing,
Johannes Kepler Universität Linz*

Zusatzleistungen in der Sonder- klasse – Ansätze zu einer innovativen Gestaltung von Angeboten im Gesundheitsbereich

1. Einleitende Bemerkungen	79
1.1. Begriffliche Fassungen	80
1.2. Erwartungen und Beteiligte bei Innovationen	82
1.3. Multidimensionalität der Dienstleistungsinnovation	85
2. Innovationsprozess – idealtypische Strukturen und Vorgehensweisen	86
2.1. Ideengewinnung	88
2.2. Ideenbewertung	89
2.3. Entwicklung, Design und Erstnutzung	91
2.4. Implementierung, Diffusion und Adaption	92
3. Zusammenfassende Überlegungen und Empfehlungen	94
Literaturverzeichnis	96

Sieht man sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt um, was Zusatzleistungen der Sonderklasse in Krankenhäusern betrifft, so bewegen sich die Ideen im konventionellen Rahmen von: Unterbringung in Einzelzimmern/Zweibettzimmern mit Nasszelle, Tageszeitung, Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Varianten bei Frühstück, Mittag- und Abendessen, erweiterte Besuchszeiten und freie Arztwahl. Dieser Katalog, so eine Internetrecherche, findet sich auf den WEB-Seiten der meisten Krankenhäuser und ist beliebig austauschbar. Scheinbar erreicht die Kreativität rasch ihre Grenzen, wenn es um die Schaffung von Zusatzleistungen geht. Deshalb sind Innovationen ein Gebot der Stunde. Wohl ist der Rahmen zur Schaffung von neuen, innovativen Zusatzleistungen durch verschiedene Besonderheiten der Gesundheitsbranche in mancherlei Hinsicht restriktiver als in anderen Dienstleistungsberufen, auf der anderen Seite lassen sich aber durch geschicktes, systematisches Vorgehen Neuerungen schaffen, die die Bedürfnisse auf Patientenseite erfüllen können. Das bedarf allerdings einer entsprechenden Vorbereitung über den gesamten Innovations- und Marktzyklus hinweg, weshalb es notwendig erscheint, sich mit einigen Voraussetzungen der Schaffung von Zusatzleistungen grundsätzlich zu befassen. Wesentlich für die Schaffung von Neuerungen in diesem Zusammenhang ist vorab eine Analyse der innovationshemmenden und fördernden Faktoren. Von ihnen hängt es im Wesentlichen ab, in welchem Ausmaß, in welcher Intensität und unter welchen Bedingungen Innovationsprojekte erfolgversprechend durchgeführt werden können.

1. Einleitende Bemerkungen

Ein kurzer Überblick zur gängigen Literatur¹ zeigt rasch, dass Innovationen im Gesundheitsbereich im Allgemeinen und im Krankenhaus im Besonderen eine vielfältige Aufmerksamkeit sowohl in der Theorie als auch in der Praxis erfahren. Es scheint in diesem Kontext jedoch notwendig darauf hinzuweisen, dass das Phänomen von innovativen Dienstleistungen weiter zu verstehen ist. Es geht um die angemessene Positionierung des strategischen und operativen Marketings im Krankenhausmanagement. Durch diese gilt es die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, damit in weiterer Folge innovative Dienstleistungen in den verschiedenen Angebotskategorien, wie in der Sonderklasse, implementiert werden können. Historisch gesehen haben sich Gesundheitszentren vom Kommerziellen und Unternehmerischen in der Vergangenheit abgekoppelt, sie galten als mehr oder weniger inkonsistent mit den wesentlichen akademischen Werten², die diese Stätten leiteten und beflügelten. Sogenannte „Mund-zu-Mund-Propaganda“ und die damit verbundenen Empfehlungen schienen das wesentliche Kommunikationsinstrument gewesen zu sein. Sie vermittelten Anhaltspunkte, welche Krankenanstalten einen „guten“ Ruf besaßen und für bestimmte Heilverfahren oder Operationen in Frage kommen könnten; im Übrigen wäre dies heute ein Bestandteil des systematischen Reputationsmanagements. Erst in jüngster Zeit wird dem Marketing im Gesundheitsbereich in der deutschsprachigen Literatur³ wesentlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt, wie nicht selten sind uns hier die amerikanischen, akademischen Institutionen um Jahre voraus. Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitsbereich, Änderung der demografischen Strukturen, Verschärfung des Wettbewerbs, Eintreten von neuen Marktteilnehmern, Veränderungen des Patientenverhaltens und durch (Neu)Strukturierung staatlicher Regelungen beginnt sich die Notwendigkeit eines systematischen, strategischen und operativen Marketings⁴ im gesundheitsorientierten Dienstleistungssektor zu verstärken; damit auch die Forderung, Dienstleistungsinnovationen, seien sie nun der Allgemeinen Klasse oder Sonderklasse zuzurechnen, systematisch⁵ zu betreiben.

1 Vgl. Länsisalmi et al. 2006., S. 67 ff.

2 Vgl. Souba, Wiley, W. et al. 2001., S. 105 ff.

3 Vgl. Meffert und Rohn 2012.

4 Vgl. Meffert und Rohn 2012.

5 Vgl. Hwang und Christensen 2008., S. 1329 ff.

1.1. Begriffliche Fassungen

Ausgangspunkt aller Überlegungen sollte jedoch ein einheitliches, begriffliches Verständnis dessen sein, was wir als Marketing im Gesundheitsbereich bezeichnen. Nach der gängigen und international weit verbreiteten Fassung⁶ des Begriffs "Marketing" durch die American Marketing Association (AMA) wird darunter Folgendes verstanden: "Marketing is the activity, set of institutions, and processes for creating, communicating, delivering, and exchanging offerings that have value for customers, clients, partners, and society at large." (Approved July 2013)⁷. Dieses Verständnis bündelt mehrere Kennzeichen: Es geht um Aktivitäten, Institutionen, Prozesse zur Schaffung, Kommunikation, Verbreitung und Austausch von Angeboten, die eine Nutzenstiftung für Konsumenten, Kunden, Partner und die Gesellschaft im Allgemeinen bewirken. Im Konkreten bedeutet dies, dass Marketing in Gesundheitsorganisationen als duales Führungskonzept zu interpretieren ist:

1. Marketing muss als Funktion innerhalb der Organisation verstanden werden, die gleichberechtigt neben anderen betriebswirtschaftlichen Grundfunktionen wie Produktion, Forschungs- und Entwicklung und Finanzierung und Investition agiert. Das weist auch darauf hin, dass innerhalb der Marketingfunktion, die in der Marketingabteilung angesiedelt sein kann, Aktivitäten wie Marktforschung, Markenführung, Entgeltpolitik, Neuprodukt- und Dienstleistungsentwicklung sowie Management der Kundenbeziehungen geplant, entschieden, umgesetzt und kontrolliert werden sollten. Hier dominieren taktische und operative Überlegungen.
2. Marketing muss aber auch als Leitkonzept der Unternehmensführung verstanden werden. Das signalisiert verschiedene Ansprüche, die unbedingt zu berücksichtigen sind:
 - a) Marketing ist ein Leitkonzept der Unternehmensführung, wodurch eine marktorientierte Koordination aller betrieblichen Aufgaben und Funktionen zur Erreichung von Wettbewerbsvorteilen angestrebt wird.
 - b) Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sollten ein Bewusstsein für den Stellenwert der/des Nachfragerin/Nachfragers, Patientinnen/Patienten, Kundinnen/Kunden und seinen Nachfragenutzerinnen/Nachfragenutzern entwickeln, und

⁶ Vgl. Meffert und Rohn 2012., S. 31 f.

⁷ American Marketing Association, URL.: <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>, URL abgerufen am 21.5.2018

- c) aufgrund der Bedeutung des Leitkonzepts besteht die Notwendigkeit der strategischen Verantwortung auf höchster Führungsebene und hinzu kommt, dass das Marketingverständnis in allen Funktionsbereichen und hierarchischen Ebenen verankert sein⁸ sollte. Marketing im Gesundheitsbereich ist dem Dienstleistungsmarketing zuzuordnen, einem der Zweige des Marketings, dessen Entwicklung und Ausdifferenzierung in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung zugenommen hat. Dem allgemeinen Statement, dass Marketing lange gebraucht, um im Gesundheitswesen anzukommen, ist hier nichts hinzuzufügen.

Als Innovation soll hier die beabsichtigte Einführung und Anwendung von Ideen, Prozessen, Produkten und/oder Dienstleistungen, deren neue Darbietung, Platzierung, Kommunikation und/oder Bepreisung verstanden werden, die in deutlich unterscheidbarer Weise zum Vorteil eines Individuums, einer Gruppe oder der Gesellschaft insgesamt beitragen. Dieses begriffliche Verständnis hat sich in der Management-Wissenschaft allgemein durchgesetzt und soll hier weiter verwendet werden⁹. Drei Merkmale gilt es hier herauszuheben:

1. Neugigkeit: Die Innovation für die Sonderklasse muss für die/den Patientin/Patienten neu sein.
2. Es muss sich um eine Anwendungskomponente handeln, das kann ein Dienstleistungsaspekt sein oder eine materielle Komponente, die zur Erstellung einer Dienstleistung beiträgt.
3. Diese Neugigkeit muss einen Nutzen stiften, muss Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten befriedigen können. Es kann sich dabei um medizinische und/oder nichtmedizinische Dienstleistungen handeln, die aus Sicht der/des Patientin/Patienten eine neue Nutzenstiftung darstellen.

8 Vgl. Meffert und Rohn 2012., S. 31

9 Vgl. Omachonu, Vincent, K. und Einspruch, Norman, C. 2010., S. 3 f.

1.2. Erwartungen und Beteiligte bei Innovationen

Der Innovationsprozess muss als Marketingprozess, der bis zur Markteinführung und Bearbeitung reicht, verstanden werden. Wird nun Marketing als Führungskonzept verstanden, so sind die Beteiligten einzubinden, die in strategischer und operativer Hinsicht einen Beitrag leisten können. Die Sicht der Beteiligten Akteuren/Akteure (siehe Tabelle 1) unterliegt dabei verschiedenen Blickwinkeln.

Beteiligte	Motive und Erwartungen
Medizinisches und nicht medizinisches Personal	verbesserte Diagnosemöglichkeiten verbesserte Behandlungsmöglichkeiten verbesserte Behandlungsergebnisse
Patientinnen/Patienten	verbesserte Patientenerfahrungen verbessertes Wohlbefinden (psychisch, physiologisch) weniger Leiden und Schmerzen kürzere Verweildauer im Krankenhaus Verkürzung von Verhandlungsverzögerungen höhere Zufriedenheit nachhaltiger Heilungserfolg
Krankenhausorganisation	Erhöhung der Effizienz der organisatorischen Abläufe Kostenreduktion/-einschränkung Erhöhung der Produktivität höhere Qualität bei der Behandlung und während des Aufenthalts Verbesserung der Behandlungsergebnisse aus Sicht der Organisation
Forschungs- und Entwicklungsunternehmen im medizinischen/nicht medizinischen Bereich	höhere Profitabilität verbesserte Ergebnisse bei den Prozessen
Krankenkasseninstitutionen/Krankenversicherungen	reduzierte Risiken verbesserte Patientensicherheit nachhaltige Heilungserfolge

Tabelle 1: Perspektiven und Erwartungen der Beteiligten bei Innovationsprozessen (In Anlehnung an: Omachonu/Einspruch, 2015, S. 9)

Innovationen werden nicht um ihrer selbst willen durchgeführt, jeder der Beteiligten am Prozess erwartet spezifische Nutzenstiftungen. Diese können sich manchmal mit denen anderer Beteiligtegruppen treffen, müssen dies aber nicht. Es können auch Konstellationen auftreten, wo sich die Interessen der Beteiligten neutral zueinander verhalten, im schlimmsten Falle sind die Interessen aber konfliktär. So sind sicherlich Krankenversicherungen und Kasseninstitutionen ebenso wie die Patientinnen/Patienten daran interessiert, dass die Heilungserfolge nachhaltig und mit weniger Risiko behaftet sind. Die/der behandelnde Ärztin/Arzt wird jede Innovation nutzen, die es ihr/ihm erlaubt, bessere, zutreffendere Diagnosen zu stellen, die die Behandlung gezielter auf das Krankheitsbild abstellen und damit die Behandlungsergebnisse für seine Patientinnen/Patienten im Sinne nachhaltiger Heilung zu erzielen. Es sind also interne und externe Beteiligte, deren Mitsprache im gesamten Innovationsprozess mit unterschiedlicher Intensität in den einzelnen Phasen zu berücksichtigen ist.

Die Innovationsalternativen (medizinisch/nicht medizinisch), die angedacht werden können, liegen sowohl im Bereich von Produkten/Komponenten/Materialien, höherer Benutzerfreundlichkeit als auch anderen funktionalen Charakteristiken wie verbesserten Prozesskomponenten, dass etwa Diagnoseleistungen und Feedback mit den Patienten schneller durchgeführt werden können, um die Zeit der Ungewissheit zu reduzieren. Manchmal, aber nicht immer wird die/der Patientin/Patient bzw. ihre/seine Versicherung dazu bereit sein, mehr für diese Annehmlichkeiten zu bezahlen. Meist handelt es sich um Innovationen, die die Dienstleistungen, die Prozesse oder auch die Strukturen betreffen. Immer geht es dabei um ein „Mehr“ in der Nutzenstiftung für die/den Patientin/Patienten.

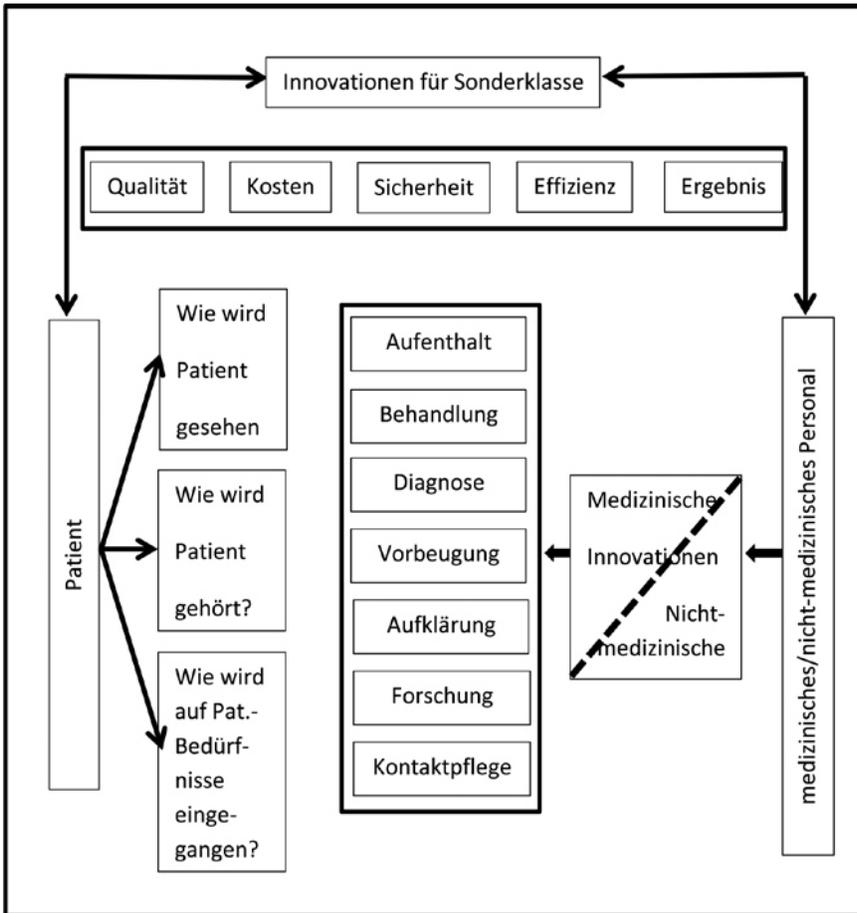


Abbildung 1: Konzeptioneller Rahmen für Innovationen in der Sonderklasse (in Anlehnung an: Omachonu/Einspruch 2015, S. 10)

Aufgrund dieser kontextspezifischen Gegebenheiten ist es nicht möglich, von vornherein spezielle Empfehlungen abzugeben, wie die Sonderklasse durch Innovationen attraktiver gestaltet werden kann.

Angemessener scheint es, sich darüber zu verständigen, wie der Prozess des Innovationsgeschehens gestaltet werden soll. In der Abbildung 1 wird nochmals auf die Besonderheiten Bezug genommen. Die unmittelbar Beteiligten sind die/der Patientin/Patient auf der einen Seite und das medizinische/nicht medizinische Personal auf der anderen Seite. Grundsätzliche Fragen zur Patientenseite, deren Beantwortung den Ausgang für die Entwicklung bzw. Implementation von Innovationen bedeuten kann, sind: Wie wird die/der Patientin/Patient gesehen, wie

wird sie/er angehört, welche Bedürfnisse hat sie/er. Die Schaffung von Innovationen hat unter der Berücksichtigung von Qualität, Kosten, Sicherheit, Effizienz und Ergebniswirksamkeit zu erfolgen. In welchen Bereichen lassen sich die medizinischen und nicht medizinischen Innovationen als Dienstleistungen in der Sonderklasse, unter Berücksichtigung der Kompetenz und Erfahrungen des Personals unter den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, verwirklichen? Dies alles sind Fragen, die im Zuge des Innovationsprozesses, der als Projekt zu konzipieren ist, zu beantworten sind.

1.3. Multidimensionalität der Dienstleistungsinnovation

Die Einführung und Übernahme von Innovationen im Gesundheitsbereich, in Krankenhäusern, Kliniken und Arztpraxen ist von zwei Dimensionen¹⁰ geprägt. Es handelt sich dabei um das unterstützende oder hemmende Umfeld, in dem die Innovation stattfindet und die operationale Ebene. Beide Ebenen beinhalten Einflussgrößen, die sich auf den Erfolg oder Misserfolg auswirken können. Deshalb sollte ihnen besonderes Augenmerk geschenkt werden. Sinnvoll ist es, die Stärke der Einflussgrößen abzuschätzen, um gegebenenfalls auch gegensteuern und eingreifen zu können, falls sich Schwierigkeiten bei der Durchführung von Innovationsprojekten ergeben sollten. Zum Umfeld zählen: Führungsstrukturen im Krankenhaus, Kultur der Krankenanstalt, Benutzerakzeptanz und administrative Regelungen, Komplexität der Innovation und Zusammenarbeit und Partnerschaft mit externen Partnern. Beim Kreis der unmittelbaren, operationalen Einflussgrößen handelt es sich um: Patientinnenzufriedenheit/Patientenzufriedenheit, Patientinnensicherheit/Patientensicherheit, Kenntnisstand und Aufgeklärtheit der/des Patientin/Patienten, Profitabilität, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Kostenorientierung, Kompetenz und Quantität des medizinischen und nicht medizinischen Personals, klinische Ergebnisse und Qualitätsstandards.

10 Vgl. Omachonu et al. 2010. S. 14 f. Zu alternativen Einteilungen siehe auch Varkey et al. 2008, S. 387

2. Innovationsprozess – idealtypische Strukturen und Vorgehensweisen

Unter Berücksichtigung der eben geschilderten grundsätzlichen Besonderheiten bei Innovationen in Krankenhäusern scheint es angemessen, sich zunächst über die Vielschichtigkeit des Prozesses einige Gedanken zu machen. Sie bilden die Basis, um im späteren Verlauf in Form eines Projektes neue Zusatzleistungen für die Sonderklasse zu schaffen.

Es lässt sich aber dieses Schema grundsätzlich auf andere Vorhaben zu Dienstleistungsinnovationen im Krankenhausbereich oder Gesundheitsbereich adaptieren. Der Prozess gliedert sich in verschiedene Phasenabschnitte¹¹, denen spezielle Aufgaben zugeordnet werden (vgl. Abbildung 2). Beginnen wir zunächst mit der ersten Phase, hier geht es um die Generierung von Ideen. Verschiedene Ansätze und Werkzeuge können dabei eingesetzt werden. Ob es nun abteilungsübergreifende Teams verschiedener Fach-Abteilungen sind oder externe Forschungsgruppen sich in Zusammenarbeit mit einer Abteilung über Zusatzleistungen für die Sonderklasse Gedanken machen, hängt wohl wesentlich davon ab, welchen Stellenwert das Management auf der strategischen und operativen Ebene dem Innovationsgeschehen beimisst. Am besten wäre es wohl überhaupt, wenn in der Klinik ein Zentrum für Innovation organisatorisch verankert, systematisch und unterstützend für diese Aufgaben eingerichtet würde. Beispielfhaft kann hier auf die Mayo-Klinik¹² verwiesen werden, ähnliche Innovationslaboratorien¹³ finden sich auch in anderen Ländern. Fortschrittliche Autoren¹⁴ plädieren für den „Helix“-Ansatz (Healthcare Innovation Exchange) und verweisen auf die Herausforderungen, die mit einer solchen radikalen Umstellung des Innovationsgeschehens in Krankenhäusern verbunden sind. Ihre Ratschläge sind bemerkenswert und könnten grundsätzlich für Innovationsvorhaben berücksichtigt werden.

11 Vgl. Varkey et al. 2008., S. 384 f.

12 <http://centerforinnovation.mayo.edu/>, URL abgerufen am 12.6.2018

13 <https://helixcentre.com/>, URL abgerufen am 12.6.2018

14 Vgl. Bhatti et al. 2018., S. 2 f.

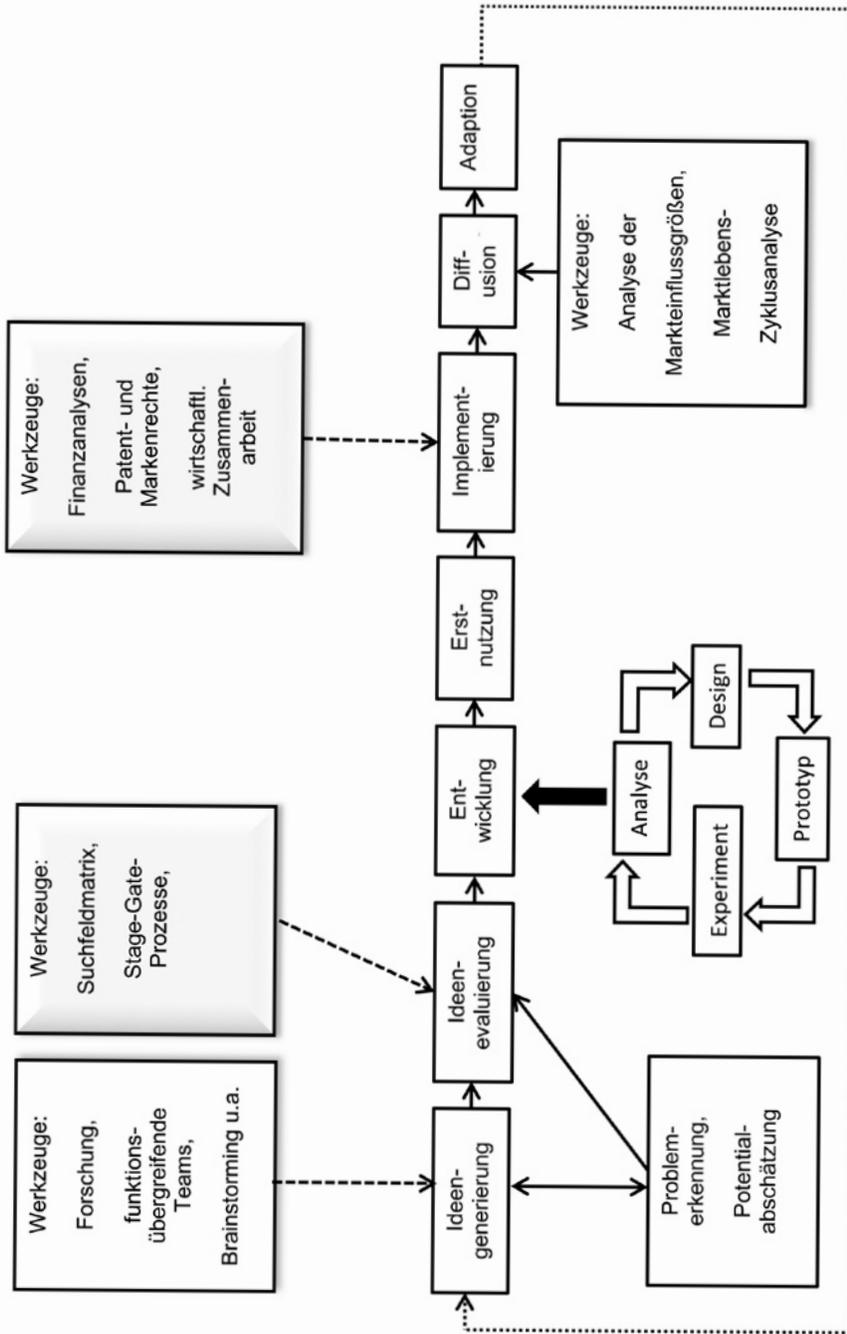


Abbildung 2: Idealtypischer Innovationsprozess (in Anlehnung an Varkey et al. 2008, S. 384)

2.1. Ideengewinnung

Was nun die Kreativitätstechniken betrifft, die in der Phase der Ideengewinnung eingesetzt werden können, so kann hier im Detail auf die umfangreiche, einschlägige Literatur¹⁵ verwiesen werden. Neben Fragebögen, Interviews mit Patientinnen/Patienten und sonstigen Beteiligten am Innovationsprozess, Beobachtung, Brainstorming zur Generierung verschiedener potentieller Lösungen können andere eingesetzt werden, die im „Methodenkasten“ der Kreativitätstechniken vorhanden sind. Falls es ein betriebliches Vorschlagswesen gibt, so kann das auch als Quelle von Inspiration und Kreativitätsanstößen eingesetzt werden. Neben der Ideengenerierung spielen Identifikation und Auswahl von mehreren potentiellen Lösungsmöglichkeiten mit ihrer Nutzenstiftung für die/den Patientin/Patienten eine ganz wichtige Rolle¹⁶. Die Evaluierung hinsichtlich des Problemlösungspotentials sollte nicht zu früh erfolgen, da unter Umständen die Mächtigkeit der Vorschläge für Zusatzleistungen nicht voll erkannt wird. Wichtig scheint es zu sein, sich darüber im Klaren zu werden, welche Übereinstimmung mit der Mission und den Zielen des Krankenhauses der Abteilung vorliegt und welche Voraussetzungen (Know-how, personell, technisch, finanziell, rechtlich u.a.) notwendigerweise gegeben sein müssen, um diese Zusatzleistungen zum Nutzen der Patientinnen/Patienten zu entwickeln, einzusetzen und zu vermarkten. Organisatorisch kann es sinnvoll sein, in der Phase der Ideengenerierung funktionsübergreifende Teams, Innovationsinstitute mit einschlägiger Expertise oder Innovationsnetzwerke einzusetzen¹⁷. Manche Krankenhäuser und Kliniken gehen schon den oben angemerkt Weg, indem sie eigene Innovationszentren einsetzen¹⁸, um die sonst üblichen, für Innovation hindernden Einflüsse¹⁹ zu minimieren oder zu umgehen.

15 Vgl. Becker et al. 2018.

16 Vgl. Varkey et al. 2008., S. 384 f.

17 Vgl. Varkey et al. 2008; Cooper 2002.

18 Vgl. Dickson et al. o. J., S. 48 ff.

19 Vgl. Hwang und Christensen 2008., S. 1329 ff.

2.2. Ideenbewertung

In der Phase der Ideenbewertung geht es darum herauszufiltern, welche der Vorschläge für die Zusatzleistungen aus Sicht der Kunden vorteilhaft bzw. weniger vorteilhaft sind. Verschiedene Vorgehensweisen²⁰ sind denkbar. Ein Instrument, das in diesem Zusammenhang häufig genannt wird, ist die Suchfeldmatrix²¹, in der der Situationsbezug der/des Patientin/Patienten (vgl. Tabelle 2) den verschiedenen Hebeln zur Erhöhung des Patientennutzens gegenübergestellt wird. Es handelt sich dabei um Komfort (die/der Patientin/Patient kann die Zusatzleistung nun bequemer in Anspruch nehmen), Risiko (das Risiko bei der Inanspruchnahme wird vermindert), schnellere Handhabbarkeit (es kann schneller mit der Zusatzleistung umgegangen werden), Umweltfreundlichkeit (es tritt eine verringerte Umweltbelastung durch die Inanspruchnahme der Zusatzleistung ein), Kompatibilität (die Zusatzleistungen sind mit anderen besser kombinierbar, es ergeben sich mit ihnen höhere Synergien), psychologische Vorteile (diese können darin bestehen, dass die/der Patientin/Patient durch die Inanspruchnahme eine Steigerung des Selbstwertgefühls erfährt, die Konsumption bereitet mehr Vergnügen) und Gesamtkosten der Inanspruchnahme der Leistung (führen zu einer Verringerung der Kosten für den Patienten/in und damit zu einer Erhöhung des Kundennutzens).

Neben der Anwendung der Suchfeldmatrix können noch andere Techniken für die Auswahlentscheidung herangezogen werden. Häufig genannt werden hier der Stage-Gate-Prozess von Cooper²². Ein ausgezeichnetes Beispiel für die Anwendung des Stage-Gate-Prozesses liefern Pietzsch et al.²³, die in ihrem Beitrag dokumentieren, wie die Anwendung von Kriterien und eine stringente Prozessführung über die verschiedenen Phasen hinweg zur Markt-/Einsatzreife eines Vorschlags führen.

20 Vgl. Peters 1986.

21 Vgl. Chan Kim und Mauborgne 2016.

22 Vgl. Cooper 2002.

23 Vgl. Pietzsch et al. 2009., S. 021004-1 ff.

Hebel zum Patientennutzen	Patienten-Situation						
	Aufenthalt	Behandlung	Diagnose	Vorbeugung	Aufklärung	Forschung	Kontaktpflege
Komfort							
Risiko							
Schnellere Handhabbarkeit							
Umweltfreundlichkeit							
Kompatibilität							
Psychologische Vorteile							
Gesamtkosten der Inanspruchnahme d. Patienten/in							

Tabelle 2: Suchfeldmatrix zur Einschätzung Nutzenwirkung (in Modifikation von Varkey et al. 2008, S. 385)

Best-Practice-Beispiele²⁴ bei der Anwendung des Stage-Gate-Prozesses sprechen von der Ausrichtung der Krankenhausstrategie, Adaptierbarkeit für die unterschiedlichsten Innovationsarten, Berücksichtigung und Intensivierung der Zusammenarbeit von Medizin und Pflege, Verwaltung und Management, klaren Rollenabgrenzungen, hoher Planungs- und Evaluierungskompetenz, der genauen Kennzeichnung der Anforderungen und Selektionskriterien, methodischer Unterstützung durch standardisierte Checklisten sowie Projektmanagement und Aktivitäten zur Einbindung externer Partner, Stakeholder und der Patientinnen/Patienten. Welche Vorgehensweise bei den Methoden gewählt wird, hängt schlussendlich davon ab, welche Ressourcenverfügbarkeit (personell, finanziell, Know-how) und Ressourcennotwendigkeiten in dieser Hinsicht vorliegen.

²⁴ Vgl. Schultz 2014. S. 32 ff.

2.3. Entwicklung, Design und Erstnutzung

Die Entwicklungsphase ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass die wesentlichen Vorschläge und Ideen, die sich im Brainstormingprozess als weiter verfolgenswert herauskristallisiert haben, nun in Sub-Prozessen²⁵ verfeinert und sozusagen „raffiniert“ werden. Das Ergebnis ist ein Prototyp der medizinischen/nicht medizinischen Zusatzleistung, die den Ansprüchen der Patientinnen/Patienten und den Projekterfordernissen genügt. Zunächst werden die Top-Ideen ausführlicher entworfen und konzipiert, dann in vorläufige Prototypen umgesetzt. Diese werden in einem oder mehreren realen Anwendungsfällen getestet, Änderungserfordernisse werden analysiert und berücksichtigt und ursprüngliche Prototypen modifiziert und noch einmal getestet. Dieser interaktive Prozess wird so lange wiederholt, bis keine wesentlichen Änderungsnotwendigkeiten mehr bestehen. Dabei fließen auch immer wieder Wünsche der Patientinnen/Patienten, die wesentlich für die Anpassung, Finalisierung und Standardisierung der Zusatzleistung sind, ein. In diesem Stadium der Entwicklung der Zusatzleistungen, seien sie nun medizinischer oder nicht medizinischer Natur, können die schon früher genannten Innovationszentren (die Literatur spricht hier auch von Design-Studios²⁶) krankenhausintern oder auch krankenhausextern eine Rolle spielen.

Der Unterschied²⁷ zwischen Erstnutzung und Prototypeneinsatz besteht darin, dass das finale Konzept der Zusatzleistung standardisiert, wiederholbar und in der Lage ist, den beabsichtigten Nutzen zu schaffen. Unter Umständen kann der Fall auftreten, dass in diesem Phasenabschnitt nochmals Vorschläge durch Beteiligte wie Patientinnen/Patienten, Mitglieder der bereichsübergreifenden Teams oder der Krankenhausverwaltung sowie externen Dritten auftreten. Das kann für die Übernahme und Implementierung seitens der Krankenhausorganisation von entscheidender Bedeutung sein, um den vollen Nutzen der Zusatzleistung realisieren zu können.

Ein typisches Beispiel für den Einsatz eines Design-Centers (DHW-Lab) demonstriert das Auckland City Hospital²⁸ unter dem Motto „We design better healthcare experiences with patients, their families and staff“. Diese Internetplattform ist deshalb so interessant, weil es das Konzept, die Werkzeuge und die Vorgehensweise allgemein auf der WEB-Seite²⁹ zugänglich macht. Damit können Patien-

25 Vgl. Varkey et al. 2008, S. 385 f.

26 Vgl. Bhatti et al. 2018, S. 2

27 Vgl. Varkey et al. 2008, S. 386

28 Vgl. hierzu <https://www.dhwlab.com/>, URL abgerufen am 12.6.2018

29 Vgl. hierzu <https://static1.squarespace.com/static/5923aa0f17bffc2707fe2b8/t/5971c969f7e0ab273453c381/1500629412929/How+We+Design+2.0.pdf>, URL abgerufen am 12.6.2018

tinnen/Patienten, Familienangehörige und Beschäftigte aus dem medizinischen und nicht medizinischen Bereich in Innovationsprojekten zusammenfinden. Dem Prinzip nach ist jeder Ansatz auf das Problem zugeschnitten, orientiert sich an einem menschenzentrierten Design und ermutigt damit die Zusammenarbeit, die Empathie, die Kreativität und die Erstellung von Prototypen. Es wird auf Projektbasis gearbeitet. In vier Phasen wird von „Discover“, „Define“, „Design“ und „Deliver“ gesprochen, und interessierten Nutzern werden verschiedenen Werkzeuge und Methoden vorgeschlagen, die zu einer patientengerechten Lösung von Problemen führen sollen. Auch wenn hier nicht unbedingt von Zusatzleistungen in bestimmten Krankenhausklassen gesprochen wird, so kann das vorgestellte Konzept der Zusammenarbeit für Innovationen im Krankenhaus als richtungsweisend eingestuft werden.

2.4. Implementierung, Diffusion und Adaption

In den letzten Schritten der Entwicklung von Zusatzleistungen für die Sonderklasse geht es um Fragen, die sich damit auseinandersetzen, ob die gefundene neue Leistung für einen breiteren Markt zur Verfügung gestellt werden soll. Das kann nun krankenhauses intern verstanden werden, es kann aber auch seitens des Abteilungs-/Krankenhausmanagements überlegt werden, ob Einnahmen durch Lizenzierung der Entwicklung eine interessante Alternative darstellt. Es kann dabei notwendig sein, dass die Dienstleistung für die Sonderklasse gesetzlich geschützt wird oder zu patentieren ist, damit sie dem Markt zur Verfügung gestellt werden kann. In welchem Ausmaß gesetzliche Regelungen zu berücksichtigen sind, hängt vom Einzelfall ab, ebenso die Abklärung ethischer Aspekte. Die Übernahme und Diffusion von Neuerungen im Gesundheitsbereich folgt mehr oder weniger einem S-förmigen Verlauf. Drei Größen³⁰ wirken auf die Geschwindigkeit ein, mit der Innovationen im Allgemeinen am Markt übernommen werden: 1) Wahrnehmung der Neuerung, 2) Charakteristiken der Personen und 3) Kontextfaktoren.

Bei der Wahrnehmung der Innovation ist zu berücksichtigen, dass potentielle Nutzer zunächst einmal für sich abschätzen, welche Risiken mit der Übernahme verbunden sind und welche Vorteile sich durch eine Nutzung ergeben könnten. Je größer das Wissen über die Vorteile der Innovation ist, desto eher wird diese übernommen. Wie die Neuerung wahrgenommen wird, hängt unter anderem davon ab, wie kompatibel sie mit den Werten, Normen und früheren Erfahrungen der Patientinnen/Patienten ist.

30 Berwick 2003, S. 1970 ff.

Hinzu kommt die Komplexität der Neuerung: Simple Neuerungen finden rascher ihren Weg in den Markt, werden früher übernommen, genau wie jene, die modifiziert und an den spezifischen Kontext der/des Patientin/Patienten angepasst werden können. Nicht unterschätzt werden sollte die Möglichkeit, Neuerungen zunächst einmal ausprobieren zu können, Patientinnen/Patienten wollen lernen und die Vorteile einer Nutzung auch beobachten können.

Die zweite Einflussgröße, die die Rate der Übernahme der Neuerung beeinflusst, leitet sich aus den Charakteristiken der Patientengruppen ab. Es kann davon ausgegangen werden, dass der s-förmige Verlauf der Übernahme, der in vielen Innovationsstudien festgestellt wurde, grosso modo auch für Patientinnen/Patienten³¹ gilt. Eine geringe Anzahl von ihnen kann zu den „wirklichen“ Innovatoren gezählt werden, üblicherweise sind das so an die 2,5 Prozent. Sie zeichnen sich durch Neugierde, Such- und Probierverhalten aus, können mit Risiko umgehen und sind Neuerungen gegenüber grundsätzlich aufgeschlossen. Die zweite Gruppe, die ihnen in mancherlei Hinsicht ähnlich ist, aber dennoch unterscheidbar, sind die frühen Adopter (ca. 12 Prozent). Sie sind meist Meinungsführer, sind aber weniger durch Suchverhalten geprägt, sozial gut verankert, probieren gerne neue Dinge aus und kommunizieren dies dann auch. Ihren sozialen Status unterstreichen sie dadurch, dass sie sich als Experten in bestimmten Bereichen empfehlen. Die „frühe Mehrheit“ (ca. 34 Prozent) ist stärker als die beiden ersten Gruppen, dem Risiko abgeneigt, sie ist dafür aufgeschlossener für Neuerungen, die ihre unmittelbar gegenwärtigen Bedürfnisse ansprechen. Sie kommuniziert eher mit Bekannten, Freunden und dem familiären Umkreis und nimmt deren Empfehlung auf. Die „späte Mehrheit“ (ca. 34 Prozent) orientiert sich in ihrem Probierverhalten und ihrer Übernahme bei Neuerung stärker an der „frühen Mehrheit“, ist jedoch noch vorsichtiger bei der Übernahme und Nutzung von Neuerungen und ist erst dann bereit, die Neuerungen zu versuchen, wenn diese zum Standard geworden sind, denn der Erfolg muss garantiert sein. Such- und Probierverhalten sind noch stärker eingeschränkt als bei den anderen schon genannten Gruppen. Die letzte Gruppe (ca. 16 Prozent der Patientinnen/Patienten), man könnte sie auch als „Zauderer“ oder als „Traditionalisten“ bezeichnen, orientiert sich an bewährten und erprobten Dienstleistungen.

Als drittes Einflussbündel ist der Kontext zu berücksichtigen, in dem die Neuerung eingesetzt werden soll. Management, Führung und soziales Umfeld können den zeitlichen Verlauf, die Übernahme oder Ablehnung einer neuen Dienstleistung für die Sonderklasse wesentlich beeinflussen und somit auch die gesamte Attraktivität dieser Abteilungen im Krankenhaus. Lob, Anerkennung, Unterstützung,

31 Vgl. Berwick 2003, S. 1972

flexible Entscheidungsstrukturen, Verfügbarkeit von Ressourcen finanzieller und personeller Natur und das Zulassen von Änderungen werden die Übernahme von Neuerungen fördern.

3. Zusammenfassende Überlegungen und Empfehlungen

Die Schaffung von Zusatzleistungen in der Sonderklasse kann als Innovationsprojekt des Krankenhauses, der Klinik oder der medizinischen Abteilung verstanden werden. In welchem Ausmaß solche Innovationsprojekte Dienstleistungen erfolgreich bis zur Markt-/Nutzungsreife führen, hängt davon ab, wie systematisch, strukturiert und planerisch das Vorgehen im Projekt gehandhabt wird. Aus der Praxis lassen sich Beispiele zitieren, wie das Innovationsgeschehen an großen Krankenanstalten organisatorisch und prozessual gestaltet werden kann.

Generelle Gestaltungsempfehlungen³² lassen sich etwa wie folgt formulieren:

1. Kontinuierliche und aktive Suche nach Innovationspotentialen für Dienstleistungsverbesserungen. Große Krankenhäuser können einen solchen Prozess im Hause mit entsprechenden Ressourcen unterstützen. Kleinere Anstalten sollten sich überlegen, ob sie das nicht im Netzwerkverbund angehen sollten.
2. Identifikation von „Scouts“, die aufgrund des ihnen eingeräumten Freiraums und Wertschätzung, Innovationspotentiale aufspüren können und nicht selten Schnittstellen zu anderen Wissensbereichen überbrücken können.
3. Identifikation und Kommunikation mit „frühen Adoptern“, da sie als Meinungsbildner intern und extern besonders wirksam sind. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, über ihre Aktivitäten zu berichten.
4. Übernahme und Adaptierung von Innovationen, die von außerhalb kommen. Nicht selten ist es möglich, Dienstleistungen, die außerhalb der Institution entwickelt wurden, anzupassen und auf den spezifischen Kontext der eigenen Abteilung einzustellen und diese zu eigen machen.

³² Vgl. Berwick 2003., S. 1973 f.

5. Freiräume schaffen, damit Neues entstehen kann und schlussendlich –
6. Führen durch Beispiel, damit die Verbreitung und Implementation von Neuerungen Widerstände überwinden kann. Die Bereitschaft zur Veränderung muss zur inneren Haltung werden.

Ohne Zweifel sind die Schaffung und Übernahme von Dienstleistungsinnovationen mit Risiken, aber auch mit spannenden Erfahrungen verbunden. Es gibt keine Abkürzungen zum garantierten Erfolg, allerdings systematische Ansätze, die die Erfolgswahrscheinlichkeit dieser Projekte bis hin zur Marktreife und Nutzung steigern.

Literaturverzeichnis

- Becker, Joachim H.; Ebert, Helmut; Pastoors, Sven (Hg.) (2018): Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Berwick, Donald M. (2003): Disseminating innovations in health care. In: *JAMA* 289 (15), S. 1969–1975.
- Bhatti, Yasser; del Castillo, Jaqueline; Olson, Kristian; Darzi, Ara (2018): Putting Humans at the Center of Health Care Innovation. In: *Harvard Business Review* (2).
- Chan Kim, W.; Mauborgne, Renée (2016): Der Blaue Ozean als Strategie. Wie man neue Märkte schafft, wo es keine Konkurrenz gibt. 2. Auflage. München: Hanser, Carl.
- Cooper, Robert G. (2002): Top oder Flop in der Produktentwicklung. Erfolgsstrategien; von der Idee zum Launch. 1. Aufl. Weinheim: Wiley-VCH Verl.
- Dickson, Francesca; Friedman, Emily; Ross, Lorna: Innovating in Health Care – an Environment Adverse to Change. In: *Touchpoint - The Journal of Service Design*, S. 48–53.
- Hwang, Jason; Christensen, Clayton M. (2008): Disruptive innovation in health care delivery: a framework for business-model innovation. In: *Health affairs (Project Hope)* 27 (5), S. 1329–1335.
- Lämsäsaari, Hannakaisa; Kivimäki, Mika; Aalto, Pirjo; Ruoronen, Raija (2006): Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. In: *Nursing science quarterly* 19 (1), 66–72.
- Meffert, Heribert; Rohn, Friederike (2012): Medizinmarketing – marktorientierte Führung im Gesundheitsbereich. In: Christian Thielscher (Hg.): *Medizinökonomie*. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 29–73.
- Omachonu, Vincent, K.; Einspruch, Norman, G. (2010): Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. In: *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal* 15 (1), S. 1–20.
- Omachonu, Vincent, K.; Einspruch, Norman, C. (2010): Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. In: *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal* 15 (1), S. 1–20.
- Peters, Michael P. (1986): Innovation for Hospitals: an Application of the Product Development Process. In: *Journal of Health Care Marketing* 6 (3), S. 52–59.
- Pietsch, Jan B.; Shluzas, Lauren A.; Paté-Cornell, M. Elisabeth; Yock, Paul G.; Linehan, John H. (2009): Stage-Gate Process for the Development of Medical Devices. In: *J. Med. Devices* 3 (2), 021004-1-021004-15.
- Schultz, Carsten (2014): Innovationsmanagement im Krankenhaus. Kompetenzen, Instrumente und Leitlinien. In: *IT-Management* (4), S. 32–34.

- Souba, Wiley, W.; Haluck, Chris, A.; Menezes, Melvyn, A.J. (2001): Marketing strategy: An essential component of business development for academic health centers. In: *The American Journal of Surgery* 181, S. 105–114.
- Varkey, Prathibha; Horne, April; Bennet, Kevin E. (2008): Innovation in health care: a primer. In: *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality* 23 (5), S. 382–388.

Dr. Christine Arentz

Projektleiterin, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

Private Zusatzversicherung in der stationären Versorgung in Deutschland

1. Einführung	101
2. Kurzdarstellung des deutschen Krankenversicherungssystems	101
2.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	101
2.2. Private Krankenversicherung (PKV)	104
3. Die stationäre Versorgung in Deutschland	107
3.1. Allgemeine Krankenhausvergütung in Deutschland	110
3.2. Vergütung privatärztlicher Leistungen im Krankenhaus	111
4. Der private Zusatzversicherungsmarkt in Deutschland	113
4.1. Verbreitung in der Bevölkerung	113
4.2. Finanzierung der Zusatzversicherung	116
4.3. Versorgung von Privatpatienten im Krankenhaus	118
5. Zusammenfassung	120
Literaturverzeichnis	121

1. Einführung

In Deutschland bietet die Private Krankenversicherung sowohl Vollversicherungsverträge für bestimmte Bevölkerungsgruppen als auch Zusatzversicherungsverträge für die gesamte Bevölkerung an. Im folgenden Beitrag wird insbesondere auf die Zusatzversicherung im Krankenhaus abgestellt. Hierzu soll kurz die Funktionsweise des deutschen Krankenversicherungssystems dargestellt werden, um in einem zweiten Schritt die Struktur der stationären Versorgung in Deutschland zu erläutern. Darauf aufbauend wird dargestellt, welche Leistungen die private Zusatzversicherung im Krankenhaus bietet und wie diese finanziert werden.

2. Kurzdarstellung des deutschen Krankenversicherungssystems

2.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

In Deutschland sind rund 90 Prozent der Bevölkerung bei einer der derzeit 110¹ gesetzlichen Krankenkassen versichert. Die Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts und finanziell sowie organisatorisch unabhängig. Die staatlich zugewiesenen Aufgaben werden im Rahmen der Selbstverwaltung durchgeführt. So ist der GKV-Spitzenverband, der die Kassen vertritt, für die Erarbeitung der kollektivvertraglichen Regelungen für den ambulanten und stationären Sektor zuständig sowie zusammen mit Ärztevertretern und Krankenhausgesellschaft für die Ausgestaltung des Leistungskataloges der Kassen.²

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen seit 1996 im Wettbewerb. Bis dahin erfolgte die Zuordnung der Versicherten zu einer Krankenkasse nach dem individuel-

1 Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp, abgerufen am 12.06.2018.

2 Vgl. GKV-Spitzenverband (2018): https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp, abgerufen am 12.06.2018.

len Status bzw. Beruf einer Person. Mit Einführung der freien Kassenwahl³ wurde ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen installiert, der seit 2009 morbiditätsorientiert ist: Krankenkassen erhalten über den Risikostrukturausgleich Pauschalen pro Versicherten, die nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus sowie nach 80 Krankheiten differenziert sind. Dadurch sollen die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen möglichst ausgeglichen werden, um Wettbewerbsnachteile für Kassen mit vielen kranken Versicherten zu vermeiden. Krankenkassen sind gezwungen, jeden Versicherten unabhängig von seinem Risiko aufzunehmen (Kontrahierungszwang).

Seit 2009 herrscht in Deutschland eine allgemeine Versicherungspflicht, d.h. jeder Bürger muss eine Krankenversicherung (und Pflegeversicherung) abschließen. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist hierbei eine Pflichtversicherung für alle Arbeitnehmer, die unterhalb der sogenannten Versicherungspflichtgrenze verdienen (2018: 59.400 Euro/Jahr), für Bezieher von Arbeitslosengeld I und II, land- und forstwirtschaftliche Unternehmer, Künstler und Publizisten, Menschen mit Behinderung, Jugendliche in besonderen Einrichtungen, Studenten und Rentner (SGB V, § 5). Freiwillig können sich Selbständige und Beamte in der GKV versichern sowie Arbeitnehmer, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienen (§ 6 SGB V). Dieser Personenkreis hat die Wahl, eine substitutive Private Krankenversicherung abzuschließen. Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen bzw. mit einer geringfügigen Beschäftigung (450 Euro/Monat) sind in der GKV beitragsfrei mitversichert.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt im Umlageverfahren über lohn- bzw. rentenabhängige Beiträge. Seit 2009 herrscht mit der Einführung des sogenannten Gesundheitsfonds, an den alle Beiträge abgeführt werden müssen, ein einheitlicher Beitragssatz von 14,6 Prozent.⁴ Dieser Beitragssatz wird paritätisch und damit jeweils zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer abgeführt.⁵ Der Arbeitgeberanteil ist bisher gesetzlich bei 7,3 Prozent

3 Allerdings sind nicht alle Krankenkassen für alle Versicherte bundesweit geöffnet. Von den derzeit (2018) 110 Krankenkassen sind 37 bundesweit geöffnet, während 45 Krankenkassen in nur einem bzw. mehreren ausgewählten Bundesländern tätig sind. Bestimmte Kassen sind nur betriebsbezogen wählbar (derzeit 28 Krankenkassen). Vgl. GKV-Spitzenverband (2018): https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp?filter=0#krankenkassen, abgerufen am 12.06.2018.

4 Vor 2009 konnten die Krankenkassen individuelle Beitragssätze festlegen. Unterschiede in der finanziellen Stärke der Kassenmitglieder wurden dann vom sogenannten Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen nivelliert. Heute erfolgt dieser Ausgleich über den Gesundheitsfonds.

5 Aus ökonomischer Sicht muss jedoch zwischen Zahllast und Traglast unterschieden werden. Ob die Arbeitgeber oder Arbeitnehmer die Beitragsbelastung zu tragen haben, hängt von den jeweiligen Elastizitäten des Angebots und der Nachfrage ab. Unabhängig von der konkreten Zahllast trägt die unelastischere Seite des Marktes einen höheren Anteil der Beitragsbelastung.

festgeschrieben. Neben dem allgemeinen Beitragssatz besteht die Möglichkeit für Krankenkassen, kassenindividuelle Zusatzbeiträge zu erheben, wenn sie ihre Ausgaben nicht mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken können. Diese Zusatzbeiträge sind ebenfalls lohn- bzw. rentenabhängig und wurden bisher allein von den Versicherten getragen. Ab 2019 sollen aber auch diese wieder paritätisch finanziert werden. Beiträge (inkl. Zusatzbeiträge) sind nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (2018: 53.100 Euro/Jahr) zu entrichten. Liegen die Einkünfte darüber, werden diese nicht mehr verbeitragt.

Anders als bei den pflichtversicherten Mitgliedern der GKV wird bei freiwillig in der GKV-Versicherten Selbständigen, Freiberuflern und anderen nicht sozialversicherungspflichtigen Personen die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bei der Beitragserhebung betrachtet (vgl. § 240 SGB V).⁶

Zusätzlich zu den Beitragseinnahmen wurden 2004 Bundeszuschüsse aus allgemeinen Steuermitteln eingeführt, die auch von privat Versicherten finanziert werden. Betragen die Bundeszuschüsse 2004 noch 1 Milliarde Euro sind es 2018 14,5 Milliarden Euro.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen umfassen ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Leistungen während der Schwanger- und Mutterschaft, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Behandlung im Krankenhaus sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus werden Leistungen erbracht, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit Erkrankungen stehen, wie etwa die Zahlung von Mutterschaftsgeld. Leistungen werden in der GKV im Sachleistungsprinzip erbracht, d.h. die Versicherten müssen für ambulante und stationäre Leistungen nicht in Vorleistung gehen.⁷

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen ist nicht explizit in einem Katalog spezifiziert, das Gesetz macht lediglich Rahmenvorgaben für die zu erbringenden Leistungen. Einschränkungen ergeben sich gegebenenfalls durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V), das besagt, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein sollen und „das Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten dürfen. Konkretisiert werden die Leistungen durch den sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dieses Gremium aus Vertretern der Kassen, der (Zahn-)Ärzte, der Krankenhäuser und der Patienten er-

6 Zudem werden die Einkünfte des Ehepartners mitberücksichtigt, sofern dieser privatversichert ist.

7 Es ist jedoch möglich, sogenannte Wahltarife abzuschließen, wo in der Folge nach dem Kostenerstattungsprinzip abgerechnet wird, d.h. der Versicherte geht für die erbrachten medizinischen Leistungen in Vorleistung und erhält dann von seiner Kasse eine Rückerstattung.

arbeitet für die einzelnen Leistungsbereiche Richtlinien, die für alle Kassen und Leistungserbringer verbindlich sind.⁸

In der GKV gibt es einen sog. Erlaubnisvorbehalt für neue Leistungen im ambulanten Bereich (§ 135 Abs. 1 SGB V). Diese müssen erst vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) genehmigt werden, bevor sie in der Versorgung für gesetzlich Versicherte genutzt werden dürfen. Dieser Prozess kann mehrere Jahre in Anspruch nehmen.⁹ Im stationären Bereich gilt dagegen, dass innovative Leistungen prinzipiell erlaubt sind, solange noch kein explizites Verbot ausgesprochen worden ist (sog. Verbotsvorbehalt). Innovative Behandlungen dürfen also angewandt werden, sofern „sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist“ (§ 137c Abs. 3 SGB V).

2.2. Private Krankenversicherung (PKV)

In Deutschland wird die Private Krankenversicherung sowohl als substitutive Versicherung als Ersatz für die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung für bestimmte Bevölkerungsgruppen¹⁰ angeboten als auch als Zusatzversicherung, durch welche die Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen lediglich ergänzt werden.

Die Finanzierung der Privaten Krankenversicherung unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt sowohl für die Voll- als auch für die Zusatzversicherung. Hier soll zunächst die Finanzierungsweise der Vollversicherung erläutert werden, um dann in Kapitel 4.2 auf mögliche Abweichungen in der Zusatzversicherung eingehen zu können.

Zum einen kalkuliert die PKV in der Vollversicherung grundsätzlich im Kapitaldeckungsverfahren: Das Versicherungsaufsichtsgesetz (§ 146 VAG) legt fest, dass substitutive Krankenversicherungsverträge nur nach Art der Lebensversicherung kalkuliert werden dürfen. Dies bedeutet, dass die Prämien über den Lebenszyk-

8 Im Rahmen sogenannter Satzungsleistungen können Kassen ihren Versicherten Zusatzangebote machen, wie etwa die Behandlung durch Homöopathen oder Heilpraktiker. Mit Wahlтарifen können sie zudem bspw. Selbstbehaltтарifen oder Kostenerstattungтарifen aufliegen. Mit Bonusprogrammen dürfen Kassen zudem gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten belohnen. Allerdings sind die Spielräume für Leistungsdifferenzierungen begrenzt, etwa 95 % – 98 % der Leistungen sind verpflichtend vorgeschrieben (vgl. Ulrich/Pfarr (2013), S. 5).

9 Vgl. Wasem (2016).

10 Siehe Kapitel 2.1.

lus der Versicherten real konstant gehalten werden, hierfür werden sogenannte Alterungsrückstellungen gebildet.¹¹ Die Prämien liegen in jüngeren Jahren über den erwarteten Leistungsausgaben. Die Versicherungen legen diese Prämienüberschüsse an, um die im Alter entstehenden Prämiendefizite zu decken. Der Versicherer hat kein ordentliches Kündigungsrecht, so dass der Versicherte eine lebenslange Leistungszusage erhält.

Zum anderen sind die zu entrichtenden Beiträge in der PKV nicht lohnabhängig, sondern werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet, die in einer Kalkulationsverordnung festgelegt sind. Die Prämienberechnung folgt dem Äquivalenzprinzip, so dass die kalkulierten Prämien über den Lebenszyklus dem Erwartungswert der Schäden entsprechen müssen. Je nach Gesundheitszustand des Versicherten können Zu- und Abschläge erhoben sowie Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Des Weiteren bestimmen das Eintrittsalter und der gewählte Tarif die Höhe der erforderlichen Prämie (§ 10 der Kalkulationsverordnung (KalV)).¹² Zudem haben Selbstbehalte einen Einfluss auf die Prämienhöhe.

Prämienanpassungen dürfen laut den gesetzlichen Vorschriften in der PKV nur erfolgen, wenn einer von zwei sogenannten „auslösenden Faktoren“ anspricht: Veränderungen in der Leistungsanspruchnahme oder in der Sterblichkeit. Ergibt sich im Vergleich zur ursprünglichen Kalkulation eine Abweichung von 5 bzw. 10 Prozent, dürfen bzw. müssen die Prämien angepasst werden. Im Zuge dieser Prämienanpassungen müssen alle Rechnungsgrundlagen, u.a. auch der zugrunde gelegte Rechnungszins, überprüft und entsprechend angepasst werden. Kann der aktuelle Rechnungszins von einzelnen Unternehmen nicht erwirtschaftet werden, müssen die betroffenen Unternehmen über das Verfahren „aktuarieller Unternehmenszins“ (AUZ-Verfahren) einen neuen, niedrigeren Kalkulationszins anwenden, und zwar sowohl im Neugeschäft als auch für bestehende Verträge.¹³ Die Prämienanpassungen fallen bei einem niedrigeren Kalkulationszins entsprechend höher aus als bei alleiniger Veränderung der auslösenden Faktoren. Alle Prämienanpassungen bedürfen der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (§ 15 KalV). Die Prämienanpassungen erfolgen aber für alle Mitglieder eines Tarifs und nicht auf individueller Versichertenebene: Prämienanpassungen aufgrund von ver-

11 Eine Ausnahme bilden die Kindertarife, da hier nicht von einer lebenslangen Versicherung ausgegangen wird. Daher werden keine Altersrückstellungen für diese Tarife gebildet (§ 10 KalV).

12 Unterschiedliche Prämien nach Geschlecht dürfen seit der verpflichtenden Einführung von Unisexstarifen nicht mehr erhoben werden.

13 Vgl. ohne Verfasser (2011).

ändertem individuellem Gesundheitszustand sind nach Abschluss des Vertrages nicht zulässig.¹⁴

Versicherte können frei wählen, bei welchem Versicherer sie einen Vertrag abschließen. Der Versicherer ist aber in den Normaltarifen nicht verpflichtet, alle Versicherten aufzunehmen (kein Kontrahierungszwang).¹⁵

In den Normaltarifen sind die privaten Versicherer in ihrer Leistungsgestaltung weitgehend frei, eine Orientierung an den in der GKV erstatteten Leistungen ist nicht zwingend.¹⁶ In der Regel sind die in der PKV erbrachten Leistungen höher als in der GKV, insbesondere besteht ein besserer Zugang zu Innovationen.¹⁷ Diese können in der PKV sofort erstattet werden, wenn sie zugelassen, schulmedizinisch überwiegend anerkannt und medizinisch notwendig sind. Ebenso werden Leistungen erstattet, die sich in der Praxis erfolgversprechend bewährt haben oder angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.¹⁸ Die Leistungen werden in der Regel nach dem Prinzip der Kostenerstattung mit dem Versicherungsunternehmen abgerechnet. Der Versicherte erhält vom jeweiligen Leistungserbringer eine Rechnung, die er dann zur Erstattung bei seinem Versicherer einreichen kann.

14 Abweichend zu den obigen Ausführungen gestaltet sich die Prämienberechnung für den sogenannten Basistarif. Dieser wurde im Zuge der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Jahr 2009 gesetzlich vorgeschrieben. Im Basistarif herrscht für die Unternehmen Kontrahierungszwang und die Prämien dürfen lediglich mit dem Alter differieren. Zudem ist die Prämienhöhe auf den Höchstbeitrag in der GKV (2018: 646 Euro) begrenzt. Im Bereich des Basistarifs sind die Unternehmen verpflichtet, einen vergleichbaren Leistungskatalog wie in der GKV anzubieten (§ 152 VAG).

15 Versicherungswechsel sind prinzipiell möglich, lohnen sich jedoch häufig schon nach vergleichsweise kurzer Vertragsdauer nicht. Bei einem solchen Wechsel werden die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen für Bestandskunden, die einen Vertrag vor 2009 abgeschlossen haben, gar nicht auf den neuen Anbieter übertragen. Für alle Versicherungsverträge nach 2009 werden sie lediglich anteilsweise übertragen. Dadurch lohnt sich ein Versicherungswechsel kaum, weil die fehlenden Alterungsrückstellungen beim neuen Versicherer durch höhere Prämien nachzufinanzieren wären. Zudem erfolgt eine neue Risikoprüfung. Die Versicherten haben jedoch ein Wechselrecht innerhalb ihres Versicherungsunternehmens, bei dem die gesamten durchschnittlichen Alterungsrückstellungen übertragen werden.

16 Die Versicherer müssen lediglich „im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (zu) erstatten“ (§ 192 VVG). Eine konkretere Vorschrift, welche Leistungen genau erstattet werden müssen, gibt es nicht.

17 Es gibt in der PKV auch Tarife, die weniger Leistungen als die GKV bieten, insbesondere bei psychotherapeutischen Behandlungen (vgl. Weber (2012)). Diese Leistungslücken wurden im Zuge der Umstellung auf Unisextarife jedoch von den meisten Unternehmen geschlossen (vgl. ohne Verfasser (2013)).

18 Vgl. PKV-Verband (2013) § 4 Abs. 6.

3. Die stationäre Versorgung in Deutschland¹⁹

Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung liegt in Deutschland im Kompetenzbereich der einzelnen Bundesländer. Sie sind somit dafür verantwortlich, dass für die jeweilige Bevölkerung ausreichend Krankenhäuser in erreichbarer Entfernung für die Versorgung zur Verfügung stehen. Die Bundesländer sind nicht verpflichtet, diese Krankenhäuser selbst zu betreiben, sondern können ihren Sicherstellungsauftrag auch dadurch erfüllen, dass sie freigemeinnützigen oder privaten Trägern einen Krankenhausbetrieb ermöglichen. Die Bundesländer erstellen zur Wahrung ihres Sicherstellungsauftrages sogenannte Krankenhauspläne, indem der Bedarf an Krankenhäusern und Krankenhausleistungen in unterschiedlichen Versorgungsstufen festgelegt wird. Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für den Erhalt von staatlichen Fördermitteln für Investitionen. Krankenhäuser werden in Deutschland in einem dualen System finanziert. Die Investitionen sollen durch Steuermittel, die laufenden Betriebskosten durch die Entgelte der Nutzer finanziert werden, mithin durch die Beiträge der Versicherten. Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt automatisch ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen, d.h. jedes der Plankrankenhäuser ist dazu berechtigt, GKV-Versicherte zu behandeln und dafür eine entsprechende Vergütung durch die Krankenkassen zu erhalten. Diese müssen mit allen Plankrankenhäusern kontrahieren. Ein weiterer automatischer Versorgungsvertrag ist die Aufnahme in das Hochschulverzeichnis bei Universitätskliniken. Häuser, die nicht im Hochschulverzeichnis und nicht im Krankenhausplan aufgenommen sind, müssen gesonderte Versorgungsverträge mit den Krankenkassen schließen, um gesetzlich Versicherte behandeln zu dürfen. Wird kein Versorgungsvertrag abgeschlossen, dürfen Krankenhäuser nur privat Versicherte behandeln.

Von den 1.951 Krankenhäusern, die 2016 in Deutschland Versorgung anboten, handelte es sich zum einen um „Allgemeine Krankenhäuser“ (1.607 Krankenhäuser) und zum anderen um „sonstige Krankenhäuser“ (344 Krankenhäuser). Letztere Krankenhäuser bieten ausschließlich psychiatrische, psychotherapeutische, neurologische oder geriatrische Versorgung an oder es handelt sich um reine Tages- oder Nachtkliniken. Im Folgenden werden nur die Allgemeinen Krankenhäuser betrachtet, die den Großteil der Versorgung erbringen. Von diesen waren 1.343 Plankrankenhäuser, 35 Universitätskliniken, 61 Vertragskrankenhäuser und

¹⁹ Dieser Abschnitt folgt Simon (2017), S. 220ff.

168 sog. sonstige Krankenhäuser, die keinen Versorgungsvertrag mit der GKV hatten und damit nur zur Liquidation mit Privatversicherten zugelassen waren (vgl. Abbildung 1).

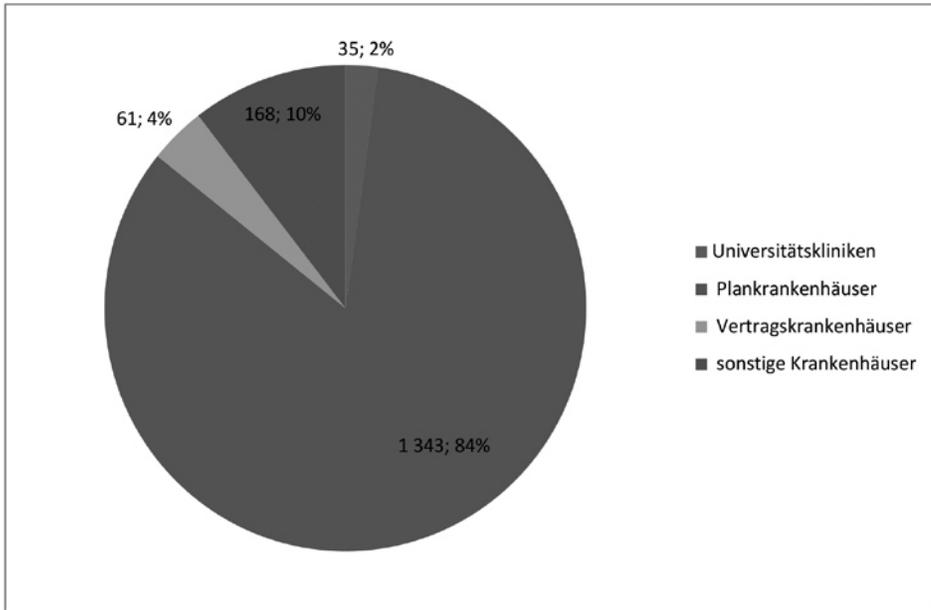


Abbildung 1: Anzahl Krankenhäuser nach der Zulassung

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2017).

Die Bedeutung der staatlich regulierten Krankenhausplanung erschließt sich aber erst bei der Berücksichtigung der Bettenzahl der einzelnen Häuser. So wurden 97 Prozent aller Betten von Plankrankenhäusern bzw. Universitätskliniken gestellt. Lediglich 1 Prozent waren in Vertragskrankenhäusern zu finden und nur 2 Prozent der Krankenhausbetten wurden von Krankenhäusern gestellt, die keinen Versorgungsvertrag mit der Gesetzlichen Krankenversicherung haben (vgl. Abbildung 2).

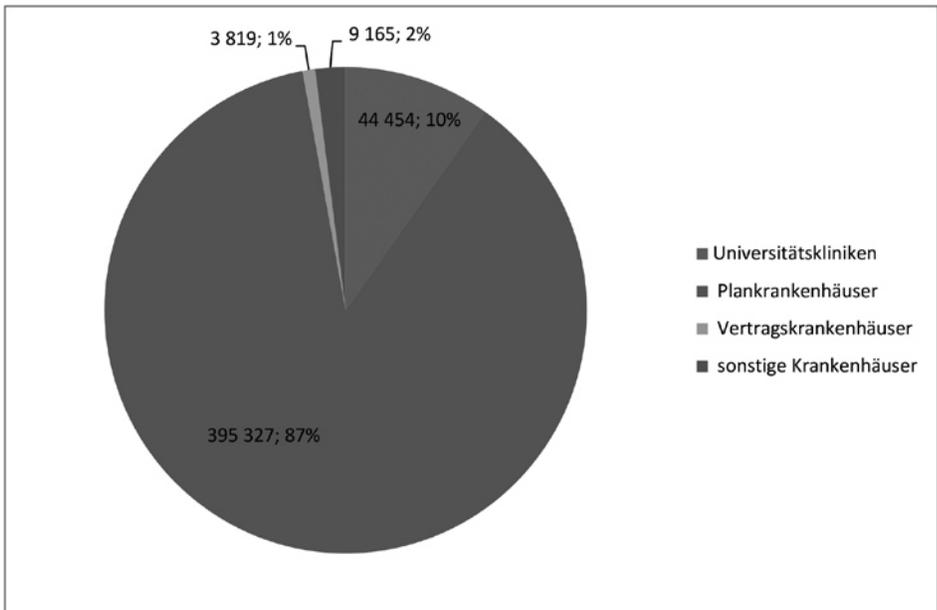


Abbildung 2: Bettenanzahl nach Vertragstyp

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2017).

Die Krankenhäuser unterscheiden sich u.a. nach ihrer Trägerschaft, also danach, ob es sich um öffentliche, freigemeinnützige oder private Häuser handelt.²⁰ Von den insgesamt 1.607 Allgemeinen Krankenhäusern befinden sich 478 Häuser bzw. 30 Prozent in öffentlicher Trägerschaft, 554 bzw. 34 Prozent in freigemeinnütziger und 575 bzw. 36 Prozent in privater Trägerschaft. Private Trägerschaft ist hier nicht mit einem reinen Privatkrankenhaus nur für Privatpatienten gleichzusetzen. Auch Krankenhäuser in privater Trägerschaft behandeln GKV-Versicherte, sofern sie entweder in den Krankenhausplan aufgenommen wurden oder einen Vertrag mit der GKV abgeschlossen haben. Auch Universitätskliniken können pri-

²⁰ Bei den öffentlichen Krankenhäusern wird ebenfalls nochmals unterschieden, ob sie in öffentlicher oder privatrechtlicher Form betrieben werden: „Die in öffentlich-rechtlicher Form betriebenen Krankenhäuser sind entweder rechtlich selbstständig (z. B. Zweckverband, Anstalt, Stiftung) oder rechtlich unselbstständig (z. B. Regie- oder Eigenbetrieb). In privatrechtlicher Form (z. B. als GmbH) betriebene Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, wenn Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Bezirke, Kreise, Gemeinden) oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften (z. B. Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z. B. Landesversicherungsanstalten oder Berufsgenossenschaften) unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 v. H. des Nennkapitals oder des Stimmrechts halten.“ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): Erläuterungen zu den Grunddaten der Krankenhäuser 2016, S. 1.

vate Träger haben. So ist das Universitätsklinikum Gießen-Marburg nahezu vollständig in privater Trägerschaft.²¹

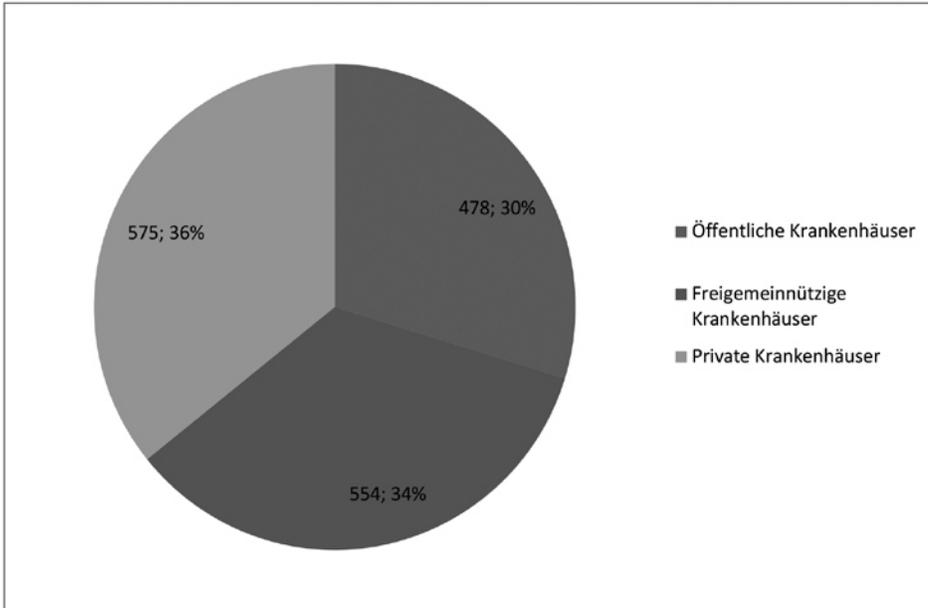


Abbildung 3: Krankenhäuser nach Trägerschaft

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2017).

3.1. Allgemeine Krankenhausvergütung in Deutschland²²

Für die allgemeinen Krankenhausleistungen gilt sowohl für die GKV als auch für die PKV dasselbe Vergütungssystem.²³ Dieses Entgeltsystem beruht seit 2004 auf diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG). Diese haben (mit einer Übergangsfrist bis Ende 2009) die davor übliche Vergütung nach Belegungstag abgelöst. Allerdings finden sich in den DRGs auch weiterhin tagesbezogene Entgeltbestandteile.

21 Vgl. https://www.ukgm.de/ugm_2/deu/194.html, zuletzt abgerufen am 6.6.2018.

22 Dieser Abschnitt folgt Simon (2017), S. 242 ff.

23 Im ambulanten Bereich dagegen unterscheiden sich die Vergütungssystematiken stark. Während für die PKV die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (vgl. Abschnitt 3.2) gilt, erfolgt in der GKV eine budgetierte Vergütung der Ärzte auf Basis des sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Für eine detaillierte Darstellung dieser Vergütung siehe Simon (2017), S. 175ff.

Die DRGs decken die allgemeinen Krankenhausleistungen, die für den jeweilig definierten Behandlungsfall anfallen. Es handelt sich hier um durchschnittliche, nicht um die tatsächlichen Kosten für einen Krankheitsfall. Die Fallpauschalen werden für alle Patienten gleich berechnet, unabhängig davon, ob sie Kassen- oder Privatpatient sind. Die Fälle, für die DRGs zur Anwendung kommen, werden jährlich aktualisiert und die Liste ist auf der Seite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus InEK abrufbar. Für jeden Fall gibt es eine obere Grenze für die Verweildauer des Patienten. Wird diese überschritten, kann das Krankenhaus eine tagesbezogene Zusatzvergütung nach vorgegebenen Regeln berechnen. Erfolgt eine Unterschreitung der Verweildauer, werden Abzüge von der Fallpauschale geltend gemacht. Neben den DRGs können Krankenhäuser Zusatzentgelte erheben für die Fälle, die nicht sachgerecht über DRGs abgegolten werden können. Auch diese Leistungen werden festgelegt und in einem Zusatzentgelte-Katalog festgehalten. Zudem gibt es die Kategorie „sonstige Entgelte“, die für alle Leistungen gedacht sind, die weder unter DRGs noch unter Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können. Auch hierfür existiert ein Katalog. Krankenhäuser oder bestimmte Teile von Krankenhäusern können als „besondere Einrichtungen“ auch ganz aus der DRG-Systematik ausgenommen werden. Was als besondere Einrichtung gilt (als Bsp. seien hier Isolierstationen angebracht) ist ebenfalls in einer Vereinbarung festgelegt. Daneben können die Krankenhäuser noch Entgelte für teilstationäre und nachstationäre Behandlungen sowie Sicherstellungszuschläge erhalten. Letztere sollen zur Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten Versorgung in dünnbesiedelten Räumen dienen.

Werden jedoch Leistungen erbracht, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, die sog. Wahlleistungen, können diese über sog. „Wahlleistungsentgelte“ abgerechnet werden (§ 17 KHEnTG).

3.2. Vergütung privatärztlicher Leistungen im Krankenhaus

Leistungen für Privatversicherte und Selbstzahler werden nach der sogenannten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, bzw. GOZ für Zahnärzte) abgerechnet. Bei der GOÄ/GOZ handelt es sich um Rechtsverordnungen der Bundesregierung, die verpflichtend von allen Ärzten (und Zahnärzten) angewendet werden müssen. In der GOÄ sind alle abrechnungsfähigen Leistungen zusammengestellt. Diese gliedern sich in Grundleistungen (bspw. Beratung durch den Arzt) und gebietsbezogene bzw. nicht gebietsbezogene Sonderleistungen. Zu den gebietsbezogenen Sonder-

leistungen zählen etwa Leistungen der Laboratoriumsmedizin, während Blutabnahmen beispielhaft für nicht gebietsbezogene Leistungen stehen.

Für die einzelnen Leistungen enthält die GOÄ bestimmte Punktzahlen, die dann mit einem einheitlichen Punktwert (5,82873 Cent) multipliziert werden, um den sogenannten Gebührensatz zu ermitteln. Diesen Gebührensatz kann der Arzt je nach Schweregrad der Behandlung mit unterschiedlichen Steigerungssätzen multiplizieren. Diese betragen für ärztliche Leistungen in der Regel zwischen dem einfachen und 2,3-fachen Satz, mit medizinischer Begründung auch bis zum 3,5-fachen Satz. Im Krankenhaus können die Sätze auch noch darüber liegen. Für medizinisch-technische Leistungen kann bis zum 1,8-fachen und für Laboratoriumsleistungen bis zum 1,15-fachen Satz abgerechnet werden. Die Multiplikation des Gebührensatzes mit den jeweiligen Steigerungssätzen ergibt dann das Gesamthonorar des Arztes.²⁴

Neue Leistungen, die noch nicht Eingang in die GOÄ gefunden haben, rechnen Ärzte über sogenannte Analog-Ziffern ab, indem sie Ziffern von Leistungen zugrunde legen, die den neuen Leistungen ungefähr entsprechen. Grundsätzlich gibt es für die Behandlung von Privatversicherten keine Mengenbeschränkungen.

Der Arzt stellt dem Patienten eine Rechnung aus, die dieser dann bei seiner Krankenversicherung einreichen kann. Die GOÄ ist auch die Grundlage der Erstattung durch die Krankenversicherungen, die allerdings nicht verpflichtet sind, jeden vom Arzt angesetzten Steigerungssatz zu erstatten. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach den jeweiligen Bestimmungen der Krankenversicherungsverträge. Übernimmt die Versicherung nicht den höheren Satz, muss der Versicherte die Differenz tragen.

Derzeit verhandelt der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Bundesärztekammer eine Novellierung der GOÄ. Diese Novellierung ist notwendig geworden, weil die aktuelle GOÄ noch von 1996 stammt und damit viele neue Leistungen nicht mehr enthält. Zudem soll in Zukunft die GOÄ laufend angepasst werden.²⁵ Die privaten Krankenversicherer müssen mit allen Leistungserbringern kontrahieren, d.h. sie haben keine Möglichkeit, Selektivverträge mit eigenen Vergütungssystemen abzuschließen, die von der GOÄ abweichen.

²⁴ Vgl. GOÄ § 5.

²⁵ Vgl. Rahmenvereinbarung zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer http://www.pkv.de/w/files/verband/pressstatements/rahmenvereinbarung-novellierung-goae_11-11-2013-3-.pdf, zuletzt abgerufen am 24.11.2016.

4. Der private Zusatzversicherungsmarkt in Deutschland

4.1. Verbreitung in der Bevölkerung

Der Bereich der privaten Zusatzversicherungen ist in Deutschland ein seit Jahren wachsender Markt. In 2016 bestanden insgesamt 25,1 Millionen private Zusatzversicherungsverträge (vgl. Abbildung 4).²⁶ Innerhalb von 10 Jahren hat die Zahl der Zusatzversicherungen um knapp 7 Millionen zugenommen (von 18,4 Mio. in 2006 auf 25,1 Mio. in 2016).²⁷ Der Zuwachs ist zum einen dadurch zu erklären, dass Versicherte die Leistungskürzungen in der GKV durch Zusatzversicherungen ausgleichen wollen, was sich insbesondere im zahnmedizinischen Bereich widerspiegelt. Zum anderen sind seit 2003 Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungen im Bereich der Zusatzversicherungen möglich, die einen Abschluss dieser Zusatzversicherungen ohne Risikoprüfung ermöglichen und damit mehr Versicherte ansprechen können.²⁸

26 Vgl. PKV Verband (2017), S. 16.

27 Vgl. PKV Zahlenberichte 2000/2001 bis 2015. Eine Person kann mehrere Versicherungsverträge abgeschlossen haben und ein Vertrag kann mehrere Versicherte umfassen.

28 Grabka (2014), S. 304.

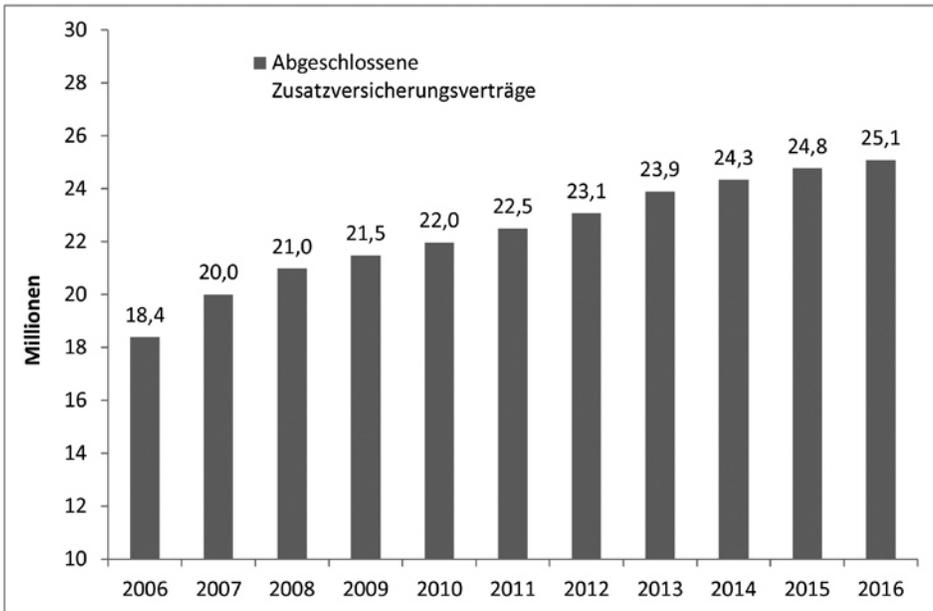


Abbildung 4: Anzahl abgeschlossener Zusatzversicherungen in Mio. (2006–2016)
 Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des PKV-Verbandes (Zahlenbericht, mehrere Jahrgänge).

Private Zusatzversicherungen können in Deutschland von allen Bürgern abgeschlossen werden. Mehr als 20 Prozent der gesetzlich Versicherten verfügen über eine private Zusatzversicherung.²⁹ Für diese Versicherten sind insbesondere Tarife interessant, die den gesetzlichen Schutz ergänzen. Dieser ist in der Vergangenheit besonders stark im Bereich der Zahnmedizin eingeschränkt worden. Die meisten Verträge wurden folglich im Bereich der Zahnzusatzversicherungen (15,4 Mio. in 2016) abgeschlossen, gefolgt von 7,9 Mio. (2016) ambulanten Zusatztarifen³⁰ (vgl. Abbildung 5) und Wahlleistungen im Krankenhaus (6 Mio. in 2016).

29 Vgl. Grabka (2014), S. 304.

30 Mit den Zusatztarifen für den ambulanten Bereich besteht die Möglichkeit, Leistungen von Heilpraktikern und Homöopathen in Anspruch zu nehmen, die ggf. nicht von den gesetzlichen Kassen übernommen werden, und Zuschüsse zu Medikamenten, Brillen oder Hörgeräten zu erhalten (Heil- und Hilfsmittel). Zudem bieten bestimmte ambulante Zusatztarife die Möglichkeit, sich wie ein Privatversicherter beim Arzt behandeln zu lassen. Voraussetzung ist hierfür, in der GKV einen Kostenerstattungstarif abzuschließen. Die Vergütung der Ärzte erfolgt dann wie bei Privatversicherten.

Ambulante Tarife	2016
Frauen	3.704.300
Männer	2.884.500
Kinder	1.331.000
Gesamt	7.919.800
Tarife für Wahlleistungen	
Krankenhaus	
Frauen	2.711.700
Männer	1.926.900
Kinder	1.420.000
Gesamt	6.058.600
Zahntarife	
Frauen	7.780.000
Männer	5.914.600
Kinder	1.677.300
Insgesamt	15.371.900
Insgesamt¹	
Frauen	9.503.900
Männer	7.208.700
Kinder	2.423.200
Insgesamt	19.135.800
¹ „Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife gleichzeitig abschließen und ebenso nachträglich einzelne Tarife kündigen oder weitere hinzunehmen. Entsprechend wird er in den einzelnen Tarifarten mitgezählt. In der Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert und auch die Veränderungen im Versicherungsschutz bleiben unberücksichtigt, sofern nur ein Unternehmen betroffen ist.“ (PKV 2017 S. 33).	
Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus PKV (2017), S. 33	

Abbildung 5: Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz

Der Anteil der Bevölkerung mit einer Zusatzversicherung für das Krankenhaus hat in den letzten 10 Jahren ebenfalls zugenommen, von 6,2 Prozent auf 7,3 Prozent in 2016.

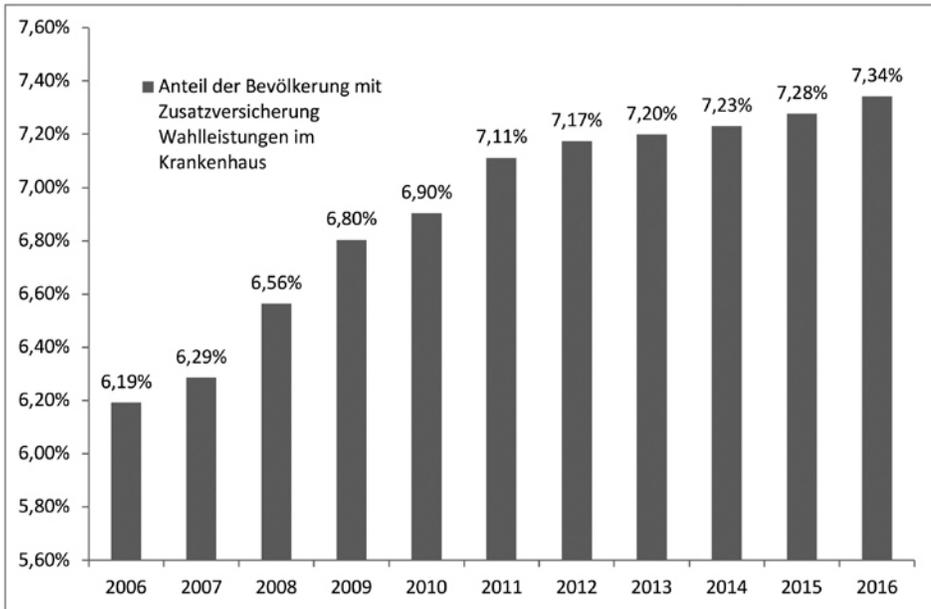


Abbildung 6: Anteil der Bevölkerung mit einer Zusatzversicherung „Wahlleistungen im Krankenhaus“

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Zahlenberichte des PKV-Verbandes und des Bevölkerungsstands laut Statistischem Bundesamt (Vgl. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/_/rbevo03.html, abgerufen am 21.06.2018).

4.2. Finanzierung der Zusatzversicherung

Wie im Bereich der substitutiven privaten Krankenversicherung sind die Unternehmen frei in ihrer Vertragsgestaltung und an keine Leistungsvorgaben durch den Gesetzgeber gebunden.

Im Bereich der privaten Zusatzversicherung können die Versicherungsunternehmen wählen, ob sie diese nach Art der Lebensversicherung oder nach Art der Schadensversicherung anbieten. Bieten sie die Zusatzversicherung nach Art der Lebensversicherung an, gelten für die Kalkulation überwiegend die Vorschriften analog zur privaten substitutiven Versicherung (§ 147 VAG).³¹ In der Zusatzversicherung werden im Gegensatz zur Vollversicherung bspw. keine Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherers übertragen.

³¹ Im Gegensatz zur substitutiven Krankenversicherung werden in der Zusatzversicherung bspw. keine Alterungsrückstellungen übertragen (vgl. § 147 VAG in Verbindung mit § 146 VAG).

Wird die Zusatzversicherung nach Art der Schadensversicherung betrieben, finden diese Vorschriften nicht zwingend Anwendung. Die Krankenversicherungsunternehmen sind hier frei in der Wahl der Vertragsdauer und -laufzeit und können entscheiden, ob sie die Verträge mit oder ohne Kündigungsrecht seitens des Versicherungsunternehmens anbieten.³² Die Prämien orientieren sich am Risiko des Antragsstellers (auch Leistungsausschlüsse sind möglich) und sind gewöhnlich so kalkuliert, dass sie die erwarteten Schäden eines Jahres abdecken. Die Prämien können somit altersabhängig über den Lebenszyklus steigen, auch erneute Risikoprüfungen nach Abschluss des Versicherungsvertrages sind zulässig, sofern der Vertrag mit zeitlicher Befristung angeboten wird (§ 195 VVG). Wenn ein Versicherungsvertrag ohne ordentliches Kündigungsrecht seitens der Versicherung abgeschlossen wurde, kommen die Vorschriften zu Prämienanpassungen wie bei der substitutiven Krankenversicherung zur Geltung.³³ Ansonsten gibt es keine speziellen Vorschriften zur Prämienkalkulation.

Die unterschiedliche Kalkulationsweise spiegelt sich dann auch in den Prämien wider. Tarife ohne Alterungsrückstellungen sind anfangs deutlich günstiger. Da hier die Prämien allerdings mit dem Alter steigen, geht man das Risiko ein, dass die Prämien gerade in dem Alter, in dem das Risiko der Inanspruchnahme steigt, nicht mehr so einfach tragbar sind. Tarife mit Alterungsrückstellungen sind anfangs höher, bleiben aber mit zunehmendem Alter stabil.

In Deutschland bewegen sich die Prämien für einen Zusatzversicherungsvertrag für stationäre Aufenthalte für einen 25-Jährigen bspw. zwischen 26 Euro und 48 Euro in Tarifen mit Alterungsrückstellungen und unterschiedlich hohen Leistungen. Ohne Alterungsrückstellungen wären in diesem Alter Tarife schon ab 15 Euro verfügbar. Ein 55-Jähriger zahlt zwischen 54 Euro und 100 Euro für Tarife mit Alterungsrückstellungen und ab 24 Euro ohne Alterungsrückstellungen.³⁴

Die Prämien für die stationäre Zusatzversicherung in Deutschland sind im Vergleich mit der österreichischen Sonderklasse damit relativ günstig. Als Beispiel seien die Prämien beim MUKI Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit herangezogen. Hier kostet der Tarif mit regional unterschiedlichem Selbstbehalt in einem Zwei-Bett-Zimmer für einen 25-Jährigen 76,55 Euro und für einen 55-Jährigen 228,55 Euro im Monat. Ohne Selbstbehalt bewegen sich die Prämien zwischen 89,17 und

32 Kündigungen seitens des Versicherers sind für Krankheitskostenteilversicherungen und Krankenhaustagegeldversicherungen nur innerhalb der ersten drei Jahre möglich. In anderen Sparten ist eine Kündigung grundsätzlich möglich.

33 So ist zumindest die juristische Interpretation des § 203 VVG, vgl. Deutsche Aktuarvereinigung (2016), S. 13.

34 Eigene Abfrage mit Beispielkunden geboren am 1. Januar 1993 bzw. 1963 bei <https://zusatz.check24.de/krankenhaus/benutzereingaben/>. Stand: 18.6.2018.

114,46 Euro für einen 25-Jährigen und zwischen 221,55 Euro und 294,03 Euro für einen 55-Jährigen.³⁵ Eine Regionalisierung der Prämien und Selbstbehalte wie in Österreich sind in der deutschen Zusatzversicherung nicht üblich.

4.3. Versorgung von Privatpatienten im Krankenhaus³⁶

Privat(zusatz)versicherte haben prinzipiell die freie Wahl des Krankenhauses, d.h. sie sind nicht darauf angewiesen, in die vom behandelnden Arzt empfohlene und auf dem Überweisungsschein vermerkte Klinik zu gehen.

Zusatzversicherte haben jedoch in der Regel keinen Anspruch auf eine Behandlung in einer reinen Privatklinik. Auch bei privater Vollversicherung hängt es vom jeweiligen Vertrag des Versicherten ab, ob er eine Privatklinik aufsuchen darf. Reine Privatkliniken zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht im Krankenhausplan und nicht mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. Sie fallen damit nicht unter das Krankenhausentgeltgesetz und können daher die Preise auch für die allgemeinen Krankenhausleistungen selbst bestimmen. Krankenhäuser waren in der Folge dazu übergegangen, Privatstationen auszugründen, damit sie höhere Preise vereinbaren können. Dieses Geschäftsmodell wurde durch eine Regelung unterbunden, die besagt, dass Privatkliniken, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus und organisatorisch mit diesem verbunden sind, keine höheren Preise für allgemeine Krankenhausleistungen erbringen dürfen (§ 17 Abs. 1 KHG).

Privatpatienten werden in Krankenhäusern, die auch mit der GKV abrechnen dürfen, entweder auf gesonderten Privatstationen oder in Ein- bis Zwei-Bett-Zimmern auf normalen Stationen behandelt. Für die allgemeinen Krankenhausleistungen gelten dieselben Preise wie für GKV-Versicherte (DRG-Fallpauschalen). Dem Kostenerstattungsprinzip der privaten Krankenversicherung in der ambulanten Versorgung folgend, geht grundsätzlich auch hier der Versicherte in Vorleistung. Da im Falle von Krankenhausleistungen jedoch sehr hohe Behandlungsbeträge entstehen können, gibt es bei einigen Versicherern die Möglichkeit der Direktabrechnung mit den Krankenhäusern, d.h. die Rechnung wird direkt vom Versicherer bezahlt.

35 Vgl. https://www.muki.com/assets/muki/pdf/Personen/Gesundheitsvorsorge/Sonderklasse-Exklusiv/Folder-SOE1_03-2018.pdf, zuletzt abgerufen am 18.6.2018.

36 Dieser Abschnitt folgt in weiten Teilen Simon (2017), S. 255–257.

Bei den Wahlleistungen werden zwei unterschiedliche Leistungen unterschieden: Die Wahlleistung „Unterkunft“ und die Leistung „ärztliche Leistungen“. Bei den Unterkunfts-Wahlleistungen handelt es sich in der Regel um die Unterbringung in einem Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und sogenannte Komfortleistungen für Unterkunft und Verpflegung. Diese umfassen bestimmte Ausstattungsmerkmale des Zimmers (etwa Komfortbetten, eigene Dusche und WC, Schreibtisch, zusätzliche Schränke u.Ä.) und/oder gehobene Krankenhauskost. Für die Unterkunftsleistungen haben sich die Krankengesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherungen auf eine gemeinsame Empfehlung geeinigt, was die Entgelte anbetrifft. Diese dient der Orientierung für die Bepreisung dieser Wahlleistungen und soll die Angemessenheit der Preise sowie bestimmte Standards sicherstellen.³⁷

Die Wahlleistung „Ärztliche Leistungen“ umfasst die Behandlung durch die Chef- bzw. Oberärzte, die dazu berechtigt sind, privat Leistungen in Rechnung zu stellen. Wird diese Leistung in Anspruch genommen, kann sie aber nicht auf bestimmte Ärzte beschränkt werden. Der Patient erhält also nicht nur vom behandelnden Oberarzt der betreffenden Abteilung, sondern ggf. auch von Labor-Chefärzten oder zur Beratung hinzugezogenen Chefärzten anderer Abteilungen eine eigene Rechnung. Grundlage für die Abrechnung dieser Leistungen ist die Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ). Wahlleistungen werden entweder vom Chefarzt/Oberarzt selbst abgerechnet (in den sog. Altverträgen) oder vom Krankenhaus (in den sog. Neuverträgen). Bei Altverträgen müssen die Ärzte dem Krankenhaus ein Nutzungsentgelt und einen Vorteilsausgleich zahlen. Bei Neuverträgen rechnet das Krankenhaus die wahlärztlichen Leistungen ab und gewährt den Ärzten eine Beteiligung an diesen Einnahmen.

Versicherte mit Zusatzversicherungen haben auch die Möglichkeit, auf Wahlleistungen im Krankenhaus zu verzichten. Dann erstattet ihnen die Versicherung ein sog. Krankentagegeld als Ausgleich.

Die Private Krankenversicherung kooperiert seit 2012 mit ausgewählten Partnerkliniken im Hinblick auf Qualität und Service. Der Verband vergibt Qualitätssiegel, das jeweils für ein Jahr gilt, wenn Krankenhäuser folgende Kriterien erfüllen: Das Krankenhaus muss eine überdurchschnittliche medizinische Qualität in wesentlichen Leistungsbereichen erbringen. Dies wird durch Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung nachgewiesen. Gibt es weitere Indikatoren zur Behandlungsqualität, werden auch diese in die Beurteilung einbezogen. Ferner muss das Krankenhaus im Bereich Wahlleistung Unterkunft hervorragende Leistungen bieten, die mit dem PKV-Verband im Rahmen der „Gemeinsamen Empfehlung für die

37 Vgl. <https://www.derprivatpatient.de/sites/default/files/Ge.pdf>, zuletzt abgerufen am 6.6.2018.

Wahlleistung Unterkunft“ abgestimmt sind. Zudem muss der PKV-Verband die Klinik in ihrem gesamten Leistungsspektrum als leistungsrechtlich unbedenklich erachten, damit diese als Qualitätspartner anerkannt wird. Eine weitere Voraussetzung ist die Teilnahme des Krankenhauses am Verfahren zur elektronischen Datenübermittlung (§ 301 SGB V).³⁸ Die Qualitätssiegel sollen den Versicherten Orientierung bei der Krankenhauswahl bieten.

5. Zusammenfassung

Die Zusatzversicherung in Deutschland für den stationären Bereich ist ein seit Jahren wachsender Markt, der den Krankenhäusern zusätzliche Einnahmen generiert, die in die allgemeine Versorgung fließen können. Die Versicherten profitieren von hochwertiger Unterbringung in Ein- bis Zwei-Bettzimmern und von der freien Arztwahl, die auch den Zugang zu Spezialisten beinhaltet. Die Prämien für diese Versorgung hängen vom gewählten Leistungsumfang und dem Einstiegsalter ab, sind aber in Deutschland vergleichsweise günstig, so dass sie für breite Bevölkerungsschichten finanzierbar sind.

38 Vgl. <https://www.derprivatpatient.de/krankenhaus/qualitaetspartner>, zuletzt abgerufen am 14.6.2018.

Literaturverzeichnis

- Deutsche Aktuarvereinigung (2016): Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung, URL: https://aktuar.de/unsere-themen/fachgrundsuetze-oeffentlich/2016-01-19_Hinweis_KV_nach_Art_SV.pdf, Stand: 11.6.2018.
- GKV-Spitzenverband (2013): Faktenblatt Ausgaben versicherungsfremde Leistungen. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt_Ausgaben_versicherungsfremde_Leistungen__2013-03-04.pdf, Stand: 15.6.2018.
- Grabka, Markus (2014): Zahl privater Zusatzkrankenversicherungen hat sich verdoppelt, in: DIW Wochenbericht, Nr. 14.
- OECD (2017): Health Statistics. URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, zuletzt abgerufen am 30.05.2018.
- ohne Verfasser (2011): Die PKV in der Niedrigzinsphase, in: Aktuar Aktuell, Nr. 18, S. 8–9.
- ohne Verfasser (2013): Alles neu., in: PKV Publik, Nr. 1, S. 4–7.
- PKV-Verband (2013): Musterbedingungen für die Krankheitskostenversicherung, URL: <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-kk-2009.pdb.pdf>, Stand: 15.06.2018.
- PKV-Verband (2017): Zahlenbericht 2016. Köln
- PKV Verband (mehrere Jahrgänge). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung. URL: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>, Stand: 11.6.2018.
- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., s.l.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile, Stand: 30.5.2018.
- Ulrich, Volker/Pfarr, Christian (2013): Anmerkungen und Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV, URL: http://www.pkv.de/w/files/politik/studien/gutachten-pkv_endfassung.pdf, Stand: 15.06.2018.
- Wasem, Jürgen (2016): Innovationen im GKV-/PKV-System, URL: http://www.euroforum.de/veranstaltungen/pkv_aktuell_2016/artikel-innovationen, Stand: 29. November 2016.
- Weber, Roland (2012): Plädoyer für eine reformierte Dualität, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 61. Jg., Nr. 3, S. 286–298.



Die Welt ist nicht vorhersagbar.

Vertrauen Sie auf ein weltweit erfahrenes Investment-Team.

Die Finanzmärkte werden zunehmend komplexer. Wir sind davon überzeugt, dass Anlageentscheidungen von der Bewertung eines erfahrenen globalen Teams profitieren. Dabei haben wir nicht nur die Welt im Blick, sondern beachten Ihre individuellen Anlagebedürfnisse. So profitieren Sie von einem ebenso strukturierten wie erprobten Investment-Prozess. wm.austria@db.com

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Schwerpunktthema „Attraktive Sonderklasse“.

*Dieses Mal mit einem Beitrag von Dr. Peter Eichler
(UNIQA Österreich Versicherungen AG)*

Dr. Peter Eichler

Vorstand Personenversicherung, UNIQA Österreich Versicherungen AG

„Wenn die Sonderklasse mit der Zwei-Klassen-Medizin in Verbindung gebracht wird, wird gerne übersehen, dass das österreichische System allen anderen deutlich überlegen ist.“

Der Markt für die private Krankenversicherung entwickelt sich derzeit positiv. Der Bestand an Versicherten wuchs zwischen 2013 und 2017 um rund 14,5 Prozent, während das Bevölkerungswachstum im selben Zeitraum nur rund 3,8 Prozent betrug. Wir gehen davon aus, dass dieser Trend in den nächsten Jahren anhält, sofern die wirtschaftliche Entwicklung unseres Landes keine dramatische Entwicklung erfährt.

Den Sonderklassepatienten wichtig sind insbesondere die freie Arztwahl, eine rasche und flexible Terminvereinbarung sowie eine erhöhte Servicekomponente. Bei dieser Servicekomponente geht es auch darum, einen erkennbaren Unterschied zur allgemeinen Gebührenklasse zu bieten. Als Beispiel muss die Sonderklasse zwingend durchgehend Ein-Bett-Standard haben, wenn die Allgemeine Klasse als Standard Zweibettzimmer aufweist. Meines Erachtens gibt es zwar keine Notwendigkeit für einen quantitativen Ausbau der Sonderklasse, jedoch besteht in vielen Spitälern bei der Servicequalität durchaus „room for improvement“. Dabei geht es um die Serviceorientierung der gesamten Organisation und nicht zuletzt auch um bauliche Voraussetzungen – beides sowohl in absoluter Hinsicht (Mindeststandards), als auch in relativer Hinsicht zur Allgemeinen Klasse.

Es ist auffällig, dass die privat geführten öffentlichen und gemeinnützigen Spitäler (überwiegend Ordensspitäler) der Servicekomponente tendenziell mehr Bedeutung beimessen als die von Gebietskörperschaften geführten Häuser. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Versicherungsdichte in Bundesländern, in denen leistungsstarke Privatspitäler vorhanden sind, höher ist. Daraus könnte man durchaus den Schluss ziehen, dass mit einem verbesserten Angebot auch mehr Menschen für eine private Gesundheitsvorsorge gewonnen werden können. Es spielen bei den unterschiedlichen

Versicherungsdurchdringungen aber natürlich auch andere Komponenten wie die lokale Kaufkraft eine Rolle, sodass eine genaue Potentialabschätzung schwierig ist.

Für öffentliche Spitäler wäre es jedoch durchaus zielführend, sich intensiver mit der Akquise von Sonderklassepatienten auseinanderzusetzen. Bei diesen Bemühungen dürfte es sich jedoch nicht um bloße Marketingaktivitäten handeln, sondern um ernsthafte Bestrebungen zur Verbesserung der Dienstleistungen. Dabei ist die Konkurrenz der privaten Häuser untereinander eine starke, wie auch die Zahlen der Inanspruchnahme bestätigen. In Wien verzeichnet man beispielsweise etwa 55 Prozent der Fälle in Privatkliniken und weitere 25 Prozent in privaten gemeinnützigen oder privaten Spitälern mit Öffentlichkeitsrecht.

Die Private Krankenversicherung (PKV) versucht derzeit am Verhandlungsweg, flächendeckend eine Weiterentwicklung des derzeit vereinbarten „Anforderungsprofils“ zu erreichen. Zur freien Arztwahl ist anzumerken, dass diese zwar in der Regel gelebt wird und vielfach auch in den Verträgen zwischen PKV und Spitalträgern vereinbart ist, aber nach wie vor einer expliziten gesetzlichen Grundlage entbehrt. Hinsichtlich der Terminvereinbarung vertritt die PKV folgende Auffassung: Sofern sich ein Spitalsträger für die Einrichtung einer Sonderklasse mit einer bestimmten Bettenkapazität entscheidet (was kein gesetzliches Muss ist, in der Praxis aber praktisch durchgehend der Fall ist), muss mit dieser Bettenanzahl automatisch auch die Zurverfügungstellung einer entsprechenden Behandlungskapazität einhergehen. Mit anderen Worten können die sogenannten Wartelisten für elektive (also nicht akut notwendige) Eingriffe von Allgemeiner und Sonderklasse nicht vermischt werden.

Die Meinung der Politik zur Sonderklasse ist durchwegs ambivalent: Einerseits wird die Finanzierungsfunktion der Sonderklasse geschätzt und realistischerweise als unabdingbar gesehen – insbesondere die Möglichkeit, dadurch Spitzenärzte an die öffentlichen Häuser zu binden. Andererseits wird häufig mit dem Schlagwort der Zwei-Klassen-Medizin argumentiert. Dabei wird gerne übersehen, dass das österreichische System mit seiner offiziell eingerichteten Sonderklasse allen anderen Systemen deutlich überlegen ist: Überall dort, wo das klassenlose Spital propagiert wurde (östlich von Österreich), kann man eine überbordende „Kuvertmedizin“ feststellen, ohne die keine vernünftige Behandlung zu bekommen ist. In westlicher geprägten

Ländern mit klassenlosen Spitälern ist längst ein paralleles privates Spitalwesen entstanden, das nur jenen offensteht, die selbst zahlen. Dass dadurch die Qualität der öffentlichen Häuser nicht gefördert wird, liegt auf der Hand.

In Zukunft ist zu erwarten, dass sich die Patientenbedürfnisse weiter in die Richtung entwickeln, die bereits jetzt in allen Umfragen an erster Stelle steht: Der Wunsch nach menschlicher Zuwendung – also als Subjekt und nicht als Gegenstand einer Behandlung wahrgenommen zu werden –, der gerade in einer zunehmend digitalisierten Medizin nur als natürlich erscheint. Zusätzlich werden rasche, effektive Behandlungen vorausgesetzt werden. Unmöglich erscheint hingegen eine Abschätzung der Veränderung der politischen Rahmenbedingungen für die nächsten Jahrzehnte.

Derzeit stellt die Entwicklung der Medizin, die immer öfter Behandlungen ermöglicht, die keiner klassischen stationären Aufnahme mit mehreren Nächtlungen bedürfen, sowohl die Spitalsträger als auch die PKV vor neue Herausforderungen. Die Logistik und die damit verbundene Finanzierung vollzieht diese Entwicklung mit der Einrichtung des „spitalsambulanten Bereichs“ gerade nach. Es gilt, auch in diesem Bereich eine erkennbare Mehrleistung für Privatversicherte darzustellen, ansonsten geht dieser Bereich der Sonderklasse in den öffentlichen Spitälern verloren.

Nicht unerwähnt soll auch die anhaltende ungerechte Finanzierungssituation der Privatkrankenanstalten bleiben. Dort entfällt nicht nur die sogenannte Abgangsdeckung, die einen ganz wesentlichen Teil der Spitalsfinanzierung ausmacht; auch der Punktwert in der sogenannten leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung durch die Sozialversicherung ist deutlich geringer als im öffentlichen Sektor.

News aus den Gesundheits- systemen

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter www.lig-gesundheit.at finden.

INHALT

Veranstaltung: Auf ein Wort – Reden über Gesundheitspolitik: Attraktivierung der Landmedizin

Großbritannien: Gesundheitswesen Grund für hohe Sterblichkeit?

Deutschland: Hausbesuche stark rückläufig

Europa: EU-Gesundheitsprogramm in neuen Sozialfonds integriert

Niederlande: Rasanter Anstieg beim Schadenersatz

Schweiz: Ambulant vor Stationär

Österreich: Herzinsuffizienz-Netzwerk in Tirol

Deutschland: Bedarfsplanung neu für den ambulanten Bereich?

Niederlande: Team für mehr Cyber-Sicherheit

LIG-Newsletter

Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden. Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

VERANSTALTUNG**Auf ein Wort – Reden über Gesundheitspolitik:
Attraktivierung der Landmedizin**

Am 14. Juni lud die Ärztekammer für Oberösterreich dazu ein, im Rahmen der Veranstaltung „Auf ein Wort“ gemeinsam über die Attraktivierung der Landmedizin zu reden. Einstimmende Input-Statements, ein hochkarätig besetztes Podium und eine rege Publikumsbeteiligung waren die erfolgreichen Zutaten der Veranstaltung.

In Oberösterreich wurde und wird viel für die Neugestaltung des Berufs Hausarzt getan. Möglich ist das durch die konstruktive Zusammenarbeit aller Systempartner in Oberösterreich. Etwa der neu gestaltete Hausärztenotdienst HÄND ist eines der gelungenen Projekte dieser fruchtbaren Zusammenarbeit und auch die gemeinsame Finanzierung der Lehrpraxis. Nichtsdestotrotz muss noch viel getan werden, um den Beruf des Hausarztes wieder interessanter zu machen „Es braucht wieder ein positives Bild der Allgemeinmedizin, damit junge Menschen diesen Beruf auch ergreifen“, betonte etwa Gesundheitslandesrätin Mag. Christine Haberlander. Albert Maringer, Obmann der OÖGKK, wies zwar darauf hin, dass es in Oberösterreich für niedergelassene Allgemeinmediziner Spitzentarife gebe, räumte jedoch ein, dass es immer schwerer werde, Stellen nachzubesetzen. „Es handelt sich dabei nicht nur um eine Geldfrage, sondern es braucht geänderte Strukturen, um den Bedürfnissen der jungen Generation entgegenzukommen“, so der Vertreter der Sozialversicherung. Bürgermeister Peter Oberlehner, Vizepräsident des oberösterreichischen Gemeindebundes meinte, dass es für eine positive Weiterentwicklung einer noch besseren Zusammenarbeit auf allen Ebenen bedürfe: „Obwohl ich mir sicher bin, dass alle Player versuchen, in ihrem Bereich einen guten Job zu machen, braucht es öfter ein Zurücknehmen der Egoismen und ein Nachgeben zum Wohle des Ganzen.“

Hausapotheke erhalten

Einer der großen Themenbereiche der Veranstaltung waren die Regelungen zur Hausapotheke. Schon bei seinem Input-Statement machte MR Dr. Silvester Hutgrabner, Referent für Hausapotheken und Stv.-Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte, darauf aufmerksam, dass eine Hausapotheke durchaus zur Attraktivitätssteigerung von Hausarztstellen beitrage und daher in Zusam-

menarbeit mit der Apothekerkammer dringend an einer Änderung des derzeitigen Apothekengesetzes gearbeitet werden müsse. „Die jungen Hausärzte brauchen bei der Übernahme einer Praxis Rechtssicherheit und Planungssicherheit in Bezug auf die Hausapotheke, was vor allem in Zwei-Arzt-Gemeinden derzeit nicht der Fall ist. Daher sind diese Stellen auch so sehr schwer zu besetzen“, so Hutgrabner. Betroffene Bürgermeister aus dem Publikum äußerten sich im Rahmen der Diskussion zustimmend: „Der Hausarzt soll eine Garantie für die Hausapotheke erhalten, das ist ein wesentlicher Faktor, um die Versorgung in den ländlichen Gemeinden zu sichern“, so der O-Ton. Dabei wurden auch sonstige Unterstützungsmaßnahmen der Gemeinden genannt – von der kostenlosen Ordinationsausstattung bis hin zu mehrmonatigen Mietbefreiungen. Jedoch sei die Sicherstellung der Arztnachfolge keineswegs Aufgabe der Gemeinden: „Es kann nicht sein, dass der Bestbieter unter den Gemeinden den Zuschlag für den Arzt bekommt, diese Verantwortung darf nicht abgewälzt werden“, merkte ein Bürgermeister an.

Ausbildung, Einkommen, Tätigkeit

MR Dr. Wolfgang Ziegler, Stv.-Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte und Hausarzt in Kremsmünster, erklärte in seinem Input-Statement, warum junge Ärzte heute zu wenig auf den Hausarztberuf vorbereitet sind: „Die Ausbildung umfasst im Turnus weniger Stunden als früher, ist mehr bürokratiebeladen und bietet keine fachlichen Grundlagen zur Unternehmensführung.“ Es brauche daher in der Ausbildung auch wirtschaftliche Fächer und die Umsetzung des Facharztes für Allgemeinmedizin. Darüber hinaus müssten Bürokratie abgebaut und verschiedene Zusammenarbeitsformen, wie die Anstellung von Ärzten bei Ärzten, ermöglicht werden. „Es braucht ein ganzes Bündel an Maßnahmen, um die Attraktivität der Allgemeinmedizin zu steigern – und zwar schon heute“, betonte Ziegler.

Der Allgemeinmediziner und Bezirksärztevertreter aus Vöcklabruck, Dr. Dominik Stockinger, hielt fest, dass sich die zahlreichen Arbeitsstunden nicht immer im Entgelt niederschlagen. Bürgermeister Wolfgang Schirz aus St. Martin im Mühlkreis plädierte in diesem Zusammenhang für ein Ende der Neidgesellschaft: „Wer viel leistet, soll auch gut verdienen.“ Die junge Allgemeinmedizinerin Dr. Maria Sophie Stockinger übte hingegen vor allem Kritik am Arbeitsspektrum eines Hausarztes. Sie selber wolle nicht als Gesundheitsmanagerin arbeiten und ihren Arbeitstag z.B. mit Raucherberatungen zubringen, sondern mehr medizinisch tätig sein. Sie könne nicht verstehen, warum beratende Tätigkeiten nicht an geschultes Personal delegiert werden

dürften. Dafür müssten aus ihrer Sicht auch Laborleistungen und Ultraschalluntersuchungen vom Hausarzt angeboten werden können. Die Ärztin sprach sich außerdem für die Stärkung der laienmedizinischen Kompetenz in den Schulen aus.

Kein Zentralismus

Die aktuellen Geschehnisse zur Zusammenlegung der Kassen waren ebenfalls ein Diskussionspunkt. Albert Maringer sah darin eine negative Entwicklung, da sich Probleme seiner Meinung nach besser dezentral lösen ließen: „Dafür braucht es eine gute Vertrauensbasis zwischen den Akteuren und die haben wir in Oberösterreich.“ LAbg. Mag. Haberlander meinte, dass man durchaus versuchen werde, Kräfte zu bündeln und oberösterreichische Lösungen nach Wien zu tragen, jedoch müsse man die Bundesverfassung respektieren und dürfe keine Versprechungen machen, wenn die Kompetenz nicht hier im Land liege. Präsident Dr. Niedermoser zeigte sich davon überzeugt, dass man in Oberösterreich weiterhin Lösungen entwickeln werde, die aufgrund ihrer Vorzeigerolle auf Bundesebene übernommen werden würden. OMR Dr. Thomas Fiedler, Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte, der die Moderation der Veranstaltung übernahm, schloss mit drei Botschaften an die politisch Verantwortlichen: mit Motivation an die Sache herangehen, Wertschätzung schaffen und unternehmerische Sicherheit geben.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Weitere Veranstaltungen unter www.lig-gesundheit.at/ueberblick

GROßBRITANNIEN

Gesundheitswesen Grund für hohe Sterblichkeit?

2018 begann in England und Wales nicht besonders rosig, denn in den ersten Wochen dieses Jahres wurde eine signifikant höhere Sterblichkeit in England und Wales verzeichnet. Auf der Suche nach Ursachen geriet die Gesundheitsversorgung der Briten ins Zentrum des Interesses.

Um 12,4 Prozent mehr Menschen starben Anfang dieses Jahres mehr als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Alarmierende Zahlen, deren Ursachen eine Studie, die im British Medical Journal veröffentlicht wurde, zu klären versuchte. Bereits 2013 gab es einen deutlichen Anstieg der Todesfälle, der damals mit der Alterung der Bevölkerung, dem Wetter und einer Grippewelle erklärt werden konnte. Diese Ursachen wurden dieses Mal jedoch von den Studienautoren ausgeschlossen.

Situation in den Spitälern

Die Studie verweist hingegen unter anderem auf die Situation in vielen Krankenhäusern, die sich bereits „auf oder jenseits ihrer sicheren Arbeitsebene“ befinden würden. Zu Beginn des Jahres wären außerdem viele nicht dringende Operationen vom National Health Service NHS annulliert worden. Es wurde auch betont, dass das Gesundheitssystem insgesamt in einer Krise stecke.

Leider wird der verzeichnete Anstieg der Todesfälle vom Ministerium für Gesundheit und Soziales nicht ernst genommen und die Studienautoren fordern deshalb eine gründliche Untersuchung durch einen Ausschuss des Unterhauses.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien www.lig-gesundheit.at/grossbritannien

DEUTSCHLAND**Stipendien gegen Ärztemangel**

Aufgrund von Fällen, in denen Hausärzte hohe Beträge für geleistete Hausbesuche zurückzahlen mussten, ging die Zahl der Visiten in den letzten Jahren stark zurück. Diese Handhabe schreckt auch junge Kollegen ab und fördert damit den Landarztmangel.

Rückgang

Im Jahre 2009 wurden bundesweit 30,3 Millionen Hausarztbesuche durchgeführt, 2016 waren es nur noch 25,1 Millionen. Das entspricht einem Rückgang von über 17 Prozent, obwohl die Zahl der abgerechneten Leistungen der niedergelassenen Ärzte in diesem Zeitraum stetig zunahm und damit eigentlich ein gegenläufiger Trend herrschte. Eine Hochrechnung für das Jahr 2017 zeigt einen weiteren Rückgang der Hausbesuche auf 24,6 Millionen.

Hohe Rückzahlungen

Zurückzuführen sei das laut Achim Kessler, einem Gesundheitsexperten der Linkspartei, auf die Angst der Hausärzte vor hohen Honorar-Rückforderungen. Dabei sei nicht die Anzahl der Rückzahlungen das Problem, sondern deren Höhe. Im Fall von Wagner-Praus, einem hessischen Landarzt, der im Gilsberger Hochland praktiziert, und einer Kollegin belief sich diese Summe auf einen hohen fünfstelligen Betrag. Dabei würde ein Arzt durch Hausbesuche sicher nicht reich, denn die zusätzlichen 20 Euro für die Visite decken kaum den höheren Aufwand ab, so der Arzt.

Wirtschaftlichkeit

Die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland sind zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei den Ärzten verpflichtet. Ärzte sind zudem zu einer wirtschaftlich angemessenen Versorgung ihrer Patienten verpflichtet. Rechnet ein Arzt deutlich mehr Hausbesuche ab als üblich, so kann dies Rückzahlungen zur Folge haben. Im Falle von Wagner-Praus entschied die unabhängige Prüfstelle, die aus einem Juristen, einem Vertreter der Krankenkassen und drei Ärzten bestand, dass nicht alle durchgeführten Hausbesuche notwendig waren. Hinweise auf die ländliche Umgebung mit älterer Bevölkerung und kaum regionalem Nahverkehr wurden nach Aussage von Dr. Wagner-Praus nicht zur Kenntnis genommen. Der Arzt führt derzeit täglich etwa fünf Haus-

besuche durch und meint: „Wir besuchen unsere Patienten schließlich nicht zu unserem Vergnügen, sondern weil es notwendig ist.“ Der Arzt fuhr deshalb auch schon mal zu 90-jährigen Damen mit Erkältung oder Kleinkindern mit hohem Fieber – um den Patienten Stress zu ersparen. Darüber hinaus hätten einige Patienten nicht die Möglichkeit, in die Praxis zu kommen, weil sie über kein Auto verfügen.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland www.lig-gesundheit.at/deutschland

EUROPA

EU-Gesundheitsprogramm in neuen Sozialfonds integriert

Für den nächsten langfristigen EU-Haushalt (2021–2027) schlägt die EU-Kommission die Integration mehrerer Fonds – darunter das EU-Gesundheitsprogramm – in den Europäischen Sozialfonds vor. Das soll zu mehr Flexibilität und Einfachheit führen.

Europäischer Sozialfonds Plus

Alle sieben Jahre wird von der EU-Kommission über einen neuen mehrjährigen Finanzrahmen entschieden. Ab 1. Jänner 2021 wird es der erste Haushalt der EU-27 sein.

Folgende Fonds sollen im Europäischen Sozialfonds Plus (ESF+) aufgehen:

- der Europäische Sozialfonds
- die Beschäftigungsinitiative für junge Menschen
- der Europäische Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen
- das EU-Programm für Beschäftigung und soziale Innovation
- das EU-Gesundheitsprogramm

Die Zusammenlegung soll die derzeitige Fragmentierung der Finanzierungsinstrumente in der Sozialpolitik überwinden und so zu mehr Flexibilität führen. Im Bereich der Gesundheitssysteme sollen die Schwerpunkte auf der

Reduktion der Ungleichheiten beim Zugang zum Gesundheitswesen und bei der Qualität der Gesundheitsversorgung zwischen den Mitgliedsstaaten, dem Schutz vor grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen, der Stärkung der Gesundheitssysteme mit Schwerpunkt auf den digitalen Wandel und der Unterstützung von EU-Rechtsvorschriften im Gesundheitsbereich liegen.

Dieser neue Europäische Sozialfonds Plus soll für den Zeitraum 2021–2027 mit Mitteln in der Höhe von 101,2 Milliarden Euro ausgestattet werden. Zum Vergleich: Das EU-Gesundheitsprogramm wurde 2014–2020 auf 449,4 Millionen Euro dotiert.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

NIEDERLANDE

Rasanter Anstieg beim Schadenersatz

Die steigende Anzahl von Beschwerden ließ die Rechnung für Schadenersatzansprüche in niederländischen Spitälern in den letzten 10 Jahren regelrecht in die Höhe schnellen. Das könnte auch medizinische Folgen haben.

Kostenanstieg

Die Kosten für Behandlungsfehler in niederländischen Krankenhäusern beliefen sich 2007 auf 9,4 Mio. Euro, 2017 bereits auf 43,2 Mio. Euro. Das entspricht einer Steigerung von über 400 Prozent in zehn Jahren. Diese Erhöhung resultiert hauptsächlich aus einem Anstieg größerer Beschwerdefälle, die in diesem Zeitraum um 4,5 Prozent zunahmen. Die größte Schadenersatzsumme betrug in diesen 10 Jahren 1,9 Mio. Euro.

Folgen

Gesundheitsanwältin und Wissenschaftlerin Désirée Klemann berichtet, dass die Ärzte mit einem weiteren Anstieg der Beschwerden rechnen würden und dies zu einem defensiveren Zugang zur Medizin führe. Zum Beispiel würden in vielen Fällen mehr Untersuchungen durchgeführt, als notwendig wären. Allerdings sei die Situation in den Niederlanden noch lange nicht so drastisch

als in den USA, meint dazu Ageeth Bakker, die Vorsitzende von Centramed, einem der beiden großen Krankenversicherungsunternehmen des Landes. Jedoch sei Vorsicht geboten, dass die Entwicklung nicht weiter in diese Richtung gehe und in Zukunft Ärzte nicht mehr praktizieren wollen, weil sie sich die Versicherung nicht leisten können, mahnt Bakker.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in den Niederlanden www.lig-gesundheit.at/niederlande

SCHWEIZ

Ambulant vor Stationär

In der Schweiz werden vergleichsweise viele Eingriffe stationär vorgenommen, bei denen eigentlich eine ambulante Vorgangsweise angezeigt wäre. Das Eidgenössische Department des Innern (EDI) hat deshalb sechs Leistungsgruppen definiert, die nur noch in begründeten Ausnahmefällen auch stationär vergütet werden können.

Häufig werden medizinische Leistungen stationär erbracht, obwohl eine ambulante Behandlung für den Patienten vorteilhafter und gleichzeitig ressourcenschonender wäre. Das EDI bestimmte nun folgende sechs Gruppen von Eingriffen, die nur noch ambulant vorgenommen werden:

- Einseitige Krampfaderoperationen der Beine
- Eingriffe an Hämorrhoiden
- Einseitige Leistenhernienoperationen
- Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter
- Kniearthroskopien inkl. arthroskopische Eingriffe am Meniskus
- Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

Der Beschluss vom 12. Februar 2018, der die Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) ändert, tritt mit 1. Jänner 2019 in Kraft und gewährt den Spitälern und Versicherungen bis dahin eine Umstellungsphase zur Anpassung ihrer Organisation. Außerdem werden in diesem Zeitraum die Bestimmungen für

die Ausnahmen ausgearbeitet, für welche auch eine stationäre Behandlung übernommen werden kann.

Einsparungspotential und Finanzierungsverschiebung

Ein Bericht zum Verlagerungspotential zeigt, dass 33.000 Fälle im Jahr 2016 statt stationär auch ambulant operiert werden hätten können. Die sich daraus ergebenden Einsparungen werden sich künftig hauptsächlich bei den Kantonen manifestieren (über 90 Mio. Franken), da die stationäre Versorgung bis zu 55 Prozent durch die Kantone finanziert, die ambulante Versorgung hingegen komplett von den Versicherungen gedeckt wird. Die Leistungs- und Finanzierungsverschiebung sollte laut Berechnungen jedoch nicht zu Steigerungen der Krankenversicherungsprämien führen.

Evaluierung und kantonale Regelungen

In den ersten drei Jahren soll die Maßnahme in Hinsicht auf Qualität und Kosten untersucht und evaluiert werden. Nach dieser Phase soll darüber nachgedacht werden, weitere Leistungen in den Katalog ambulant zu erbringender Eingriffe aufzunehmen.

In den Kantonen gibt es eigene Listen zu ambulant zu erbringenden Leistungen, die mehr Eingriffe umfassen als die KLV. Dies soll auch weiterhin möglich sein.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz: www.lig-gesundheit.at/schweiz

ÖSTERREICH

Herzinsuffizienz-Netzwerk in Tirol

Aufgrund der alternden Bevölkerung sieht sich die Medizin mit immer mehr Menschen konfrontiert, die von Herzinsuffizienz betroffen sind. In Tirol wurde ein Netzwerk etabliert, das diesen Patientinnen und Patienten eine systematische Unterstützung anbietet und vor allem die notwendigen Spitalsaufenthalte reduziert.

Betroffenheit groß

Das Krankheitsbild der Herzinsuffizienz scheint mittlerweile zur Epidemie geworden zu sein. Ursache ist unter anderem, dass immer mehr Menschen einen Herzinfarkt überleben, der in späterer Folge in einer Herzschwäche resultieren kann. Diese Krankheit ist laut dem Innsbrucker Kardiologen Gerhard Pözl als schwer einzustufen, verläuft oft tödlich und verursacht hohe Kosten. Mittlerweile sind 2 Prozent der Bevölkerung davon betroffen – die Dunkelziffer nicht mitgerechnet. Bei über 65-jährigen Personen ist es die häufigste Ursache für eine Krankenhaus-Aufnahme. Grund genug, um Gegenmaßnahmen zu setzen.

HerzMobil Tirol

Der Tiroler Gesundheitslandesrat Bernhard Tilg streicht die Notwendigkeit einer flächendeckenden Versorgung von Herzinsuffizienz-Patienten hervor. Tirol verfügt über das zurzeit einzige Herzinsuffizienz-Programm Österreichs, das bereits in die Regelversorgung übergegangen ist. „HerzMobil Tirol“, so der Name der Initiative, setzt auf eine Kombination aus Telemonitoring und Hausbesuchen. Konkret senden die Patienten nach der Spitalsentlassung über ein Smartphone täglich Daten zu Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergewicht, Wohlbefinden und Medikamenteneinnahme an das Versorgungsnetzwerk. Bei Auffälligkeiten nimmt eine speziell geschulte Pflegekraft einen Hausbesuch beim Patienten vor und berät diesen vor Ort.

Speziell geschulte Pflege

Ein Kernpunkt des Projektes ist eine spezielle Weiterbildung für Pflegekräfte zur Herzinsuffizienzberatung. Diese kann ausschließlich am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe (AZW) in Innsbruck absolviert werden, da diese als einzige im deutschsprachigen Raum von der Heart Failure Associa-

tion (HFA) der Europäischen Kardiologengesellschaft die nötige Zertifizierung erhalten hat. Ziel der Herzinsuffizienzberatung ist vor allem die Stärkung der Eigenkompetenz des Patienten selber, aber auch eine deutliche Verkürzung der Krankenhausaufenthalte.

Ab Juni 2018 wird das Programm neben den Bezirken Innsbruck und Innsbruck Land auch im Bezirk Schwaz angeboten und soll bis 2021 flächendeckend in ganz Tirol angeboten werden.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich: www.lig-gesundheit.at/oesterreich

DEUTSCHLAND

Bedarfsplanung neu für den ambulanten Bereich?

Das Versorgungsstrukturgesetz 2015 beauftragt den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mit der Erarbeitung eines neuen Konzeptes für die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Die Ergebnisse eines aktuellen Gutachtens weisen auf Maximal-Anreisezeiten als wesentlichstes Kriterium für die zukünftige Planung hin.

Der demografische Wandel, Landflucht und Urbanisierung führen dazu, dass die bisherigen Regeln zur Festlegung von Arztsitzen nach der bloßen Einwohnerzahl nicht mehr funktionieren. Für die Konzipierung einer neuen Methode wurde vom GBA im ersten Schritt ein Gutachten in Auftrag gegeben. Dessen erste Ergebnisse liegen jetzt vor.

Danach soll in Zukunft der wichtigste Aspekt für die Festlegung von Arztsitzen die Anreisedauer der Patienten zum Arzt sein. Beim Hausarzt sollen dies künftig nicht mehr als 15 Autominuten sein. Bei Kinderärzten und Gynäkologen maximal 20 Minuten. Fachärzte für die Grundversorgung müssen in längstens 30 Minuten erreichbar sein – das betrifft niedergelassene Urologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Neurologen und Psychotherapeuten. Diese Regeln sollen zumindest für 99 Prozent der

Bevölkerung gelten – die anderen ein Prozent leben auf Inseln oder in sehr abgelegenen Gegenden.

Die Gutachter sprechen sich generell für eine differenziertere Planung aus. Für die vielen internistischen Disziplinen soll etwa genauer definiert werden, welche Arztgruppe welche Patienten versorgen soll. Darüber hinaus sollen Ärzte mit Kassenvertrag mehr als 20 Arztstunden für Kassenpatienten anbieten (Kassenärzte dürfen in Deutschland auch Privatpatienten behandeln). Um den vermehrten Bedarf der Patienten mit dem geringeren Ärzteangebot in Einklang bringen zu können, schlagen die Gutachter des Weiteren vor, vermehrt ärztliche Leistungen an nicht ärztliche Berufe zu delegieren, Telemedizin stärker einzusetzen und Überweisungen nach Dringlichkeit zu staffeln. Medizinstudenten sollen in Zukunft außerdem zu einem früheren Zeitpunkt über ihre künftige Tätigkeit in der Versorgung entschieden.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland www.lig-gesundheit.at/deutschland

NIEDERLANDE

Team für mehr Cyber-Sicherheit formiert

Im Jänner 2018 startete in den Niederlanden ein Team, das für die Sicherheit von Gesundheitsorganisationen im Netz zuständig ist. Genauer gesagt sollen Präventionsmaßnahmen Cyber-Attacken verhindern und helfen, wenn es zu einem Vorfall gekommen ist.

Aufgaben

Das Team nennt sich „Computer Emergency Response Team for Healthcare“ (Z-CERT). Wurde ein Gesundheitsdienstleister Opfer einer Cyber-Attacke, dann verfügt Z-CERT über das Knowhow für entsprechende Sofortmaßnahmen und die weitere Vorgangsweise. Denn um eine sichere und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten, muss das System einer Gesundheitsorganisation auch im Ernstfall stets einsatzfähig sein. Den zweiten Zuständigkeitsbereich des Teams bildet die Prävention: Z-CERT macht auf gefährdete

medizinische Geräte und Systeme aufmerksam und berät über weitere Maßnahmen.

Entwicklung

Die Idee zu einem solchen Team kam 2016 vom Gesundheitsminister, woraufhin ein Aktionsplan für Cybersicherheit formuliert wurde, der Sicherheit in der Informations- und Kommunikationstechnologie fördern sollte. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf Bewusstseinsbildung zum Thema, die Einhaltung vereinbarter Verhaltensweisen und die Struktur gelegt.

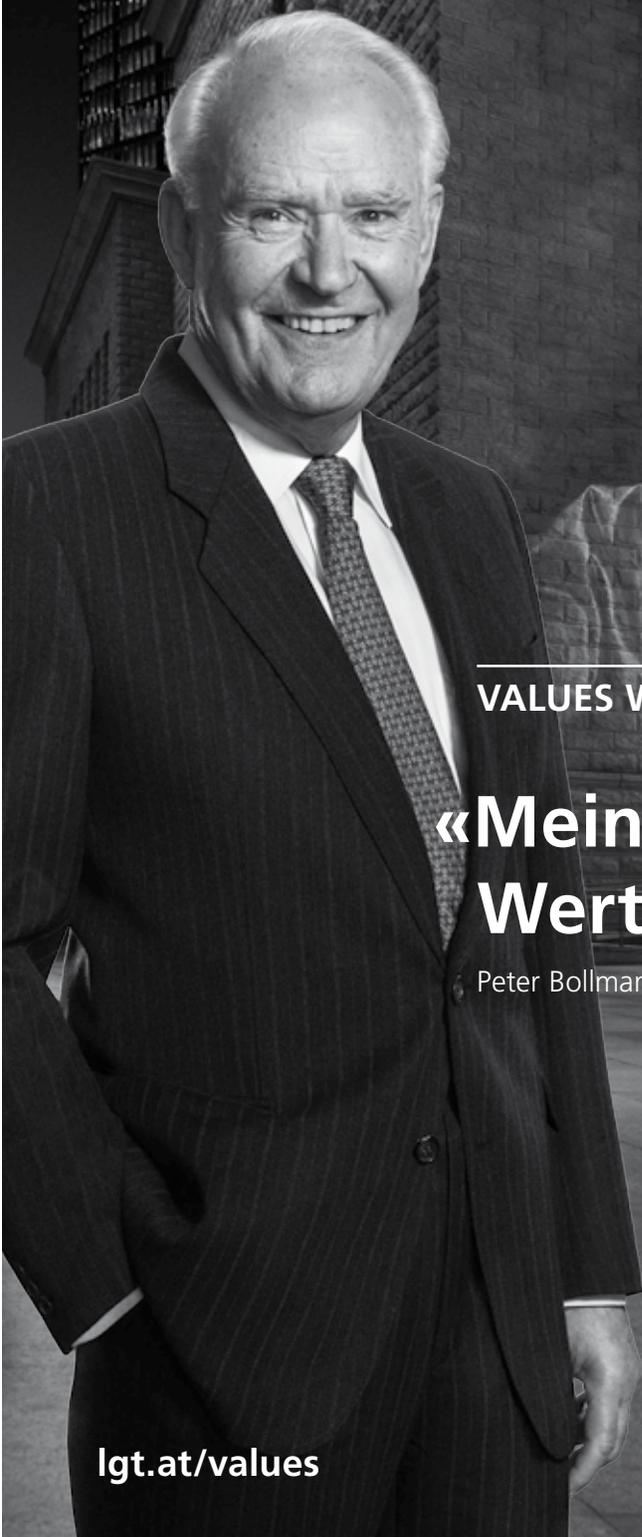
Mitgliedschaft

Jede Organisation im Gesundheitswesen, die den Service des Z-CERT-Teams in Anspruch nimmt, zahlt einen Beitrag, der sich nach der Anzahl vollzeitäquivalenter Arbeitskräfte berechnet. Zurzeit können lediglich Krankenhäuser und Psychiatrien Mitglied bei Z-CERN werden, der Service soll in Zukunft aber auch auf andere Gesundheitsdienstleister ausgeweitet werden. Das Team arbeitet (inter)national mit anderen CERTs zusammen und ist nicht gewinnorientiert.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in den Niederlanden www.lig-gesundheit.at/niederlande

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna



VALUES WORTH SHARING

«Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009



Private
Banking

lgt.at/values

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekooe.at

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

LIG
LINZER
INSTITUT
FÜR
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

aekooe  **Ärzt**ekammer
für Oberösterreich