
Schwerpunktthema

Private Mittel im Gesundheitssystem



Schwerpunktthema:

Private Mittel im Gesundheitssystem

Z
GP

Schwerpunktthema

Private Mittel im Gesundheitssystem

Ausgabe 3/2013



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

Redaktion: Mag. Katharina Riedler

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Zeitschrift für Gesundheitspolitik hat sich zum Ziel gesetzt, eine Plattform für innovative Beiträge sowohl aus der Wissenschaft als auch der Praxis zu sein. Dieser Vorgabe getreu enthält dieser Band wieder wissenschaftliche Aufsätze, aber auch Platz für persönliche Stellungnahmen von Praktikern, die im Rahmen unseres Gesundheitssystems arbeiten.

Wir sind auch weiter unserer Linie treu geblieben, heiße Eisen aufzugreifen. Ein besonders tabuisiertes Thema sind private Zuzahlungen im öffentlichen Gesundheitssystem. In der öffentlichen Diskussion wird immer so getan, als sei es Aufgabe des öffentlichen Gesundheitssystems, das Bestmögliche an Versorgung anzubieten. Tatsächlich steht eine solche Ansage aber im Widerspruch zum gesetzlich formulierten Ziel, dass die Solidargemeinschaft das finanzieren muss, was notwendig ist, allerdings keine darüber hinausgehenden Luxusleistungen. Dass das öffentliche Gesundheitssystem in der Lage wäre, alle Wünsche der Bevölkerung zu erfüllen, entspricht auch längst nicht mehr der Realität. In Zeiten, in denen ständig von Sparprogrammen für Spitäler und Kassen die Rede ist, gewinnt der private Markt immer mehr an Dynamik.

In Wirklichkeit bleibt der Gesundheitspolitik keine andere Wahl, als zu akzeptieren, dass private Mittel für Gesundheitsleistungen zusätzlich zu den öffentlich zur Verfügung gestellten Gesundheitsleistungen ausgegeben werden, ob man das gut findet oder nicht. Daher hat die Gesundheitspolitik nur die Option, entweder die Trennung in ein privates und ein öffentlich finanziertes Versorgungssystem zuzulassen oder dafür zu sorgen, dass die privaten Mittel in das öffentliche System fließen und damit auch helfen, dessen finanzielles Fundament zu stärken.

Wir glauben, dass es daher hoch an der Zeit ist, sich auf das Thema privater Zuzahlungen im öffentlich finanzierten Gesundheitssystem einzulassen und haben Experten eingeladen, verschiedene Aspekte dazu zu beleuchten. Wir hoffen, damit Beiträge zu einer Diskussion zu liefern, von der wir erwarten, dass sie in den nächsten Jahren sehr intensiv geführt werden wird.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Private Mittel im Gesundheitssystem: Entwicklung, Bedeutung und Steuerung	9
<i>Mag. Katharina Riedler</i>	
Fördern private Zuzahlungen im Gesundheitswesen die Zweiklassenmedizin?	37
<i>Dr. Gerald Pruckner, Dr. Michael Hummer</i>	
Umfrage: Als Privatpatient zum Kassenarzt	63
<i>Prof. Dr. Werner Beutelmeyer</i>	
Vorschläge für eine Integration privater Finanzmittel in den öffentlichen Gesundheitssektor	85
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland: Status quo und Ausblick	97
<i>Dr. Thomas Drabinski</i>	
Experteninterview: Selbstbehalte im Gesundheitssystem als Steuerungsinstrument	113
<i>Mag. Katharina Riedler im Gespräch mit A.o. Univ.-Prof Dr. Engelbert Theurl und Dr. Wolfgang Huber, MBA</i>	

Private Mittel im Gesundheitssystem: Entwicklung, Bedeutung und Steuerung

1. Gesundheitsausgaben in Österreich	10
1.1. Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems	10
1.2. Mittelverwendung im Gesundheitswesen	15
1.3. Mittelherkunft im Gesundheitswesen	17
2. Private Gesundheitsausgaben	18
3. Öffentliche Gesundheitsausgaben	20
4. Anteilige Finanzierung durch öffentliche und private Mittel	22
5. Stationäre Versorgungslandschaft	25
6. Versorgung durch niedergelassene Ärzte	28
7. Steuerung privater Mittel	30
7.1. Im stationären Bereich	31
7.2. Im niedergelassenen Bereich	33

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems steht zwar nicht an der Kippe, sollte jedoch an mehreren Punkten überdacht werden. Einer davon ist die Steuerung von Mitteln, die von privaten Personen für Mehrleistungen im stationären und niedergelassenen Bereich bereitwillig ausgegeben werden. In diesem Beitrag wird gezeigt, wie sich der private Sektor finanzierungs- und angebotsseitig entwickelt hat und welche Rolle er heute spielt. Zum Schluss wird diskutiert, ob private Patienten besser in private Strukturen oder doch eher ins öffentliche System gelenkt werden sollen. Was ist besser für das öffentliche Gesundheitssystem, wie wirkt man am besten sozialen Ungerechtigkeiten entgegen?

1. Gesundheitsausgaben in Österreich

1.1. Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems

Die Ausgaben für Gesundheit wachsen stetig an. Die Gründe dafür liegen einerseits im steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung, aber auch an den vermehrten technischen und medikamentösen Möglichkeiten der Medizin. Diese Kostenentwicklung wird häufig kritisiert und als problematische Kostenexplosion bezeichnet. GesundheitsökonomInnen sehen dies jedoch etwas relativierter. Einerseits werden häufig die nominellen Kosten des Gesundheitswesens herangezogen, um die Dramatik der Situation darzustellen. Und in dieser Form der Darstellung wirkt die Gesundheitskostenentwicklung tatsächlich bedrohlich, denn das Gesundheitssystem kostete uns 1990 noch rd. 11,5 Mrd. Euro und 2011 bereits rd. 32,4 Mrd. Euro.¹ In den letzten 20 Jahren haben sich also die nominellen Kosten für Gesundheit um ca. 182,3 % erhöht, also beinahe verdreifacht. Bei dieser Kalkulation wird allerdings übersehen, dass es seither auch eine Inflation gab. Will

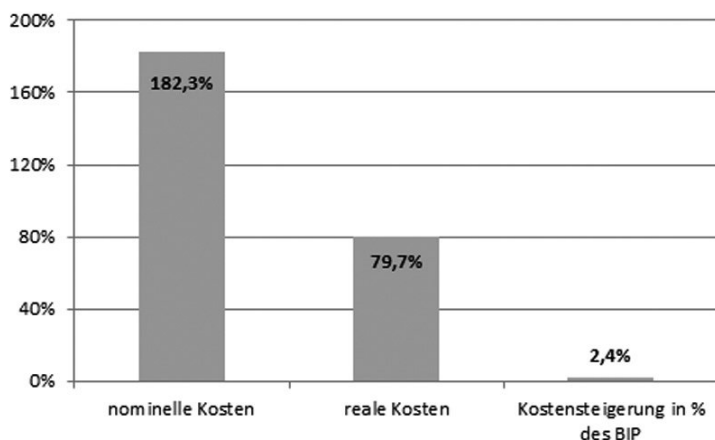
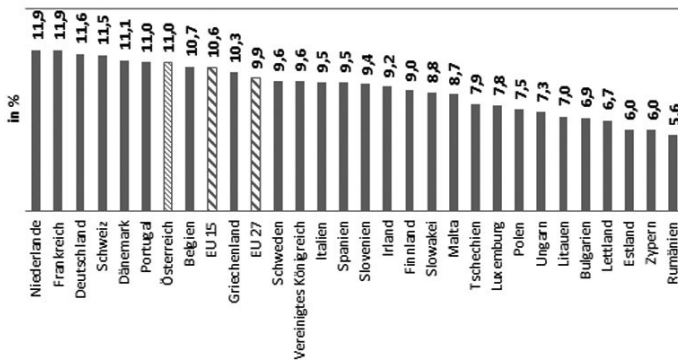


Abbildung 1: Steigerung der Gesundheitsausgaben zwischen 1990 - 2011 in Österreich

¹ Statistik Austria (2013a).

man Kosten über einen Zeitverlauf miteinander vergleichen, so muss man unbedingt mit inflationsbereinigten (realen) Zahlen rechnen. In realen Werten gab es seit 1990 eine Steigerung der Gesundheitskosten von rd. 80 %.² Diese Steigerung ist zwar immer noch gewaltig, jedoch schon um einiges weniger erschreckend.



Abbildungung 2: Gesundheitsausgaben in % BIP 2010³

Diese Zahlen reichen aber noch immer nicht aus, um beurteilen zu können, ob wir uns unser Gesundheitssystem noch leisten können, denn wir sind seit 1990 auch immer reicher geworden. Warum also nicht auch mehr Geld in Gesundheit investieren? Der Reichtum einer Volkswirtschaft lässt sich am Bruttoinlandsprodukt ablesen, welches zwischen 1990 und 2011 real um rd. 40 % gestiegen ist. 1990 wurden 8,4 % des BIPs für Gesundheit ausgegeben, 2011 waren es 10,8 % des BIPs. Wir gaben 2011 also 2,4 % des BIPs mehr für Gesundheit aus als noch 1990. Die Ausgaben sind also auch relativ zu unserem Reichtum angestiegen – aber aus diesem Blickwinkel sieht es nicht mehr nach einer Kostenexplosion aus.

Der EU-27-Vergleich aus dem Jahr 2010 zeigt, dass Österreich einen vergleichsweise größeren Teil seines BIPs für Gesundheit ausgibt (11 %) als der Durchschnitt der EU-15 Länder (10,6 %). Lediglich die Niederlande, Frankreich, Deutschland, die Schweiz, Dänemark und Portugal geben einen größeren Teil ihres Einkommens für Gesundheit aus als wir.

Aber das muss noch nicht heißen, dass die Österreicher zu viel für Gesundheit ausgeben, denn die Wertigkeiten für Gesundheit können von Land zu Land divergieren. Es kann durchaus gerechtfertigt sein, dass Österreich einen so hohen Teil seines Einkommens für Gesundheit ausgibt, wenn die Mittel effizient eingesetzt

2 Der VPI 1986 hat sich lt. Wertsicherungsrechner der Statistik Austria (<http://www.statistik.at/Indexrechner/>) zwischen 1990 und 2011 um 57,1 % verändert.

3 WHO: Health for all database (HFA-DB) in Juli 2013

werden und sie die tatsächliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen widerspiegeln. Auch sind höhere Ausgaben allein noch kein Beweis für ein ineffizientes System, sondern können auch auf quantitative oder qualitative Unterschiede bei den Leistungen hinweisen. Um die Effizienz eines Gesundheitssystems zu bewerten, braucht es daher viel mehr als nur eine Betrachtung der Kostenseite.

Die hohen Ausgaben für Gesundheit und die Wachstumsraten dieser Kosten geben dennoch immer wieder Anlass zur Besorgnis über die zukünftige Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems. Die Gesundheitsausgaben wachsen stärker als das Bruttoinlandsprodukt und das kann nicht lange gut gehen, oder? Ganz so dramatisch ist die Lage nicht. Denn das BIP wächst von einem bei weitem höheren Niveau aus als die Gesundheitskosten. Im Jahre 2011 betrug das BIP rund 300,7 Mrd. Euro. Die Gesundheitsausgaben (öffentliche und private) machten 2011 etwa 32,4 Mrd. Euro aus.

Für Deutschland wurde berechnet, wie lange die wachsenden Gesundheitskosten noch finanzierbar sind (Ausgangsjahr 2001)⁴. Die Grenze der Finanzierbarkeit ist laut den Autoren dann erreicht, wenn die zusätzlichen Gesundheitsausgaben das zusätzliche volkswirtschaftliche Einkommen eines Jahres übersteigen, da erst dann der Konsum nicht gesundheitsbezogener Güter, auf Grund der Ausgaben für Gesundheitsgüter, eingeschränkt werden muss. In drei verschiedenen Szenarien ergeben sich dabei Ergebnisse, die zwischen den Jahren 2036 und 2070 liegen. Im Basisszenario, in dem eine Trendfortschreibung vorgenommen wurde, ergibt sich eine Finanzierbarkeit über das Jahr 2050 hinaus. Die Autoren räumen jedoch ein, dass die tatsächliche Grenze weit nach diesem Jahr liegen könnte, da sämtliche positiven Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsausgaben und Wirtschaftswachstum ignoriert wurden. Festgestellt wurde außerdem, dass die Dauer der Finanzierbarkeit der Gesundheitsausgaben stark vom BIP-Wachstum und der Differenz zum Wachstum der Gesundheitsausgaben abhängt.

An dieser Stelle soll eine ähnliche Berechnung für Österreich angestellt werden. Wie bei Schlander wird mit Zahlen pro Einwohner gerechnet, da so das Bevölkerungswachstum mit berücksichtigt wird. Pro Einwohner betrug dieses bereinigte BIP⁵ im Jahr 2011 in Österreich 30.023 Euro. Die Gesundheitsausgaben pro Einwohner betrugen 3.863 Euro. Das restliche verfügbare Einkommen (€ 26.160) konnte jeder Einwohner 2011 für nicht gesundheitsbezogene Güter verwenden. In den Jahren 1990 bis 2011 ist das bereinigte BIP pro Einwohner im Durchschnitt um real 1,1 % und die Gesundheitsausgaben pro Einwohner um real 2,4 % pro

4 Schlander (2004).

5 Das um die Abschreibungen bereinigte BIP stellt das verfügbare Einkommen dar. Wie bei Schlander wurden die Produktions- und Importabgaben abzüglich der Subventionen nicht vom BIP abgezogen, da hier politischer Spielraum gegeben ist.

Jahr gestiegen. Daraus ergibt sich eine Wachstumslücke von 1,3 %. Diese Werte werden in den folgenden Berechnungen für das Basisszenario verwendet. Die Dauer der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems in Jahren ergibt sich aus folgender Formel:⁶

$$t = \frac{\ln(GA_0 * g_{GA}) - \ln(bBIP_0 * g_{BIP})}{\ln(1 + g_{BIP}) - \ln(1 + G_{GA})} + 1$$

Im Basisszenario „Fortschreibung“ lässt sich daraus eine Finanzierbarkeit der Gesundheitsausgaben von weiteren 100 Jahren (ab 2011) errechnen. Die Wachstumsraten zwischen 1990 und 2011 lassen sich also bis ins Jahr 2111 fortschreiben, ohne dass die Österreicher ihren Konsum aufgrund der Kosten für Gesundheit einschränken müssen. Die folgende Tabelle zeigt für verschiedene Wachstumsszenarien, wie viele Jahre unser Gesundheitssystem ab 2011 noch finanziert werden kann. Auch bei diesen Berechnungen gilt, dass positive Wechselwirkungen zwischen Einkommen und Gesundheit nicht mitberücksichtigt wurden und die Finanzierbarkeit tatsächlich noch länger sichergestellt sein könnte.

6 Herleitung und Umformung der Formel siehe Schlander (2004), S. 12f.

$bBIP_t$ = um die Abschreibungen bereinigtes BIP pro Kopf; GA_t = Gesundheitsausgaben pro Kopf;
 g_{BIP} = reale Wachstumsrate des BIPs; g_{GA} = reale Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben

		Wachstum des BIPs										
		0,5%	1,0%	1,1%	1,5%	2,0%	2,5%	3,0%	3,5%	4,0%	4,5%	5,0%
Wachstum der Gesundheitsausgaben	1,0%	274										
	1,5%	97	334	442								
	2,0%	46	139	165	360							
	2,4%	27	86	100	180	478						
	2,5%	23	78	90	158	375						
	3,0%	12	50	57	94	170	385					
	3,5%	5	34	39	63	103	178	393				
	4,0%		24	28	45	71	110	183	399			
	4,5%		17	20	34	52	77	115	188	404		
	5,0%		12	15	26	40	57	81	119	192	408	
	5,5%		9	11	20	32	45	61	85	122	195	413
	6,0%		6	8	16	26	36	48	64	87	125	198
	6,5%		4	6	13	21	30	39	51	67	90	127
	7,0%		3	5	11	18	25	33	42	53	69	92
	7,5%		2	3	9	15	21	28	35	44	55	71
	8,0%		1	2	7	13	18	24	30	37	46	57
		Gesundheitsausgaben wachsen 1 % stärker als das BIP Gesundheitsausgaben wachsen 2 % stärker als das BIP Basisszenario „Fortschreibung“										

Tabelle 1: Dauer der Finanzierbarkeit der Gesundheitsausgaben in Jahren nach dem Jahr 2011

Die Tabelle zeigt auch, dass die Dauer der Finanzierbarkeit der wachsenden Gesundheitsausgaben stark vom Wachstum des Bruttoinlandsprodukts abhängig ist. Wächst das BIP auf einem sehr niedrigem Niveau von nur 0,5 %, so ist bereits nach 27 Jahren (nach 2011) die Grenze der Finanzierbarkeit erreicht, wächst das BIP hingegen auf einem sehr hohen Niveau von 2 %, so erreichen wir diese Grenze erst nach 478 Jahren (bei gGA = 2,4 %). Fast ebenso stark ist der Einfluss des Wachstums der Gesundheitsausgaben. Wachsen diese (bei gBIP = 1,1 %) lediglich um 1,5 %, so ist die Grenze der Finanzierbarkeit erst nach 442 Jahren erreicht, wachsen diese aber stark an (4 %), so können wir uns unser Gesundheitssystem nur noch 28 Jahre leisten. Schlander nahm für seine Szenarien Wachstumslücken zwischen 1 % und 2 % an. Das bedeutet, dass sich in den Berechnungen für Österreich bei einem niedrigen BIP-Wachstum (0,5 %) eine Finanzierbarkeit zwischen 97 und 23 Jahren ergeben würde und unserem Gesundheitssystem bei einem hohen BIP-Wachstum (2 %) eine Finanzierbarkeit von weiteren 71 bis 170 Jahren prognostiziert werden könnte.

Diese Zahlen belegen zwar, dass die Prognose von einer Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems bis ins Jahr 2111 (Basisszenario „Fortschreibung“) sehr stark von den Wachstumsraten abhängig ist, jedoch zeigen sie auch, dass – wie auch Schlander argumentiert – die Finanzierung des Gesundheitssystems weniger eine Frage des Könnens als des Wollens ist. Die Finanzierungsbereitschaft wird aber auch vor allem davon abhängen, welcher Gegenwert der Bevölkerung für die Ausgaben geboten wird, sprich wie effizient das Gesundheitssystem organisiert ist, und wie sich die Präferenzen für Gesundheit entwickeln. Zudem muss angemerkt werden, dass es tatsächlich zu Finanzierungsengpässen kommen kann, wenn die Einnahmen der sozialen Krankenversicherung nicht nachhaltig gesichert werden, denn das Lohn Einkommen, das die Bemessungsgrundlage für die Versicherungsbeiträge darstellt, wächst langsamer als das Bruttoinlandsprodukt. Daher wird ein immer kleinerer Teil des Gesamteinkommens tatsächlich dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt. Zudem ist es nicht nur von Bedeutung, die vorhandenen öffentlichen Mittel an richtiger Stelle effizient und sinnstiftend einzusetzen, sondern es ist auch essentiell, wohin die privaten Gelder fließen. Denn auch diese wollen so gesteuert werden, dass sie möglichst vielen Bürgern zu Gute kommen und die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems unterstützen.

1.2. Mittelverwendung im Gesundheitswesen

Im Jahre 2011 verbuchten wir Österreicher laufende Gesundheitsausgaben in der Höhe von 30,7 Mrd. Euro und Investitionen im Gesundheitswesen von rd. 1,7 Mrd. Euro. Aber wofür wurde dieser Betrag verwendet? Abbildung 3 zeigt, dass über 40 % der Gelder in die stationäre Gesundheitsversorgung fließen. Hier sind auch stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen enthalten. Rund 28 % der Mittel wurden für die ambulante Versorgung ausgegeben. Hier sind Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und auch nicht ärztliche niedergelassene Berufe (z.B. Physiotherapeuten) etc. enthalten. Weitere 16,7 % wurden für Arzneimittel und andere medizinische Ge- und Verbrauchsgüter aufgewendet. Diese drei Bereiche sind die größten Kostenbereiche im Gesundheitssystem. Außerdem wurden 7,3 % der Mittel für die häusliche Gesundheitsversorgung ausgegeben, worunter kurative, rehabilitative und pflegerische Leistungen im häuslichen Bereich fallen. Die 3,6 % Verwaltungskosten beinhalten Ausgaben für die Planung, Verwaltung und Versicherung der Gesundheitsversorgung. Lediglich 1,8 % der Mittel werden für Prävention und den öffentlichen Gesundheitsdienst eingesetzt.

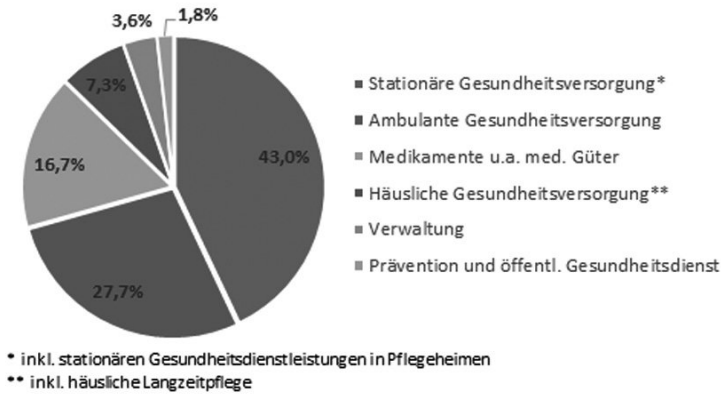


Abbildung 3: Mittelverwendung im österreichischen Gesundheitssystem 2011⁷

Die Mittelverwendung zeigt, dass in Österreich eine starke Betonung des stationären Bereichs vorherrscht. Obwohl sich die österreichische Politik immer wieder dazu bekennt, die ambulante Versorgung stärken zu wollen, um Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität des Gesundheitswesens zu steigern, sprechen die Zahlen immer noch eine andere Sprache. Österreich ist auch im internationalen Vergleich als krankenhauslastiges Land zu bezeichnen. Aus einem Bericht der OECD aus dem Jahre 2012⁸ geht dies deutlich hervor. Im OECD-Schnitt entfallen nur 31 % der Gesamtkosten im Gesundheitssystem auf den stationären Bereich (exkl. stationäre Langzeitpflege), Österreich wies im Bericht einen Kostenanteil in der Höhe von 35 % auf. Darüber hinaus zeigt der Bericht, dass Österreich nicht auf dem Weg ist, seine Krankenhauslastigkeit zu mindern, sondern es ganz im Gegenteil seit dem Jahr 2000 im stationären Sektor eine stärkere Kostenentwicklung (+2,1 %) als im ambulanten Bereich (+1,6 %) gegeben hat. Es kam also noch zu einer zusätzlichen Betonung des Spitalswesens, der ambulante Sektor wurde nicht gestärkt.

7 Statistik Austria (2013b). Eigene Berechnungen. Laufende Gesundheitsausgaben exkl. Investitionen.

8 OECD (2012), S. 125. Daten aus 2010.

1.3. Mittelherkunft im Gesundheitswesen

Ein weiterer interessanter Blick auf das Gesundheitswesen ist der von der Seite der Financiers: Woher kommen diese 30,7 Mrd. Euro, die für Gesundheit ausgegeben werden? Der größte Kostenträger ist in Österreich die Sozialversicherung, die rund 45 % der Kosten übernimmt. Ein weiteres Drittel wird durch Steuermittel, also von Bund, Ländern und Gemeinden, finanziert. 17 % der Kosten werden von privaten Haushalten selber bezahlt (Out-of-pocket-Zahlungen). Darunter fallen etwa Kosten für Medikamente, Impfungen, Gebühren und Selbstbehalte. Weitere 4,5 % der Mittel im Gesundheitssystem kommen von der privaten Krankenversicherung, 1,1 % von privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (z.B. Rettungsdienste) und 0,1 % werden von Unternehmen in Form von betriebsärztlichen Leistungen beigesteuert.

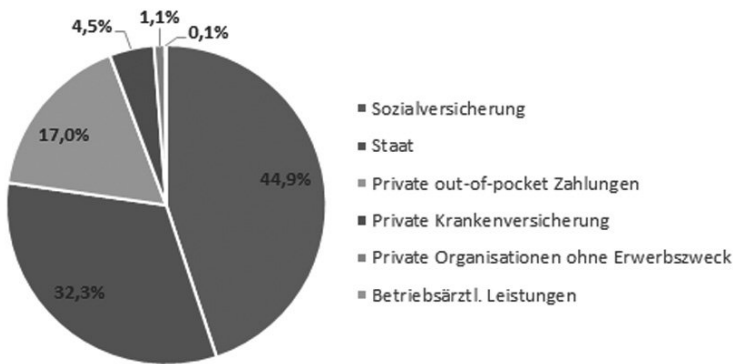


Abbildung 4: Mittelherkunft im österreichischen Gesundheitssystem 2011⁹

Der Großteil der Gesundheitsleistungen wird also vom Staat (Bund, Länder, Gemeinden) oder staatlichen Institutionen (Sozialversicherung) eingekauft. Man spricht hier von öffentlichen Gesundheitsausgaben. Welche, wie viele und in welcher Qualität Leistungen von der öffentlichen Hand finanziert werden, muss nach oben hin begrenzt werden, denn die öffentlichen Mittel sind ebenfalls begrenzt. Über das öffentlich finanzierte Niveau hinausgehende Leistungen müssen privat bezahlt werden. Das kann durch eine private Zusatzversicherung, Direktzahlungen der privaten Haushalte oder privaten Organisationen erfolgen. In Summe spricht man hier von den privaten Gesundheitsausgaben.

9 Statistik Austria (2013b). Eigene Berechnungen. Laufende Gesundheitsausgaben exkl. Investitionen.

2. Private Gesundheitsausgaben

Die unten stehende Grafik zeigt die Entwicklung der privaten Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich zwischen 1990 und 2011. Deutlich wird hier, dass die privaten Ausgaben anteilig immer weiter zurückgehen. Seit 1990 sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben stärker gestiegen als die privaten Gesundheitsausgaben, obwohl letztere von einem viel geringerem Niveau aus wachsen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die Hauptlast der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen die öffentliche Hand trägt.

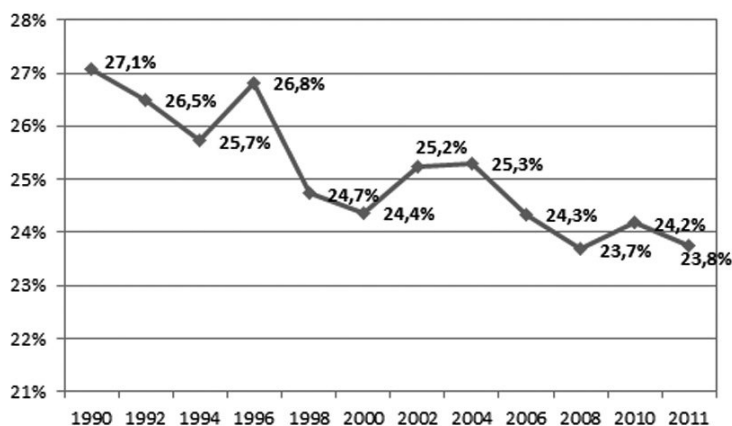


Abbildung 5: Entwicklung der privaten Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben 1990–2011¹⁰

Im EU-27-Vergleich¹¹ zeigt sich, dass in Österreich der Anteil der privaten Mittel an den gesamten Gesundheitsausgaben nur etwas unter dem Durchschnitt liegt, im EU-15-Vergleich sogar genau im Schnitt. Die Streuung innerhalb der EU ist jedoch recht breit. So hat Zypern 2010 den mit Abstand höchsten Anteil an privaten Gesundheitsausgaben (58,5 %), gefolgt von Bulgarien (45,5 %) und Griechenland (40,6 %), während Dänemark (14,9 %), Luxemburg (15,6 %) und das Vereinigte Königreich (16,1 %) einen vergleichsweise geringen Anteil privater Gesundheitsausgaben aufweisen.

¹⁰ Statistik Austria (2013a).

¹¹ WHO: Health for all database (HFA-DB) im Juli 2013.

Im Jahre 2011 wurden in Österreich insgesamt rund 7 Mrd. Euro private Gelder für die laufenden Gesundheitsausgaben eingesetzt. Zusätzlich wurden private Investitionen in der Höhe von 0,7 Mrd. Euro getätigt. Rund drei Viertel der laufenden privaten Gesundheitsausgaben sind Zahlungen privater Haushalte (Selbstzahlungen und Kostenbeteiligungen). Die privaten Haushalte setzen ihre Mittel vor allem für die ambulante Versorgung (Zahnärzte, Gesundheitsdienstleister, niedergelassene Ärzte, Ambulanzen, Labore etc.), den Kauf von Medikamenten und anderen medizinischen Gütern und die häusliche Langzeitpflege ein. Ein weiteres Fünftel der privaten Mittel kommt von der privaten Krankenversicherung. Die Gelder der PKV fließen hauptsächlich in die stationäre Versorgung. Weitere 4,8 % der privaten Gelder stammen von Non-Profit-Organisationen und 0,5 % von Unternehmen im Rahmen der betriebsärztlichen Versorgung.

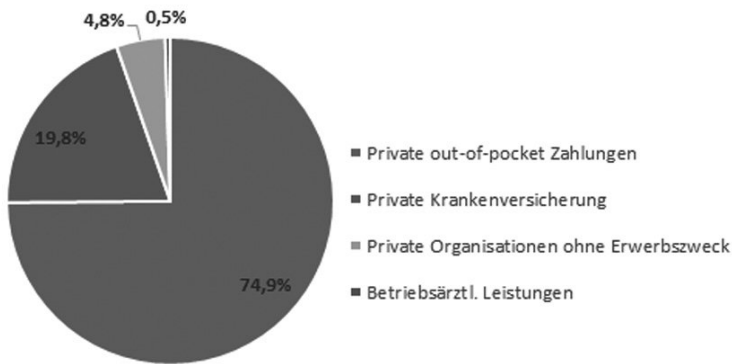


Abbildung 6: Mittelherkunft der privaten Gesundheitsausgaben in % 2011¹²

Die Sicht auf die Verwendung der privaten Mittel im Gesundheitssystem zeigt, dass über ein Drittel in den Bereich der ambulanten Versorgung fließt. Je 27,8 % werden für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter sowie für die stationäre Gesundheitsversorgung aufgewendet. 5,5 % werden für die Verwaltung aufgewendet und je 1,2 % für die häusliche Gesundheitsversorgung bzw. für Prävention und den öffentlichen Gesundheitsdienst.

¹² Statistik Austria (2013b); Eigene Berechnungen. Laufende Gesundheitsausgaben exkl. Investitionen.

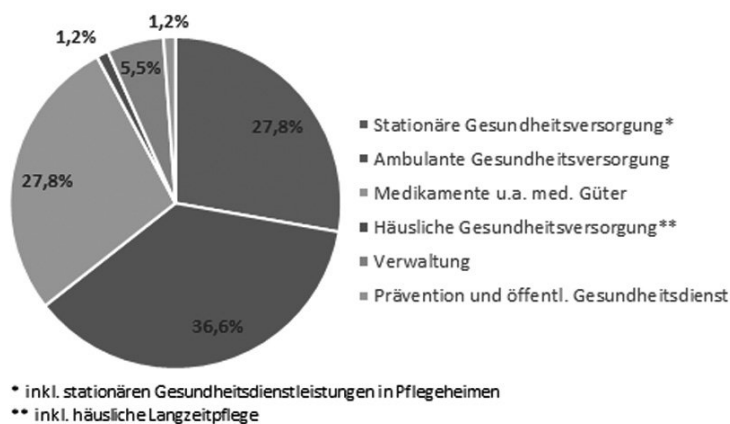


Abbildung 7: Mittelverwendung der privaten Gesundheitsausgaben in % 2011, Österreich¹³

3. Öffentliche Gesundheitsausgaben

Über drei Viertel der gesamten Mittel für das Gesundheitswesen werden von der öffentlichen Hand, also von Sozialversicherung und Staat, bereitgestellt. Unter dem Sammelbegriff „Staat“ sind hier Bund, Länder und Gemeinden zu verstehen. Im Jahre 2011 trug die öffentliche Hand rd. 23,7 Mrd. Euro für die laufenden Gesundheitsausgaben und zusätzlich rd. 1 Mrd. Euro für Investitionen (öffentliche Gesundheitsausgaben).

Das öffentliche Gesundheitswesen wird überwiegend von der sozialen Krankenversicherung finanziert, die 58,1 % der öffentlichen Mittel stellt. Der Rest (41,9 %) wird vom Staat finanziert. Die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben setzt sich also aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuergeldern zusammen.

¹³ Statistik Austria (2013b); Eigene Berechnungen. Laufende Gesundheitsausgaben exkl. Investitionen.

Die Verwendung der öffentlichen Mittel gestaltet sich anteilig ganz anders als die der Privaten. Die rund 23,7 Mrd. Euro öffentlicher Gelder flossen im Jahr 2011 hauptsächlich in den stationären Bereich (47,4 %). Erst dahinter kamen die Ausgaben für den ambulanten Sektor (25 %) und für Medikamente und andere medizinische Güter (13,4 %). 9,1 % der öffentlichen Gelder wurden für die häusliche Gesundheitsversorgung aufgewendet. Relativ wenig wird immer noch für die Prävention ausgegeben, für die die öffentliche Hand 2011 nicht einmal eine halbe Mrd. Euro aufgewendet hat. Damit liegt Österreich hinter dem Durchschnitt in der EU.¹⁴

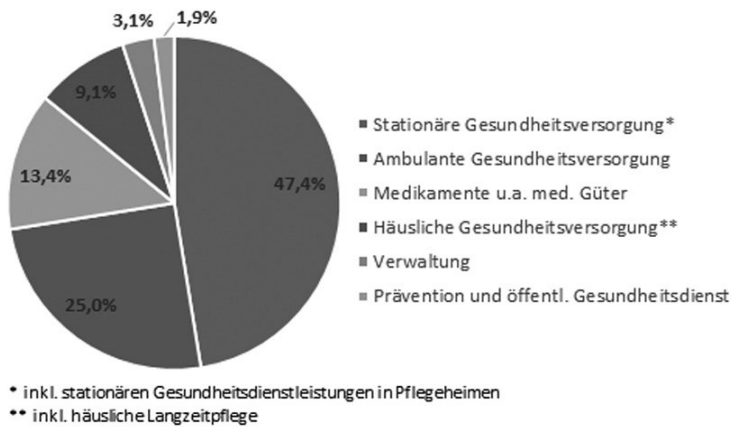


Abbildung 8: Mittelverwendung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in % 2011¹⁵

14 OECD (2012), S. 125.

15 Statistik Austria (2013b); Eigene Berechnungen. Laufende Gesundheitsausgaben exkl. Investitionen.

4. Anteilige Finanzierung durch öffentliche und private Mittel

Die drei größten Kostenbereiche im österreichischen Gesundheitswesen werden in unterschiedlicher Zusammensetzung durch private und öffentliche Gelder finanziert. Im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung kamen 2011 nur 14,3 % der Mittel von privaten Financiers, während der Anteil im Bereich der ambulanten Versorgung (28,9 %) und der Medikamente und sonstiger medizinischer Güter (37,9 %) viel höher lag. Im Jahr 1990 lag der Anteil der privaten Finanzierung im stationären Sektor aber noch bei 19 Prozent und ist damit um ca. 5 % zurückgegangen. Im ambulanten Sektor gab es hingegen sogar eine leichte Zunahme des Anteils der privaten Mittel. Um beinahe 10 % ist der Anteil privater Gelder hingegen im Bereich der Medikamente zurückgegangen.

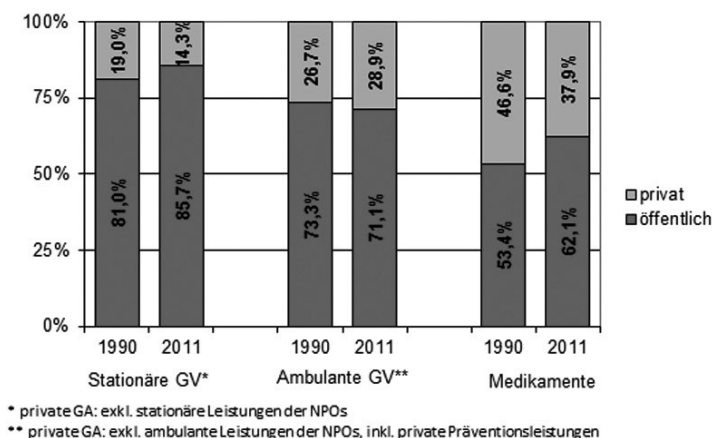


Abbildung 9: Finanzierung der drei kostenintensivsten Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens durch öffentliche und private Mittel im Vergleich 1990, 2011¹⁶

Auch die privaten und öffentlichen Financiers teilen ihre Mittel in unterschiedlichem Ausmaß auf die drei Hauptbereiche des österreichischen Gesundheitswesens auf. So fließen die Mittel von Bund, Ländern und Gemeinden (Staat) hauptsächlich in die stationäre Versorgung (63,2 %), während in den anderen Gesundheitsbereichen vergleichsweise geringe Beiträge geleistet werden. Die Sozialversicherung

16 Statistik Austria (2013a); Eigene Berechnungen. Zur Abbildung 10 ergeben sich leichte Unterschiede, die in dieser Abbildung angemerkt sind. Aufgrund der zeitlichen Vergleichbarkeit konnten nicht dieselben Berechnungsmethoden verwendet werden.

gibt etwa gleich hohe Beträge für die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung aus und stellt auch hohe Summen für die Versorgung mit Arzneien und medizinischen Ge- und Verbrauchsgütern bereit. Die private Krankenversicherung verwendet über die Hälfte ihrer Mittel für den stationären Sektor (57,7 %), während sie für den ambulanten Bereich wenig Mittel aufbringt. Hoch scheint bei der PKV der Anteil der Verwaltungskosten (27,9 %). Darunter versteht man laut Statistik Austria die sogenannte „Service Charge“ der Krankenversicherungsunternehmen, das Dienstleistungsentgelt für Versicherungen. Diese Zahl ist jedoch keinesfalls mit den Verwaltungskosten gleichzusetzen, denn die Leistungsquote der privaten Krankenversicherung liegt etwa bei 95 %. In der Service Charge sind vermutlich Altersrückstellungen und Kapitalerträge beinhaltet, die jedoch nicht als Verwaltungskosten zu werten sind.¹⁷ Die direkten finanziellen Aufwendungen der privaten Haushalte (Out-of-pocket-Zahlungen) fließen hauptsächlich in die ambulante Versorgung und den Kauf von Medikamenten und medizinischen Ge- und Verbrauchsgütern. Die Ausgaben für den stationären Bereich sind vergleichsweise gering. Non-Profit-Organisationen engagieren sich finanziell ebenfalls zum größten Teil im ambulanten Sektor. Private Unternehmen treten ausschließlich im Bereich der Prävention als Financier auf (betriebsärztliche Leistungen).

	öffentlich		privat			
	Staat	Sozialvers.	private KV	out-of-pocket-Z.	NPOs	Unternehmen
Stationäre GV	63,2 %	36,1 %	57,7 %	20,7 %	18,1 %	0,0 %
Ambulante GV	11,9 %	34,5 %	8,2 %	42,3 %	68,8 %	0,0 %
Medikamente	0,2 %	22,9 %	6,1 %	35,4 %	0,0 %	0,0 %
häusliche Gesundheitsversorgung	21,5 %	0,2 %	0,0 %	0,9 %	10,1 %	0,0 %
Verwaltung	0,7 %	4,8 %	27,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Prävention und öffentl. Gesundheitsdienst	2,4 %	1,6 %	0,0 %	0,7 %	3,0 %	100,0 %
SUMME	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabelle 2: Mittelverwendung nach Financiers 2011¹⁸

Daraus ergeben sich äußerst unterschiedliche Werte der Finanzierung durch die öffentliche Hand in den drei Hauptkostenbereichen der Gesundheitsversorgung. Während der stationäre Sektor zu 85 % öffentlich finanziert ist, sind es im ambulanten Bereich nur 70 % und bei der Arzneimittelversorgung etwa 62 %.¹⁹

17 Auskunft vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs im Juli 2013.

18 Statistik Austria (2013b); Eigene Berechnungen. Laufende Gesundheitsausgaben exkl. Investitionen.

19 Die leichten Differenzen zur Abbildung 9 ergeben sich aus Berechnungsunterschieden, die aus Gründen der zeitlichen Vergleichbarkeit eingegangen wurden und in Abbildung 9 erläutert sind.

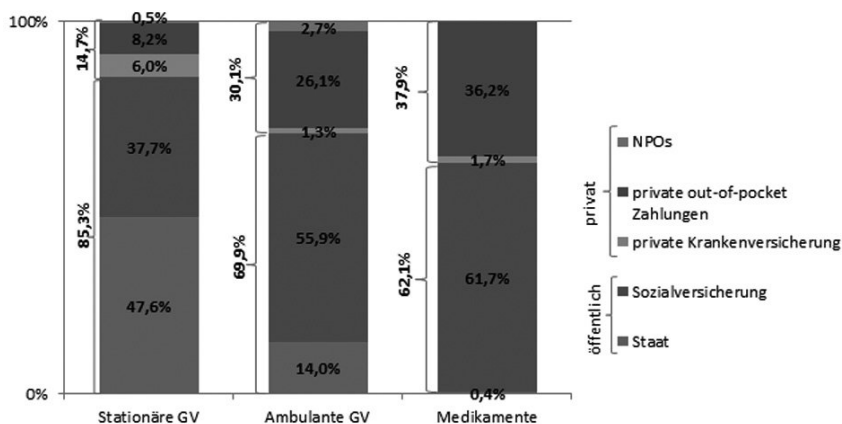


Abbildung 10: Mittelherkunft für die drei kostenintensivsten Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens 2011²⁰

Die Finanzierung der stationären Versorgung wird hauptsächlich vom Staat (hauptsächlich den Ländern) übernommen (47,6 %), aber auch die Sozialversicherung übernimmt über ein Drittel der Kosten (37,7 %). Direktzahlungen der privaten Haushalte machen 8,2 % der Mittel aus und von der private Krankenversicherung stammen 6 % der Gelder im stationären Bereich. Weitere 0,5 % kommen von NPOs. Im ambulanten Bereich ist die Sozialversicherung der Hauptkostenträger (55,9 %). Der Staat übernimmt hier nur 14 Prozent. Out-of-pocket-Zahlungen der privaten Haushalte spielen im extramuralen Sektor eine große Rolle (26,1 %), während die private Krankenversicherung (1,3 %) nur einen kleinen Beitrag leistet. NPOs tragen 2,7 % der Mittel bei. Im dritten großen Kostenbereich, dem der Medikamente, trägt wieder die Sozialversicherung den Hauptteil der Kosten (61,7 %), aber auch die privaten Haushalte tragen über ein Drittel der Ausgaben (36,2 %) und sind damit eine bedeutende Größe. Staat und private Krankenversicherung spielen hier eine vergleichsweise untergeordnete Finanzierungsrolle (0,4 % bzw. 1,7 %).

20 Statistik Austria (2013b); Eigene Berechnungen. Laufende Gesundheitsausgaben exkl. Investitionen.

5. 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 80,3 % aller Spitalsbetten in gemeinnützigen Krankenanstalten aufgestellt. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Spitalslandschaft in Österreich (Stand Juli 2013).

Betten in Krankenanstalten	gesamt	gemeinnützig				nicht gemeinnützig			
		Alle	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige	Alle	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige
mit Öffentlichkeitsrecht	45.048	45.048	44.184	0	864	0	0	0	0
ohne Öffentlichkeitsrecht	19.320	6.620	2.644	50	3.926	12.700	0	3.896	8.804
gesamt	64.368	51.668	46.828	50	4.790	12.700	0	3.896	8.804

Betten in Krankenanstalten	gesamt	gemeinnützig				nicht gemeinnützig			
		Alle	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige	Alle	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige
mit Öffentlichkeitsrecht	70,0 %	70,0 %	68,6 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
ohne Öffentlichkeitsrecht	30,0 %	10,3 %	4,1 %	0,1 %	6,1 %	19,7 %	0,0 %	6,1 %	13,7 %
gesamt	100,0 %	80,3 %	72,8 %	0,1 %	7,4 %	19,7 %	0,0 %	6,1 %	13,7 %

Tabelle 3: Krankenhauslandschaft in Österreich 2013²¹

Gemeinnützige Spitäler sind nicht gewinnorientiert und dazu verpflichtet, alle Aufnahmefähigen nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen zu behandeln. Dafür dürfen die Bediensteten der Krankenanstalt – mit Ausnahme der Sonderklasse (die ¼ der Gesamtbettenzahl nicht überschreiten darf) – keine Honorare von den Patienten entgegen nehmen.

21 BMG (2012c).

Spitäler mit Öffentlichkeitsrecht, das von den Landesregierungen verliehen wird, unterliegen einem besonderen Versorgungs- und Aufnahmegebot. Das heißt, sie müssen Leistungen gemäß dem öffentlichen Landeskrankenanstaltenplan vorhalten und müssen gemeinnützig sein. Alle Krankenanstalten, die das Öffentlichkeitsrecht besitzen, werden daher über die Landesgesundheitsfonds finanziert.

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

Krankenanstalten können auch über die Form ihrer Finanzierung klassifiziert werden. Über 70 % aller Betten werden über die Landesgesundheitsfonds, mit Hilfe des LKF-Systems, finanziert. Weitere rund 6 % werden über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) abgegolten, der die Aufgabe hat, stationäre Leistungen in PRIKRAF-Krankenanstalten abzugelten²², für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht. Die restlichen 21 % der Betten werden anders finanziert.

Trotz des hohen Anteils öffentlich finanzierter Betten in der stationären Versorgung ist auch in Österreich eine Stärkung des privaten Sektors erkennbar. In den letzten 21 Jahren (1990–2011) waren private Träger die Einzigen, die im stationären Sektor ein Wachstum verzeichneten, wenn auch von einem niedrigem Niveau aus. 2011 waren 11,2 % aller Krankenhausbetten in privater Hand, 1990 waren es im Vergleich erst 4,5 %. Private Träger führten 2011 insgesamt 19 Spitäler mehr als noch im Jahr 1990, während alle anderen Träger insgesamt 68 Krankenhäuser abbauten. Betrachtet man die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten, so fällt auf, dass private Träger zwischen 1990 und 2011 die Anzahl mehr als verdoppeln konnten, während alle anderen Träger gemeinsam ein Minus von 18,1 % verzeichneten.

²² Genauerer dazu unter: PRIKRAF (2012), S.12.

	1990		2003		2011		Veränderung Anteil 1990–2011
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
KRANKENHÄUSER							
Öffentlich	163	50,9 %	133	48,9 %	112	41,3 %	-9,6 %
Sozialversicherungen	43	13,4 %	40	14,7 %	41	15,1 %	1,7 %
Nicht profitorientiert	64	20,0 %	52	19,1 %	49	18,1 %	-1,9 %
Privat	50	15,6 %	47	17,3 %	69	25,5 %	9,8 %
Insgesamt	320	100,0 %	272	100,0 %	271	100,0 %	
BETTEN							
Öffentlich	50.153	68,3 %	45.814	67,7 %	39.348	60,9 %	-7,5 %
Sozialversicherungen	6.138	8,4 %	5.744	8,5 %	6.239	9,7 %	1,3 %
Nicht profitorientiert	13.780	18,8 %	11.863	17,5 %	11.776	18,2 %	-0,6 %
Privat	3.308	4,5 %	4.287	6,3 %	7.260	11,2 %	6,7 %
Insgesamt	73.379	100,0 %	67.708	100,0 %	64.623	100,0 %	

Tabelle 4: Krankenhäuser und tatsächlich aufgestellte Betten in Österreich 1990–2011²³

Interessant ist auch die sehr unterschiedliche Verteilung der privaten Spitalsbetten auf die Bundesländer. Im Burgenland gab es 2011 überhaupt keine privaten Betten, wohingegen es in Kärnten ganze 26 Prozent waren.

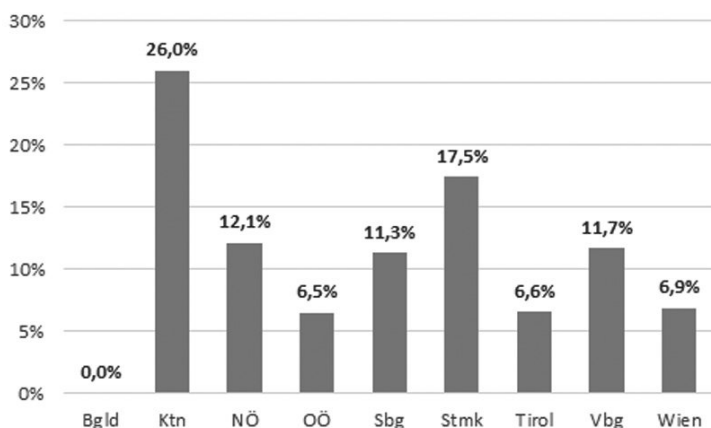


Abbildung 11: Privater Anteil an den tatsächlich aufgestellten Betten nach Bundesländern 2011²⁴

23 2011: Statistik Austria (2013c); 1990 und 2003: Papouschek (2011), S. 14.

24 Statistik Austria (2012), S. 365.

Natürlich ist die Reduktion von Betten gemeinnützig geführter Krankenanstalten nicht negativ zu sehen, ganz im Gegenteil. Sie ist das Ergebnis einer höheren Effizienz, die sich in niedrigeren Liegedauern und in Fallverschiebungen vom stationären in den ambulanten und tagesklinischen Bereich abzeichnet. Die 1997 eingeführte Landeskrankenanstaltenfinanzierung (LKF) förderte die Reduktion von Liegezeiten wegen einer anderen monetären Anreizstruktur und trug damit wesentlich zu der rückläufigen Bettenzahl bei. Interessant dabei ist aber der Vergleich mit der Entwicklung der Bettenzahl im privaten Sektor, da davon ausgegangen werden muss, dass diese Spitäler wirtschaftlich geführt werden. Geringere Liegezeiten durch medizinisch mögliche Fallverschiebungen wurden also hier sicher ebenfalls verwirklicht. Bei den aufgestellten Betten handelt es sich also um die tatsächliche Nachfrage nach privat-stationären Leistungen.

Und auch die Fallstatistik gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich die Nachfrage nach privatstationären Leistungen stärker entwickelt als nach stationären Leistungen im öffentlichen Bereich. So zeigen etwa Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit²⁵, dass die Zahl der stationären Aufenthalte in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten zwischen 2002 und 2011 um 16 Prozent angestiegen ist, wohingegen die stationären Fälle in nicht landesgesundheitsfondsfinanzierten Spitälern im selben Zeitraum um 22 Prozent zugenommen haben.

6. Versorgung durch niedergelassene Ärzte

In Österreich praktizieren 2011 insgesamt 16.416 niedergelassene Ärzte (ohne Zahnärzte). Davon standen 7.616 Ärzte in einem Vertragsverhältnis mit der Sozialversicherung und gelten damit als Kassenärzte. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass bereits über die Hälfte der niedergelassenen Ärzte Wahlärzte sind. Von den Kassenärzten sind 4.101 Allgemeinmediziner und 3.515 Fachärzte. Die Zahl der freiberuflichen Ärzte nimmt zwar stetig zu, jedoch stehen immer weniger dieser Ärzte in einem Vertragsverhältnis mit der sozialen Krankenversicherung. Die unten stehende Grafik zeigt die Entwicklung der letzten Jahre. Wohingegen die Anzahl der Kassenärzte seit 2000 um 11 % gesunken ist, hat sich die Zahl der Wahlärzte verdoppelt. Im Jahr 2000 hatten noch 66 Prozent der freiberuflich tätigen Ärzte

²⁵ BMG (2012a).

einen Kassenvertrag, 2011 waren es nur noch 46 Prozent. Dieser Trend spiegelt sicher auch die zunehmende Bedeutung des privaten Gesundheitssektors wider.

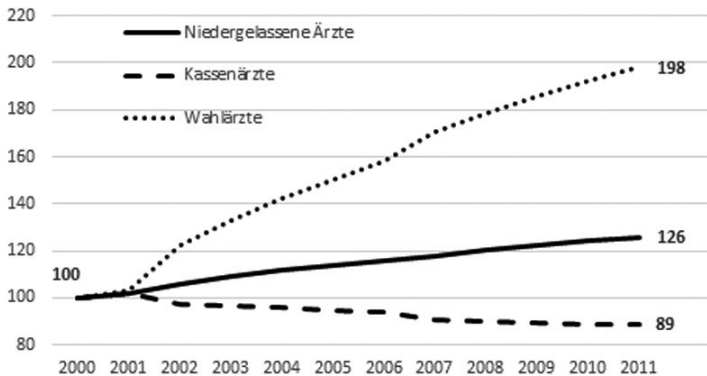


Abbildung 12: Entwicklung der Anzahl der niedergelassenen Ärzte 2000–2011 (2000 = 100)²⁶

Im Jahr 2000 gab es insgesamt 8.592 Vertragsärzte (4529 Allgemeinmediziner; 4.063 Fachärzte), 2011 waren es nur noch 7.616 Vertragsärzte (4.101 Allgemeinmediziner; 3.515 Fachärzte). Da die österreichische Bevölkerung wächst, kommen heute mehr Einwohner auf einen Kassenarzt als noch vor 11 Jahren. So kamen im Jahr 2000 2.044 Einwohner auf einen Hausarzt mit §2-Kassenvertrag, 2011 waren es bereits 2.140 Einwohner.²⁷

Für die Behandlung bei niedergelassenen Ärzten (Wahl- und Kassenärzten) wurden 2011 rund 2,6 Mrd. Euro ausgegeben, das ist nur etwa ein Drittel der Mittel des gesamten ambulanten Sektors bzw. etwa 8–9 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben. Die Finanzierung der Versorgung durch niedergelassene Ärzte wird zu 81 % von der öffentlichen Hand sichergestellt. Der private Sektor stellt daher, mit einem Finanzierungsanteil von rund einem Fünftel, durchaus eine wichtige Größe dar, ist jedoch im Vergleich zum Anteil der Wahlärzte geringer als vermutet. Natürlich muss angemerkt werden, dass auch wahlärztliche Leistungen von der Sozialversicherung übernommen werden (maximal 80 % des Tarifs, der bei Kassenärzten bezahlt wird, wenn es sich um eine Leistung aus dem Leistungskatalog der Sozialversicherung handelt und der Patient die Rechnung

²⁶ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2001 und 2012).

²⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistische Handbücher der Sozialversicherung 2001 und 2012.

einreicht). Andererseits werden auch private Ausgaben bei Kassenärzten getätigt, wie etwa für Impfungen.²⁸ Auffällig ist auch, dass die private Krankenversicherung hier einen sehr kleinen Anteil an der Finanzierung trägt.

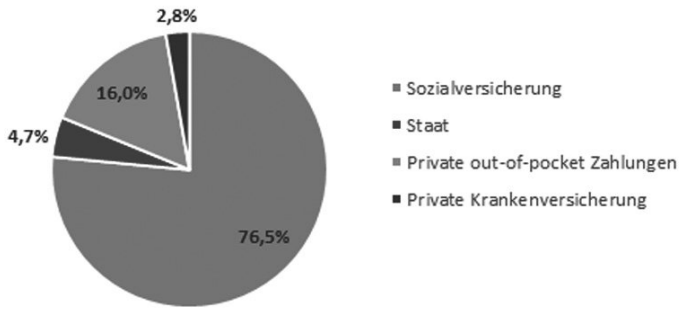


Abbildung 13: Finanzierung der Versorgung durch niedergelassene Ärzte in Österreich 2011²⁹

7. Steuerung privater Mittel

Die letzten Kapitel haben gezeigt, dass private Gelder eine durchaus tragende Größe im Gesundheitssystem darstellen und die Nachfrage nach privaten Leistungen anzusteigen scheint, da sowohl der Bereich der Wahlärzte als auch der Privat-spitäler stark wächst. Daher besteht die Möglichkeit, dass private Mittel vermehrt in das private Gesundheitssystem fließen werden. Im Folgenden soll diskutiert werden, welche Auswirkungen das auf das öffentliche Gesundheitssystem hätte und wie man dieser Entwicklung entgegenwirken kann.

²⁸ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012).

²⁹ Statistik Austria (2013b).

7.1. Im stationären Bereich

Im Bereich der Spitäler sieht man sich mit stark ansteigenden Kosten konfrontiert, die anteilig immer mehr durch öffentliche Gelder gedeckt werden müssen. So ist etwa auch der Anteil der Kosten in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, der durch die private Krankenversicherung finanziert wird, zwischen 1997 und 2011 stetig, von 9,6 %³⁰ auf rund 6 %³¹, zurückgegangen. Die Last der Finanzierung verschiebt sich zunehmend auf die Spitalseigentümer, insbesondere auf die Bundesländer. Es ist daher erstrebenswert, den Anteil der Mittel der privaten Krankenversicherung für die öffentlichen Spitäler zumindest konstant zu halten bzw. diese wieder zu erhöhen.

Mittel der PKV fließen dann, wenn ihre Versicherten in den Spitälern behandelt werden. 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 (Personal, Geräte). Das heißt, wenn es gewünscht ist, den öffentlichen Krankenhaussektor auch von der PKV mitfinanzieren zu lassen, so muss die Sonderklasse attraktiv gestaltet werden, denn der private Sektor spielt in der stationären Versorgung zwar noch eine untergeordnete Rolle, wächst aber zunehmend. Aber ist es überhaupt lukrativ, private Patienten in der Sonderklasse zu behandeln?

Ja, denn privat Krankenversicherte bringen einem öffentlichen Spital mehr ein als sie ihm kosten. Dem Spital verbleiben eine Anstaltsgebühr (die jedenfalls die Mehrkosten der Sonderklasse abdeckt) und ein Hausrücklass, der eine Art „Miete“ der behandelnden Ärzte für die Benützung des Krankenhausinventars darstellt. Der Hausrücklass bleibt den Krankenanstalten quasi als Gewinn übrig, der im öffentlichen Gesundheitssystem verbleibt. Ein Rückgang dieser Mittel könnte etwa dazu führen, dass die Ausstattung (z.B. Geräte) der öffentlichen Spitäler leidet oder teure Medikamente (z.B. in der Onkologie) nicht mehr (ausreichend) eingekauft werden können.

Zudem erhalten die praktizierenden Ärzte einen wichtigen Teil ihrer Honorare über die private Krankenversicherung. *„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,*

30 Hofmarcher, Rack (2006), S. 190.

31 VVO (2012), S. 121.; BMG (2012b).

*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.*³² Zwar ist nicht klar, inwieweit die Gehälter für die Ärzte steigen müssten, sollte sich die Sonderklasse rückläufig entwickeln, jedoch ist nicht bestreitbar, dass man mehr Geld in die Hand nehmen müsste, um hoch qualifizierte Ärzte in den öffentlichen Krankenanstalten zu halten. Tut man dies nicht, so kommt es insofern zu einer Zwei-Klassen Medizin, als dass die besten Ärzte in private Spitäler abwandern, die für sozial Schwächere, ohne Zusatzversicherung, nicht zugänglich sind. In öffentlichen Krankenanstalten stehen die Spitzenärzte aber auch der allgemeinen Klasse zur Verfügung, da der Anteil der Privatpatienten niedrig ist und kaum damit zu rechnen ist, dass diese Ärzte mit Privatpatienten ausgelastet werden.

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. Derzeit sind etwa 9 % der Patienten in öffentlichen Spitälern Sonderklassepatienten. Gesetzlich dürfen bis maximal 25 % der Betten für Sonderklassepatienten vorgehalten werden. Die Auslastung der Sonderklasse könnte daher viel höher sein als bisher. Wie bekommt man aber mehr Sonderklassepatienten in öffentliche Spitäler? Das scheint zur Zeit sehr schwierig zu sein, da die Vorteile für Zusatzversicherte bei weitem nicht mehr so groß sind wie früher, da die allgemeine Klasse immer weiter aufgewertet wurde. 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.³³ Ein weiterer Vorteil ist die Hotelkomponente im Krankenhaus, die darin besteht, in einem Ein- oder Zweibettzimmer untergebracht zu sein, eine größere Menüauswahl zu haben oder durch Zeitungen, Fernsehen und Internet unterhalten zu werden. Spitäler müssen darauf bedacht sein, diese Vorteile für Privatpatienten zu pflegen und immer zumindest auf dem Stand der Privatspitäler zu halten.

Zusammengefasst: Was würde passieren, wenn man die Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten verbieten würde? Privatpatienten gehen dann ausschließ-

32 Hofmarcher, Rack (2006), S. 201.

33 In Akutfällen müssen Patienten der allgemeinen Klassen nicht länger warten als privat Versicherte.

lich in Privatspitäler. Die Mittel der privaten Krankenversicherung fließen dann auch ausschließlich dort hin, 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 bei weitem übertreffen würden.

7.2. Im niedergelassenen Bereich

In der Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte zeigt sich, dass immer weniger einen Kassenvertrag übernehmen wollen. Die Zahl der Wahlärzte steigt hingegen stark an. Besonders am Land wird es zunehmend schwieriger, frei werdende Kassenstellen nachzubersetzen. Es etabliert sich also auch im extramuralen Sektor zurzeit eine private Gesundheitsversorgung neben der öffentlichen. Die Menschen sind immer mehr bereit, ihr Geld für privatärztliche Leistungen auszugeben. Wie schon für die stationäre Sonderklasse dargestellt, hätte es auch im niedergelassenen Bereich Vorteile, private Mittel ins öffentliche System zu bringen, also zu den Kassenärzten.

Ein Kassenarzt kann grundsätzlich nicht auch als Wahlarzt³⁴ tätig sein, da er die Verpflichtung hat, seine Patienten auf Krankenschein zu behandeln. Eine Ausnahme bildet der sogenannte „kassenfreie Raum“, in dem auch ein Kassenarzt Leistungen auf Rechnung der Patienten anbieten kann.³⁵ Es handelt sich dabei um Leistungen, die nicht in der Honorarordnung enthalten sind. In dem Fall muss der Patient die Leistung beim Arzt selber bezahlen und hat dann Anspruch auf Kostenrückerstattung bei seinem Krankenversicherungsträger *„soweit diese Leistung ausreichend und zweckmäßig ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet“*³⁶. Anspruch auf Rückersatz besteht also dann, *„wenn eine Leistung zwar nicht von der Honorarordnung umfasst ist, aber Teil des gesetzlichen*

34 Kassenärzte dürfen Kassenleistungen nur außerhalb der Ordinationszeiten privat erbringen und nur, wenn sie den Patienten über die Möglichkeit zu deren Erbringung als kostenlose Kassenleistung innerhalb der Ordinationszeiten aufgeklärt haben. Des Weiteren verliert der Patient den Anspruch darauf, einen Rückersatz für seine Kosten durch die Krankenkasse zu erhalten, den er bei der Behandlung durch einen Wahlarzt hätte.

35 Brodil, Windisch-Graetz: Sozialrecht in Grundzügen. 2009. S.78.

36 Brodil, Windisch-Graetz: Sozialrecht in Grundzügen. 2009. S.78.

*Behandlungsanspruches ist*³⁷. Diese Handhabung fußt auf der Annahme, dass die Unvollständigkeit des Honorarkataloges nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden dürfe.³⁸ Liegt eine Leistung nicht im Rahmen des gesetzlichen Leistungsanspruchs, so besteht zwar für den Patienten kein Anspruch auf Rückersatz, der Kassenarzt darf die Leistung jedoch grundsätzlich erbringen³⁹. Darunter fallen etwa komplementärmedizinische Behandlungen.

Bei Leistungen innerhalb des gesetzlichen Versorgungsauftrages – also bei Kassenleistungen – können Kassenärzte ihren Patienten nicht dieselbe Aufmerksamkeit widmen wie Wahlärzte, denn die Honorare der Kassen liegen bei weitem niedriger als durchschnittliche Privathonorare. Kassenärzte müssen also viel mehr Patienten behandeln, um ein adäquates Einkommen zu erzielen, und sind daher gezwungen, pro Patient weniger Zeit aufzuwenden. Gerade wegen dieser fehlenden Zeit für umfassende Beratungsgespräche wechseln viele Patienten, oft nur wegen spezifischer Probleme, zum Wahlarzt. Dabei wäre es für die Patienten von Vorteil, auch diese intensiveren gesundheitlichen Beratungen von ihrem Kassenarzt durchführen zu lassen, da dieser ihre Krankengeschichte und ihr Umfeld kennt und eine Vertrauensbeziehung zum Patienten hat. Es wäre hier also eine Idee, zum Beispiel spezielle Beratungspackages zu schnüren, die Kassenärzte privat verrechnen dürfen. Beispiele wären eine umfassende Raucherberatung, Ernährungsberatung, Abnehmprogramme, sportmedizinische Beratungen oder Reiseberatungen. So hätten Kassenärzte die Möglichkeit, sich mehr Zeit für ihre Patienten zu nehmen und diese müssten nicht auf Wahlärzte ausweichen. Sozial Schwächeren könnte die Sozialversicherung auch einen Teil der Kosten refundieren, da es sich um Vorsorgeleistungen handelt und Vorsorge in Österreich ohnehin zu wenig betrieben wird. Es ist auch zu erwarten, dass durch die vermehrten Vorsorgeleistungen Folgekosten im Gesundheitssystem eingespart werden.

Um private Mittel im öffentlichen System zu halten, ist es notwendig, es Kassenärzten zu erleichtern, neben den Kassenpatienten auch private Patienten versorgen zu dürfen. Mit diesen zusätzlichen Mitteln ist es möglich, die Praxis besser auszustatten und mehr Fortbildungen zu absolvieren. Kassenpatienten profitieren so ebenfalls von den Geldern der privat Versicherten.

Darüber hinaus ziehen besonders Patienten, die am Land wohnen und privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen wollen, Vorteile daraus, wenn ihr Kassenarzt diese erbringen kann. Denn da in peripheren Gegenden häufig keine Wahlärzte

37 Hauer, Barbara: Kassenfreier Raum. <http://www.aerzteratgeber.at/index.php/2011/04/kassenfreier-raum/> Juli 2013.

38 Resch: Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung. IN Resch, Wallner: Handbuch Medizinrecht. 2011. S. 464.

39 Mit Ausnahme der Leistungen, die auf einer Negativliste im Gesamtvertrag angeführt sind, die weder kassenärztlich noch privat erbracht werden dürfen (z.B. Eigen-Urintherapie).

ordinieren, muss diese Personengruppe häufig weite Anfahrtswege in Kauf nehmen. Kassenärzte könnten hier die Nachfrage nach privatärztlichen Leistungen abdecken und den Patienten so eine wohnortnahe Versorgung auch in diesem Bereich ermöglichen. Und auch die Landärzte, die ohnehin viele Nachteile gegenüber ihren Kollegen in der Stadt haben, profitieren davon, Kassen- und Privatleistungen anbieten zu können, denn durch diese monetäre Zusatzmöglichkeit wird der Landarztberuf aufgewertet. Landarztstellen wären dadurch wieder etwas einfacher zu besetzen. Die Option, für Privatpatienten besondere Beratungsleistungen erbringen zu dürfen, wäre ein Baustein zur Absicherung der Grundversorgung der Landbevölkerung im vertragsärztlichen Bereich.

Wenn man es den Kassenärzten also ermöglicht, in mehr Fällen auch private Leistungen erbringen zu können, ergibt sich daraus eine Win-win-win-Situation, in der Patienten (Privatpatienten und Kassenpatienten), Kassenärzte und das öffentliche Gesundheitssystem profitieren. Fließen diese Mittel hauptsächlich in das parallele private System, ist davon auszugehen, dass es zu einer weiteren Verschärfung des Kassenärztemangels am Land kommen wird und sich die Qualität der Versorgung (vor allem im Bereich der ärztlichen Zeit für den Patienten und der Ordinationsausstattungen) zwischen Kassenpatienten und Privatpatienten stark unterscheiden wird. Die Behandlung von Privatpatienten und Kassenpatienten „unter einem Dach“ ist daher vorzuziehen.

Literaturverzeichnis

- Brodil, Wolfgang; Windisch-Graetz, Michaela (2009): Sozialrecht in Grundzügen.
- Bundesministerium für Gesundheit BMG (2012a): Entwicklung der stationären Aufenthalte (KJ) in Österreich 2002-2011. www.kaz.bmg.gv.at
- Bundesministerium für Gesundheit BMG (2012b): Kosten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2002-2011. www.kaz.bmg.gv.at
- Bundesministerium für Gesundheit BMG (2012c): Liste der Krankenanstalten in Österreich. Stand 04.07.2013. www.kaz.bmg.gv.at
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2001–2012): Handbücher der österreichischen Sozialversicherung 2011–2012. Wien.
- Hofmarcher, Maria M.; Rack, Herta M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen.
- OECD (2012): Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
- Papouschek, Ulrike (2011): Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen. Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA).
- Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds PRIKRAF (2012): Jahresbericht 2011. Wien.
- Resch, Reinhard (2011): Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung. IN Resch, Wallner (Hrsg.): Handbuch Medizinrecht. Wien.
- Schlander, Michael; Schwarz, Oliver; Thielscher, Christian (2004): Gesundheitsausgaben in Deutschland: Eine makroökonomische Analyse ihrer langfristigen Finanzierbarkeit. IN Kremin-Buch, Beate; Unger, Fritz; Walz, Hartmut; Häusler, Eveline (2005): Gesundheitsökonomie – Eine Langfristorientierung. Sternenfels. S. 83-129.
- Statistik Austria (2012): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011.
- Statistik Austria (2013a): Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990-2011, in Mio. EUR.
- Statistik Austria (2013b): Current expenditure on health by function of care, provider and source of funding, 2011 (in Mio. Euro).
- Statistik Austria (2013c): Krankenanstalten und Betten 2011 nach Rechtsträgern, Öffentlichkeitsrecht und Bundesländern.
- Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs VVO (2012): Jahresbericht 2011. Wien.
- WHO: European health for all database (HFA-DB) – Regional office for Europe. <http://data.euro.who.int/hfadbf/> im Juli 2013.

Dr. Gerald Pruckner

*Professor für Gesundheitsökonomie, Institut für
Volkswirtschaftslehre an der Johannes Kepler Universität Linz*

Dr. Michael Hummer

*Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Volkswirtschaftslehre
an der Johannes Kepler Universität Linz*

Fördern private Zuzahlungen im Gesundheitswesen die Zweiklassenmedizin?

1. Einleitung	39
2. Der Gesundheitsmarkt – ein Markt wie jeder andere?	40
3. Der private Gesundheitssektor in Österreich	44
3.1. Die private Krankenversicherung	45
3.2. Wahlärzte	55

Dieser Beitrag untersucht die Rolle und den Stellenwert privater Gesundheitsausgaben in Österreich, wobei das Hauptaugenmerk auf der privaten Krankenzusatzversicherung und der Inanspruchnahme von Wahlarztleistungen liegt. Auf Grundlage ökonomischer Wirkungszusammenhänge diskutieren wir die Ursachen für die Zunahme von privaten Zahlungsströmen sowie deren potenzielle Auswirkungen auf Patienten, Ärzte und Spitäler. Vorhandene empirische Untersuchungen zeigen, dass Versicherte der Sonderklasse neben der gehobenen Unterbringung im Spital in den Genuss kürzerer Wartezeiten bei elektiven Eingriffen kommen. Auf der anderen Seite profitieren die Versicherten der allgemeinen Gebührenklasse von den finanziellen Mitteln, die über die private Krankenzusatzversicherung in das System fließen. Die Einnahmen aus den Sonderklassegebühren ermöglichen es den öffentlichen Häusern, hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte anzustellen und (zusätzlich) in die medizinische Infrastruktur zu investieren.

1. Einleitung

Österreich verfügt über ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem. Im Rahmen nationaler und internationaler Befragungen zur Patientenzufriedenheit werden dem österreichischen System regelmäßig die höchsten Zufriedenheitswerte attestiert.⁴⁰ Gleichzeitig gilt das heimische Gesundheitswesen als weltweit eines der teuersten. Der OECD-Systematik *System of Health Accounts (SHA)* folgend betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich im Jahr 2011 32,4 Mrd. Euro oder rund 10,8 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.⁴¹ Obwohl der größte Anteil an diesen Ausgaben öffentlich finanziert wird, belaufen sich die privaten Gesundheitsausgaben mit 23,8 Prozent auf rund ein Viertel.

Die wichtigsten Komponenten der privaten Gesundheitsausgaben umfassen die Prämien für private Krankenversicherungen, Selbstbehalte in Form von prozentuellen Kostenbeteiligungen oder Selbstbehalte für bestimmte Leistungen, Ausgaben für die Inanspruchnahme von Wahlärzten sowie Selbstzahlungen privater Haushalte für Leistungen außerhalb des festgelegten Leistungskataloges (zahnmedizinische Leistungen, nicht erstattungsfähige Medikamente). Der prozentuelle Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben im Zeitablauf ist relativ konstant bzw. in den letzten Jahren sogar leicht gesunken. Dennoch steht die Frage nach den privaten Beiträgen für gesundheitliche Leistungen nach wie vor im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte. Die Begründung dafür liegt in der starken Dynamik einzelner öffentlicher Ausgabenkomponenten (z.B. jener für stationäre Pflege) über die Zeit und der damit in Verbindung stehenden Diskussion über eine langfristige Dämpfung bzw. Deckelung der öffentlichen Gesundheitsausgaben (Stichwort Gesundheitsreform).

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Rolle der privaten Gesundheitsausgaben in Österreich. Dabei sollen zunächst auf Grundlage der ökonomischen Theorie die Pro- und Kontra-Argumente in Bezug auf die Regulierung des Gesundheitssektors diskutiert werden. Im Anschluss daran werden die wichtigsten Komponenten des privaten Gesundheitssektors in Österreich quantitativ erfasst, wobei die private Krankenversicherung und die Inanspruchnahme von Wahlarztleistungen im Mittelpunkt des Interesses stehen. Im Rahmen einer einfachen quantitativen Analyse werden sowohl die Ursachen für die Entwicklung privater Finanzierungsströme als auch deren potenzielle Auswirkungen auf Patienten, Ärzte und Spitäler sowie auf die Sozialversicherungsträger diskutiert. Vor dem Hintergrund von Effizienz-

40 Bleich, Özaltin und Murray 2009; Eurobarometer 2012

41 Statistik Austria 2013

und Verteilungsüberlegungen erfolgen schließlich eine zusammenfassende volkswirtschaftliche Bewertung der privaten Finanzierungsbeiträge und ein Ausblick auf künftige Szenarien im Spannungsfeld zwischen öffentlicher und/oder privater Gesundheitsversorgung.

2. Der Gesundheitsmarkt – ein Markt wie jeder andere?

In den gesundheitsökonomischen Lehrbüchern werden die mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern verbundenen Ursachen für Marktversagen aufgelistet. Diese Ursachen bilden die Grundlage für eine Forderung nach geeigneten – allenfalls staatlich organisierten – Institutionen der Finanzierung von Gesundheitsleistungen, ohne daraus die Notwendigkeit eines ausschließlich staatlichen Leistungsangebotes abzuleiten.⁴² Der Marktmechanismus führt zu keiner effizienten Allokation von Gütern, wenn externe Effekte vorliegen. Das bedeutet, dass eine dritte Person (weder der Käufer noch der Verkäufer) durch eine ökonomische Transaktion positiv oder negativ beeinflusst wird, ohne dass eine entsprechende Gegenleistung erfolgt. Als anschauliches Beispiel wird hier auf jene Marktineffizienz verwiesen, die dadurch entsteht, dass eine Person, die überlegt, sich impfen zu lassen, in dieser Entscheidung nicht berücksichtigt, dass dadurch auch das Infektionsrisiko der nicht geimpften Personen reduziert wird. Die Existenz von positiven Externalitäten führt zu einer suboptimalen weil zu geringen Impftrate. Ähnlich verhält es sich mit dem Umstand „Gesundheit als kollektives Gut“. Kollektive Güter sind dadurch charakterisiert, dass niemand von ihrem Konsum ausgeschlossen werden kann oder soll (Nichtausschließbarkeit), auch dann nicht, wenn die Person zur Finanzierung des Gutes nichts beigetragen hat. Wenn ein Individuum aufgrund der Nichtausschließbarkeit keinen Anreiz hat, sich an der Finanzierung eines kollektiven Gesundheitsgutes (z.B. eine flächendeckende Notarztversorgung) zu beteiligen, so ist mit einer privaten Unterversorgung solcher Leistungen zu rechnen.

Ein weiteres Argument für Regulierungsmaßnahmen von Gesundheitsleistungen ist die fehlende Konsumentensouveränität. In diesem Zusammenhang wird bezweifelt, ob ein Mensch in der Lage ist, in der Ausnahmesituation einer (schwe-

42 Breyer, Zweifel, Kifmann 2005

ren) Erkrankung eine optimale Entscheidung über die ihm angebotenen Behandlungsoptionen im Rahmen einer rationalen Abwägung von Kosten und Nutzen zu treffen. Damit verbunden ist das Argument der Minderschätzung künftiger Bedürfnisse. Krankheit ist naturgemäß ein unsicheres Ereignis, für das ein vorausschauendes und risikoaverses Individuum auch ohne jeden staatlichen Eingriff Vorsorge treffen würde. Aufgrund zeitinkonsistenter Präferenzen wird den künftigen Eventualitäten ein zu geringes Gewicht beigemessen, und die Vorsorgemaßnahmen werden nicht bis zum effizienten Niveau getätigt. Dies führt zu einer Unterversorgung an Gesundheitsleistungen, weil die notwendigen Mittel im Alter fehlen. Dabei stellt sich die Frage, ob der Staat aus einem paternalistischen Blickwinkel heraus das Recht hat, seine Bürger zu dieser Form der Vorsorge zu zwingen (z.B. über eine entsprechende Krankenversicherungspflicht).

Die bereits angesprochene Unsicherheit über den künftigen Gesundheitszustand legt nahe, dass sich Haushalte durch Abschluss einer Krankenversicherung gegen potenzielle finanzielle Belastungen absichern können. Liegen allerdings Informationsasymmetrien insofern vor, als der Versicherer die individuellen Krankheitsrisiken nicht beobachten kann, so versagt der private Krankenversicherungsmarkt. Ein Informationsgefälle zwischen den Anbietern und den Nachfragern nach Krankenversicherungsleistungen führt dazu, dass die schlechten Gesundheitsrisiken die guten Risiken vom Markt verdrängen (adverse Selektion). Der Versicherungsanbieter wird den Preis einer Einheit Versicherung an der durchschnittlich zu erwartenden Auszahlung, also am gewichteten Mittel der erwarteten Krankheitswahrscheinlichkeiten, ausrichten. Dieser Preis wird für die schlechten Risiken mit einer höheren Krankheitswahrscheinlichkeit günstig sein, während er für die guten Gesundheitsrisiken hoch ist. Dementsprechend fragen die schlechten Risiken einen hohen und die guten Risiken einen geringen Versicherungsschutz nach. Das verteuert die Versicherung für die Individuen mit einer geringeren Krankheitswahrscheinlichkeit, die somit sukzessive vom Markt verdrängt werden. Dieser Verdrängungseffekt dient als Argument für die Versicherungspflicht bzw. für eine staatliche Pflichtversicherung.⁴³

Neben den Effizienzüberlegungen spielen auch Verteilungsargumente eine wichtige Rolle, wenn es um die Frage öffentliche oder private Bereitstellung von medizinischen Leistungen geht. Finanzielle Belastungen aufgrund angeborener (unverschuldeter) Anfälligkeit für Krankheiten werden als ungerecht empfunden und sollten daher vermieden werden.⁴⁴ Folgerichtig unterstützen die meisten Men-

43 Unabhängig davon, ob eine Krankenversicherung privat oder öffentlich organisiert ist, tritt ein „Moral-hazard“-Problem auf. Darunter versteht man den Umstand, dass eine Person aufgrund der abgeschlossenen Krankenversicherung mit der eigenen Gesundheit weniger sorgsam umgeht bzw. die Leistungen aus der Versicherung zu häufig in Anspruch nimmt.

44 Für den Fall, dass die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung nicht zufällig ist, sondern mit dem

schen die Forderung, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen nicht von der finanziellen Leistungsfähigkeit einer Person abhängen sollte. Die Zahlungsfähigkeit bzw. die Zahlungswilligkeit wird als Zugangskriterium zur medizinischen Versorgung weitgehend abgelehnt (spezifischer Egalitarismus).

Die Forderungen nach regulierenden Eingriffen im Gesundheitswesen werden in der Realität über steuer- bzw. beitragsfinanzierte nationale Gesundheitssysteme sowie über Diskriminierungsverbote in der Krankenversicherung umgesetzt. Ein Diskriminierungsverbot untersagt den Krankenversicherungen, ihre Beiträge in Abhängigkeit von der individuellen Anfälligkeit für Krankheiten festzusetzen. Daraus folgt umgekehrt, dass ein Risikoausgleich insofern stattfindet, als Menschen mit einem geringen gesundheitlichen Risiko (hohe) Prämien bezahlen, die nicht ihrem tatsächlichen Risiko entsprechen. Die staatlich festgelegte Versicherungspflicht (auch niedrige Risiken müssen sich versichern) sowie die Verpflichtung für Krankenversicherungen, auch hohe Gesundheitsrisiken zu versichern (Kontrahierungszwang), sind gängige Regulierungselemente öffentlicher Gesundheitssysteme.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sowohl aus allokativen als auch aus verteilungs-politischen Gründen öffentliche Institutionen zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen notwendig sind. Derartige Regulierungsmaßnahmen im Gesundheitssystem werden aus dem hier angestellten ökonomischen Blickwinkel keinesfalls angezweifelt. Allerdings ist diese Frage nicht Gegenstand des vorliegenden Beitrages; vielmehr geht es um eine volkswirtschaftliche bzw. gesundheitspolitische Einschätzung von privat finanzierten Gesundheitsleistungen, die komplementär zum öffentlichen Gesundheitssystem angeboten werden.

Für eine private Ergänzung des öffentlichen gesundheitlichen Leistungsspektrums sprechen wiederum Effizienzargumente. Einzelne Versicherte haben eine Präferenz und damit auch eine Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen, die im Rahmen des öffentlichen Leistungskataloges nicht angeboten werden (können). Private Versicherungen zur Abdeckung zahnmedizinischer Behandlungen sind hier ebenso zu erwähnen wie die private Refundierung der Ausgaben für nicht erstattungsfähige Medikamente. Ähnlich sind Patientinnen und Patienten dafür zu zahlen bereit, dass sie während eines Krankenhausaufenthaltes in einem Sonderklassezimmer untergebracht werden und den behandelnden Arzt frei wählen können. Und schließlich steigt die Anzahl jener, die im Rahmen der Konsultation von Wahlärzten dafür mehr bezahlen, dass einerseits eine kurzfristigere Terminvereinbarung möglich wird und dass andererseits aufgrund einer längeren Konsultation des Arztes die subjektiv empfundene Qualität für die Patienten ansteigt. Obwohl diese Argumente ökonomisch nachvollziehbar erscheinen,

individuellen Lebensstil korreliert ist, werden die daraus resultierenden unterschiedlichen finanziellen Belastungen als weniger ungerecht empfunden werden.

werden sie häufig mit dem Hinweis auf die drohende Gefahr einer Zweiklassenmedizin relativiert. Auch wenn der Begriff Zweiklassenmedizin unterschiedliche Interpretationen zulässt, wird darunter die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach sozio-ökonomischen Charakteristika wie Einkommen und Bildung verstanden. In der öffentlichen Diskussion taucht der Begriff vor allem im Vergleich der medizinischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit und ohne Krankenzusatzversicherung auf. In der Präambel der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 2005 ist hierzu festgehalten: „Eine hochstehende medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger, unabhängig vom Einkommen, ist vorrangiges Ziel der Gesundheitspolitik.“⁴⁵ Das impliziert, wie bereits weiter oben erwähnt, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen ausschließlich durch medizinische Notwendigkeiten bestimmt sein soll und nicht durch die Zahlungswilligkeit bzw. durch das Vorhandensein von Zahlungsbereitschaften.

Was macht medizinische Leistungen im Vergleich zu anderen ökonomischen Gütern so anders? Weder der Umstand der Unsicherheit, wonach eine Person nicht exakt abschätzen kann, ob und wann sie medizinische Leistungen benötigt, noch die potenziellen Einkommenseinbußen im Schadensfall können erklären, warum Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme nach Einkommen und Zahlungsbereitschaften als ungerecht empfunden werden. Zahlreiche andere Gütergruppen, die beide Eigenschaften teilen, weisen signifikante Einkommenselastizitäten auf und sind über private Marktmechanismen organisiert. Dies gilt selbst für Güter, deren Konsum ebenfalls mit direkten gesundheitlichen Konsequenzen für die Menschen verbunden ist. Gesunde Nahrungsmittel oder der individuelle Wohnraum, dessen Qualität und Preis nicht zuletzt von der Umweltqualität abhängen, werden in aller Regel auf privaten Märkten nachgefragt und angeboten und nicht gebührenfrei verteilt. Das zentrale Wesensmerkmal für eine besondere Stellung der Gesundheitsleistungen ist deren Beitrag zum Erhalt und der Wiederherstellung menschlicher Gesundheit. Medizinische Leistungen sind nicht per se von hoher Bedeutung, vielmehr dienen sie dem höheren Zweck Gesundheit, und Menschen sollten unabhängig von ihrem sozialen Status eine gleiche Chance auf eine gute Gesundheit haben.

Was bedeutet aber ein völliger Ausschluss der Zahlungswilligkeit? Zunächst wird damit eine Schlechterstellung jener mit der höheren Zahlungsbereitschaft verbunden sein, ohne andere Versicherte besser zu stellen. Die insgesamt für Gesundheit zur Verfügung stehenden Ressourcen sind nicht exogen, sondern durch Angebot und Nachfrage bestimmt. Eine höhere Zahlungsbereitschaft für bestimmte Leistungen könnte über den Marktmechanismus zu einer Ausweitung

45 BGBl I 2005/73

dieser Leistungen und zu einer Zunahme der Leistungsanbieter führen. Aufgrund dieser Effizienzpotenziale könnten die insgesamt bereitgestellten medizinischen Ressourcen ausgeweitet werden, was die Möglichkeit von positiven spillovers auf den öffentlichen Gesundheitsbereich zumindest nicht ausschließt.

3. Der private Gesundheitssektor in Österreich

Die Gesundheitsausgaben in Österreich sind in den letzten Jahrzehnten stetig gestiegen. Betrug die Gesundheitsausgaben laut SHA im Jahr 1990 noch 11,5 Mrd. Euro, so erhöhten sich die Ausgaben bis ins Jahr 2011 auf 32,4 Mrd. Euro. Ausgedrückt als Anteil am Bruttoinlandsprodukt sind die Gesundheitsausgaben in Österreich innerhalb von 20 Jahren von 8,4 auf 10,8 Prozent gestiegen. Die Ausgaben der privaten Haushalte und Versicherungsunternehmen erhöhten sich im gleichen Zeitraum von 2,6 auf 6,6 Mrd. Euro.⁴⁶ Die privaten Gesundheitsausgaben verteilten sich 2011 zu 28,4 Prozent auf den stationären und zu 36,4 Prozent auf den ambulanten Bereich. Für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter wurden 29,3 Prozent ausgegeben, und die Verwaltungsausgaben der privaten Krankenversicherungen beliefen sich auf 5,8 Prozent. Bemerkenswert ist, dass die privaten Ausgaben für ambulante Leistungen bzw. für Medikamente zwischen 1990 und 2011 nominal um 190 bzw. um 184 Prozent angestiegen sind, während das Wachstum der privaten Ausgaben für die stationäre Versorgung mit rund 127 Prozent vergleichsweise geringer ausgefallen ist.

Was sind die Gründe für einen Anstieg in den privaten Finanzierungsbeiträgen? An erster Stelle ist die Alterung der Gesellschaft zu nennen. In einer Gesellschaft, deren Durchschnittsalter jährlich ansteigt, erhöht sich sukzessive der Finanzierungsbedarf für das Gesundheitssystem. Trägt der Ausbau des öffentlichen Gesundheitssystems nach Einschätzung der Patientinnen und Patienten diesem demographischen Wandel nicht ausreichend Rechnung und sind die Zahlungsbereitschaften für zusätzliche medizinische Leistungen vorhanden, so etablieren sich private Märkte.

Im engen Zusammenhang damit steht die Frage, ob sich die Präferenzen der Menschen für Gesundheit im Zeitablauf ändern bzw. bereits geändert haben. Hall

46 Auch wenn sich die nominalen privaten Gesundheitsausgaben nahezu verdreifacht haben, fiel der Anteil der privaten an den Gesamtausgaben leicht (von 27,1 Prozent auf 23,8 Prozent).

und Jones (2011) argumentieren, dass der Grenznutzen (Nutzen aus einer weiteren Einheit) aus dem Konsum von herkömmlichen Gütern mit der Höhe des Einkommens abnimmt. Wenn Menschen immer mehr Einkommen zur Verfügung haben, so wird der Nutzen, den sie aus dem Konsum eines weiteren Gutes ziehen, geringer. Mit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen verhält es sich jedoch anders. Der Grenznutzen aus der Verlängerung des Lebens ist nicht fallend. Daher wird der Einkommensanteil, der für Gesundheitsleistungen ausgegeben wird, mit steigendem Einkommen ansteigen, und Menschen geben mehr Geld für Gesundheitsleistungen aus.

Patientinnen und Patienten fragen Leistungen aus dem privaten Segment nach, weil sie Bedürfnisse haben, die durch die soziale Krankenversicherung nicht zufriedenstellend abgedeckt werden. Dies kann bedeuten, dass eine privat erbrachte Leistung im Leistungskatalog der öffentlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen ist oder dass die Art der Leistungserbringung aus Sicht der Versicherten nicht zufriedenstellend ausfällt. Die Unzufriedenheit kann sich auf die Wartezeit für einen Behandlungstermin, auf die Zeit, die ein Arzt oder eine Ärztin dem Patienten widmen kann, oder auch auf die Qualität der Leistungserbringung beziehen.

Nachfolgend werden wir die wichtigsten Komponenten des privaten Gesundheitsmarktes diskutieren und ihre potenziellen Auswirkungen auf die öffentliche Leistungserbringung beleuchten.⁴⁷ Den inhaltlichen Schwerpunkt bildet dabei die private Krankenhauskostenversicherung (Sonderklasse) und die Inanspruchnahme von Wahlarztleistungen.

3.1. Die private Krankenversicherung

In Österreich existieren mehrere Varianten der privaten Krankenversicherung. Die beiden Hauptformen sind die Krankenhauskostenversicherung und die Taggeldversicherung. Die Krankenhauskostenversicherung trägt sämtliche Aufwände, die im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt entstehen. Diese Aufwände umfassen die Aufenthalts- und Behandlungskosten, die Transportkosten sowie die Kosten für eine Unterbringung in einem Zimmer der Sonderklasse. Im Zeitraum 2000 bis 2012 entfielen im Durchschnitt 72 Prozent des Gesamtleistungsvolumens der privaten Krankenversicherung auf diese Form.^{48,49} Die Taggeldversicherung garantiert hingegen die Zahlung eines vorab vereinbarten Betrags ent-

47 Weitere private Zahlungsflüsse wie z.B. Selbstbehalte und Selbstzahlungen werden in weiterer Folge nicht diskutiert.

48 VVO 2013

49 Die in diesem Kapitel verwendeten Zahlen sind den Jahresberichten 2004–2013 des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs VVO entnommen.

weder im Falle einer völligen Arbeitsunfähigkeit (Krankengeldversicherung) oder für den Fall eines Krankenhausaufenthalts (Krankenhaustaggeldversicherung). Zwischen 2000 und 2012 entfielen zehn Prozent des Gesamtleistungsvolumens auf diese Versicherungsvariante. Im Zeitverlauf an Bedeutung gewonnen hat die Versicherung der Kosten ambulanter ärztlicher Behandlung. Diese Versicherung begleicht Kosten für Arzthonorare, Medikamente und Heilbehelfe wie Sehbehelfe oder orthopädische Schuheinlagen. Belief sich dieser Anteil am Gesamtvolumen im Jahr 2000 noch auf 6,7 Prozent, so ist er bis zum Jahr 2012 auf mehr als 15 Prozent gestiegen. Quantitativ ebenfalls bedeutend ist die Versicherung der Ausgaben für konservierende Zahnbehandlung und Zahnersatz mit durchschnittlichen 3,7 Prozent des Gesamtleistungsvolumens im Zeitraum von 2000 bis 2012. Daneben existieren noch weitere Versicherungsformen wie die Pflegegeld- und Reisekrankenversicherung.⁵⁰

Die private Krankenzusatzversicherung hat in Österreich in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen (siehe Abbildung 1). Sowohl die nominellen Prämien als auch die Leistungen sind im Zeitverlauf deutlich angestiegen, obwohl die Prämieineinzahlungen eine stärkere Dynamik aufweisen. Dadurch haben sich die Überschüsse⁵¹ der Versicherungsunternehmen zwischen 2000 und 2012 von ca. 240 auf über 600 Millionen Euro erhöht. In Abbildung 2 ist ersichtlich, dass sich die Anzahl der Leistungs- und Schadensfälle im Beobachtungszeitraum nahezu verdreifacht hat. Als Folge davon sind die Auszahlungen pro Leistungsfall von mehr als 700 Euro im Jahr 2000 auf weniger als 400 Euro im Jahr 2012 gesunken. Für diese Entwicklung können mehrere Gründe verantwortlich sein: Zum einen wird sich die Zusammensetzung der Versicherten im Zeitverlauf verändert haben. Wenn sich zunehmend jüngere und im Durchschnitt somit gesündere Personen versichern, steigt das Prämien- stärker als das Leistungsvolumen. Mit der Zunahme der Schadensfälle könnte dieser Trend insofern vereinbar sein, als jüngere Personen zwar Leistungen in Anspruch nehmen, diese Leistungen aber verhältnismäßig geringere Ausgaben nach sich ziehen. Ein alternativer Erklärungsansatz ist, dass über die Zeit hinweg vermehrt Versicherungen für den niedergelassenen Bereich in Anspruch genommen werden, und dass diese Leistungen verhältnismäßig geringere Auszahlungen notwendig machen.

50 VVO 2013

51 Definiert als die Differenz zwischen Prämieineinzahlung und Leistungen. In den Leistungen sind Zuführungen zu Rückstellungen bzw. Gewinnbeteiligungen nicht enthalten.

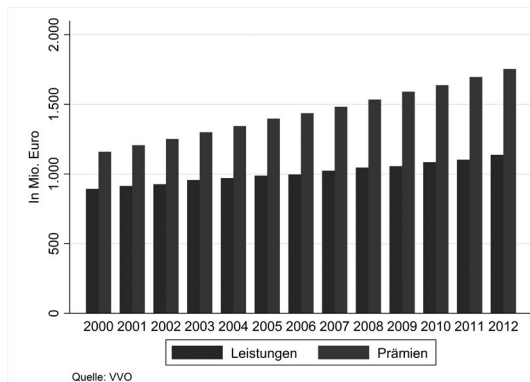


Abbildung 1: Prämien und Leistungen

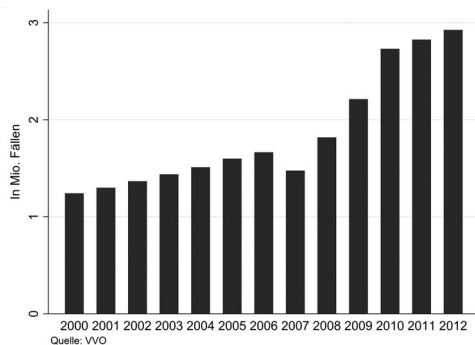


Abbildung 2: Schadens- und Leistungsfälle

Abbildung 3 zeigt, dass im Jahr 2012 rund 35 Prozent der österreichischen Bevölkerung über eine Form der privaten Krankenversicherung verfügen, wobei deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern zu beobachten sind. Während in Kärnten und in Salzburg rund 55 bzw. 50 Prozent der Bevölkerung privat krankenversichert sind, liegen die Prozentsätze für die Bundesländer Niederösterreich und Burgenland mit etwa 25 Prozent am unteren Ende.⁵²

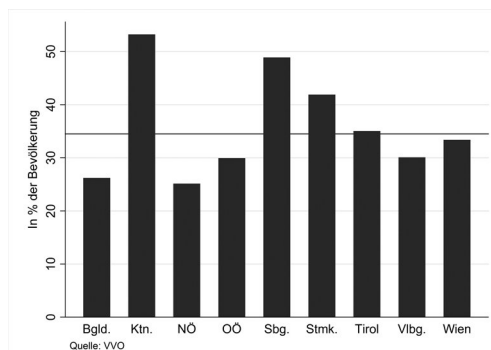


Abbildung 3: Private Krankenversicherung

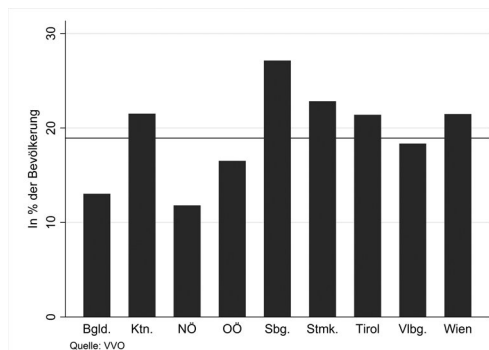


Abbildung 4: Krankenhauskostenversicherung

Die Anteile der österreichischen Bevölkerung, die über eine Krankenhauskostenversicherung verfügen, sind in Abbildung 4 dargestellt. Rund 19 Prozent sind

⁵² Die begrenzt verfügbaren internationalen Daten lassen auch in anderen Ländern die Zunahme privater Krankenversicherungen als Komplement oder Substitut zur öffentlichen Krankenversicherung vermuten. So sind zwischen 1995 und 2008 die Prozentsätze von privat krankenversicherten Personen in Australien von 33 Prozent auf 50 Prozent, in Kanada von 56 auf 68 Prozent, in Dänemark von 0 auf 17,8 Prozent und in Deutschland von 7 auf 19 Prozent angestiegen (Frogner, Hussey und Anderson, 2011).

im Besitz einer Krankenhauskostenversicherung mit einer Vollkosten- oder einer Teilkostendeckung, wobei die regionale Verteilung über die Bundesländer hinweg dem empirischen Muster aus der vorhergehenden Abbildung sehr ähnlich ist. Einziger nennenswerter Unterschied ist, dass der Anteil der privat versicherten Personen im Bundesland Kärnten niedriger ist als jener in Salzburg und in der Steiermark.

Die Krankenhauskostenversicherung

Ein Grund für die kontrovers und mitunter emotional geführte öffentliche Debatte über die private Krankenhauskostenversicherung ist, dass die von einer solchen Versicherung gedeckten Sonderklasseleistungen vom Gesetzgeber nicht unmissverständlich definiert sind. So findet sich beispielsweise im OÖ-Krankenanstaltengesetz⁵³ der Hinweis darauf, dass die Sonderklasse durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen hat. Eine eindeutige Formulierung, dass sich die medizinischen Leistungen in der allgemeinen Gebührenklasse im Vergleich zur Sonderklasse nicht unterscheiden dürfen, findet sich in den gesetzlichen Grundlagen allerdings nicht. Mit dem Blick auf die Erfahrungen aus der medizinischen Praxis werden eine frühere Terminvergabe, eine bessere Behandlung aufgrund der freien Arztwahl bis hin zu einer generell besseren Betreuung von Sonderklassepatienten im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vermutet.

Die Finanzierung der stationären Behandlung von Sonderklassepatienten umfasst drei unterschiedliche Komponenten: Die Anstaltsgebühr, den Hausrücklass sowie die Ärztehonoreare. Im Rahmen des Kranken- und Kuranstaltengesetzes⁵⁴ wird der Landesgesetzgeber ermächtigt festzulegen, ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den LKF- und den Pflegegebühren eingehoben werden können. Eine solche Anstaltsgebühr zur Abdeckung des erhöhten Personal- und Sachaufwands für Patienten, die aus eigenem Wunsch in einem Krankenzimmer der Sonderklasse untergebracht sind⁵⁵, ist vom Rechtsträger der Krankenanstalt kostendeckend zu ermitteln. Die zweite Finanzierungskomponente bildet der Hausrücklass. Dieser berechnet sich auf Grundlage der ausbezahlten Ärztehonoreare. Von diesen Honoraren verbleiben den Krankenanstalten 25 Prozent als Hausrücklass. Als Argumentation für diesen Hausrücklass wird regelmäßig die Zurverfügungstellung der OP-Infrastruktur vorgebracht. Als Gegenargument wird darauf hingewiesen, dass die Infrastruktur eines Krankenhauses durch die Pflegegebühren bereits abgedeckt sei. Und schließlich sind die Ärzte berechtigt, von

53 vgl. § 45 Abs. 2

54 vgl. § 27 Abs. 4

55 vgl. § 53 Abs. 1 OÖKAG 1997

den Patienten der Sonderklasse ein Honorar zu verlangen. Die Höhe dieser Ärztehonorare wird in der Praxis über den Verhandlungsweg zwischen der Ärztekammer und den privaten Versicherungsträgern festgelegt.⁵⁶

Im Rahmen der folgenden Ausführungen untersuchen wir die ökonomischen Effekte der privaten Krankenhauskostenversicherung auf verschiedenen Ebenen: Auf Patientenebene diskutieren wir, wie sich der Umstand einer privaten Versicherung auf das Leistungsgeschehen im Krankheitsfall auswirkt. Zusätzlich gehen wir darauf ein, welche Effekte private Zusatzversicherungen auf nicht versicherte Patientengruppen haben können. Auf der Ebene der Leistungserbringung untersuchen wir schließlich, ob und in welcher Form private Krankenversicherungen das Verhalten der Anbieter medizinischer Leistungen beeinflussen.

Wartezeiten und medizinische Überversorgung

Die Effekte auf der Patientenebene betreffen in erster Linie jene Personen, die über eine Zusatzversicherung zur stationären Behandlung in der Sonderklasse verfügen. Wie bereits ausgeführt, erlaubt die rechtliche Situation eine Besserstellung von Sonderklassepatienten durch die freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie den erhöhten Komfort der Unterbringung. Was die Qualität der medizinischen Versorgung betrifft, sollte es keine Unterschiede geben. In einer Gallup-Umfrage unter 1.000 Personen zu den Motiven für den Abschluss einer Krankenzusatzversicherung⁵⁷ haben 36 Prozent der Befragten eine bessere medizinische Versorgung als Hauptmotiv angegeben. 20 Prozent würden eine solche Versicherung aus Sorge um den Ausfall der gesetzlichen Krankenkasse abschließen. 17 Prozent sind der Meinung, dass die Patienten der Sonderklasse besser betreut und gepflegt werden, und erst an vierter Stelle (13 Prozent der Befragten) wird der bessere Komfort der Unterbringung genannt. 10 Prozent würden sich gerne versichern, um die Wartezeiten zu verkürzen, und 5 Prozent sehen in der freien Arztwahl einen Vorteil einer zusätzlichen privaten Versicherung. Diese Ergebnisse decken sich über weite Strecken mit den von den Versicherungsanbietern beworbenen Vorteilen. Sie zeigen aber auch, dass Patienten der Sonderklasse eine klare Erwartungshaltung in Bezug auf die Behandlung in einem Krankenhaus haben, die über die Hotelkomponente und die freie Arztwahl und damit über die im Gesetz vorgesehenen Möglichkeiten deutlich hinausgehen.

56 Für eine Darstellung der rechtlichen Grundlagen der Ärztehonorare sowie für eine Diskussion über die den Ärztehonoraren zugrunde liegenden Gegenleistungen vgl. Aigner, Mair und Rothmayer (2011).

57 zitiert in VKI 2012

Wie unterscheidet sich nun die Versorgungsrealität von Sonderklassepatienten im Vergleich zu nicht zusätzlich versicherten Patienten? Diese Frage soll anhand der beiden Indikatoren OP-Wartezeiten sowie medizinische Überversorgung erörtert werden. Der Verein für Konsumenteninformation hat erhoben, wie lange Patienten mit grauem Star (Katarakt) auf einen operativen Eingriff warten müssen und inwieweit privat versicherte Personen terminlich bevorzugt werden.⁵⁸ Die Untersuchung von 29 Krankenanstalten, die diese Leistung sowohl privat als auch über die Krankenkassen abrechnen, hat ergeben, dass die Wartezeiten mit einer Spanne von 2 bis zu 40 Wochen insgesamt höchst unterschiedlich ausfallen. Im Rahmen einer offiziellen Anfrage durch den Verein für Konsumenteninformation haben sieben Krankenanstalten angegeben, dass sich die Wartezeit bei Vorliegen einer Privatversicherung verkürzen würde. 10 Krankenanstalten haben dazu jede Auskunft verweigert. Eine ebenfalls durchgeführte Untersuchung mit einer anonymen Testperson ergab noch deutlichere Resultate. Demnach haben 18 der 29 untersuchten Häuser eine teilweise deutliche Verkürzung der Wartezeit angeboten. Hinweise darauf, dass eine private Zusatzversicherung oder die Inanspruchnahme des Operateurs als Privatarzt teilweise die Wartezeiten auf elektive Operationen verkürzt, finden sich auch in Cypionka et al. (2007).

Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen hat 2010/2011 eine Patientenbefragung in österreichischen Krankenanstalten zur Betreuungszufriedenheit durch die Ärzte und das Pflegepersonal durchgeführt.⁵⁹ Dabei wurde auch erhoben, ob ein Patient privat krankenversichert ist. In einer Auswertung der Originaldaten dieser Befragung finden Aigner, Mair und Rothmayer (2011) deutliche Unterschiede in den Krankenhausaufnahmewartezeiten zwischen Patienten mit und ohne private Krankenversicherung. Für weit die Hälfte der Personen ohne private Krankenversicherung beträgt die Wartezeit länger als zwei Wochen. Bei den Sonderklassepatienten beträgt dieser Anteil jedoch nur 35 Prozent.

Und schließlich gibt es Evidenz für Wartezeiten in Spitalsambulanzen. Im Rahmen einer weiteren Untersuchung durch den Verein für Konsumenteninformation kontaktierten zwei Testpersonen 30 Spitalsambulanzen mit der Bitte um Terminvereinbarung bei vorliegender Überweisung.⁶⁰ Auch hier zeigte sich, dass privat versicherte Personen terminlich teilweise erheblich bevorzugt wurden. In neun der 30 Ambulanzen konnten sich die Tester mit dem Hinweis auf die Zusatzversicherung einen Vorteil verschaffen.

Obwohl die Datenlage eine endgültige Beurteilung der unterschiedlichen Wartezeiten nicht ermöglicht, so deutet die vorhandene Evidenz darauf hin, dass es in

58 VKI 2011

59 BIQG 2011

60 VKI 2010

diesem Bereich *ceteris paribus* eine Bevorzugung der privat versicherten Personen gibt. In welchem Ausmaß nicht versicherte Personen dadurch ein Nachteil entsteht, hängt nicht zuletzt vom quantitativen Unterschied in den Wartezeiten ab. Was in allen zitierten Untersuchungen deutlich zum Ausdruck kommt, ist, dass es keinerlei Unterschiede in den Wartezeiten zwischen den beiden Versicherten-gruppen gibt, wenn die medizinischen Eingriffe bzw. Interventionen dringlich sind.

Die kürzeren Wartezeiten auf OP-Termine für Sonderklassepatienten können nicht losgelöst von der Bettenstruktur betrachtet werden. Nach § 37 Z. 7 des OÖ-KAG 1997 ist eine Krankenanstalt als gemeinnützig zu betrachten, wenn die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.⁶¹ Wenn der Anteil⁶² der für die Sonderklasse reservierten Betten deutlich höher ist als der Prozentsatz der privat versicherten Personen in der Bevölkerung, so ist bei gleicher Krankheitsanfälligkeit eine kürzere Wartezeit auf den OP-Termin nicht zuletzt eine Folge einer (großzügigen) Bettenvorhaltung.

Auch wenn die Verkürzung der Wartezeit bei geplanten medizinischen Eingriffen für eine privat versicherte Person eindeutig positiv ist, können mit einer privaten Krankenhauskostenversicherung auch negative Effekte verbunden sein. Ein möglicher Nachteil ist die potenzielle Überversorgung mit medizinischen Leistungen für privat versicherte Patienten. Die Beziehung zwischen Patient und Arzt ist durch eine asymmetrische Informationslage gekennzeichnet. Der Arzt verfügt über ein höheres Maß an medizinischem Wissen als der Patient und folglich bestimmt er Diagnosen und Behandlungen, deren Notwendigkeit und Adäquanz für die Patienten nicht ausreichend überprüfbar sind. Diese Konstellation kann dazu führen, dass die Patienten mehr medizinische Leistungen erhalten als notwendig gewesen wäre. Abgesehen von medizinischen Unsicherheiten wird eine solche Situation tendenziell dann eintreten, wenn für die Anbieter ein klarer ökonomischer Anreiz zur Leistungsausweitung existiert. Ein derartiger Anreiz könnte aufgrund der mit der Zusatzversicherung verbundenen Arzthonorare entstehen.

Eine Auswertung von Individualdaten des Datawarehouse FOKO der OÖ Gebietskrankenkasse (OÖGKK) liefert interessante Hinweise zur Leistungsanspruchnahme von Patienten mit und ohne private Zusatzversicherung in den OÖ-Fondsspitalern.⁶³ Dabei wurden Spitalsaufenthalte von Versicherten der OÖGKK im Jahr 2010 analysiert. Die Autoren halten eingangs fest, dass im Jahr 2010 rund 191.000 OÖGKK-Versicherte 335.000-mal stationär behandelt wurden, davon 32.700-mal

61 Die Bestimmungen in den anderen Bundesländern lauten analog.

62 Der Anteil von Personen in der Bevölkerung, die im Rahmen einer Krankenhauskostenversicherung über einen vollständigen Versicherungsschutz verfügen, beträgt 12 Prozent.

63 Aigner, Mair und Rothmayer 2011

auf der Sonderklasse. Der Anteil der Sonderklassepatienten lag insgesamt bei knapp 9 Prozent, wobei die Prozentanteile im AKH Linz (11,1 Prozent) und in den Ordensspitälern (10,4 Prozent) deutlich höher waren als in den Häusern der OÖ Gesundheits- und Spitals AG (6,5 Prozent).⁶⁴ Der Anteil der über 65-Jährigen war mit 51 Prozent in der Sonderklasse deutlich höher als in der allgemeinen Gebührenklasse (30 Prozent). Was die Krankenhaushäufigkeit betrifft, so finden die Autoren eine etwas höhere Aufnahmewahrscheinlichkeit in der Sonderklasse, wobei die Unterschiede nicht stark ausgeprägt sind. Die jährliche Krankenhaushäufigkeit betrug altersgewichtet in der Sonderklasse 1,99 und in der allgemeinen Gebührenklasse 1,89. Die Anzahl der jährlichen Krankenhaustage war mit 12,4 Tagen in der Sonderklasse um einen halben Tag höher als in der allgemeinen Gebührenklasse, wenn man für beide Versicherungsgruppen eine identische Altersstruktur unterstellt. Bei der Anzahl der Aufenthaltstage je Spitalsaufenthalt ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Versicherungsgruppen. Sowohl in der Sonderklasse als auch in der allgemeinen Gebührenklasse betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer je Aufenthalt 6,2 Tage.

Im Rahmen einer weiteren Auswertung finden die Autoren, dass Sonderklassepatienten eine höhere Wahrscheinlichkeit für Leistungen der bildgebenden Diagnostik wie Computertomografie oder Magnetresonanz aufweisen. Wiederum altersbereinigt unterscheidet sich diese Wahrscheinlichkeit zwischen den beiden Versicherungsgruppen um rund 5 Prozentpunkte (43 versus 38,2 Prozent). Dass bei Sonderklassepatienten mehr oder andere medizinische Leistungen erbracht werden, wird von den Autoren schließlich am Beispiel der Kaiserschnittgeburten untermauert. Die Datenanalyse zeigt, dass der Anteil von Kaiserschnittgeburten an allen Geburten mit 30 Prozent in der Sonderklasse deutlich höher ausfällt als in der allgemeinen Gebührenklasse, in der der Anteil lediglich 24 Prozent beträgt. Der Unterschied von sechs Prozentpunkten ist allerdings nicht altersbereinigt. Es ist davon auszugehen, dass das Durchschnittsalter der Mütter in der Sonderklasse höher ist als in der allgemeinen Gebührenklasse. Nachdem die Komplikationen bei der Geburt mit dem Lebensalter der Mutter zunehmen, könnte ein Teil des Unterschiedes in den Kaiserschnittraten auf das unterschiedliche Lebensalter der Mütter zurückzuführen sein. Zusammenfassend schlussfolgern die Autoren, dass aus ihrer Sicht eine medizinische Überversorgung deutlich nachzuweisen ist.⁶⁵ Für

64 Dieser Unterschied wird zum Teil dadurch verursacht sein, dass sich die Mehrheit der Häuser der OÖ Gesundheits- und Spitals AG in ländlichen Gebieten befinden.

65 An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse nicht kausal interpretiert werden können. Der deskriptive Vergleich kontrolliert für die Altersstruktur, nicht jedoch für andere Charakteristika der Patienten. Zudem kann die Selektion von Patienten in die private Versicherung nicht berücksichtigt werden. Es könnte sein, dass die Zusatzversicherungen von besonders gesundheitsbewussten oder -unbewussten Personen abgeschlossen werden und sich die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen auch deshalb unterscheidet.

diese Behauptung wird angenommen, dass der Umfang an medizinischen Leistungen in der allgemeinen Klasse adäquat ist bzw. dass Patienten der allgemeinen Klasse nicht zu wenige Leistungen erhalten. Diese Annahme erscheint angesichts der Anreize, die sich aus der LKF-Abrechnung stationärer Leistungen ergeben, zumindest nicht unplausibel.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Behandlung von Sonderklassepatienten für jene Personen, die keine solche Versicherung abgeschlossen haben? Analog zu obigen Ausführungen sind hier zunächst die längeren Wartezeiten bei Routineeingriffen zu nennen. Auch wenn aus medizinischer Sicht aufgrund längerer Wartezeiten bei Routineeingriffen kein großer Nachteil entsteht, so werden dadurch die Nutzen der betroffenen Patienten negativ beeinflusst. Beispiele für solche Nutzeneinbußen wären vorhandene Schmerzen der Patienten oder psychische Kosten wie die Angst vor einer Operation. Aus einer reinen Gerechtigkeitsperspektive betrachtet, wäre noch anzuführen, dass privat versicherte Personen eine Besserstellung im nicht medizinischen Bereich der Unterbringung erfahren. Den Umstand, dass sich Personen mit einem höheren Einkommen bzw. mit einer höheren Zahlungsbereitschaft höherwertige und auch teurere Produkte kaufen, finden wir allerdings für nahezu alle Gütergruppen, die auf privaten Märkten gehandelt werden. Haben Personen eine höhere Zahlungsbereitschaft für eine bessere Unterbringung im Spital, so soll es diesen Personen auch möglich sein, für die Hotelkomponente aufzuzahlen.

Relevanter für die nicht privat versicherten Personen erscheint uns der Umstand, dass aufgrund der Behandlung von Sonderklassepatienten erhebliche Mittel in den stationären Gesundheitsbereich fließen, von denen auch die Versicherten der allgemeinen Gebührenklasse profitieren. Sonderklassegebühren sind ein wichtiger Bestandteil des ärztlichen Einkommens. Das höhere ärztliche Gesamteinkommen erhöht die Attraktivität des Arbeitsplatzes und ist mitunter ausschlaggebend dafür, dass sich hochqualifizierte Ärzte und Ärztinnen für öffentliche Krankenhäuser als Arbeitgeber entscheiden. Dadurch ist es den öffentlichen Häusern möglich, einen hohen medizinischen Standard anzubieten, von dem letztlich alle Patienten profitieren.⁶⁶ Ein ähnliches Argument kann man für die Hausrückklasse vorbringen. Die bezogen auf die Arzthonorare anteilig bei der Krankenanstalt verbleibenden Mittel aus der Sonderklasse ermöglichen eine bessere und umfangreichere stationäre Infrastruktur, die ebenfalls allen Patienten einer bestimmten Abteilung bzw. einer Krankenanstalt zugutekommt. Diese Argumente gelten dann, wenn die zusätzlichen Einnahmen aus der Sonderklasse die zusätzlichen Kosten (z.B.

⁶⁶ Diese Argumentation geht davon aus, dass die hochqualifizierten Spitalsärzte, die die Sonderklassepatienten behandeln, auch den Patientinnen und Patienten aus der allgemeinen Gebührenklasse ausreichend zur Verfügung stehen.

aus der angesprochenen Überversorgung) übersteigen. Ob dies der Fall ist, wird im folgenden Abschnitt kurz erörtert.

Einnahmen aus Sonderklassegebühren

Die Sonderklassegebühren erhöhen das ärztliche Einkommen und vergrößern den ökonomischen Spielraum von Krankenanstalten. Die von Aigner, Mair und Rothmayer (2011) als „Überversorgung“ identifizierte Leistungsausweitung für privat versicherte Patienten im stationären Bereich ist mit den ausgelösten Anreizwirkungen zumindest kompatibel. Während die Effekte bei den Aufenthaltsdauern nicht oder nur in einem geringeren Umfang nachgewiesen werden, scheinen sie im Bereich der erbrachten medizinischen Leistungen signifikant. Dieses Muster stimmt mit den gesetzten ökonomischen Anreizen überein. Die Sonderklasseversicherung erzeugt kaum Anreize, die Aufenthaltsdauern zu erhöhen. Nachdem die Anstaltsgebühr exakt kostendeckend festzulegen ist, können aus dem Titel der Hotelkomponente mit einem längeren Spitalsaufenthalt keine ökonomischen Vorteile lukriert werden. Umgekehrt werden aus den mit der Bereitstellung medizinischer Leistungen verbundenen Arzthonoraren und Hausrücklässen Überschüsse erwirtschaftet, die sowohl für das medizinische Personal als auch für die Krankenhausbetreiber eine wichtige Verdienstmöglichkeit darstellen. Die Frage, ob die zusätzlich entstehenden Einnahmen aus der Sonderklasse die „Mehrkosten aus der Überversorgung“ kompensieren, ist eindeutig zu beantworten. Zu diesem Zweck sei noch einmal die Datenauswertung der OÖ-Fondsspitalern von Aigner, Mair und Rothmayer (2011) zitiert. Die Studienautoren quantifizieren die Mehrkosten aufgrund einer umfangreicheren Behandlung der Sonderklasse Patienten im Jahr 2010 mit rund 4,4 Mio. Euro, denen 26 Mio. Euro an zusätzlichen Mehreinnahmen aus dem Hausrücklass gegenüber stehen.⁶⁷

Die Größenordnungen dieser Beträge verdeutlichen, dass die an die Krankenanstalten fließenden Finanzmittel deutlich höher sind als allfällige durch Mehrleistungen ausgelöste Kosten. Somit leistet die private Krankenhauskostenversicherung einen wichtigen Beitrag zur Finanzierung des stationären Bereichs, der gleichzeitig die Abgangsdeckung durch die öffentliche Hand reduziert.

67 Zudem wurden im selben Jahr für die OÖ-Fondsspitaler rund 23 Mio. Euro an Anstaltsgebühren sowie 104,5 Mio. an Arzthonoraren im engeren Sinn (ohne Hausrücklass) überwiesen.

3.2. Wahlärzte

Einen weiteren wichtigen privaten Finanzierungsbeitrag leistet die Inanspruchnahme von Wahlärzten. Die steigende Bedeutung von Wahlärzten über die Zeit wird anhand der Abbildungen 5 und 6 illustriert. Abbildung 5 zeigt die zeitliche Entwicklung der Anzahl von Allgemeinmedizinern, die entweder OÖGKK-Vertragsärzte sind oder als Wahlärzte Patienten der Gebietskrankenkasse behandeln.⁶⁸ Während sich die Anzahl der Kassenstellen im Zeitraum von 1998 bis 2009 geringfügig reduziert hat, ist bei den Wahlärzten im selben Zeitraum eine starke positive Dynamik erkennbar. Wurden im Jahr 1998 mit rund 240 Wahlärzten Honorare abgerechnet, so hat sich deren Anzahl auf über 770 im Jahr 2009 mehr als verdreifacht. Im Facharztbereich war die Entwicklung über die Zeit ganz ähnlich. Die Anzahl der Kassenärzte ist von 407 auf 435 leicht angestiegen, während sich die Zahl der Wahlärzte, mit denen Honorare abgerechnet wurden, im selben Zeitraum von 325 auf 692 mehr als verdoppelt hat. Die bloße Anzahl der Wahlärzte spiegelt deren Bedeutung im Leistungsgeschehen aber nicht vollständig wider. So zeigt ein Blick auf die mit den Wahlärzten abgerechneten Umsätze, dass ihre quantitative Bedeutung im Vergleich zu den Vertragsärzten deutlich geringer ist.

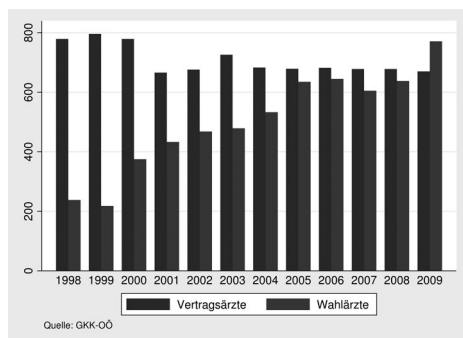


Abbildung 5: Ärzte für Allgemeinmedizin in OÖ

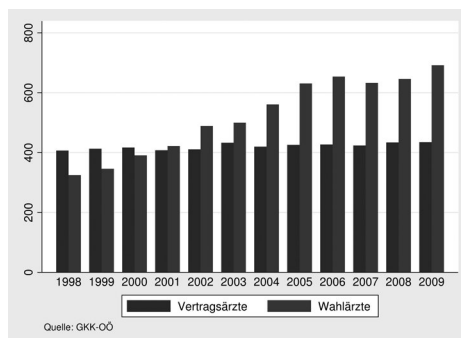


Abbildung 6: Fachärzte in OÖ

Im Bereich der Allgemeinmedizin machen die mit den Wahlärzten abgerechneten Honorare rund 3,5 Prozent der Gesamtumsätze aus. Im Facharztbereich beträgt dieser Anteil rund 7 Prozent. Beide Anteile sind über die Zeit aber deutlich ange-

⁶⁸ Ein Wahlarzt wird hier nur dann erfasst, wenn bei der GKK mindestens eine Honorarnote durch einen Patienten abgerechnet wurde. Die Zahnärzte sind sowohl bei den Vertrags- als auch bei den Wahlärzten nicht berücksichtigt.

stiegen.⁶⁹ Was sind nun die Auswirkungen einer zunehmenden Inanspruchnahme von Wahlärzten auf die Patienten?

Patienten

Im Zuge einer OGM-Umfrage wurden Patienten nach ihren Gründen für einen Wahlarztbesuch befragt.⁷⁰ Diese Umfrage hat ergeben, dass insbesondere der Faktor Zeit eine entscheidende Rolle spielt. Denn 60 Prozent der Befragten haben die verkürzte Wartezeit als Hauptargument angegeben, 35 Prozent waren der Meinung, dass sich der Wahlarzt mehr Zeit für das Beratungsgespräch nimmt, und 42 Prozent der Befragten gaben an, dass die Qualität der Behandlung besser sei. Neben diesen positiven Effekten für jene, die die Wahlärzte in Anspruch nehmen, sind auch für die Vertragsarztpatienten Vorteile denkbar. Durch den Besuch eines Patienten beim Wahlarzt ist davon auszugehen, dass sich auch die Wartezeit der Patienten bei jenem Vertragsarzt zumindest marginal reduziert, den der Patient in der kontrafaktischen Situation konsultiert hätte. Hierbei ist jene hypothetische Situation gemeint, in der der Patient nicht zum Wahlarzt, sondern zum Vertragsarzt gegangen wäre. Die potenzielle Verbesserung bei der Wartezeit wird allerdings für die Vertragsarztpatienten geringer ausfallen als für die Wahlarztpatienten.

Dennoch reduziert eine zunehmende Inanspruchnahme von Wahlärzten den Nachfragedruck nach den Leistungen der Vertragsärzte. Dieses Argument gilt unter der Prämisse, dass das Angebot an Vertragsärzten nicht sinkt. Wird es für Ärzte allerdings zunehmend attraktiver, sich als Wahlarzt und nicht als Vertragsarzt niederzulassen, sind auch negative Effizienzeffekte für die Patienten zu erwarten. Einerseits würden sich die Wartezeiten für Patienten von Kassenärzten erhöhen, wenn das Angebot an Vertragsärzten zurückginge. Andererseits könnte die durchschnittliche Qualität von Vertragsärzten dann sinken, wenn „bessere“ Ärzte vorwiegend als Wahlärzte tätig würden. Unter der Annahme eines nicht veränderten Vertragsarztangebots sind die mit den zusätzlichen Wahlarztleistungen verbundenen Effizienzwirkungen zu begrüßen.

69 Diese Umsatzanteile sind als Untergrenzen zu interpretieren. So gibt es Patienten, die ihre Wahlarztrechnungen nicht beim Sozialversicherungsträger einreichen. Zudem sind die Wahlärzte in ihrer Honorargestaltung weitgehend frei. Nachdem die Gebietskrankenkasse nur 80 Prozent des Honorars, das dieselbe Leistung beim Vertragsarzt gekostet hätte, rückerstattet, sind die hier angeführten Umsatzanteile nach unten verzerrt. Und schließlich könnten aufgrund von sozio-ökonomischen Unterschieden der Versicherten die Wahlarztanteile bei anderen Sozialversicherungsträgern generell höher sein. Beispielsweise betragen laut einer aktuellen Auswertung die Wahlarzt-Umsatzanteile innerhalb der Sachleistungsbezieher der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft (SVA) zwischen 4 und 5 Prozent für die Allgemeinmediziner und rund 9,5 Prozent für die Fachärzte.

70 Mayrhofer, 2012

Auf Grundlage von Verteilungsüberlegungen kann das Wahlarztsystem kritisch betrachtet werden, weil dadurch Personen mit höherem Einkommen Vorteile in der medizinischen Betreuung erlangen können. Die Zuteilung dieser Ressourcen erfolgt nicht anhand der medizinischen Bedürfnisse, sondern nach Maßgabe der finanziellen Möglichkeiten des Patienten.

Ist ein Arzt oder eine Ärztin sowohl als Vertrags- als auch als Wahlarzt tätig, entsteht eine ähnliche Konkurrenzsituation, wie dies im stationären Bereich der Fall ist. Einerseits ergeben sich für den niedergelassenen Arzt zusätzliche Ressourcen, die im besten Fall allen Patienten zugutekommen. Andererseits kann bei einem konstanten Zeitbudget des niedergelassenen Arztes aufgrund des stärkeren ökonomischen Anreizes, private Patienten zu behandeln, eine Schlechterstellung der sozialversicherten Patientinnen und Patienten entstehen.

Die Anbieter medizinischer Leistungen

Bei den Wahlärzten sind zumindest zwei Gruppen zu unterscheiden. Ärzte und Ärztinnen, die keine Vertragsarztstelle innehaben, eine solche aber grundsätzlich anstreben, können die Wartezeit als Wahlarzt überbrücken. Daraus ergibt sich zum einen die Möglichkeit, Einkommen aus der Tätigkeit als niedergelassener Arzt zu erzielen, zum anderen kann diese Zeit zum Aufbau von Reputation bzw. zur Patientenbindung genutzt werden. Die zweite und größere Gruppe von Wahlärzten entscheidet sich bewusst für dieses Modell, ohne einen Kassenvertrag anzustreben. Ein Grund dafür könnte in der geringeren Patientenzahl liegen. Ceteris paribus bedeuten weniger Patienten zwar ein geringeres Einkommen, durch die großteils freie Preisgestaltung kann ein Arzt oder eine Ärztin die negativen Mengeneffekte aber vollständig oder zumindest teilweise kompensieren. Der geringere Zeitdruck (ein Wahlarzt verwendet anreizbedingt mehr Zeit pro Patient) kann sich nicht nur auf die Patienten, sondern auch auf den Arzt selbst positiv auswirken. Darüber hinaus erlaubt das flexiblere Wahlarztsystem eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Wahlärzte treten in Konkurrenz zu Vertragsärzten, wodurch sich die Patientenanzahl und in weiterer Folge die Umsätze für letztere reduzieren. Gleichzeitig verändert sich auch die Zusammensetzung der Patienten. Personen mit höherem Einkommen nehmen vermehrt Leistungen von Wahlärzten in Anspruch. Wenn Einkommen und Gesundheit positiv korreliert sind, bedeutet die veränderte Patientenzusammensetzung, dass die durchschnittliche Gesundheit der Patientinnen und Patienten von Vertragsärzten sinkt, was sich wiederum negativ auf das Arbeitsklima der Vertragsärzte auswirken kann. Zudem ist zu erwarten, dass

sich der Qualitätswettbewerb im niedergelassenen Bereich durch das steigende Wahlarztangebot erhöht.

Das Sozialversicherungssystem

Für die Sozialversicherung bringt das Wahlarztsystem entscheidende Vorteile mit sich. Nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels erhöht sich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auch im niedergelassenen Bereich ständig. Wenn die Sozialversicherung dieser Entwicklung durch eine Ausweitung von ärztlichen Planstellen nicht ausreichend Rechnung trägt oder tragen kann, weichen Patienten und Patientinnen mit einer entsprechenden Zahlungsbereitschaft vermehrt auf Wahlärzte aus. Nachdem die Refundierung der Wahlarztleistungen durch die Sozialversicherungsträger niedriger ausfällt als die tatsächlichen Kosten, und manche Personen ihre Wahlarzthonorare nicht zur Rückerstattung einreichen, werden die Ausgaben im niedergelassenen Bereich vermehrt privat finanziert. Die Sozialversicherungsträger profitieren von dieser Entwicklung eindeutig. Der direkte ausgabendämpfende Effekt beträgt zumindest 20 Prozent des Betrages, der für die Erbringung der Leistungen der Wahlärzte bei den Vertragspartnern angefallen wäre.

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Dieser Beitrag thematisiert die Rolle und den Stellenwert der privaten Gesundheitsausgaben in Österreich. Auf der ökonomischen Theorie basierend diskutieren wir zunächst die Pro- und Kontra-Argumente einer Regulierung des Gesundheitssektors. Anhand von Effizienz- und Verteilungsüberlegungen argumentieren wir, dass es sich bei Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht um einen Markt wie jeden anderen handelt. Das zentrale Unterscheidungsmerkmal für den besonderen Stellenwert der Gesundheitsleistungen ist sein Beitrag zum Erhalt und zur Wiederherstellung menschlicher Gesundheit. Menschen sollen unabhängig von ihrem Einkommen und sozialen Status gleiche Chancen auf eine gute Gesundheit und folglich einen gleichwertigen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Ein völliger Ausschluss der Zahlungswilligkeit bzw. -fähigkeit zieht jedoch auch negative Konsequenzen nach sich. So ist damit eine Schlechterstel-

lung jener Personen mit der höheren Zahlungsbereitschaft verbunden, ohne andere Versicherte besser zu stellen. Zudem führt eine höhere Zahlungsbereitschaft für bestimmte Gesundheitsleistungen über den Marktmechanismus in weiterer Folge zu einer Ausweitung des Leistungsangebotes. Von diesen zusätzlichen medizinischen Ressourcen profitiert auch das öffentliche Gesundheitssystem.

Der private Gesundheitssektor in Österreich ist quantitativ bedeutsam. Im Jahr 2011 beliefen sich die privaten Gesundheitsausgaben laut SHA auf 32,4 Mrd. Euro. Diese verteilten sich zu 28,4 Prozent auf den stationären und zu 36,4 Prozent auf den ambulanten Bereich. Auf pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter entfielen 29,3 Prozent. Die restlichen 5,8 Prozent umfassten die Verwaltungsausgaben der privaten Krankenversicherungen. Aufgrund ihrer zahlenmäßigen Bedeutung fokussiert dieser Beitrag die private Krankenzusatzversicherung und die Inanspruchnahme von Wahlarztleistungen im niedergelassenen Bereich.

Durch die private Krankenversicherung fließen substanzielle Beträge in das öffentliche Gesundheitssystem, und die Inanspruchnahme von Wahlärzten schont öffentliche Ressourcen in einem signifikanten Ausmaß. Allerdings ergibt sich eine problematische Anreizstruktur für die Ärzteschaft in punkto Gleichbehandlung der Patientinnen und Patienten. Nachdem ein erheblicher Anteil des ärztlichen Einkommens durch die Zahlungen der privaten Versicherungen zustande kommt, haben Ärztinnen und Ärzte einen Anreiz, Sonderklassepatienten bevorzugt zu behandeln (z.B. durch kürzere Wartezeiten oder ausführlichere Befund- und Therapiegespräche). Punktuell vorhandene Untersuchungen bestätigen kürzere Wartezeiten von privat versicherten Personen im Vergleich zu Patienten der allgemeinen Gebührenklasse.⁷¹ Die verkürzten Wartezeiten können jedoch nicht losgelöst von der Bettenstruktur betrachtet werden. Wenn der Anteil der Sonderklassebetten höher ist als der Prozentsatz der privat versicherten Personen in der Bevölkerung, so resultiert bei gleicher Krankheitsanfälligkeit eine kürzere Wartezeit aus dieser (großzügigen) Bettenvorhaltung.⁷² Mit einer privaten Krankenhauskostenversicherung können aber auch negative Auswirkungen verbunden sein. Aigner, Mair und Rathmayer (2011) zeigen in ihrer Auswertung von Individualdaten der OÖG-KK-Versicherten, dass bei stationären Aufenthalten von Sonderklassepatienten im Vergleich zu den Patienten der allgemeinen Gebührenklasse mehr und andere Leistungen erbracht werden. Die Autoren der Untersuchung interpretieren diese Leistungsausweitung als Überversorgung.

71 VKI 2010; VKI 2011; Aigner, Mair und Rathmayer 2011

72 Eine Reduktion der zeitlichen Ungleichbehandlung bei Routineeingriffen wäre mit einer Herabsetzung der Bettenobergrenze für privat versicherte Personen zu bewerkstelligen. In Oberösterreich sind aktuell 18,8 Prozent der Betten in den Fondsspitalen für Sonderklassepatienten vorgehalten.

Im Rahmen unserer deskriptiven Darstellung haben wir auch aufgezeigt, dass die Wahlärzte im niedergelassenen Bereich eine immer wichtigere Rolle einnehmen. Als einer der Hauptgründe für diese Entwicklung ist anzuführen, dass die Wahlärzte mehr Zeit für ihre Patienten haben. Dies kommt einerseits in einer reduzierten Wartezeit auf einen Arzttermin und andererseits in längeren Konsultationsgesprächen zum Ausdruck.

Aus einer Gerechtigkeitsperspektive betrachtet kann die partielle Ungleichbehandlung von privat- und ausschließlich sozialversicherten Patienten als ungerecht bezeichnet werden. Diese Beurteilung ist auf den Umstand zurückzuführen, dass die Besserstellung von der Einkommenssituation abhängt und der Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig vom Einkommen sein sollte. Auch wenn wir dieser Argumentation folgen, setzen wir dem entgegen, dass auch die Patienten der allgemeinen Gebührenklasse in Form zusätzlicher finanzieller Mittel von diesem System profitieren. So können bessere Ärzte verpflichtet und moderne medizinische Gerätschaften angeschafft werden, und durch das Wahlarztsystem reduziert sich die Patientenzahl bei den Vertragsärzten im Vergleich zur kontrafaktischen Situation. Die bereits mehrfach zitierte Untersuchung von Aigner, Mair und Rathmayer (2011) weist eindeutig nach, dass die zusätzlichen Einnahmen der Spitäler (und Ärzte) aus den Sonderklassegebühren die zusätzlichen Kosten einer Überversorgung bei weitem übersteigen. Die Abschaffung der privaten Zusatzversicherung (und/oder des Wahlarztsystems) würde eine allfällige Ungleichbehandlung zwar beseitigen, allerdings würden dadurch auch die insgesamt zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen für das Gesundheitssystem erheblich reduziert. Verteilung und Effizienz können in einem realen Gesundheitssystem nicht voneinander getrennt werden.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass eine private Leistungserbringung grundsätzlich nicht untersagt werden kann. Individuelle Zahlungsbereitschaften für medizinische Leistungen werden ihren Weg zu den Anbietern finden. Die Autoren dieses Beitrages vertreten die Auffassung, dass es für alle Versicherten vorteilhaft ist, wenn Patienten der Sonderklasse auch in öffentlichen Spitälern behandelt werden. In einem alternativen Szenario, in dem privat versicherte Personen ausschließlich von privaten Ärzten bzw. in privaten Krankenanstalten behandelt werden, ergeben sich erhebliche Nachteile für die Patienten der allgemeinen Gebührenklasse sowie für das gesamte Gesundheitssystem. Unter derartigen Rahmenbedingungen steigt die Wahrscheinlichkeit einer Segregation der Ärzte. Die besseren Ärzte werden anreizbedingt tendenziell in private Einrichtungen abwandern, und den öffentlichen Krankenanstalten gehen erhebliche finanzielle Ressourcen verloren.

Eine gesundheitspolitische Option wäre die Erhöhung von Sozialversicherungsbeiträgen bzw. von Steuern im Ausmaß der privaten Finanzierungsströme, so dass keine Patientengruppe eine Vorzugsbehandlung genießt. Wenn sich die Gesundheitspräferenzen erhöhen, lässt sich grundsätzlich argumentieren, dass die Sozialversicherungsabgaben ebenso erhöht werden. Dieses konkrete Szenario lässt jedoch außer Acht, dass sich Patienten und Patientinnen freiwillig für eine private Krankenversicherung und/oder den Besuch bei einem Wahlarzt entscheiden. Oder anders ausgedrückt, diese Patientengruppe hat eine Zahlungsbereitschaft für bestimmte Leistungen, die ihr im Krankheitsfall persönlich zugutekommt. Das bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass auch eine Zahlungsbereitschaft für zusätzliche soziale Abgaben vorhanden ist, aus denen diese Patienten allenfalls einen geringen persönlichen Vorteil erwarten.

Nach sorgfältigem Abwägen der Auswirkungen der privaten Finanzierungsbeiträge beurteilen wir diese aus einer ökonomischen Perspektive als vorteilhaft. Auch wenn ausschließlich sozialversicherte Patienten in einzelnen Teilaspekten verhältnismäßig schlechter gestellt sind, profitieren diese in Form zusätzlicher Systemressourcen, die durch die privaten Zahlungen entstehen. Unserer Einschätzung zufolge überwiegt dieser Vorteil eine allfällige Ungleichbehandlung in Teilbereichen. Im Falle der Krankenzusatzversicherung fußt die Vorteilhaftigkeit dieses Systems jedoch auf seiner Komplementarität zur gesetzlichen Pflichtversicherung, so dass wir die Behandlung von Sonderklassepatienten innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems positiv beurteilen.

Der demografische Wandel und die zunehmenden Präferenzen der Menschen für Gesundheit lassen erwarten, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter ansteigen wird. Insbesondere in Kombination mit angespannten öffentlichen Finanzen und der Koppelung der Gesundheitsausgaben an die Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes ist mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die privaten Zahlungen für Gesundheitsleistungen in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen werden als das ohnehin schon der Fall ist. Wenn die Zahlungsbereitschaften der Menschen steigen, und sie folglich bereit sind, für bestimmte Leistungen mehr Geld auszugeben, werden die privaten Finanzierungsbeiträge anteilig noch wichtiger werden. Wenn es gelingt, dass (i) damit keine nennenswerte Ungleichheit in der medizinischen Versorgung verbunden ist und (ii) die privaten Zahlungsströme so wie bisher schwerpunktmäßig in das öffentliche Gesundheitssystem gelenkt werden können, sollte diese Entwicklung einer Zweiklassenmedizin nicht Vor Schub leisten.

Literaturverzeichnis

- Aigner, I., A. Mair und C. Rothmayer 2011: „Sonderklasse in OÖ Fondsspitalern: Fluch oder Segen?“, Projektarbeit im Rahmen des LIMAK-Ausbildungslehrganges der OÖ Gebietskrankenkasse, Oktober 2011.
- BIQG 2011: „Sektorübergreifende Patientenbefragung“, Ergebnisse der Befragung 2010/2010, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, Juni 2011, Wien.
- Bleich, S.N., E. Özaltin und C.J.L. Murray 2009: „How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?“ Bulletin of the World Health Organization 2009;87.
- Breyer F., P.S. Zweifel und M. Kifmann 2005: „Gesundheitsökonomik“, 5. Auflag, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Czypionka, T., M. Kraus, M. Riedel und G. Röhring: „Warten auf Elektivoperationen in Österreich: eine Frage der Transparenz“, Health System Watch, IV.
- Eurobarometer 2012: „Social Climate Report“, Special Eurobarometer 391.
- Frogner, B.K., P.S. Hussey und G.F. Anderson 2011: „Health Systems in Industrialized Countries“, in: Glied S. und P.C. Smith: The Oxford Handbook of Health Economics, Oxford: Oxford University Press.
- Hall, R.E. und C.I. Jones 2007: „The Value of Life and the Rise in Health Spending“, The Quarterly Journal of Health Economics, 122(1).
- Mayrhofer R. 2012: „Wahlärzte – Steigende Tendenz“, Österreichische Ärztezeitung, 20, 25.10.2012.
- Statistik Austria 2013: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD).
- VKI 2010: „Privat hat Vorrang“, Konsument, 8/2010, Verein für Konsumenteninformation.
- VKI 2011: „Das kann ins Auge gehen“, Konsument, 9/2011, Verein für Konsumenteninformation.
- VKI 2012: „Verkürzte Wartezeit“, Konsument, 2/2012, Verein für Konsumenteninformation.
- Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO): Jahresberichte der Jahre 2004 bis 2013, Wien.
- VVO 2013: „Der Versicherungsleitfaden – Das schlaue Buch zu den wichtigsten Versicherungen“, Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, 19. verbesserte Auflage, August 2012, Wien.
- Verwendete Rechtsgrundlagen:
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)
- OÖ. Krankenanstaltengesetz 1997 (OÖ. KAG 1997)
- BGBI I 2005/73: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Prof. Dr. Werner Beutelmeyer

Institutsvorstand und Geschäftsführer, market Institut Linz

Umfrage: Als Privatpatient zum Kassenarzt

1.	Umfrage	65
2.	Allgemeine Zufriedenheit mit niedergelassenen Ärzten	65
3.	Besuch und Erreichbarkeit des Wahlarztes	66
4.	Besitz, Potential und Vorteile einer privaten Krankenversicherung mit (teilweiser) Abdeckung der Kosten des Wahlarztes	69
5.	Zufriedenheit mit dem Kassenarzt	72
6.	Wechselbereitschaft, Wechselhäufigkeit und damit verbundene Barrieren	76
7.	Besuch des Kassenarztes als Privatpatient und mögliche Vorteile	79
8.	Potential und Zahlungsbereitschaft bei der ambulanten Zusatzversicherung	82
9.	Zusammenfassung	83

Derzeit ist es einem Kassenarzt (Haus- und Facharzt) nur sehr beschränkt möglich, auch Privatpatienten zu behandeln. Weil sich die meisten Wahlärzte in urbanen Gegenden niederlassen, ist es für die Landbevölkerung schwerer möglich, eine private Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die vorliegende oberösterreichweite, repräsentative Umfrage lotet die Zufriedenheit der Bevölkerung in Oberösterreich mit den niedergelassenen Ärzten im Allgemeinen und den Kassenärzten im Besonderen aus. Gleichzeitig sollen Wünsche an die Kassenärzte erfragt und deren positiven Eigenschaften analysiert werden. Die Studie behandelt weiter das Thema Wahlärzte. Dabei ging es vor allem darum, ob Wahlärzte besucht werden, und um deren Erreichbarkeit (vor allem am Land). Von besonderem Interesse war es, die Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen zu befragen, ob sie sich vorstellen könnten ihre Kassenärzte auch als Privatpatienten zu besuchen und was sie sich in diesem Fall erwarten würden. Abschließend wurde das Potential zur Abschlussbereitschaft einer ambulanten Zusatzkrankenversicherung, im Falle der Möglichkeit seinen Kassenarzt wie einen Wahlarzt aufsuchen zu können, beleuchtet.

1. Umfrage

Zwischen 8. und 16. August 2013 wurde eine telefonische CATI-Befragung zum Thema „Als Privatpatient zum Kassenarzt“ durch das market Institut Linz durchgeführt. Befragt wurden Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen ab 16 Jahren. Die Grundlage für die Auswertung bilden 500 Interviews ($n = 500$), was repräsentative Schlüsse auf die oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren zulässt. Die maximale statistische Schwankungsbreite beträgt bei $n = 500 \pm 4,48$ Prozent.

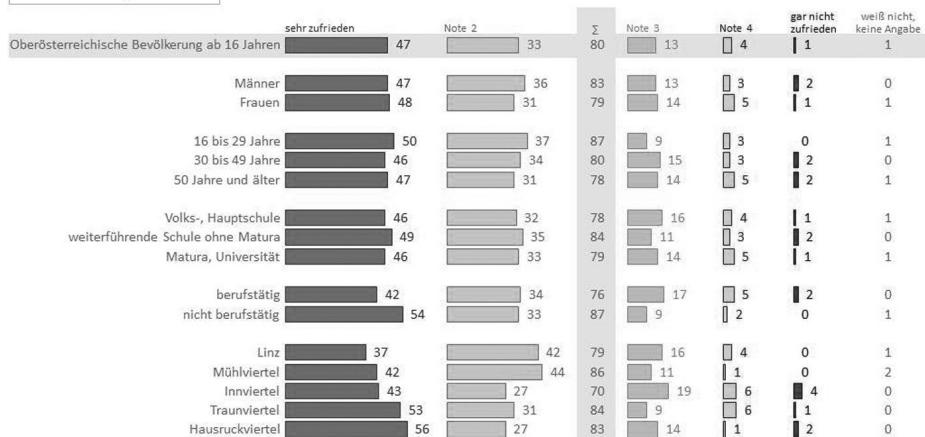
2. Allgemeine Zufriedenheit mit niedergelassenen Ärzten

Vier Fünftel (80 Prozent) der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen sind mit den niedergelassenen Ärzten in ihrer Wohnregion zufrieden. Konkret geben 47 Prozent der Befragten zu Protokoll, dass sie mit den niedergelassenen Ärzten in ihrer Region sehr zufrieden sind. Weitere 33 Prozent sind zufrieden. Nur 18 Prozent sind eher weniger zufrieden, davon 5 Prozent weniger bis ganz und gar nicht zufrieden.

Männer und jüngere Personengruppen (16- bis 29-Jährige) sind tendenziell zufriedener mit den niedergelassenen Ärzten der Wohnregion. Leicht kritischer urteilen Personen über 50 Jahren, die durch ihre Lebenserfahrung durchaus in der Lage sind, zu vergleichen. Auch in den verschiedenen Regionen Oberösterreichs gibt es Unterschiede in der Bewertung der niedergelassenen Ärzte. Die schlechtesten Noten vergeben die Innviertler und Innviertlerinnen: „Nur“ 70 Prozent sind in dieser Gegend mit den niedergelassenen Ärzten sehr zufrieden oder zufrieden (oberösterreichweit sind dies 80 Prozent). Am positivsten werden die Ärzte im Mühlviertel bewertet.

Zufriedenheit mit den niedergelassenen Ärzten in der Wohnregion

Es sind mit ihren niedergelassenen Ärzten in der Wohnregion -



Frage 1: Ganz allgemein: wie zufrieden sind Sie mit den niedergelassenen Ärzten in Ihrer Wohnregion? Bitte bewerten Sie das anhand von Schulnoten von 1 bis 5. 1 bedeutet Sie sind sehr zufrieden, 5 bedeutet Sie sind gar nicht zufrieden. Dazwischen können Sie abstimmen! (6= keine Angabe)

Documentation der Umfrage BR12.94
n=500 telefonische CATI-Interviews: repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

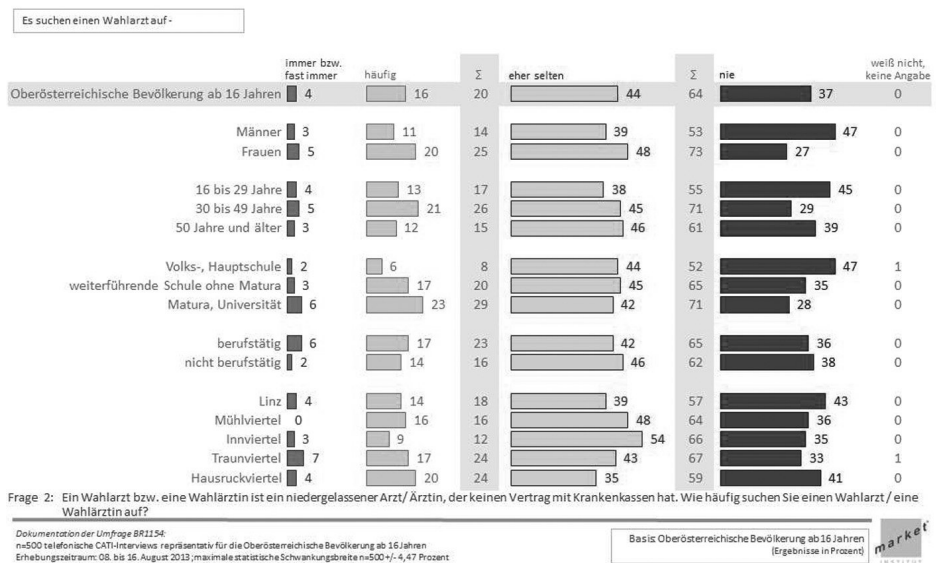
market
INSTITUT

3. Besuch und Erreichbarkeit des Wahlarztes

Zwei Drittel der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen besuchen Wahlärzte. Davon gibt jeder fünfte Oberösterreicher und jede fünfte Oberösterreicherinnen zu Protokoll, immer (4 Prozent) oder häufig (16 Prozent) einen Wahlarzt zu aufzusuchen. Etwas weniger als die Hälfte (44 Prozent) gibt an, den Wahlarzt eher selten zu konsultieren. Noch nie waren hingegen 37 Prozent der Befragten bei einem Arzt ohne Kassenvertrag. Interessant ist, dass Frauen überdurchschnittlich häufig Wahlärzte konsultieren: Konkret haben rund drei Viertel der Frauen (73 Prozent) schon einmal einen Wahlarzt besucht. Davon 5 Prozent immer bzw. fast immer, 20 Prozent häufig und 48 Prozent eher selten. Gleichzeitig liegt der Anteil an Männern, die nie einen Wahlarzt zu Rate ziehen, bei 47 Prozent. Auch bei den Altersgruppen gibt es große Unterschiede. Wahlärzte sind vor allem bei der Gruppe der 30- bis 49-Jährigen beliebt. Am seltensten werden sie von den Jungen besucht.

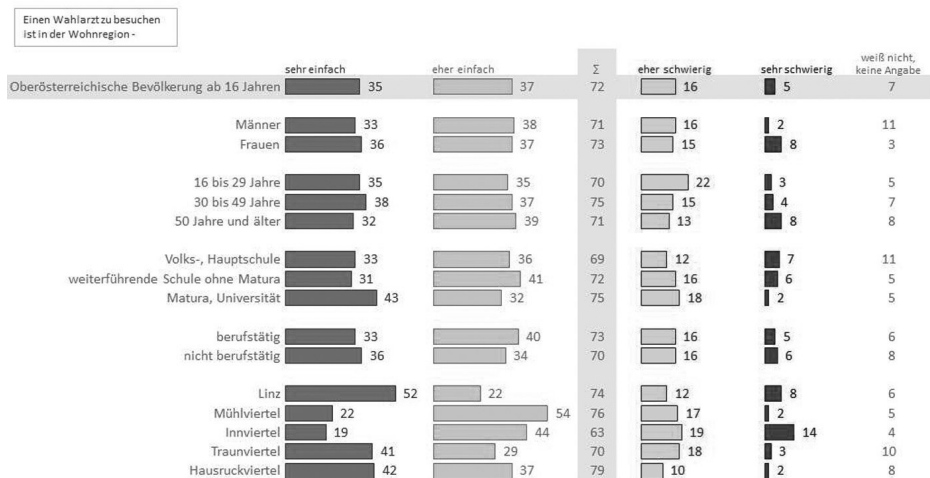
Personen mit einer privaten Zusatzversicherung besuchen deutlich häufiger Wahlärzte. In Summe sind es 74 Prozent, die Wahlärzte grundsätzlich – unabhängig der Häufigkeit – besuchen, während nur 60 Prozent der Personen ohne private Zusatzversicherung schon mindestens einmal einen Wahlarzt besucht haben. Jeder zehnte Zusatzversicherte konsultiert nahezu ausschließlich einen Wahlarzt (dieser Anteil liegt bei den Personen, die keine private Zusatzversicherung haben, bei verschwindenden 2 Prozent); weitere 23 Prozent nehmen häufig die Dienste eines Wahlarztes in Anspruch (bzw. 14 Prozent bei den nicht Zusatzversicherten).

Häufigkeit des Wahlarztbesuchs



Wahlärzte sind für die Mehrheit der Bevölkerung in Oberösterreich durchaus gut erreichbar. Konkret geben 35 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen an, dass es in ihrer Wohnregion sehr einfach ist, einen Wahlarzt zu besuchen. Dabei ging es bei dieser Frage vorrangig um die Distanz, also den Weg, der zurückzulegen ist, um den Wahlarzt zu erreichen. Für weitere 37 Prozent der befragten Personen ist es eher einfach, einen Wahlarzt zu besuchen. In Summe ist es also für rund drei Viertel (72 Prozent) zumindest eher einfach, einen Wahlarzt zu besuchen. In den unterschiedlichen Altersgruppen gibt es leichte Unterschiede in der Einschätzung der Erreichbarkeit des Wahlarztes: Für die 30- bis 49-Jährigen ist es tendenziell einfacher (75 Prozent), einen Wahlarzt zu erreichen. Diese Altersgruppe ist erfahrungsgemäß auch die mobilste. Für jüngere und ältere Personen ist es hingegen etwas schwieriger, einen Wahlarzt zu konsultieren.

Erreichbarkeit des Wahlortes



Frage 3: Wie einfach ist es in Ihrer Wohnregion einen Wahlort zu besuchen? Denken Sie bitte an die Distanz der Praxis des Wahlortes bzw. an die Wegzeit! Würden Sie sagen es ist -

Dokumentation der Umfrage BR1154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013 / maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

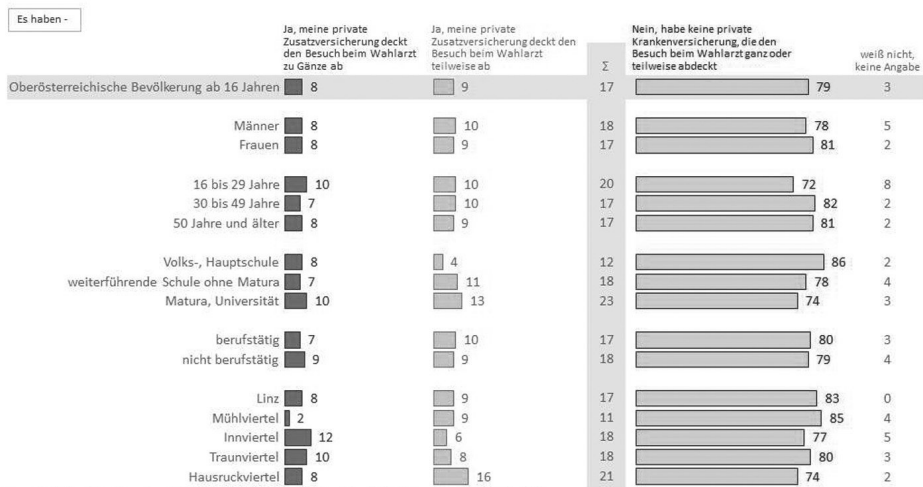
Es gibt starke regionale Unterschiede in der Erreichbarkeit des Wahlortes: Während in Linz, im Mühlviertel und im Hausruckviertel mehr Personen angeben, dass es durchaus einfach ist, einen Wahlort zu erreichen, sagen dies nur 63 Prozent der Befragten im Innviertel. Konkret geben 19 Prozent (also rund jeder fünfte Innviertler und jede fünfte Innviertlerin) zu Protokoll, dass es eher schwierig ist, einen Wahlort zu besuchen. Für weitere 14 Prozent der Interviewten ist es sogar sehr schwierig.

4. Besitz, Potential und Vorteile einer privaten Krankenversicherung mit (teilweiser) Abdeckung der Kosten des Wahlarztes

Knapp jeder zehnte Oberösterreicher und knapp jede Zehnte Oberösterreicherin (8 Prozent) besitzt eine private Zusatzversicherung, die die Kosten des Wahlarztes zur Gänze abdeckt. Die private Krankenversicherung von weiteren 9 Prozent der befragten Personen deckt die Kosten des Besuchs zumindest teilweise ab. 17 Prozent der Befragten besitzen also eine ambulante Sonderklassenversicherung. Vor allem jüngere Personen und Personen mit höherer Bildung haben häufiger eine Sonderklassenversicherung abgeschlossen.

Schaut man sich die Gruppe der Personen mit einer privaten Krankenversicherung gesondert an, so besitzen 28 Prozent eine private Zusatzversicherung, die die gesamten Kosten des Wahlarztbesuchs abdeckt. Ein weiteres Drittel der Befragten (konkret 34 Prozent) bekommt zumindest einen Teil der Kosten refundiert.

Besitz einer ambulanten Sonderklassenversicherung



Frage 4: Haben Sie eine private Krankenversicherung, die den Besuch bei einem Wahlarzt abdeckt?

Dokumentation der Umfrage BR1154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

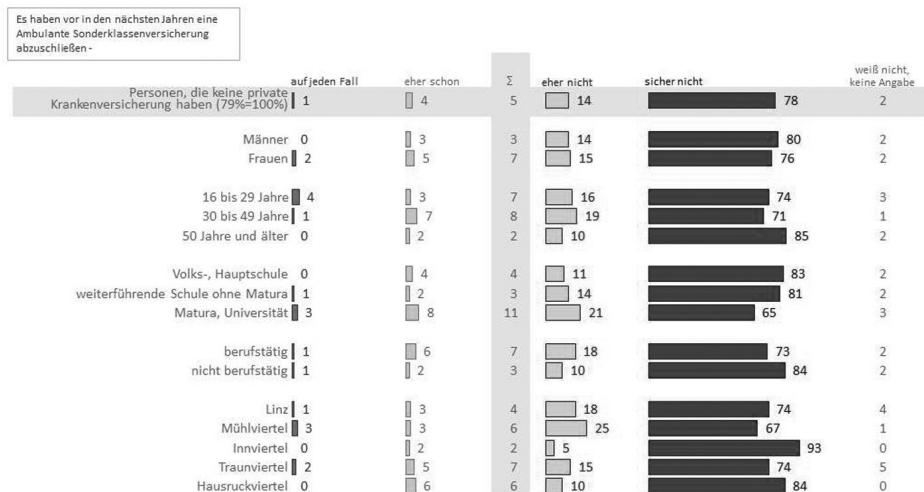
Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

Nur 5 Prozent der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen, die derzeit noch keine ambulante Sonderklassenversicherung besitzen, planen eine solche in den nächsten Jahren abzuschließen. Für den Rest, also für 14 Prozent, kommt dies eher weniger in Frage, und weitere 78 Prozent sind sich sicher, dass sie solch eine Versicherung auf keinen Fall abschließen werden.

Das Potential einer ambulanten Sonderklasseversicherung ist unter den Personen mit höherer Bildung durchaus größer: 11 Prozent der Personen mit mindestens Maturaabschluss ziehen es in Erwägung, solch eine Versicherung in der nahen Zukunft abzuschließen.

Potential einer ambulanten Sonderklassenversicherung



Frage 5: Haben Sie vor in den nächsten Jahren eine private Zusatzversicherung, also eine ambulante Sonderklassenversicherung abzuschließen, oder eher nicht?

Dokumentation der Umfrage BR1154
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Personen, die keine private Krankenversicherung haben (79%=100%)
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUTE

Die größten Vorteile, die sich jene Personen erwarten, die in Zukunft eine ambulante Sonderklassenversicherung planen, liegen vor allem im größeren medizinischen (auch alternativmedizinischen) Angebot und in den verringerten Wartezeiten.

Konkret erwarten 92 Prozent der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen, die in Erwägung ziehen, in Zukunft eine ambulante Sonderklassenversicherung abzuschließen, dass es keine Einschränkungen auf kassenmedizinische Leistungen geben wird. Vier Fünftel (81 Prozent) erwarten, dass es zu keinen bzw. zu weniger Wartezeiten kommt, indem sie einen Fixtermin bekommen; jeweils 72 Prozent erwarten, dass auch alternativmedizinische Behandlungen (Homöopa-

thie, Akupunktur, Chiropraktik, etc.) übernommen werden, ebenso wie die Kosten anderer Gesundheitsberufe, wie Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Massagen etc. Außerdem erwartet man ein größeres Angebot an Hauskrankenpflege und Rehabilitationsaufenthalten.

Gut zwei Drittel erwarten sich außerdem flexiblere Terminvereinbarungen; 60 Prozent der Befragten würden sich die Übernahme der Kosten von Medikamenten, Impfungen und Heilbehelfen, wie Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte etc., erwarten. Für 58 Prozent der potentiellen Sonderklassenversicherten sollen auch die Kosten für Vorsorgemaßnahmen, wie die Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung oder sportmedizinische Beratung, abgegolten werden. Schließlich versprechen sich 54 Prozent der Respondenten die Verordnung von „besseren“ Medikamenten, indem sie die Originale statt Generika bekommen, und immerhin 44 Prozent erwarten sich die Anwendung neuester Diagnose-, Behandlungs- und Prophylaxemethoden und -programme.



5. Zufriedenheit mit dem Kassenarzt

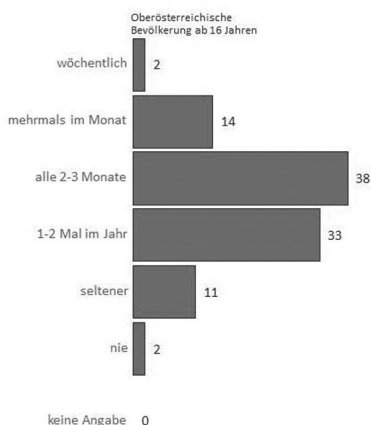
Nahezu jeder Oberösterreicher und jede Oberösterreicherin besucht grundsätzlich einen Kassenarzt. Konkret geben 98 Prozent der Befragten an, einen Kassenarzt, unabhängig davon, ob es sich um einen Hausarzt oder einen Facharzt handelt, zu besuchen. Was die Besuchshäufigkeit betrifft, so geben 2 Prozent der Respondenten an, wöchentlich einen Kassenarzt aufzusuchen, weitere 14 Prozent tun dies mehrmals im Monat. Die Mehrheit – konkret 38 Prozent – sucht alle 2 bis 3 Monate einen Kassenarzt auf, und ein weiteres Drittel (33 Prozent) ein- bis zweimal im Jahr. 11 Prozent gehen noch seltener zum Kassenarzt. 11 Prozent gehen noch seltener zum Kassenarzt.

Ältere Personen, also Personen, die über 50 Jahre alt sind, gehen häufiger zu einem Kassenarzt als jüngere Befragte. Auch Frauen besuchen tendenziell häufiger einen Kassenarzt als Männer. Das Gleiche kann von Familien mit Kindern berichtet werden: Leben Kinder mit im Haushalt, so ist die Besuchshäufigkeit eines Kassenarztes deutlich höher. Die Tatsache hingegen, ob man privat zusatzversichert ist oder nicht, wirkt sich nicht auf die Besuchshäufigkeit eines Kassenarztes aus.

Chart 9

Häufigkeit des Besuchs eines Kassenarztes

Es besuchen einen Kassenarzt -



Frage 7: Wechseln wir kurz das Thema und sprechen wir über die Kassenärzte und zwar sowohl über die Hausärzte als auch die Fachärzte. Wie häufig besuchen Sie einen Kassenarzt?

Dokumentation der Umfrage BR1154
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

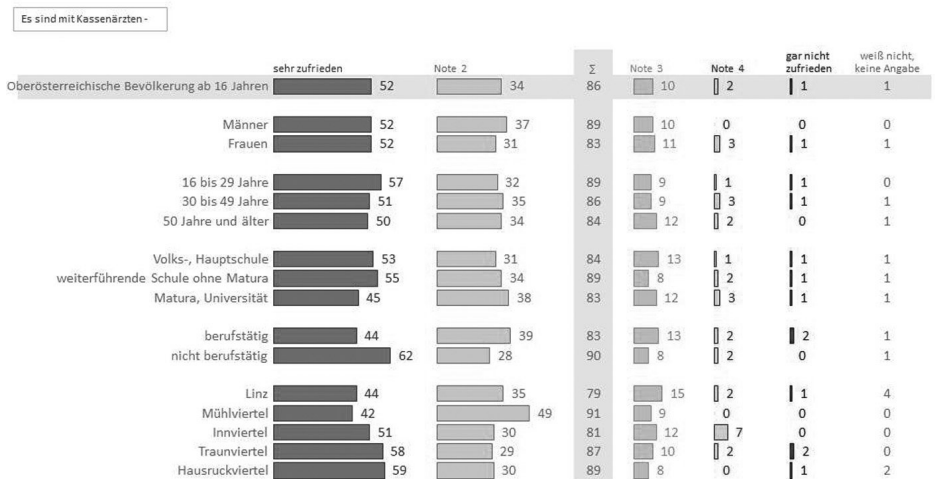
Generell wird hohe Zufriedenheit mit dem Kassenarzt in Oberösterreich angegeben: Mehr als jeder zweite befragte Oberösterreicher und jede zweite befragte Oberösterreicherin (52 Prozent) sind mit ihrem Kassenarzt sehr zufrieden. Ein weiteres gutes Drittel (34 Prozent) vergibt seinem Kassenarzt die Schulnote 2, ist demnach also zufrieden mit ihm/ihr. Jeder Zehnte bewertet die Leistung des Kassenarztes mit befriedigend. 3 Prozent sind hingegen mit ihrem Kassenarzt weniger (2 Prozent) bis gar nicht zufrieden (1 Prozent). Das ist ein gutes Zeugnis für die Haus- und Fachärzte in Oberösterreich.

Analysiert man diese Ergebnisse nach Untergruppen, so sind Frauen und ältere Personen leicht kritischer in ihrer Bewertung. Auch das Bildungsniveau spielt eine Rolle in der Bewertung der Kassenärzte. Personen mit höherer Bildung vergeben häufiger die Noten 3 bis 5, sind also nicht ganz so zufrieden wie Personen mit geringerer Schul- und Ausbildung bzw. urteilen in Summe kritischer.

Sehr interessant sind auch die regionalen Unterschiede in der Beurteilung der Mediziner: Leicht unzufriedener sind die Linzer und die Innviertler. Die Traunviertler und die Bewohner des Hausruckviertels vergeben hingegen überdurchschnittlich häufig eine sehr gute Note.

Chart 10

Hohe Zufriedenheit mit Kassenärzten



Frage 8: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kassenärzten? Bitte bewerten Sie das anhand von Schulnoten wobei 1 bedeutet sehr zufrieden und 5 bedeutet gar nicht zufrieden. Dazwischen können Sie abstufen! (6= keine Angabe)

Dokumentation der Umfrage BR1154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUTE

Die Vertrauenswürdigkeit ist das, was die Oberösterreicher und Oberösterreicherrinnen an ihren Kassenärzten besonders schätzen. Konkret antworteten bei der

Frage nach den Eigenschaften, die die Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen an ihren Kassenärzten besonders schätzen, knapp drei Viertel (73 Prozent) mit: „Ich kann ihm/ihr vertrauen“. Ein weiteres Fünftel kann seinem Kassenarzt auch noch vertrauen. In Summe schätzen also 92 Prozent der Befragten die Vertrauenswürdigkeit ihrer Kassenärzte. Interessant ist, dass diese Einschätzung sehr homogen erfolgte: Weder beim Geschlecht noch beim Alter, beim Bildungsniveau oder der Regionalität sind Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit der Vertrauenswürdigkeit eines Kassenarztes feststellbar.

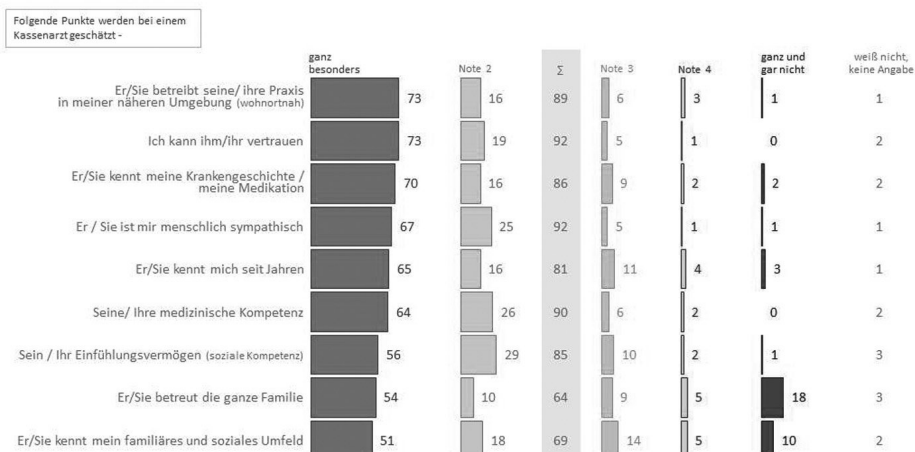
Auch die Wohnortnähe der Praxis wird von knapp 9 von 10 Oberösterreichern und Oberösterreicherinnen sehr (73 Prozent) bis auch noch (16 Prozent) geschätzt. Dass der Kassenarzt in unmittelbarer Wohnortnähe seine Praxis hat, ist vor allem für die Bewohner am Land und in den klein- und mittelgroßen Städten sehr wichtig.

Ganz besonders geschätzt wird von 70 Prozent, dass der Kassenarzt die Krankheit und die Medikation kennt, und von weiteren 16 wird diese Tatsache auch noch geschätzt. Diesen Punkt schätzen vor allem ältere Personen und Personen mit niedriger Schul- und Ausbildung bei ihrem Kassenarzt. Auch unter den zwei Geschlechtern gibt es Unterschiede in der Bewertung dieses Punktes: Für Frauen ist es wichtiger, dass der Kassenarzt ihre Krankengeschichte und Medikation kennt.

Auch Sympathie spielt eine große Rolle: Zwei Drittel der Befragten geben an, dass ihnen ihr Kassenarzt ganz besonders sympathisch ist (67 Prozent) und einem

Chart 11

Geschätzte Eigenschaften/ Ereignisse bei einem Kassenarzt



Frage 9: Hier sind verschiedene Punkte aufgeschrieben, die bei einem Kassenarzt besonders geschätzt werden können, oder auch nicht. Was trifft auf Sie zu? Was schätzen Sie bei Ihren Kassenärzten? Bitte geben Sie das anhand von Schulnoten an. 1 bedeutet dabei das schätzen Sie an Ihren Kassenarzt ganz besonders und 5 bedeutet das schätzen Sie an Ihrem Kassenarzt ganz und gar nicht. Dazwischen können Sie abstufen.

Dokumentation der Umfrage BR1154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

weiteren Viertel (25 Prozent) ist der Kassenarzt auch noch sympathisch. 81 Prozent geben zu Protokoll, dass sie an ihrem Kassenarzt schätzen, dass er sie seit Jahren kennt, und für 90 Prozent ist seine medizinische Kompetenz besonders wichtig. Soziale Kompetenz, also das Einfühlungsvermögen, schätzen 56 Prozent ganz besonders und 29 Prozent auch noch. Immerhin für rund zwei Drittel ist es nicht unerheblich, dass der Kassenarzt auch die gesamte Familie (64 Prozent) und das soziale Umfeld (69 Prozent) kennt.

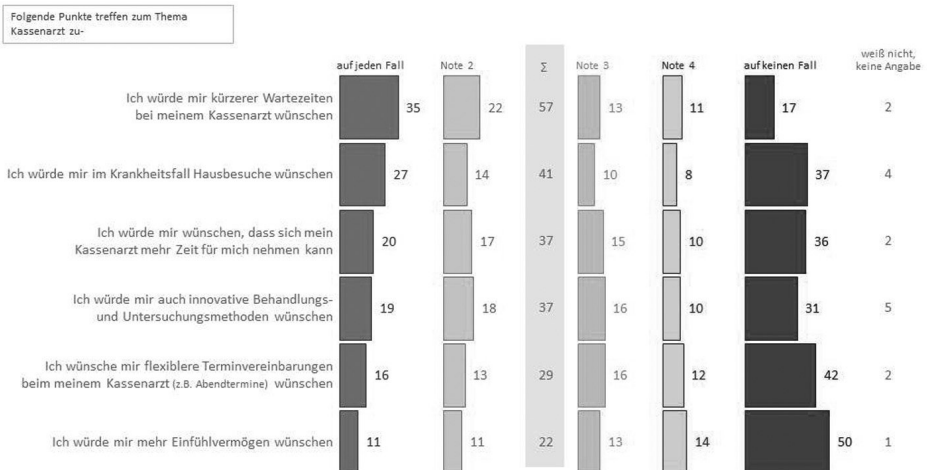
Hätten die Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen einen Wunsch an ihren Kassenarzt frei, so würden sie sich kürzere Wartezeiten wünschen. Konkret geben 35 Prozent der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen an, sich auf jeden Fall kürzere Wartezeiten zu wünschen, und weitere 22 Prozent wünschen sich auch noch kürzere Wartezeiten. Berufstätige äußern diesen Wunsch überdurchschnittlich häufig, und auch Frauen wollen nicht so lange warten.

Hausbesuche im Krankheitsfall sind für 27 Prozent ein sehr wichtiges Thema und für weitere 14 Prozent ist dies auch noch ein wichtiges Thema. Das heißt, dass Hausbesuche im Krankheitsfall vom eigenen Kassenarzt insgesamt für 41 Prozent der Befragten durchaus ein wichtiges Thema wäre.

37 Prozent der Respondenten wünschen sich mehr Zeit von ihrem Kassenarzt. Interessant ist, dass vor allem jüngere Personen, also Personen zwischen 16 und 29 Jahren, und Frauen eine längere Betreuung durch ihren Kassenarzt einfordern. Es

Chart 12

Anforderungen und Wünsche an den Kassenarzt



Frage 10: Hier sind nochmals ein paar Punkte zum Thema Kassenarzt aufgeschrieben. Welche davon treffen auf Sie zu. Bitte geben Sie das erneut anhand von Schulnoten an. 1 bedeutet das trifft auf jeden Fall zu und 5 bedeutet das trifft auf keinen Fall zu. Dazwischen können Sie abstufen.

Dokumentation der Umfrage BR1154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

scheint, als sei das Thema Zeit eher in der Landeshauptstadt ein sehr wichtiges Thema: Während sich oberösterreichweit 37 Prozent der Befragten mehr Zeit von ihrem Kassenarzt wünschen, so tut dies sogar jeder zweite Linzer.

37 Prozent wünschen sich weiter innovative Behandlungsmethoden. Vor allem für Frauen und jüngere bzw. mittlere Altersgruppen sind innovative Behandlungsmethoden besonders attraktiv.

29 Prozent wünschen sich flexiblere Terminvereinbarungen, z.B. Termine auch am Abend. Das Thema Flexibilität bei den Terminen ist eher für die Linzer und die berufstätigen Personen besonders von Interesse.

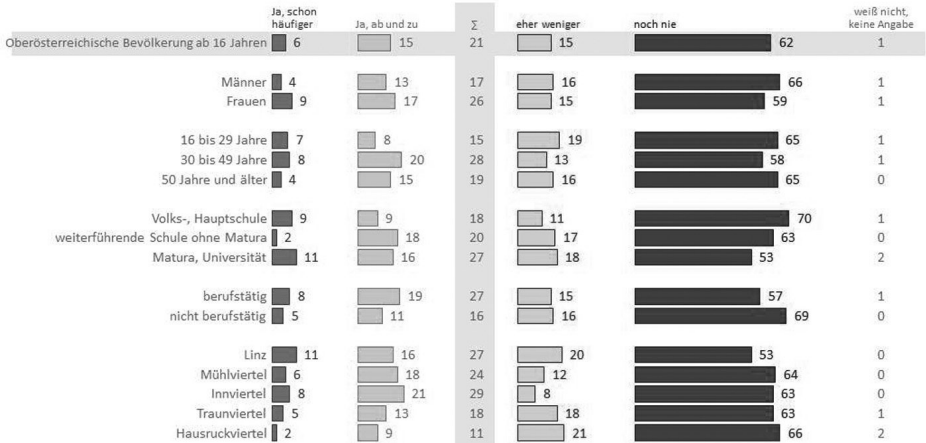
Mehr Einfühlvermögen fordern hingegen nur 22 Prozent ein. Der Punkt „Einfühlbarkeit“ korreliert (negativ) mit der Höhe der Schul- und Ausbildung. Je niedriger das Bildungsniveau ist, desto häufiger wird es gewünscht. Sowohl Alter und Geschlecht als auch Regionalität und Wohnortgröße diskriminieren hingegen nicht.

6. Wechselbereitschaft, Wechselhäufigkeit und damit verbundene Barrieren

Die Wechselbereitschaft des Kassenarztes in Oberösterreich ist gering. Nur jeder Fünfte (21 Prozent) der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen hat schon ab und zu (15 Prozent) oder gar schon öfter (6 Prozent) mit dem Gedanken gespielt, einen oder mehrere Kassenärzte zu wechseln. Hingegen haben fast zwei Drittel (62 Prozent) der Befragten noch nie darüber nachgedacht, einen ihrer Kassenärzte zu wechseln, und weitere 15 Prozent haben bisher eher weniger darüber nachgedacht. Vor allem Frauen und Personen zwischen 30 und 49 Jahren haben schon häufiger den einen oder anderen Gedanken daran verloren, ihren Kassenarzt zu wechseln. Auch das Bildungsniveau und die Berufstätigkeit wirken sich auf die Wechselbereitschaft positiv aus. Gleichzeitig sind auch regionale Unterschiede messbar: Die Linzer und Linzerinnen haben bereits häufiger an einen Wechsel gedacht. Da das Angebot an Kassenärzten in der Landeshauptstadt sicherlich höher ist als in den anderen Regionen, kommt dies weniger überraschend. Am geringsten ist hingegen die Wechselbereitschaft im Hausruckviertel und im Traunviertel.

Wechselbereitschaft des Kassenarztes

Es haben schon an einen Wechsel gedacht -



Frage 11: Haben Sie schon einmal an einen Wechsel eines oder mehrerer ihrer gewohnten Kassenärzte gedacht?

Dokumentation der Umfrage BR11.54
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

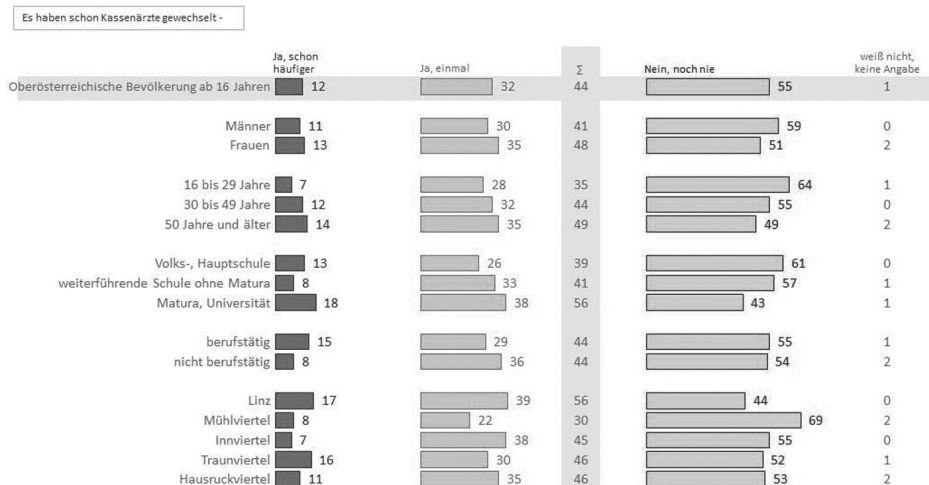
Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

Mehr als die Hälfte der Befragten (55 Prozent) hat noch nie einen Kassenarzt gewechselt. Zwei Fünftel (44 Prozent) haben zumindest einmal ihren Kassenarzt gewechselt. Konkret haben 32 Prozent der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen schon einmal einen Kassenarzt gewechselt, weitere 12 Prozent schon häufiger. Frauen und Personen mit höherer Bildung haben schon häufiger den einen oder den anderen Kassenarzt gewechselt. Am treuesten sind die Bewohner des Mühlviertels: nur 30 Prozent haben dort ihren/ihre Kassenarzt/Kassenärzte gewechselt. In Linz hingegen war schon über die Hälfte, konkret 56 Prozent, mindestens einmal „untreu“.

Besonders schwer wiegt für die Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen, dass der neue Kassenarzt sie bei einem potentiellen Wechsel nicht kennt und demnach nicht mit ihrer Krankengeschichte vertraut ist. Auch die Distanz der Praxis vom Wohnort und das Vertrauen, das zu einem neuen Arzt noch nicht aufgebaut ist, halten von einem möglichen Wechsel des Kassenarztes ab.

Wechselhäufigkeit des Kassenarztes



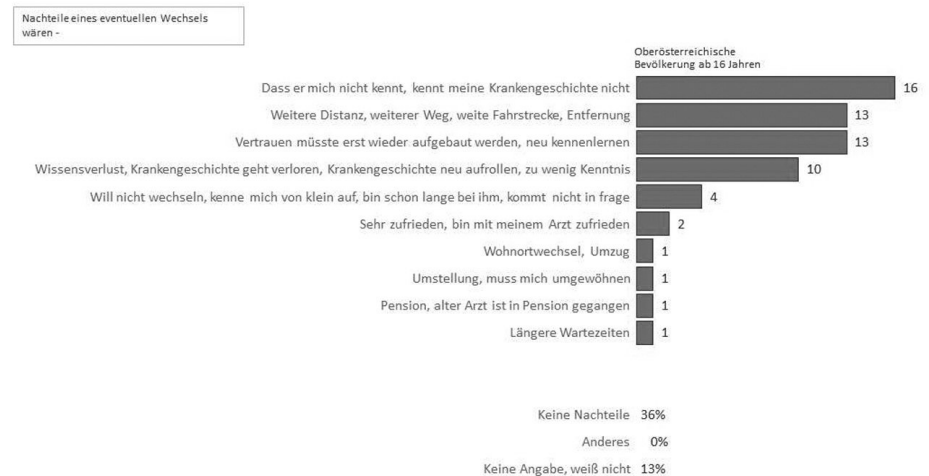
Frage 12: Und haben Sie schon einmal oder häufiger einen oder mehrere Ihrer gewohnten Kassenärzte gewechselt, oder ist das nicht der Fall?

Dokumentation der Umfrage BR1154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

Nachteile eines potentiellen Wechsels



Frage 13: Welche Nachteile hätte ein eventueller Wechsel eines oder mehrerer Ihrer Kassenärzte für Sie?

Dokumentation der Umfrage BR1154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

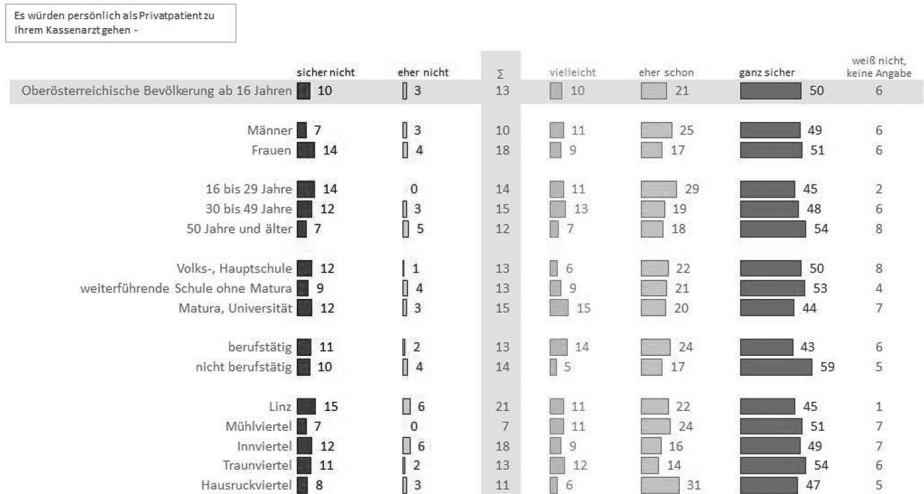
Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

7. Besuch des Kassenarztes als Privatpatient und mögliche Vorteile

Gäbe es die Möglichkeit, einen Kassenarzt auch als Privatpatient zu konsultieren, würden dies knapp drei Viertel der Oberösterreicher tun. Konkret gibt jeder zweite Oberösterreicher und jede zweite Oberösterreicherin an, dass sie ihre Kassenärzte auch als Privatpatienten konsultieren würden, wenn die Möglichkeit bestünde. Ein weiteres gutes Fünftel (21 Prozent), eher schon und jeder zehnte Befragte, würde vielleicht als Privatpatient zu seinem Kassenarzt gehen. Das ergibt in Summe ein sehr hohes Potential. Weniger begeistert von dieser Idee sind 13 Prozent der Befragten: jeder Zehnte gibt an, seinen Kassenarzt auf keinen Fall als Privatpatient zu konsultieren – falls dies möglich wäre –, und weitere 3 Prozent sprechen sich eher dagegen aus. Ältere Personen und Personen, die nicht berufstätig sind (also auch Pensionisten) würden überdurchschnittlich häufig ihren Kassenarzt auch als Privatpatient besuchen. Frauen und Einwohner der Landeshauptstadt sprechen sich hingegen häufiger dagegen aus.

Potential des Besuches des Kassenarztes als Privatpatient



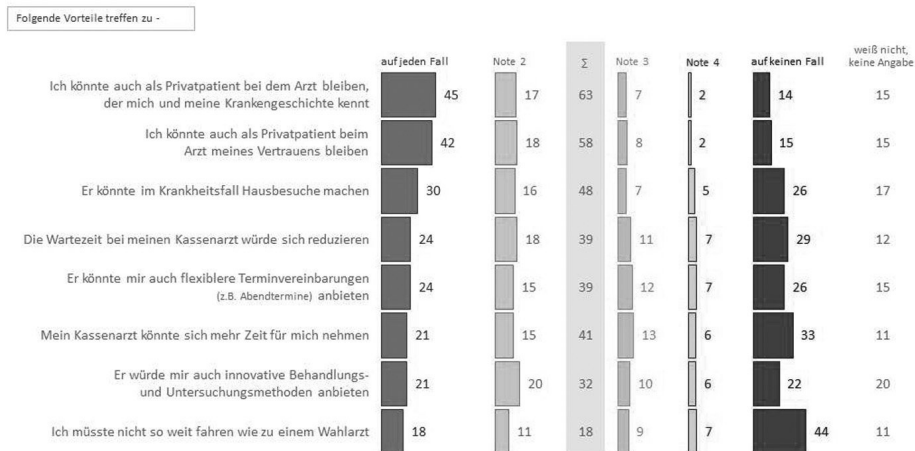
Dokumentation der Umfrage BR1154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUTE

Wäre es möglich, einen Kassenarzt auch als Privatpatient zu konsultieren, so ergeben sich folgende Vorteile für die Patienten: 63 Prozent geben an, dass sie so die Möglichkeit hätten, weiterhin jenen Arzt besuchen zu können, der ihre Krankengeschichte kennt, und für weitere 58 Prozent ist es wichtig, dass dieser der Arzt ihres Vertrauens ist. Auch Hausbesuche im Krankheitsfall sind für knapp jeden Zweiten (48 Prozent) ein Grund, ihren Kassenarzt auch als Privatpatient besuchen zu wollen. Eine Reduktion der Wartezeit und eine Flexibilisierung dieser erwarten sich jeweils 39 Prozent der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen. 41 Prozent sehen als Vorteil, dass sich dann der Kassenarzt mehr Zeit für sie nehmen könnte, und 32 Prozent würden sich in diesem Fall innovative Behandlungsmethoden vorstellen. Für 18 Prozent liegt der Vorteil darin, dass sie nicht so weite Fahrstrecken wie bis zu ihrem Wahlarzt zurücklegen müssten.

Erwartete Vorteile des Besuches eines Kassenarztes als Privatpatient



Frage 14: Bisher ist es für Kassenärzte nicht möglich auch Privatpatienten zu behandeln. Welche Vorteile hätte es Ihrer Meinung nach, wenn Sie Ihren bisherigen Kassenarzt als Privatpatient aufsuchen könnten? Bitte geben Sie das erneut anhand von Schulnoten an. 1 bedeutet das trifft auf jeden Fall zu und 5 bedeutet das trifft auf keinen Fall zu. Dazwischen können Sie abstufen.

Dokumentation der Umfrage BR1154
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

Die hohe Zufriedenheit mit den Kassenärzten ist das Hauptargument, warum man diese auch als Privatpatient aufsuchen würde: Konkret geben 31 Prozent jener Befragten, die sich (vielleicht) vorstellen können, ihre Kassenärzte auch als Privatpatienten zu konsultieren, an, dass sie mit ihnen zufrieden sind. Je 16 Prozent begründen ihre Antwort damit, dass sie dem Arzt vertrauen und dass er sie bzw. auch ihre Krankengeschichte kennt. Der Preis bzw. die Kosten schrecken hingegen jene Personen ab, die es sich weniger bis gar nicht vorstellen können, einen Kassenarzt als Privatpatient zu besuchen. Jeder Zehnte gibt an, er würde

Begründung für diese Entscheidung

Es würden sich so entscheiden -



Frage 16: Bitte begründen Sie Ihre Meinung! Warum würden Sie so entscheiden?

Dokumentation der Umfrage BR11.54
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die österreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Österreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

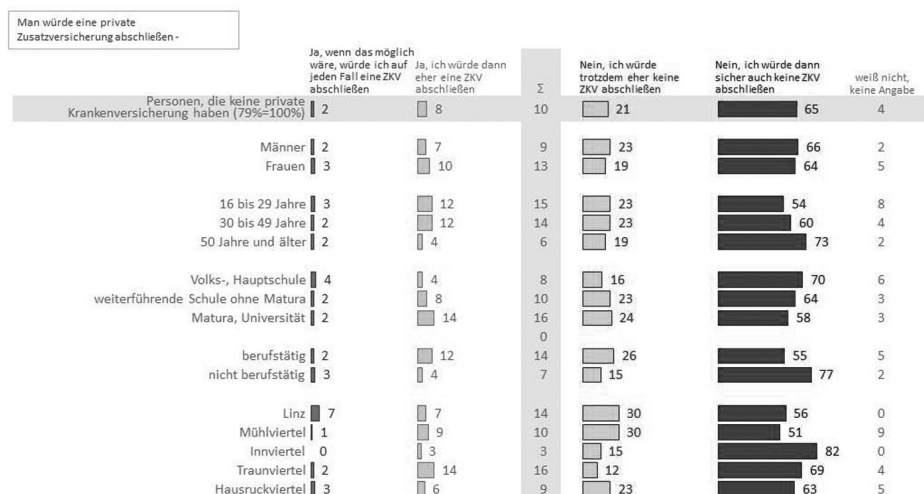
den Kassenarzt vermutlich bzw. ganz sicher nicht als Privatpatient besuchen, weil dies zu teuer ist. Weitere 5 Prozent fragen sich, warum sie zusätzlich für etwas bezahlen sollen, dass zurzeit kostenlos ist. Die Unzufriedenheit hingegen mit dem derzeitigen Kassenarzt ist nur für 5 Prozent ein Grund, diesen nicht auch als Privatpatienten zu besuchen. Das Hauptargument gegen einen Privatbesuch ist die Zufriedenheit mit dem Status quo bezüglich den derzeitigen Kassenärzten.

8. Potential und Zahlbereitschaft bei der ambulanten Zusatzversicherung

Knapp drei Viertel der befragten Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen würden es nicht ausschließen bzw. könnten sich sehr gut vorstellen, einen Kassenarzt auch als Privatpatient zu besuchen, und jeder Zehnte von denen, die derzeit noch keine private Zusatzkrankenversicherung besitzen, die die Kosten eines Wahlarztes (teilweise) übernimmt, würde solch eine abschließen. Das Potential einer privaten Zusatzkrankenversicherung liegt damit bei rund 10 Prozent. Personen der Altersgruppe der 16- bis 49-Jährigen, Frauen und höher Gebildete sind tendenziell häufiger bereit, sich privat zusätzlich abzusichern.

Die Mehrheit derer, die es sich vorstellen könnte, eine ambulante Zusatzkrankenversicherung abzuschließen, bei der die Kosten für den Wahlarzt und Kassenarzt als Privatpatient sowie Physiotherapie, Medikamente, Alternativmedizin abgedeckt sind, wären monatlich bereit, bis maximal 50 Euro dafür zu bezahlen. Gut jeder Fünfte (22 Prozent) würde dafür zwischen 50 und 100 Euro bezahlen und 7 Prozent sogar mehr.

Potential der privaten Zusatzversicherung



Frage 17: Würden Sie (eher) eine private Zusatzkrankenversicherung (ZKV) abschließen, wenn Sie auch als Privatpatient zu Ihrem Kassenarzt / Ihrer Kassenärztin gehen könnten? Würden Sie sagen –

Dokumentation der Umfrage BR11154:
n=500 telefonische CATI-Interviews repräsentativ für die oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren
Erhebungszeitraum: 08. bis 16. August 2013; maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

Basis: Personen, die keine private Krankenversicherung haben (79%=100%)
(Ergebnisse in Prozent)

market
INSTITUT

9. Zusammenfassung

Die Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen sind mit den niedergelassenen Ärzten in ihrer Wohnregion sehr zufrieden. Knapp jeder Zweite (47 Prozent) vergibt den niedergelassenen Ärzten die Schulnote 1 und ein weiteres Drittel die Note 2.

Wahlärzte werden durchaus regelmäßig von jedem Fünften konsultiert. Dabei geben sogar 4 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen an, ausschließlich oder nahezu ausschließlich einen Wahlarzt zu besuchen. Es sind vor allem Frauen und Personen zwischen 30 und 49 Jahren mit eher höherer Bildung, die Wahlärzte präferieren. Für drei Viertel der Befragten ist es sehr einfach bzw. einfach, einen Wahlarzt in der Region zu erreichen – etwas schwieriger scheint dies nur im Innviertel zu sein.

17 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen besitzen eine ambulante Sonderklassenversicherung. Dabei deckt diese bei 8 Prozent den Besuch des Wahlarztes zu Gänze ab und bei weiteren 9 Prozent zumindest teilweise. Geplant wird der Abschluss solch einer Versicherung in den nächsten Jahren von nur 1 bis 5 Prozent. Die größten Vorteile, die sich jene Personen erwarten, die in Zukunft eine ambulante Sonderklassenversicherung planen, liegen vor allem im größeren medizinischen (auch alternativmedizinischen) Angebot und in den verringerten Wartezeiten. Auch die Übernahme der Kosten anderer Gesundheitsberufe, wie Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Massagen etc., ein größeres Angebot an Hauskrankenpflege und Rehabilitationsaufenthalten würden sich potentielle Kunden erwarten.

Die Mehrheit der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen (38 Prozent) besuchen alle 2 bis 3 Monate einen Kassenarzt und weitere 33 Prozent suchen ein- bis zweimal im Jahr einen Kassenarzt auf. Häufiger sind 16 Prozent bei ihrem Kassenarzt und 11 Prozent seltener. Schließlich geben 2 Prozent an, nie einen Kassenarzt zu besuchen. Die Kassenärzte bekommen ein gutes Zeugnis von ihren Patienten. Mehr als die Hälfte der Befragten sind mit ihren Kassenärzten sehr zufrieden und 34 Prozent sind zufrieden. Vor allem die Wohnortnähe, die Vertrauenswürdigkeit, die persönliche Sympathie und die Tatsache, dass der Arzt die eigene Krankengeschichte und Medikation kennt, werden beim Kassenarzt von seinen Patienten besonders geschätzt. Geringere Wartezeiten und Hausbesuche im Krankheitsfall wären hingegen Punkte, die man sich von den Kassenärzten verstärkt wünschen würde. Die hohe Zufriedenheit mit dem Kassenarzt führt zu einer sehr geringen Wechselbereitschaft: Nur jeder fünfte Befragte denkt daran, seinen Kassenarzt zu wechseln. Konkret gewechselt wurde ein Kassenarzt nur von gut zwei Fünftel der

befragten Oberösterreicher. Eher ungern wird der Kassenarzt gewechselt, weil ein neuer Kassenarzt den Patienten und damit auch dessen Krankengeschichte nicht gut kennt. Aber auch die Distanz bzw. die längere Wegstrecke schreckt viele ab.

Gäbe es die Möglichkeit, einen Kassenarzt auch als Privatpatient zu konsultieren, würden dies knapp drei Viertel der Oberösterreicher insgesamt tun. Und dies, weil sie mit ihren Kassenärzten sehr zufrieden sind. Besonders vorteilhaft wäre für sie, dass sie weiterhin jenen Arzt besuchen zu können, der ihre Krankengeschichte kennt und dem sie vertrauen. Aber auch Hausbesuche im Krankheitsfall, eine Reduktion der Wartezeit und eine Flexibilisierung der Terminvereinbarung erwarten sich potentielle Privatpatienten. Gegen einen Besuch des Kassenarztes als Privatpatient spricht hingegen das Thema Kosten.

Aus der großen Zufriedenheit mit den Kassenärzten, der geringen Wechselbereitschaft und den Vorteilen, die sich die Befragten aus dem Besuch als Privatpatient beim Kassenarzt erwarten, ergibt sich auch ein großes Potential zum Abschluss einer ambulanten Zusatzversicherung. Obwohl nur 17 Prozent der Befragten angeben, bereits über eine private Versicherung, die Wahlarztkosten (teilweise) übernimmt, zu verfügen und lediglich weitere 5 Prozent angeben, in den nächsten Jahren eine ambulante Sonderklasseversicherung abschließen zu wollen, wären im Falle der Möglichkeit, als Privatpatient zum Kassenarzt gehen zu können, ganze 10 Prozent der Befragten, die noch über keine ambulante Zusatzversicherung verfügen, bereit, eine solche abzuschließen. Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen die Möglichkeit, als Privatpatient zu ihrem Kassenarzt (Haus- und Fachärzte) gehen zu können, begrüßen würden und sich dadurch auch die Versichertenrate bei der ambulanten Zusatzversicherung erhöhen würde.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Vorschläge für eine Integration privater Finanzmittel in den öffentlichen Gesundheitssektor

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

1. Einführung	86
2. Zusätzliches Geld in den öffentlichen Sektor bringen	89
3. Steuerung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen	92
4. Besonderes Risikoverhalten	94
5. Leistungen an der Grenze zwischen Medizin und Wellness	94
6. Vorsorgemedizin	95

Schon immer haben monetär bessergestellte Personen die Möglichkeit, sich private Zusatzleistungen im Gesundheitssystem zuzukaufen. Dies ist völlig legitim und kann auch nicht verhindert werden. Anstatt aber weiter dem völlig unrealistischen Bild eines unterschiedslosen Gesundheitssystems nachzujagen, sollte versucht werden, private Mittel so zu kanalisieren, dass sie das öffentliche Gesundheitssystem stützen und damit einen gewissen sozialen Ausgleich schaffen. Dieser Artikel zeigt Möglichkeiten auf, wie dies erreicht werden könnte, ohne der gefürchteten Zwei-Klassen-Medizin Vorschub zu leisten.

1. Einführung

In ganz Europa werden die Leistungen der öffentlichen Gesundheitssysteme (zumindest wenn man auch die Geldleistungen berücksichtigt) aus drei wichtigen Quellen gespeist, nämlich aus Versicherungsbeiträgen, Steuern und Privatzahlungen.

Davon macht auch Österreich keine Ausnahme, wo immerhin rund ein Fünftel der Gesundheitsausgaben privat finanziert wird. Bei der Frage, inwieweit diese Privatmittel ausschließlich dazu verwendet werden, die individuellen Bedürfnisse des Zahlers zu befriedigen oder sie umgekehrt auch dem gesamten öffentlichen Gesundheitssystem zugutekommen, ergibt sich derzeit ein sehr differenzierter Befund. Zuzahlungen des Patienten, bzw. Selbstzahlungen des Patienten mit Kostenbeteiligung aus öffentlichen, insbesondere Sozialversicherungsgeldern, finden sich in Österreich vornehmlich bei Arzneimitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln, wo sie offensichtlich auch gesellschaftlich akzeptiert und Alltag sind. Viel verkrampfter wird hingegen an das Thema privater Zuzahlungen zu öffentlich finanzierten ärztlichen Leistungen herangegangen. Die Selbstbeteiligungen für extramurale ärztliche Leistungen werden weder dort, wo sie nicht bestehen, also bei den Gebietskrankenkassen, noch dort, wo es sie von jeher gibt, nämlich bei den Sonderversicherungsträgern, groß thematisiert. Es wird offenbar darauf vertraut, dass jahrzehntealte Gegebenheiten ohnehin von den Betroffenen nicht ernsthaft hinterfragt werden, während jede Änderung höchst sensibel ist. Dort, wo die Verschränkung privater und öffentlicher Mittel am augenfälligsten erfolgt, nämlich im Rahmen der Sonderklasse in öffentlichen Spitälern, flammt alle paar Jahre eine äußerst populistische politische Diskussion auf, allerdings vor dem Hintergrund, dass die öffentlichen Krankenanstalten auf diese Mittel weder verzichten wollen noch können. Im Ergebnis ist jedenfalls eine immer stärker werdende Segmentierung des Versorgungsangebots für die österreichische Bevölkerung festzustellen. Durch Kostendämpfungsmaßnahmen im Spitalsbereich entstehen zunehmend längere Wartezeiten im Vergleich zur Sonderklasse und vor allem im Vergleich zu den Privatspitälern. Im extramuralen Bereich zeigt sich ein steter Trend zu immer mehr Privat-(Wahl-)Ärzten, und dies auf beiden Seiten: Ärzte – vor allem in schlecht versorgten Sonderfächern – überlegen sich immer häufiger, ob sie sich einen Kassenvertrag überhaupt antun. Für Versicherte ist der Wahlarzt zunehmend eine Option, wo man schneller einen Termin bekommt und sich der Arzt wesentlich mehr Zeit nehmen kann als unter den Bedingungen einer Kassenordination.

Dass der Staat es als seine Aufgabe sieht, den Einzelnen bei der Finanzierung schwerwiegender sozialer Risiken unter die Arme zu greifen, ist zweifellos eine

der großen gesellschaftspolitischen Errungenschaften der letzten 150 Jahre und in ganz Europa wohl unbestritten. Aus Sicht eines öffentlich regulierten Gesundheitssystems, das den Anspruch erhebt, notwendige Gesundheitsleistungen für jeden zugänglich zu machen, sind private Zahlungen im System naturgemäß höchst suspekt.

Wir sind allerdings überall – natürlich auch in Österreich – damit konfrontiert, dass die Bevölkerung bereit ist, für Gesundheitsleistungen privat Geld auszugeben, vor allem für Lifestyle und Wellnessprodukte. Das hängt wohl damit zusammen, dass auf der einen Seite das Gesundheitsbewusstsein steigt, auf der anderen Seite aber die Bereitschaft, zusätzliche Beiträge zur Solidargemeinschaft abzuliefern, bestenfalls stagniert. Wir stehen daher vor dem Phänomen, dass für die handfeste evidenzbasierte Schulmedizin die Mittel knapp werden und es zu Kontingentierungen kommt, während auf der anderen Seite der Markt für Güter der „sanften Medizin“ boomt. Es stellt sich daher die Frage, ob es nicht vernünftig wäre, zumindest einen Teil dieser privaten Mittel in den Sektor der öffentlich finanzierten Medizin zu kanalisieren.

Allerdings ist die gesellschaftspolitische Angst durchaus nachvollziehbar, dass ein zu starkes Eindringen privater Mittel in die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssektors dazu führen könnte, den gesellschaftlichen Konsens zur Solidarität mit den Schwerkranken und finanziell Schwachen in Frage zu stellen bzw. zumindest auszuhöhlen. Dabei ist aber auch zu bedenken, dass sich die Erwartungshaltungen an die öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung in den letzten Jahrzehnten weit über das hinaus entwickelt haben, was der Idee dieses Systems ursprünglich zugrunde lag. Dies liegt wohl nicht zuletzt daran, dass bei öffentlichen Gütern, die umsonst zur Verfügung gestellt werden, wenig Kostenbewusstsein entsteht und daher auch Bedürfnisse wesentlich weniger reflektiert werden als wenn man sich die verlangte Leistung selbst bezahlen müsste. In Österreich gilt für das Krankenversicherungssystem die in § 133 (2) ASVG festgeschriebene Formel, wonach eine Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen allerdings nicht überschreiten darf. Wenn man sich die tatsächliche Entwicklung ansieht, muss man feststellen, dass im Spitalsbereich in den letzten Jahrzehnten der Komfort in der allgemeinen Klasse der öffentlichen Spitäler ständig angestiegen ist, was natürlich für den einzelnen Patienten erfreulich ist, aber trotzdem die Frage aufwirft, ob das Maß des Notwendigen – zu dessen solidarischer Finanzierung sich die Gesellschaft verpflichtet hat – nicht manchmal auch überschritten wird. Für den extramuralen Bereich ist zu beobachten, dass die Krankenversicherungsträger schon aus Imagegründen das Selbstverständnis entwickelt haben, bestmögliche extramurale Leistung zu bieten, auch wenn dies mit den beschränkten Mitteln der Krankenversicherung gar nicht möglich und im Grunde genommen auch nicht Aufgabe der Solidargemeinschaft

ist. Man könnte sich daher wesentlich unbefangener an den Gedanken privater Zuzahlungen im öffentlichen System nähern, wenn man akzeptieren würde, dass das System der sozialen Sicherheit aus Solidarmitteln nur die wirklich medizinisch notwendigen Leistungen zu vermitteln hat, dass aber darüber hinaus gerade Kranke ein weitergehendes Bedürfnis nach besonderem Komfort und Zuwendung entwickeln – gegen das nichts zu sagen und noch weniger auszurichten ist –, dessen Abdeckung aber keine gesellschaftspolitische Aufgabe sein kann.

Gegen private Zahlungen im öffentlichen Gesundheitssystem wird auch immer das Bedenken vorgebracht, dass diese zu einer Zwei- oder Mehrklassenmedizin führen würden. Tatsächlich ist es wohl genau umgekehrt. Da der Staat nicht verbieten kann, private Leistungen im Gesundheitssystem nachzufragen, führt die Abschottung des öffentlichen Gesundheitssystems von privaten Mitteln nur zu einer – ohnehin in der Realität immer stärker zu beobachtenden – Segmentierung des Versorgungssystems. Auf der einen Seite öffentliche Krankenanstalten und Kassenärzte, die ständig Sparprogrammen unterworfen bzw. mit Limitierungen konfrontiert sind, wenn sie ihr Leistungsangebot ausweiten wollen. Auf der anderen Seite Privatspitäler und Wahlärzte, bei denen der Patient, der es sich leisten kann, ohne derartige von außen auferlegte Schranken Leistungen beziehen kann.

Es wäre daher hoch an der Zeit, darüber nachzudenken, wie private Zahlungen für ärztliche Leistungen zur Stützung des öffentlich finanzierten Gesundheitssystems eingesetzt und wie diese Mittel sinnvoll kanalisiert werden könnten. Private Zuzahlungen könnten wohl im öffentlichen Gesundheitssektor folgende Funktionen erfüllen:

- Im öffentlichen Spital führen die Zahlungen der Sonderklassepatienten bzw. ihrer Zusatzversicherungen schlicht und einfach dazu, dass für die gesamte personelle und apparative Infrastruktur mehr Mittel zur Verfügung stehen, die allen Patienten zugutekommen. Private Zuzahlungen könnten auch im extramuralen Bereich dazu beitragen, diesem mehr Mittel zuzuführen und ihn damit leistungsfähiger zu machen.
- Wenn man bedenkt, dass es schon eine Frage der Ethik ist, dass die öffentlich finanzierten, nur begrenzt zu Verfügung stehenden Mittel zweckmäßig ausgegeben werden, ist es auch notwendig, das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zu steuern, wozu u.a. private Zuzahlungen eingesetzt werden könnten.
- Private Zuzahlungen könnten dort verlangt werden, wo klar ist, dass privates Risikoverhalten zusätzliche Kosten für die Solidargemeinschaft verursacht.
- Private Zuzahlungen könnten bei Leistungen, bei denen die Grenze zwischen medizinischer Indikation und Wellness-Effekten fließend sind, eine gewisse Frequenzdämpfung erreichen.

- Eine Verknüpfung von privaten und öffentlichen Mitteln könnte schließlich dazu verwendet werden, den noch immer weit unterentwickelten Sektor der Vorsorgemedizin zu forcieren.

2. Zusätzliches Geld in den öffentlichen Sektor bringen

Für jedes System der sozialen Sicherheit stellt sich zunächst die Frage, welcher Personenkreis verpflichtend in die Solidargemeinschaft eingebunden wird. Vor allem stellt sich die Frage, ob finanziell entsprechend gutgestellte Bevölkerungsteile, die sich ohnehin selbst vor dem Risiko auflaufender Krankheitskosten schützen können, zwangsverpflichtet werden sollen. In Deutschland besteht daher beispielsweise eine Versicherungspflichtgrenze von derzeit (2013) 52.200,- jährlich, ab der ein Arbeitnehmer aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden und sich privat versichern kann.

In Österreich gibt es zwar – wie in den meisten Staaten mit Versicherungssystemen – eine derartige Versicherungspflichtgrenze nicht. Allerdings enthält § 85 GSVG einen ähnlichen Ansatz. Für die Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft besteht demnach eine Einkommensgrenze, ab der der Versicherte keinen Anspruch mehr auf Sachleistung hat. Im Krankheitsfall sucht er den Arzt (gleichgültig, ob Kassen- oder Wahlarzt) privat auf, hat allerdings Anspruch auf Kostenrückerstattung zu den Tarifen des Sachleistungssystems. Übersehen wird oft, dass auch das ASVG diesen Ansatz kennt. Mit BGBl 1962/13 wurde § 132 ASVG eingeführt, der ebenfalls der einzelnen GKK die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen der Satzung eine Sachleistungsgrenze festzulegen, wovon allerdings bisher nicht Gebrauch gemacht wurde.

Dieses System hat im Vergleich zum deutschen System seinen Charme. Es verhindert, dass sich Besserverdienende der Solidaritätsgemeinschaft entziehen können, weil die Versicherungspflicht für alle erhalten bleibt. Es ermöglicht aber gleichzeitig dem Besserverdiener, seinen Kassenarzt als Wahlarzt in Anspruch zu nehmen, was für das System wieder den Vorteil hat, dass damit private Mittel in den öffentlich finanzierten Sektor der Kassenärzte fließen. Diese Lösung wäre wohl auch aus der individuellen Sicht des besserverdienenden Patienten durchaus interessant, wenn man die ständige Diskussion um die Anhebung oder

gar Abschaffung der Höchstbeitragsgrundlage in Rechnung stellt. Eine derartige Abschaffung der Höchstbeitragsgrundlage würde für den Besserverdiener bedeuten, dass er mehr Beiträge zu bezahlen hat, trotzdem aber nicht zum Privatpatienten im Kassensystem wird. Es erscheint daher auch aus der Sicht derjenigen, die über der zu schaffenden Sachleistungsgrenze liegen würden, durchaus sinnvoll, ein solches System zu unterstützen.

Es wäre wohl naheliegend, diese Sachleistungsgrenze in Höhe der Höchstbeitragsgrundlage festzulegen. Würden alle Versicherten, die über der Höchstbeitragsgrundlage liegen, nur noch einen Geldleistungsanspruch haben und auch den Kassenarzt privat in Anspruch nehmen, würden die Mittel, die jetzt in toto in den privaten Markt abfließen, helfen, die Versorgungsstruktur mit Kassenärzten abzusichern.

Natürlich würde sich bei Abschaffung des Sachleistungsanspruchs für Personen über der Höchstbeitragsgrundlage auch die Frage der Tarifgestaltung für die private Inanspruchnahme von Kassenärzten aufwerfen. Dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass die Gruppe der davon Betroffenen (die wesentlich größer wäre als heute, wo es nur die Geldleistungsberechtigten nach dem GSVG sowie aufgrund einiger Sonderregelungen bestimmte Freiberufler trifft) vermutlich eine Abdeckung dieses zusätzlichen Risikos durch Privatversicherungen suchen würde. Privatversicherungen sind bei ihrer Tarifgestaltung aber dann, wenn sie eine volle Kostendeckungszusage geben sollen, darauf angewiesen, dass sie mit im Voraus fixierten Tarifen kalkulieren können. Dieses Problem wäre allerdings lösbar: so wäre denkbar, dass die privaten Versicherungen mit den Ärztekammern als Standesvertretung Privathonorare vereinbaren, die für privat aufgesuchte Kassenärzte auch verpflichtend einzuhaltende Honorarobergrenzen darstellen könnten.

Aus Gerechtigkeitsgründen sollte es allerdings auch für Versicherte, die die Sachleistungsgrenze nicht erreichen, möglich sein, zu denselben Bedingungen wie Geldleistungsberechtigte einen Kassenarzt aufzusuchen. Das bedeutet, dass auch Sachleistungsberechtigte die Möglichkeit erhalten müssten, Kassenärzte privat aufzusuchen und – im Gegensatz zur heutigen Rechtslage – einen Rückerstattungsanspruch gegenüber ihrer Krankenversicherung geltend machen.

In den Krankenanstalten existiert ein derartiges System, das es erlaubt, Privatleistungen im öffentlichen Sektor in Anspruch zu nehmen, bereits in Form der Sonderklasse, die öffentliche Krankenanstalten anbieten können. In der Praxis ergibt sich allerdings das Problem, dass private Zusatzversicherungen traditionell auf stationäre Aufenthalte fokussiert sind, während die medizinische Entwicklung immer stärker dahin geht, dass auch Spitalsleistungen ambulant angeboten werden können und damit in der Regel auch weniger Kosten verursachen.

Die oben angesprochene Sachleistungsgrenze im GSVG, die hier allgemein für alle Versicherungssysteme vorgeschlagen wird, gilt derzeit nur für die Inanspruchnahme extramuraler Leistungen. Das ist legitim, soweit eine stationäre Versorgung erforderlich wird, weil die damit verbundenen Kosten auch für Besserverdiener einer Absicherung durch die Solidargemeinschaft bedürfen. Fraglich ist, ob dies gleichermaßen für Leistungen der Spitalsambulanz gelten muss. Die Kosten derartiger Leistungen wären wohl genauso erschwinglich wie eine extramurale ärztliche Inanspruchnahme. Es wäre daher wohl auch durchaus sinnvoll, eine allgemeine Sachleistungsgrenze, die Personen mit Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage zu Privatzahlern mit Rückerstattungsanspruch macht, auch auf Spitalsambulanzen anzuwenden.

Die Vorteile einer Stärkung des Kassenbereichs mit zusätzlichen privaten Mitteln sind evident: Eine bessere finanzielle Ausstattung des Kassensektors würde dazu führen, dass mehr in die apparative Infrastruktur investiert und damit auch zur politisch gewünschten Spitalsentlastung beigetragen werden könnte. Zusätzliche Mittel würden es ermöglichen, insbesondere im Fachärztebereich eine wesentlich größere Dichte mit niedergelassenen Kassenärzten sicherzustellen. Vor allen Dingen aber würden diese Mittel helfen, der Gefahr zu begegnen, dass zukünftig Kassenstellen mangels Attraktivität gar nicht mehr besetzbar sind.

Natürlich muss damit auch in Kauf genommen werden, dass Privatpatienten dafür, dass sie höhere Honorare einbringen, auch Zusatzleistungen erwarten, vor allem wohl mehr Zuwendung durch den Arzt, kürzere Wartezeiten und besondere Flexibilität bei der Terminvereinbarung. Es ist nachvollziehbar, dass damit umgekehrt wieder die Sorge entstehen könnte, dass sich die Leistungen für Kassenpatienten deutlich verschlechtern würden, weil durch die Bevorzugung von Privatpatienten längere Wartezeiten entstehen könnten.

Dieser Gefahr könnte allerdings dadurch entgegengesteuert werden, dass Kassenärzte im Rahmen ihres Kassenvertrags schon einen bei der Ausschreibung definierten Versorgungsauftrag übernehmen. Derzeit ist die Stellenplanung dadurch erschwert, dass nicht vorhersehbar ist, wie versorgungswirksam der künftig in Vertrag genommene niedergelassene Arzt wird. Dies ist deshalb immer problematischer, weil es auf der einen Seite weiterhin viele Ärzte gibt, die ihre gesamte berufliche Existenz auf die Kassenpraxis gründen, auf der anderen Seite aber auch immer mehr, die Nebenbeschäftigungen ausüben oder etwa durch familiäre Verpflichtungen nicht im Stande sind, im erwarteten Ausmaß Patienten zu übernehmen. Auf diese unterschiedlichen Ausgangssituationen könnte bei einer differenzierten, mit einem eindeutig umschriebenen Versorgungsauftrag verbundenen Stellenausschreibung Rücksicht genommen werden. Damit wäre der Kassenarzt verpflichtet, einen klar fixierten Versorgungsauftrag zu übernehmen, der ihn auch

im Verhältnis zu Privatpatienten begrenzen würde. Die Krankenversicherungsträger hätten daher auch dann die Gewissheit, dass eine bestimmte Anzahl von Kassenpatienten mit zumutbaren Wartezeiten behandelt werden, wenn dem Kassenarzt in größerem Ausmaß als bisher die Möglichkeit eröffnet wird, Privatpatienten zu behandeln.

3. Steuerung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

Das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem steht vor der Schwierigkeit, dass die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Patienten gesteuert werden muss, wenn die zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel optimal eingesetzt werden sollen. Die Steuerung soll bewirken, dass von Patienten Leistungen nur dann und dort nachgefragt werden, wo sie wirklich erforderlich sind.

Inwieweit diese Steuerung mit Zuzahlungen erfolgen kann, ist umstritten. Immer wieder wird darauf hingewiesen, dass niedrige Zuzahlungen keinen Steuerungseffekt auslösen, hohe Zuzahlungen aber unsozial sind und dem Gedanken der Niederschwelligkeit der Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Leistungen zuwider laufen, der der sozialen Krankenversicherung zugrunde liegt.

In der Praxis wird dieser Spagat dadurch gelöst, dass auf der einen Seite Zuzahlungen in einer Höhe verlangt werden, von der man eine steuernde Wirkung erwartet, auf der anderen Seite aber Zuzahlungsbefreiungen aus sozialen Gründen geschaffen werden (vgl. etwa die Rezeptgebührenbefreiung bzw. die generelle Höchstgrenze für die jährliche Bezahlung von Rezeptgebühren). Die Erfahrungen mit dem Ambulanzgebührenbeitrag des seinerzeitigen § 135 a ASVG, der 2002 im Jahr des Wirksamwerdens schon wieder abgeschafft wurde, zeigen allerdings, dass derartige Befreiungsbestimmungen so ausgestaltet werden müssen, dass sie auch ohne großen Aufwand administrierbar sind.

Der Behandlungsbeitrag für Leistungen der Spitalsambulanz war zwar – wie die Praxis gezeigt hat – insofern unglücklich, als er schlecht administrierbar war. Im Grunde genommen war aber die Zielrichtung dieses Beitrags nachvollziehbar, wenn man die gesundheitspolitischen Erklärungen der letzten Jahrzehnte ernst nimmt. Immer wieder wird betont, dass eine Entlastung der Spitalsambulanzen angestrebt und dass fachärztliche Leistungen primär beim niedergelassenen

Facharzt und nicht in der Spitalsambulanz erbracht werden sollten. Die Einführung einer Zuzahlung bei Inanspruchnahme der Ambulanz hätte daher durchaus Sinn, wenn sie für Inanspruchnahmen erfolgt, die auch durch niedergelassene Fachärzte abgedeckt werden können. Ein derartiger Behandlungsbeitrag sollte daher immer dann eingehoben werden, wenn die Inanspruchnahme nicht über Zuweisung eines niedergelassenen Facharztes erfolgt (etwa deshalb, weil es sich um eine hochspezialisierte, nur in der Ambulanz angebotene Leistung handelt), es sei denn natürlich, es handelt sich um einen medizinischen Notfall.

An eine „steuernde“ Zuzahlung wäre aber auch etwa bei der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten während des Bereitschaftsdiensts an Wochenenden oder in der Nacht zu denken. Für Arzneimittel ist es schon lange geltendes Recht, dass nach der Arzneitaxverordnung außerhalb der regulären Öffnungszeiten von Apotheken ein Zuschlag eingehoben wird, der vom Versicherten selbst zu bezahlen ist, wenn es sich nicht um eine vitale Indikation handelt. Damit soll vermieden werden, dass der Bereitschaftsdienst mit einer Inanspruchnahme be- bzw. überlastet wird, die nicht notwendig ist und genauso gut während der regulären Öffnungszeiten erfolgen könnte. Beim Bereitschaftsdienst der niedergelassenen (Allgemein-)Ärzte stellt sich aber genau dieselbe Problematik. Es wird – nachvollziehbarerweise – immer schwieriger, Ärzte für Ordinationen außerhalb der Städte zu gewinnen, weil die damit verbundene Belastung mit Bereitschaftsdiensten als unvereinbar mit modernen Lebenskonzepten empfunden wird. Um zu einer zumutbaren Anzahl von Bereitschaftsdiensten für den einzelnen Arzt zu kommen, muss daher die Zahl der Bereitschaftsdienste reduziert und müssen die Versorgungssprengel immer mehr vergrößert werden. Dies funktioniert aber nur, wenn die Bereitschaftsdienst versehenden Ärzte nicht zu Bagatellfällen gerufen werden, die genauso gut während der normalen Ordinationszeiten behandelt werden können. Es wäre daher sehr überlegenswert, ähnlich wie bei den Arzneimitteln bei der Inanspruchnahme ärztlicher Bereitschaftsdienste eine private Zuzahlung einzuheben, wenn es sich nicht um vitale Notfälle handelt.

4. Besonderes Risikoverhalten

Eine politische und wissenschaftliche Diskussion mit langer Geschichte kreist um die Frage der sogenannten Sin Taxes, also von Abgaben, die bei Verhaltensweisen mit besonderem Gesundheitsrisiko eingehoben werden und dazu dienen, die vermehrte Belastung des Solidarsystems auszugleichen. Wie weit derartige Sin Taxes gehen sollten, ist umstritten, weil sie auch als Bevormundung für die persönliche Lebensführung verstanden werden. Weitgehend unbestritten ist lediglich, dass Nikotin- und Alkoholkonsum wegen ihres unbestrittenen Gesundheitsrisikos durch staatliche Maßnahmen eingedämmt werden sollen. In allen europäischen Staaten wird der Nikotin- und Alkoholkonsum daher auch besonders besteuert. Das gilt ebenso für Österreich, wo diese Steuer allerdings rein fiskalische Bedeutung hat. Würde man den Gedanken ernst nehmen, dass es sich bei diesen Abgaben um private Zuzahlungen handelt, die die zu erwartenden Mehrkosten für das Gesundheitssystem abdecken sollen, wäre es allerdings konsequent, diese Abgaben auch tatsächlich dem Gesundheitssystem zu widmen. Eine derartige ausdrückliche Zweckwidmung besteht etwa in Frankreich oder Belgien, fehlt aber in Österreich.

5. Leistungen an der Grenze zwischen Medizin und Wellness

In der österreichischen Kassenmedizin wird in der Regel die Anwendung von Massagen außerordentlich schlecht bezahlt, obwohl nicht bestritten wird, dass diese in vielen Fällen medizinisch indiziert sind. Dahinter steckt wohl die Angst, dass die Übernahme von Massagen in das Kassenangebot zu einigermaßen attraktiven Bedingungen zu einer Frequenzexplosion führen würde, weil die Indikation für Massagen sehr weit gestellt werden könnte. Umgekehrt handelt es sich gerade bei Massagen um Leistungen, bei denen eine vergleichsweise hohe Bereitschaft besteht, diese privat zu bezahlen. Dadurch, dass die Kassen aus Angst vor der Frequenzentwicklung das Angebot an Massagen möglichst unattraktiv machen, andererseits aber eine hohe private Zahlungsbereitschaft besteht, ergibt sich in der Praxis wieder eine völlige Segmentierung des Markts. Versicherte, die aus

medizinischen Gründen Massagen benötigen, finden im kassenfinanzierten Bereich ein viel zu geringes Angebot vor und müssen entsprechende Wartezeiten in Kauf nehmen, außerhalb des Kassenbereichs müssen sie die Massagen hingegen zur Gänze privat bezahlen und haben ohne ärztliche Verordnung keine Rückerstattungsansprüche.

Bei Leistungen, bei denen – wie bei Massagen – die Grenzen zwischen medizinischer Indikation und Wohlfühleffekt fließend sind, würde es sich daher gerade anbieten, diese mit Zuzahlungen in den Kassenkatalog aufzunehmen. Damit wäre auf der einen Seite erreicht, dass das Angebot an Massagen für medizinisch indizierte, also ärztlich angeordnete Fälle deutlich ausgeweitet werden könnte, gleichzeitig aber einer übermäßigen Inanspruchnahme durch die Zuzahlung Grenzen gesetzt sind.

6. Vorsorgemedizin

Es gibt kein Regierungsprogramm der letzten Jahrzehnte, das nicht beklagt, dass die Vorsorgemedizin in Österreich im Vergleich zur kurativen Medizin unterentwickelt ist und forciert werden soll. Tatsächlich scheitert diese Forcierung aber immer daran, dass schon die Finanzierung der kurativen Medizin schwierig ist und daher für Vorsorgemedizin nur geringfügige finanzielle Mittel aufgebracht werden.

Realistisch betrachtet gilt aber für alle Lebensstilfaktoren, die krankheitsverursachend sind, dass die damit verbundenen Aufwendungen den Einzelnen treffen und nicht die Solidargemeinschaft. Das trifft auf die Zugänglichkeit gesundheitsbewusster Freizeitaktivitäten genauso zu wie auf die Beschaffung von gesunden Lebensmitteln. Es ist daher nicht untypisch, dass die finanziellen Lasten der Gesundheitsvorsorge vom Einzelnen zu tragen sind und auch tatsächlich mit steigendem Gesundheitsbewusstsein immer mehr getragen werden.

Es stellt sich daher die Frage, ob es nicht gerade im Bereich der Vorsorgemedizin sinnvoll wäre, von vornherein den Weg zu gehen, diesen Bereich der privaten Finanzierung zu überlassen, allerdings die Inanspruchnahme vorsorgemedizinischer Maßnahmen aus Mitteln des öffentlichen Gesundheitssystems (Steuern oder Versicherungsbeiträge) zu fördern, wobei diese Förderung allenfalls auch sozial gestaffelt werden könnte. Wie sich aus anderen Konsumbereichen zeigt, können Förderungen durchaus eine beachtliche Hebelwirkung erreichen und sinnvolle private Ausgaben stimulieren.

Zusammenfassend bin ich daher der Meinung, dass es hoch an der Zeit wäre, im Gesundheitssystem heilige Kühe zu schlachten und das öffentliche Gesundheitssystem einem sinnvollen Einsatz von zusätzlichen Privatmitteln zu öffnen. Es ist Realitätsverweigerung, an dem Dogma des völlig unterschiedslosen Gesundheitssystems festzuhalten. Es konnte nie verhindert werden und wird auch nie verhindert werden können, dass es für Gesundheitsleistungen neben dem öffentlichen Sektor einen privaten Markt gibt und dass dort Menschen, die es sich leisten können, zusätzliche Bedürfnisse abdecken. Wenn man bereit ist, sich von Sozialromantik im öffentlichen Gesundheitssystem zu lösen, könnte für dieses viel gewonnen werden, indem private Gelder sinnvoll in den öffentlichen Versorgungsbereich kanalisiert werden, um damit das allen zugängliche Gesamtsystem zu stabilisieren.

Dr. Thomas Drabinski

Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Kiel

Das duale Kranken- versicherungssystem in Deutschland: Status quo und Ausblick

1.	Einleitung	98
2.	Grundsätzliche Systemunterschiede in Bezug auf den Versichertenkreis	100
3.	Die GKV in Deutschland	101
4.	Die PKV in Deutschland	105
5.	Bürgerversicherung in Deutschland?	108
6.	Reformierte Dualität als Alternative	110

Trotz zahlreicher gesetzlicher Anpassungen im deutschen Krankenversicherungsrecht konnten bislang die Probleme in den Systemen von GKV und PKV nicht gelöst werden. Es kann von Markt- und Staatsversagen gesprochen werden. Dieser Artikel stellt dar, warum es in den nächsten Jahren in Deutschland zu Engpässen in der Finanzierung kommen wird, warum das Modell der Bürgerversicherung nicht zur Lösung der drängendsten Probleme beitragen kann und wie das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland reformiert werden muss, damit auch in Zukunft die Gesundheitsversorgung der Menschen auf hohem Niveau bleibt.

1. Einleitung

Das duale Krankenversicherungssystem aus gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) besteht in Deutschland im Wesentlichen seit der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg und wurde in den letzten 50 Jahren mehrfach an der sogenannten „GKV/PKV-Systemgrenze“ verändert. Seit Mitte der 60er Jahre haben rund 150 wichtige Gesetz- und Verordnungsgebungen überwiegend das Recht der gesetzlichen und in Teilen auch das Recht der privaten Krankenversicherung geprägt. In nahezu jeder Legislaturperiode des deutschen Bundestages hat es mehrere Gesundheitsgesetze und Verordnungen gegeben, durch die die Finanzierungs- und Ausgabenstruktur der GKV verändert wurde.

Dabei haben sich die jeweils für die Gesundheitspolitik zuständigen Bundesministerien⁷³ in den letzten 50 Jahren in der politischen Verantwortlichkeit abgewechselt: Sowohl in der zeitlichen politischen Besetzung als auch in der politischen Verantwortlichkeit waren die Gesundheits-Gesetzgebungen paritätisch zwischen CDU/CSU und SPD verteilt, Grüne und FDP kommen im selben Zeitraum auf jeweils drei Jahre.

Insgesamt waren es vor allem 17 von insgesamt über 150 Gesundheitsreformen, die den heutigen Charakter der GKV und der PKV geprägt haben.⁷⁴

- 12.06.1956: Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner
- 27.07.1969 Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung
- 21.12.1970 Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz – 2. KVÄG)
- 27.06.1977 Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Ausgleichsverordnung)

73 Bundesminister für Gesundheitswesen (bis 1969), Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1986), Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (bis 1991), Bundesministerium für Gesundheit (bis 2002), Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (bis 2005), Bundesministerium für Gesundheit (derzeit gültiger Name).

74 Vergleiche hierzu AOK-Bundesverband (2012), Bundesministerium für Arbeit (1952–1956), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957–1974), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1967–1991), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1975–2001), Bundesministerium für Gesundheit (1992–1999), Forum Gesundheitspolitik (2012), Gesetzes-Internetseiten (2012), Steffen (2011).

- 20.12.1988 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG)
- 21.12.1992 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG – Gesundheitsstrukturgesetz)
- 01.11.1996 Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG)
- 19.12.1998 Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG)
- 22.12.1999 Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)
- 22.12.1999 Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 10.12.2001 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 23.12.2002 Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG)
- 14.11.2003 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
- 26.03.2007 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
- 15.12.2008 Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)
- 22.12.2010 Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
- 22.12.2011 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

2. Grundsätzliche Systemunterschiede in Bezug auf den Versichertenkreis

Die Systemgrenze zwischen GKV und PKV beschreibt ein Krankenversicherungssystem, nach dem sich nicht alle Personengruppen in der PKV versichern dürfen. Zu den PKV-Versicherten zählen vor allem drei Gruppen:

1. Beamte, Pensionäre (Beamte im Ruhestand) sowie deren Ehepartner und Kinder (sogenannte „Beihilfeberechtigte“)
2. Abhängig Beschäftigte (Angestellte und Arbeiter) mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze (derzeit: 4.350 € im Monat / 52.200 € im Jahr)
3. Selbstständige und Freiberufler

Im Jahr 2012 gab es in der PKV 8.956.300 krankenvollversicherte Personen.⁷⁵ In der GKV sind vor allem abhängig Beschäftigte mit Einkommen unter 52.200 € im Jahr sowie Rentner und deren Ehepartner und Kinder versichert. Im Jahr 2012 waren in der GKV 69.704.323 Personen versichert.⁷⁶

Die Finanzierung der GKV erfolgt über einen bundesweit festgelegten Beitragsatz (derzeit 15,5 %), der bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (derzeit: 3.937,50 € im Monat / 47.250 € im Jahr) erhoben wird. Von den 15,5 % tragen Arbeitgeber und gesetzliche Rentenversicherung 7,3 Prozentpunkte, abhängig Beschäftigte und Rentner 8,2 Prozentpunkte. Nichterwerbstätige Ehepartner und Kinder sind in der GKV-Familienversicherung beitragsfrei (= kostenlos) mitversichert. Alle GKV-Versicherten erhalten denselben Leistungskatalog bereitgestellt.⁷⁷

In der PKV werden die Krankenversicherungs-Prämien nach Gesundheitsrisiko, Alter, Selbstbehalt und Leistungskatalog differenziert kalkuliert.⁷⁸ Hieraus ergeben sich Prämiendifferenzen, die von monatlich 100 € (sogenannte Billigtarife mit hohen Selbstbehalten) bis hin zu über 1.000 € monatlich reichen. Die Prämien werden je PKV-Versicherter gezahlt, d.h., Kinder und Ehepartner sind nicht bei-

⁷⁵ Vergleiche PKV-Verband (2013).

⁷⁶ Vergleiche BMG (2013). Etwas mehr als 10 % der GKV-Versicherten könnten sich theoretisch in der PKV versichern, nehmen diese Option aber nicht in Anspruch.

⁷⁷ Einige gesetzliche Krankenkassen bieten zusätzlich kostenlos sogenannte Satzungsleistungen an (z.B. Homöopathie).

⁷⁸ Bis Ende 2012 wurde die Prämie auch nach Geschlecht differenziert kalkuliert, was durch Europäische Gesetzgebung seit 2013 allerdings nicht mehr zulässig ist.

tragsfrei mitversichert. In der PKV werden Alterungsrückstellungen gebildet, die im Rentenalter zur Stabilisierung der Prämien wieder aufgelöst werden (derzeit rund 170 Mrd. €).

Die medizinische Versorgung von GKV- und PKV-Patienten erfolgt im Wesentlichen in derselben Infrastruktur. Im ambulanten Bereich gibt es allerdings zwei verschiedene Vergütungssysteme: In der GKV wird der EBM (Einheitliche Bewertungsmaßstab) angewandt, in dem Preise und Mengen budgetiert, d.h. die Ausgaben reguliert sind. In der PKV wird die GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) angewandt, deren Ausgaben nicht reguliert sind.

Die Abrechnung nach EBM erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip (der Patient sieht keine Rechnung) zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung (je Bundesland) bzw. zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung. Die Abrechnung nach GOÄ bzw. GOZ (= Gebührenordnung für Zahnärzte) erfolgt nach dem Kostenerstattungsprinzip, d.h., der Patient erhält die Rechnung, muss diese gegenüber dem Arzt und Zahnarzt begleichen und bekommt die Kosten von seinem PKV-Unternehmen erstattet.⁷⁹

3. Die GKV in Deutschland

Bei der Gesetzgebung der GKV ist in den letzten 50 Jahren ein konsistenter politischer „Masterplan“ in Bezug auf eine nachhaltige Perspektive für das deutsche Gesundheitssystem nicht zu erkennen. So wurden im Zuge der Gesetzgebungsprozesse beispielsweise Leistungen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, kurze Zeit später wieder ausgeschlossen (und umgekehrt). Zur Finanzierung der GKV-Ausgaben wurden Rentner teilweise von der Finanzierung freigestellt, dann wieder berücksichtigt. Einkünfte werden teilweise von der Beitragspflicht freigestellt, dann wieder einbezogen. In anderen Fällen übernimmt der Bundeshaushalt die Finanzierung (sogenannte versicherungsfremde Leistungen). Auch die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, für die die Bundesländer zuständig sind, unterliegt im Zeitablauf Schwankungen und ist zudem im Bundeslandvergleich zum Teil unterschiedlich intensiv ausgeprägt. Insgesamt führten die GKV-Gesetzgebungen der letzten 50 Jahre vor allem aber zu einem Aufbau einer Gesundheits-Bürokratie.

79 Beamte und Pensionäre erhalten einen großen Teil der Rechnung von der zuständigen Beihilfestelle erstattet, den Rest vom PKV-Unternehmen.

Die Gesundheitsgesetze der letzten 50 Jahre haben zudem ein Muster in den Ausgabenstrukturen einzelner Versorgungsbereiche hinterlassen. So hat die Kostendämpfungspolitik zum Beispiel im Arzneimittelmarkt immer wieder zu einem Auf und Ab bei den Arzneimittel-Ausgaben geführt. Bei der Analyse der Zeitreihen ist zu erkennen, dass Gesetzgebungen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben knapp zwei Jahre wirken.⁸⁰ Allerdings ist der langfristige Trend der GKV-Arztneimittelausgaben leicht progressiv, bei Rentnern stärker progressiv.

Eine übergeordnete gesundheitspolitische Strategie zur Regulierung des Leistungskatalogs und zur dauerhaften Stabilisierung der GKV-Finanzierung ist in Deutschland nicht zu erkennen. Gesetzliche Regelungen ergeben sich in der Regel als kurzfristige Intervention des Gesetzgebers, um ein GKV-Defizit⁸¹ zu verhindern. Erste nennenswerte GKV-Defizite wurden in den 80er Jahren beobachtet. Deutlicher wurden die Defizite in den 90er Jahren und in den Jahren 2001–2003. In der Zeit danach wurden deutliche Überschüsse erwirtschaftet. Erst mit der Einführung des Gesundheitsfonds durch das GKV-WSG kam das GKV-System wieder in ein kleines Defizit, seit 2011 werden wachsende Überschüsse generiert, da der bundesweit einheitliche Beitragssatz viel zu hoch angesetzt ist und gleichzeitig steigende Steuersubventionen der GKV bereitgestellt werden.

Widersprüchlich ist die deutsche Gesetzgebung in Bezug auf den „Wettbewerb“ in der GKV. Bei den gesetzlichen Krankenkassen wurde Wettbewerb durch Öffnung der Krankenkassen (gesetzlich Versicherte können ihre Krankenkasse nahezu frei wählen) eingeführt, durch Risikostrukturausgleiche weiter ausgebaut, mit morbiditätsorientierten Ansätzen wieder eingeschränkt und schließlich durch die Einführung des Gesundheitsfonds wieder abgeschafft.

Der Gesundheitsfonds wurde mit dem GKV-WSG zum 1. Januar 2009 eingeführt und stellt einen grundlegenden Strukturbruch für die GKV dar. Denn seit 2009 wurde mit dem Gesundheitsfonds ein gesundheitspolitisches Regime jährlicher Umverteilungsinterventionen implementiert, das im Endeffekt einen Prozess hin zu einer Einheitskasse bewirkt. Der Prozess hin zu einer Einheitskasse wird durch Verknüpfung des Gesundheitsfonds mit einem sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich („Morbi-RSA“) umgesetzt, wonach die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen seit Ende 2008 um rund 40 % zurückgegangen ist. Der Prozess wird durch die Art und Weise der staatlichen Regulierungs- und Aufsichtspolitik (Bundesversicherungsamt und zuständige Bundesministerien) befördert. Die Idee des Gesundheitsfonds wurde seinerzeit aus den Niederlanden nach Deutschland „importiert“.

80 Vgl. IfMDA (2012).

81 Ein Defizit errechnet sich insgesamt als Summe aller GKV-Einnahmen abzüglich GKV-Ausgaben (inklusive aller Ausgleichs und Verrechnungen).

Neben den Ausgaben für die ambulante Versorgung und für Arzneimittel sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen der größte GKV-Ausgabenblock.⁸² Allein die Krankenhausaussgaben für Rentner übersteigen die Gesamtausgaben für die ambulante Versorgung (Rentner und Nichtrentner) um 6,73 Mrd. € (2012). Seit Anfang der 90er Jahre hat sich zudem (demografisch und versorgungsstrukturell getrieben) die Ausgabenchere für Krankenhausbehandlungen zwischen Rentnern und Nichtrentnern geöffnet: Während 1991 die Ausgaben mit knapp über 14 Mrd. € noch nahezu identisch waren, überschießen 2012 die Rentner-Ausgaben die Nichtrentner-Ausgaben um 10,18 Mrd. €. Anscheinend hat sich in den letzten 20 Jahren die Versorgung kranker Rentner verstärkt ins Krankenhaus verlagert, was im Vergleich zur PKV einen versorgungsseitigen Unterschied zwischen den beiden Systemen in Deutschland beschreibt.

Über alle Ausgabenbereiche hinweg verteilen sich die Leistungsausgaben zwischen Rentnern und Nichtrentnern allerdings nahezu paritätisch (Rentner und deren Familienangehörige stellen 25,7 % der GKV-Versicherten). Die GKV-Leistungsausgaben (ohne Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen) folgen im Zeitverlauf insgesamt einem stetig wachsenden linearen Trend, mit einer Niveau-Verschiebung durch die deutsche Wiedervereinigung. In 2012 wird ein Ausgabenniveau von 171,17 Mrd. € erreicht. Zuzüglich der Verwaltungskosten der Krankenkassen und der sonstigen Ausgaben der GKV belaufen sich die GKV-Gesamtausgaben 2012 auf 181,52 Mrd. €.

Bestimmende Größe für die GKV-Einnahmen ist der Beitragssatz, über den rund 90 % der GKV-Gesamteinnahmen im Gesundheitsfonds generiert werden. Der GKV-Beitragssatz ist seit Beginn der 60er Jahre über die Jahrzehnte hinweg konstant gestiegen. Dies ist ein Kennzeichen dafür, dass die Ausgabenentwicklung stärker als die Entwicklung der Bemessungsgrundlage ist und damit das morbiditätsbedingte Ausgabenwachstum höhere Wachstumsraten hat als das Wachstum der Löhne, Gehälter und Renten. Grund hierfür ist vor allem die Alterung der GKV-Versichertenstruktur (steigende Zahl der Rentner, rückläufige Zahl in den jungen Altersklassen) sowie der medizinisch-technische Fortschritt.

Seit 1992 ist der Höchstbeitrag zur GKV (Beitragssatz multipliziert mit der Bemessungsgrundlage bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze) um 78 % gestiegen. Im gleichen Zeitraum sind zum Vergleich die GKV-Gesamtausgaben um 69 % gestiegen, d.h., der Höchstbeitrag für Einkommensstarke ist stärker als das Ausgabenniveau gestiegen. In der GKV nimmt daher die Einkommensumverteilung zu Lasten der Erwerbstätigen und zu Gunsten der Rentner immer weiter zu. So steigt die Beitragslast der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) kontinuierlich

82 Vergleiche Bundesministerium für Arbeit (1952–1956), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957–1991), Bundesministerium für Gesundheit (1992–2010), IfMDA (2012).

an, seit 2007 überdurchschnittlich. Im Jahr 2012 beläuft sich die Beitragslast auf 109,41 Mrd. €. ⁸³

Die Beitragslast der Rentner steigt hingegen seit Jahrzehnten mit einer geringen Rate und beläuft sich 2012 auf rund 37,45 Mrd. €. Im Abgleich mit den Rentner-Ausgaben finanzieren Rentner (und gesetzliche Rentenversicherung) im Jahr 2012 nur noch rund 45,1 % (= Deckungsbeitrag) ihrer Ausgaben selbst. Ursprünglich war eine Deckungsquote von 80 % avisiert.

Die GKV wird wegen der in den nächsten 20 Jahren bevorstehenden demografischen Veränderungen (die geburtenstarken Jahrgänge treten in die Ruhestandsphase ein) als ein System ohne Nachhaltigkeitsperspektive angesehen. Wegen der starren und sehr langsamen politischen Prozesse gilt die GKV auch als ein System ohne Selbstheilungskräfte. Deutlich wird dies am Generationenkonflikt zwischen Rentnern und Nichtrentnern, der sich seit Mitte der 60er Jahre trotz rund 150 wichtiger Gesetzes- und Verordnungsgebungen verschärft hat. Denn seit Ende der 60er Jahre wurde das GKV-Umlageverfahren in jeder Legislaturperiode zu Lasten der nachwachsenden Generationen und zu Gunsten der Rentner-Generationen weiterentwickelt. Eine fehlspezifizierte GKV-Beitragsbemessungsgrundlage hat ebenso wie die Beitragsfreiheit von nicht erwerbstätigen Ehepartnern dazu geführt, dass sich der Höchstbeitrag in der GKV in den letzten 20 Jahren verdoppelt hat.

In den letzten 50 Jahren haben sich in der GKV stetig Gesundheitsbürokratie-Mechanismen aufgebaut: Die damit verbundenen Bürokratiekosten belaufen sich mittlerweile auf geschätzte 23 % der GKV-Ausgaben. Simultan verpuffen die mit den Gesundheitsreformen induzierten Ausgabenbegrenzungen (vor allem Leistungsausschlüsse und Preis- und Mengen-Regulierungen) bereits nach kurzer Zeit. Das Sozialgesetzbuch Fünf als Grundlage der GKV ist zu einem Sammelsurium ordnungs- und parteipolitischer Ideen, Kompromisse und Gesundheitsmythen geworden.

Alle bisherigen Gesundheitsgesetze sind als Versuch zu verstehen, Antworten auf die zum jeweiligen Zeitpunkt diskutierten Finanzierungsprobleme der GKV zu finden. Langfristige Strategien sind selten – und wenn dann kaum ausgeprägt zu finden. Auch wirken sich echte GKV-Strukturveränderungen wie der Gesundheitsfonds nachteilig auf Wettbewerb und Wahlfreiheit aus, da die Krankenkassen in die Einheitskasse konvergieren. Steigende Steuersubventionen in der GKV erhöhen versorgungsseitig den Druck in Richtung Staatsmedizin, gekoppelt mit Rationalisierungen (z.B. Wartezeiten).

⁸³ Hingegen ist die Beitragslast der freiwilligen GKV-Mitglieder (ohne Rentner) seit 2000 rückläufig und betrug 2012 rund 19,09 Mrd. €. Freiwillige GKV-Mitglieder sind nicht in der GKV pflichtversichert, d.h. können jederzeit in die PKV wechseln.

In der GKV kann es deshalb für die Versicherten keinen langfristig kalkulierbaren Leistungskatalog und damit Sicherheit über das zukünftige Leistungsgeschehen geben, da Einkommens-Umverteilungsmotive im Vordergrund stehen und durch eine zunehmende Zentralisierung verteidigt werden. Mit zunehmender Zentralisierung (vor allem durch den Gesundheitsfonds) kommt es zu einer Fehlallokation und damit zu einer Verschwendung von Finanzmitteln.

Nachhaltigkeitsprobleme durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt können aber nur noch kurze Zeit durch immer weitere Einkommensumverteilungen und durch immer weitere Steuersubventionen aufgefangen werden. Ab 2030 wird erwartet, dass das GKV-Umlageverfahren endgültig „gekündigt“ ist, da zu wenige junge Beitragszahler zu vielen älteren Leistungsempfängern gegenüberstehen. Dies gilt in Deutschland auch für die Pflegeversicherung, die ein eigenständiger Sozialversicherungszweig ist.

Daraus werden sich ab 2030 strenge Formen der Gesundheits-Rationierung entwickeln, vor allem für alte und einkommensschwache Versicherte. Das heutige, mit Einkommensumverteilungen gesicherte GKV-Solidarprinzip wird dann kein konstituierendes, sondern ein strukturzerstörendes Element für die GKV sein. In der GKV Deutschland herrscht damit ein Staatsversagen.

4. Die PKV in Deutschland

PKV-Krankenvollversicherte haben in Deutschland einen lebenslangen Rechtsanspruch auf den im PKV-Tarif aufgeführten Leistungskatalog. Im Gegensatz dazu können in der GKV jederzeit Leistungen per Gesetzgebung oder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (Bundesgremium zur Rationierung medizinischer Leistungen, das quasi Gesetzgebungskompetenzen hat, aber faktisch kaum demokratisch kontrolliert wird) aus dem Leistungskatalog gestrichen werden (z.B. Arzneimittel und Hilfsmittel).

Die PKV-Prämie wird allerdings unabhängig von der Einkommenssituation des Versicherten ermittelt, was bei Arbeitslosigkeit oder beim Übergang in die Ruhestandsphase zu einer stärkeren finanziellen Belastung bzw. Überlastung von PKV-Versicherten führen kann. Im Erwerbsleben werden im Gegensatz zur GKV

Alterungsrückstellungen gebildet, die allerdings nicht beim Wechsel des PKV-Unternehmens portabel sind.⁸⁴

Die Höhe der PKV-Prämie ist vom Alter und vom Morbiditätsrisiko (d.h. von Vorerkrankungen) abhängig. Um neue Versicherte zu generieren, werden in der PKV hohe Vermittlungsprovisionen (Abschlussaufwendungen) an Versicherungsvertreter gezahlt (bis zu ca. 6.000 € und darüber). Der Markt der medizinischen Versorgung ist in einigen Bereichen (z.B. ambulante Versorgung) weniger staatlich reguliert als in der GKV.

Knapp die Hälfte der PKV-Versicherten sind in Deutschland Beamte und deren Familienangehörige, die nur einen anteiligen PKV-Tarif zur Abdeckung der Krankheitskosten abschließen. Den anderen Teil der Krankheitskosten übernimmt die Beihilfe (ca. 60 %, abhängig vom Beamtentypus), d.h., diese Kosten werden über Landes- oder Bundes-Steuermittel finanziert. Dadurch ist rund 1/4 des in der PKV angesiedelten Krankenversicherungsschutzes über Steuern finanziert.

In Bezug auf die medizinische Versorgung können PKV-Versicherte auf ein größeres Angebot als GKV-Versicherte zurückgreifen (z.B. Privatkliniken, Privatärzte, innovative Hilfsmittel und andere Medizinprodukte), insofern dieses größere Angebot durch den jeweiligen PKV-Tarif abgesichert ist. Ansonsten fällt dieses Angebot für PKV-Versicherte (wie für GKV-Versicherte) in den Selbstzahlermarkt. Auch fallen solche Leistungen für PKV-Versicherte in den Selbstzahlermarkt, die nicht im PKV-Tarif abgesichert sind, aber dennoch im Leistungskatalog der GKV verfügbar sind. Diese Leistungsausschlüsse können – je nach PKV-Tarif – umfangreich sein. Deshalb werden in Deutschland für die PKV mittlerweile Mindestkriterien für den Versicherungsschutz gefordert.

Das Geschäftsmodell der PKV ist insgesamt als intransparent zu bezeichnen. Denn versicherte und nicht versicherte Leistungen der PKV-Krankheitskostenvollversicherung sind für den Versicherten im Wettbewerbsvergleich zwischen den PKV-Unternehmen nicht nachvollziehbar – und der PKV-Markt ist ein privater und kein staatlicher Markt. So können für die 32 relevanten PKV-Unternehmen im Neukundengeschäft 208 Tarifsysteme mit insgesamt 1.567 Kombinationen in Bezug auf den abgesicherten Leistungskatalog abgeleitet werden (Stand 2012).

Jede Kombination hat einen unterschiedlichen Preis. Weitere Kombinationen nach Alter und Geschlecht, nach Bestandskunden- und Neukunden-Tarifverläufen und nach Risikozuschlägen sind zusätzlich zu beachten. Werden alle Kombinati-

84 Das heißt, wechselt ein Versicherter das PKV-Unternehmen, so sind seine Alterungsrückstellungen für ihn verloren (dies gilt insbesondere für alle langjährig PKV-Versicherten).

nen ausgeschöpft, sieht sich der PKV-Versicherte einem Versicherungsmarkt mit mindestens 250.000 Preisen gegenüber.⁸⁵

Die 1.567 PKV-Tarifkombinationen werden über den Vertriebsmarkt an den Endverbraucher verkauft. Der PKV-Vertriebsmarkt ist durch selbstständige Makler, Pools, Direktvertriebe und sonstige unternehmenseigene Vertriebe gekennzeichnet. Generell ist der jeweilige Vertrieb auf die Produkte eines oder weniger PKV-Unternehmen spezialisiert. Eine besondere Qualifikation zum Vertrieb der PKV-Produkte gibt es nicht, obwohl die von den PKV-Unternehmen an den Vertrieb gezahlten Provisionen hoch sein können: Wird zum Beispiel ein PKV-Tarif mit einer monatlichen Bruttoprämie von 600 € verkauft, können Maklerprovisionen seit April 2012 in Höhe von 9,0 Monatsbeiträgen (im gewählten Beispiel rund 5.400 €) erzielt werden; bei Ausnutzung aller Gestaltungsmöglichkeiten auch über 9,0 Monatsbeiträge hinaus. Die Höhe der Maklerprovision ist für den Neukunden nicht erkennbar, da sie ihm nicht mitgeteilt wird.

Für Neu- und Bestandskunden ist es so gut wie überhaupt nicht möglich, Preis-Leistungs-Vergleiche zwischen den PKV-Tarifen durchzuführen. Der Neukunde kann weder die Preise noch die Leistungen miteinander vergleichen, da ihm kaum transparente und neutrale Informationen bekannt gemacht werden. Das heißt, die für einen Wettbewerbsmarkt nötigen Preis-Leistungs-Signale funktionieren nicht. Damit liegt ein Marktversagen vor. Der Gesetzgeber konnte oder wollte das Marktversagen bisher nicht beheben. Damit liegt, wie in der GKV, auch ein Staatsversagen vor.

In der PKV liegt ebenfalls in Bezug auf die Portabilität der gebildeten Alterungsrückstellungen ein Markt- und Staatsversagen vor. Denn selbst wenn Bestandskunden Preis-Leistungs-Vergleiche zwischen den PKV-Tarifen anhand von Mindestkriterien durchführen könnten und daraus wettbewerbliche bzw. verbraucherorientierte Konsequenzen ziehen wollten (z.B. das PKV-Unternehmen wechseln), sind sie durch die Nicht-Portabilität ihrer Alterungsrückstellungen immer an die Produkte eines PKV-Unternehmens gebunden, selbst wenn diese die PKV-Mindestkriterien nicht erfüllen sollten. Ein als verzerrt zu bezeichnender Wettbewerb findet nur um Neuversicherte statt.

Die Problemfelder von PKV-Billigtarifen und anderen PKV-Tarifen mit teilweise existenziellen Leistungsausschlüssen im Krankheitsfall erfordern eine grundlegende Neuordnung des Vertriebsmarktes und auch der Provisionen. Auch hier ist der Gesetzgeber regulierend gefordert. Nötig sind für den PKV-Vertrieb einheitliche Ausbildungs- und Zulassungsstrukturen mit Mindestqualifikationen sowie Qualitätssteigerungen durch ein neu justiertes Provisionssystem: So könnten z.B. die Ab-

85 Vgl. IfMDA (2012).

schlussprovisionen dauerhaft auf weniger als 5 Monatsbeiträge deutlich reduziert werden. Darüber hinaus könnten detaillierte Gegenüberstellungen von Vor- und Nachteilen in Bezug auf den versicherten Leistungskatalog umgesetzt werden.

5. Bürgerversicherung in Deutschland?

Die umfassende medizinische Versorgung in Deutschland ist das Ergebnis aus dem seit Jahrzehnten gewachsenen dualen Krankenversicherungssystem aus GKV und PKV. Vor dem Hintergrund der zukünftig prekären Situation in der GKV, d.h. vor dem Hintergrund der demografischen Veränderung (mehr Rentner, weniger Kinder, längere Lebenserwartung) und wegen der Ausgabendynamik des medizinisch-technischen Fortschritts, steht das duale Krankenversicherungssystem allerdings vor nahezu unüberwindbaren Herausforderungen und damit vor einer großen Gesundheitsreform, um die gesellschaftlichen Anforderungen an ein zukunftsfestes Gesundheitssystem umzusetzen. Vor diesem Hintergrund wird unter anderem die sogenannte Bürgerversicherung diskutiert.

Die Konzepte der Bürgerversicherung beenden den Zugang zur PKV-Krankenvollversicherung. Keine Person darf sich dann mehr in der PKV krankensichern. Dies gilt für Berufseinsteiger, für Personen, die verbeamtet werden sowie für Selbstständige und Angestellte, die in der GKV freiwillig, aber nicht pflichtversichert sind.

Bestandskunden der PKV soll ein (freiwilliges) Wechselrecht in die Bürgerversicherung ermöglicht werden, von dem zunächst vor allem alte und einkommensschwache Versicherte Gebrauch machen werden, ebenso wie Familien mit Kindern (PKV-Beiträge für Kinder werden in der PKV über das Familieneinkommen finanziert). In einer zweiten Wechselphase sollen dann sukzessive die übrigen PKV-Versicherten in die Bürgerversicherung wechseln, da ansteigende PKV-Beiträge die PKV zunehmend unattraktiv werden lässt. Die gebildeten Alterungsrückstellungen sollen in den Gesundheitsfonds der GKV eingezahlt werden.

Da sich durch die Bürgerversicherung die Zahl der PKV-Versicherten verringert, entfällt auch der privat abgerechnete Anteil an den Gesamteinnahmen für die Leistungsanbieter. In Extremfall werden durch die Bürgerversicherung bis zu 12 Mrd. € weniger in Praxen und Krankenhäusern umgesetzt.

Aktuelle Berechnungen gehen bei Haus- und Fachärzten von Verlusten von mindestens 5,38 Mrd. € aus.⁸⁶ Für die Zahnmedizin sind gesamtwirtschaftliche Einnahmeverluste von 4,14 Mrd. € im Worst case-Szenario denkbar.⁸⁷

Auch die medizinische Versorgungsstruktur soll in einer Bürgerversicherung neu organisiert werden. Heutzutage kann jeder gesetzlich und privat Versicherte frei wählen, von welchem Haus-, Fach- und Zahnarzt, von welcher Apotheke und von welchem Krankenhaus er versorgt werden will. In der Bürgerversicherung soll dies geändert werden: Einheitliche „Managed Care“-Versorgungsstrukturen sollen über das ambulante und stationäre Versorgungsangebot gestülpt werden. Der Zugang zur medizinischen Versorgung erfolgt für den Patienten dann über einen „Gatekeeper“, der in Ballungsgebieten ein primärärztliches Versorgungszentrum wäre, in dem vor allem Hausärzte und weitere Fach- und Zahnärzte für eine medizinische Grund- und Erstversorgung zusammengeschlossen würden. Die Vergütung soll überwiegend über Budgets erfolgen, die an leitlinienkonform behandelnde Ärzte nach Qualitätskriterien und nach der Zahl der behandelten Patienten aufgeteilt wird.

Technik-intensivere Versorgung werden dann im Krankenhaus oder in fachärztlichen (Mittel)Zentren erbracht, für die ein einheitlich-budgetiertes und pauschaliertes Bürgerversicherungs-Honorarsystem zu erwarten ist. Eine durch die Landes-Gesundheitspolitik zentralisierte Planung von Mengen, Preisen, Infrastruktur und Prozessen würde die Patienten-Behandlung zu steuern versuchen.

Der Plan der Bürgerversicherung ist in letzter Konsequenz ein staatsnahes und primär parteipolitisches Ordnungsprinzip. Die PKV soll aufgelöst werden und die privat Versicherten in die GKV integriert werden.⁸⁸ Heute breit differenzierte Versorgungsstrukturen sollen in Einheitsstrukturen überführt werden, um so den Einfluss des Staates auf Versorgung und Vergütung zu maximieren. Ordnungspolitische Zielgrößen und Ergebnis des Veränderungsprozesses sind Einheitskasse und Staatsmedizin. Finanzierungsseitig soll die Vereinheitlichung über zusätzliche Einkommensumverteilungen und Steuersubventionen finanziert werden.

Auf der Versorgungsseite soll ein Verdrängungsprozess der freiberuflich niedergelassenen (zahn)ärztlichen Tätigkeit implementiert werden. Mengen, Preise, Infrastruktur und Versorgungsprozesse sollen durch regional-politische Planungsautoritäten definiert und kontrolliert werden. Sicherstellungsaufträge sollen auf die Einheitskasse oder auf regionale Planungsautoritäten übergehen und die medizinische Versorgung soll sektorenübergreifend durch ein Versorgungsmanagement (= ein staatlich administriertes Managed-Care-System) organisiert werden. Die

86 Vergleiche PVS Verband (2013).

87 Vergleiche ZA (2013).

88 Entsprechende Forderungen und Ausarbeitungen sind zum Beispiel zu finden in: Barmer (2013), BS (2013), FES (2010), FES (2013), HBS (2013) und SOVD (2013).

Selbstverwaltung⁸⁹ heutiger Prägung soll so rasch wie möglich aufgelöst werden, um das Prinzip einer Staatsmedizin stringent umsetzen zu können.

Im Ergebnis ist das Konzept einer Bürgerversicherung nicht nachhaltig ausgerichtet und damit keine angemessene Option für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ab dem Jahr 2030. Denn vor allem die zu erwartenden und stetig anwachsenden Steuersubventionen sowie immer höhere Einkommensumverteilungen wirken sich zu Lasten nachwachsender Generationen aus, die wegen der demografischen Veränderung „schrumpfen“. Um den Rationierungs- und Priorisierungsdruck im Gesundheitssystem abzubilden, soll eine Verknappung der medizinischen Infrastruktur stattfinden. Darüber hinaus muss die medizinische Versorgung zu immer stärker sinkenden Preisen angeboten werden. In Folge werden zahlreiche Praxen, Apotheken und Krankenhäuser geschlossen.

6. Reformierte Dualität als Alternative

Da eine Bürgerversicherung kein generationengerechtes Finanzierungs- und Versorgungssystem für die deutsche Krankenversicherung bereitstellen kann, wird derzeit diskutiert, Inhalte für eine Gesundheitsreform als „reformierte Dualität“ umzusetzen. Die reformierte Dualität setzt ordnungspolitisch auf eine maßvolle Weiterentwicklung des dualen Gesundheitssystems aus GKV und PKV auf der Versicherungs-, Versorgungs- und Vergütungsseite. Ziel ist es, im Bereich der GKV ein generationengerechtes System zu etablieren und die PKV als Teil der sozialen Marktwirtschaft zu etablieren. Eine Vereinheitlichung der PKV in der GKV ist damit nicht als Ziel vorgesehen.

Deutschland steht wie kaum ein anderes OECD-Land vor dem sogenannten demografischen Problem. Dennoch werden in Deutschland die Auswirkungen der demografischen Veränderung durch die Politik immer noch vielfach unterschätzt. Neue Analysen zeigen, dass in den Altersklassen der 0- bis 49-Jährigen insgesamt 25,85 Millionen Männer und Frauen fehlen, um das Umlageverfahren der GKV sta-

89 Die Selbstverwaltung wird in Deutschland auf Bundesland-Ebene zum Beispiel durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung wahrgenommen. Diese verhandeln gemeinsam unter anderem über Honorar, Versorgungskapazitäten und die Qualität der Versorgung.

bil die nächsten Jahrzehnte fortführen zu können. Vor allem die geburtenstarken Jahrgänge 1953 bis 1970 haben zu wenige Kinder bekommen, um die Bevölkerung in Deutschland zu stabilisieren;⁹⁰ Zuwanderung konnte diese Entwicklung nicht ausgleichen.

Für das deutsche Gesundheitssystem resultiert daraus, dass in der GKV der Generationenvertrag des Umlageverfahrens spätestens ab dem Jahr 2030 nicht mehr funktionieren wird, da bereits in 5 Jahren der erste geburtenstarke Jahrgang in Rente geht. Auch eine Schließung der PKV, wie sie im Zusammenhang mit der Bürgerversicherung diskutiert wird, würde die Defizite in der Alterspyramide und deren Auswirkungen auf die langfristige Unterfinanzierung des Umlageverfahrens nicht ausgleichen können, da zu wenige Personen und insgesamt nicht überdurchschnittlich hohe Finanzmittel aus der PKV in die GKV kommen würden.

Damit die GKV generationengerecht wird, ist insbesondere das Finanzierungssystem aus Gesundheitsfonds und Beitragsbemessung deutlich anzupassen, da es keine Flexibilität hat und zudem von der Allokation der Finanzmittel als nicht demokratisch kontrolliert zu bezeichnen ist. Die Finanzierung der GKV sollte demografieresistent, konjunkturstabil, erwerbsunabhängig sowie sozial ausgeglichen sein. Hierzu wird derzeit diskutiert, eine Gesundheitspauschale von rund 150 € je Erwachsener umzusetzen, die mit einem sozialen Ausgleich für finanziell Überlastete verbunden ist.⁹¹ Der soziale Ausgleich soll über die Finanzmittel des Gesundheitsfonds finanziert werden, in den die Arbeitgeberbeiträge, die Rentenversicherungsbeiträge und die Bundeszuschüsse für versicherungsfremde Leistungen fließen.

Zusätzlich wird im Konzept der reformierten Dualität gefordert, Rücklagen für eine generationengerechte Finanzierung der geburtenstarken Jahrgänge zu bilden, um die Ansprüche der geburtenstarken Jahrgänge (= Bezahlung der Gesundheitsausgaben) in den Jahren 2020 bis 2050 erfüllen zu können.

Um die PKV als Teil der sozialen Marktwirtschaft zu festigen, wird gefordert, die in der PKV bereits vorhandenen Alterungsrückstellungen (rund 170 Mrd. Euro) zwischen den PKV-Unternehmen übertragbar zu machen, da die Rückstellungen den Versicherten selbst und nicht den PKV-Unternehmen gehören. Verbindliche Mindestkriterien für den Versicherungsschutz sollen eine Vergleichbarkeit und langfristige Sicherheit des Versicherungsschutzes gewährleisten. Elemente, die eine soziale Marktwirtschaft stören, sollen abgebaut werden. Hierzu zählen die viel zu hohen Makler-Provisionen sowie eine nicht sachgemäße finanzielle Überforderung von bestimmten privat Versicherten.

90 Vergleiche Drabinski (2013).

91 Dieses Modell hat Ähnlichkeiten mit dem Finanzierungsmodell in der Schweiz.

Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband (2012). Internet-Reformdatenbank.
- Barmer (2013). BARMER GEK. Freiräume schaffen - für Qualität und Sicherheit. Bausteine für eine patientenorientierte Versorgung. Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2013.
- BS (2013). Bertelsmann Stiftung. Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung.
- Bundesministerium für Arbeit (1952-1956). Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957-1991). Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1975-2001). Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Statistischer und finanzieller Bericht.
- Bundesministerium für Gesundheit (1992-2010). Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Statistischer und finanzieller Bericht.
- BMG (2013). Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2012. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13. Stand: 25. März 2013. Etwas mehr als 10 % der GKV-Versicherten könnten sich theoretisch in der PKV versichern, nehmen diese Option aber nicht in Anspruch.
- Drabinski (2013). Thomas Drabinski. GKV/PKV-Reformagenda: Reformierte Dualität. Konzept einer Generationen-Gerechtigkeit. IfMDA Schriftenreihe Band 24, August 2013.
- FES (2010). Friedrich Ebert Stiftung. Stefan Greß, Heinz Rothgang. Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale.
- FES (2013). Friedrich Ebert Stiftung. Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen.
- Forum Gesundheitspolitik (2012). Meilensteine. www.forum-gesundheitspolitik.de.
- Gesetzes-Internetseiten (2012). juris.de, buzer.de.
- HBS (2013). Heinrich-Böll-Stiftung. Wie geht uns morgen? Wege zur mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Bericht der Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich-Böll-Stiftung.
- IfMDA (2012). Thomas Drabinski, Claus-Dieter Gorr. GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme. IfMDA Schriftenreihe Band 21, Juni 2012.
- PKV-Verband (2013). Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2012.
- PVS Verband (2013). Hans-Joachim Kaiser. Die Bedrohung der medizinischen Infrastruktur durch die Bürgerversicherung.
- SOVD (2013). Sozialverband Deutschland. Solidarische Bürgerversicherung. Anforderungen des SoVD an eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung.
- Steffen (2011). Johannes Steffen. Sozialpolitische Chronik. Kranken- und Pflegeversicherung. Arbeitnehmerkammer Bremen.
- ZA (2013). Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG, zitiert von adp vom 09.07.2013.

Experteninterview: Selbstbehalte im Gesundheitssystem als Steuerungsinstrument

Mag. Katharina Riedler im Gespräch mit

A.o.Univ.-Prof Dr. Engelbert Theurl

*Gesundheitsökonom am Institut für Finanzwissenschaft
an der Universität Innsbruck*

und

Dr. Wolfgang Huber, MBA

Mediziner und Gründer der Synermed Management GmbH in Wien

Der Gesundheitsökonom Dr. Theurl und der Mediziner und Experte für Health Care Management Dr. Huber erläutern im Gespräch, unter welchen Umständen Selbstbehalte im Gesundheitssystem positiv eingesetzt werden können, worauf geachtet werden muss und wo konkrete Einsatzmöglichkeiten, aber auch Stolpersteine liegen.

Selbstbehalte sind in allen Gesundheitssystemen – so auch in Österreich – eine sehr umstrittene Thematik. Dennoch gibt es in der Realität zahlreiche Beispiele für Selbstbehalte, wie etwa die Rezeptgebühr oder das Taggeld bei Krankenhausaufenthalten.

Zu wenig Forschung im Bereich der Selbstbehalte

„Systematisches und empirisch gesichertes Wissen über die Wirkung von Selbstbehalten, welches eigentlich die Voraussetzung für einen zielgerichteten Einsatz dieses Instrumentes sein sollte, ist aber generell und in Österreich besonders knapp“, so Dr. Theurl. Der Experte für Gesundheitsökonomie ist der Meinung, dass dies deshalb der Fall ist, weil die Voraussetzungen zum Testen der Wirkungen von Selbstbehalten nicht einfach herstellbar sind. Etwa können Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Selbstständige und unselbstständig Beschäftigte nicht kausal auf unterschiedliche Selbstbehalte zurückgeführt werden, weil dies auch durch eine Reihe anderer Merkmale, wie Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall, Bildung, Einkommen, beeinflusst sein kann. Der Ökonom hebt jedoch hervor, dass das dezentrale System der Krankenversicherung in Österreich die Möglichkeit bietet, in einem „Trial-and-Error-Verfahren“ mehr Erkenntnisse über die Wirkung von Selbstbehalten für abgegrenzte Versichertengruppen zu gewinnen.

Dr. Theurl ist der Meinung, dass Selbstbehalte in bestimmten Fällen als Instrument zur Steuerung von Patienten genutzt werden können. Er würde diese bevorzugt dort einsetzen, wo andere Methoden zur Steuerung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems versagen. „Selbstbehalte zielen auf die Steuerung des Gesundheitswesens über die Nachfrageseite ab. Daraus folgt, dass Selbstbehalte in erster Linie dort eingesetzt werden sollen, wo der Patient in der Lage ist, eigenständig zu entscheiden, und er die Zweckmäßigkeit der Ausgaben gut einschätzen kann.“ So sind laut Dr. Theurl Selbstbehalte bei lebensnotwendigen Leistungen ökonomischer Unsinn, da dort kein substantieller Moral Hazard zu erwarten ist, also hier kaum mehr Leistungen in Anspruch genommen werden als notwendig sind, nur weil diese zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme für den Patienten nichts kosten.

Wenn für Gesundheitsleistungen Selbstbehalte eingehoben werden, ist außerdem wichtig, dass diese für den einzelnen zu überschaubaren Ausgaben führen und zumindest teilweise individuell kalkulierbar und damit vorsorgbar sind. Selbstbehalte bedürfen auch immer geeigneter Checks und Balances, um negative Effekte in anderen, oft nicht vorhersehbaren Bereichen zu vermeiden. Grobe Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen, die in der Art der Angebotsorganisation liegen, können aber sicher nicht durch Selbstbehalte behoben werden, meint Dr. Theurl.

Den niedergelassenen Bereich aufwerten, um die Spitalsambulanzen zu entlasten

Ein Beispiel hierfür sind die überfüllten Spitalsambulanzen, die täglich von Patienten konsultiert werden, die eigentlich genauso gut oder sogar besser bei einem niedergelassenen Arzt aufgehoben wären. Bagatellfälle wie Schnupfen und Kratzer sind keine Seltenheit in den Ambulanzen. Aber obwohl hier Patienten eindeutig am falschen Ort zu überhöhten Kosten versorgt werden, sehen die Experten derzeit keine Möglichkeit, das Problem mit einem Selbstbehalt in den Spitalsambulanzen zu lösen. Dr. Theurl weist darauf hin, dass es sich hier um ein Problem der Angebotsorganisation handelt: „Die Vielfalt an Organisationsformen zur Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung, die heute international – z.B. im Rahmen von Managed-Care-Organisationen – angeboten werden, werden in Österreich derzeit nur unzureichend genutzt.“ Daher ist die Vernetzung zwischen intramuralem und extramuralem Sektor nur unzureichend. Wenn diese Schnittstellenproblematik gelöst wäre und es neue Organisationsformen im niedergelassenen Bereich gebe, die längere Öffnungszeiten und ein breiteres Leistungsspektrum anbieten, dann könnte man laut Dr. Theurl durchaus über eine Lenkung der Patienten über einen Selbstbehalt nachdenken. Auch für Dr. Huber sind Spitalsambulanzen heute nicht mit dem niedergelassenen Bereich vergleichbar, da erstere „one stop shops“ sind, die rund um die Uhr konsultiert werden können. Er ist der Meinung, dass man zur Lösung des Problems der überfüllten Spitalsambulanzen zuerst den niedergelassenen Bereich aufwerten muss, wobei es jedoch an der Finanzierung scheitert. Der Experte für Health Care Management ist aus eigener Erfahrung der Überzeugung, dass der niedergelassene Bereich mit Freuden viele, wenn nicht sogar alle Leistungen der teuren Krankenhausambulanzen übernehmen würde, wenn man ihn ordentlich bezahlen würde. Als Vorzeigebispiel nennt er das Kindermedizinische Zentrum Augarten in Wien. Die Landespolitik lege aber ein zu starkes Augenmerk auf die Krankenhäuser. Der Gesundheitsökonom Dr. Theurl meint ebenfalls, dass der Weg zu innovativen Institutionen im extramuralen Bereich in Österreich ein „polit-ökonomisch dorniger“ ist.

Aufpreis für Originalmedikamente ist eine sinnvolle Idee

Für praktikabel und sinnvoll hält der Gesundheitsökonom Dr. Theurl hingegen die Idee, dass Patienten die Preisdifferenz zwischen einem Generikum und dem Originalmedikament selber tragen, wenn Sie auf eigenen Wunsch und ohne medizinische Indikation das teurere Original beziehen möchten. Er ist der Meinung, dass man die Akzeptanz und die Effekte dieser Form des Selbstbehaltes im Rahmen eines Feldtests (z.B. bei kleinen Kassen) testen könnte. „Der Reiz der Idee besteht darin, dass man Patienten mit Abwägungsentscheidungen konfrontiert, die medizinisch weitestgehend unbedenklich sind, aber beim Patienten einen bewussteren Umgang mit Gesundheitsleistungen und deren Kosten fördern könnten“, meint der Gesundheitsökonom im Gespräch. Seiner Meinung nach verdienen im Rahmen dieses Vorschlages aber Patienten mit Dauermedikation aus zwei Gründen besondere Aufmerksamkeit: „Erstens ist dort die emotionale Bindung an das Originalmedikament deutlich höher und zweitens sind die finanziellen Konsequenzen für solche Patienten unter Umständen erheblich.“ Er ist jedoch der Ansicht, dass sich hier sozial verträgliche Regelungen finden lassen. Dr. Huber weist in diesem Zusammenhang auf den beträchtlichen Placebo-Effekt hin, womit er auch darauf zu sprechen kommt, wie essentiell es ist, dass der Arzt an die Wirksamkeit des verschriebenen Medikamentes selber glaubt.

Kassen sollen aktive Gesundheitserhalter werden

Interessant wären für Dr. Theurl auch Selbstbehalte im Bereich der Wohlfühlmedizin, wie zum Beispiel Lifestyle-Beratungen, Ernährungs- und Sportberatungen, Raucherentwöhnungsprogramme, Massagen oder andere Leistungen der Gesundheitsförderung. Die Kassen könnten hier sinnvolle Maßnahmen zum Teil finanzieren, wodurch einerseits die Gesundheit verbessert wird und dennoch ein „Run“ auf kostenfreie Leistungen verhindert wird. „Ein solcher Vorschlag ist im Rahmen einer Strategie von gesetzlichen Krankenkassen ‚weg vom passiven Financier von Krankheitsbehandlungen‘ und ‚hin zum aktiven Gesundheitserhalter bzw. Gesundheitsförderer‘ sehr erwägenswert“, sagt Dr. Theurl. Er ist der Meinung, dass Selbstbehalte ein Instrument sein könnten, um solche Leistungen „bewusster“ zu konsumieren und Kostenschübe durch Moral Hazard hintanzuhalten. Er kann sich auch vorstellen, dass die Teilnahme an solchen Programmen im Sinne eines umfassenderen Gesundheitsmanagements mit Kürzungen von Selbstbehalten in zurechenbaren kurativen Bereichen gekoppelt wird.

Bestehende Potentiale in Bezug auf Selbstbehalte nutzen

Zur Frage, ob Selbstbehalte grundsätzlich dafür geeignet sind, um über die Steuerung von Patienten zu Einsparungen im Gesundheitswesen zu führen, meint der Gesundheitsökonom Dr. Theurl, dass diesbezüglich die empirischen Befunde teilweise widersprüchlich sind. Von partikularistisch eingesetzten Selbstbehalten darf man sich jedenfalls keine substantiellen Kosteneinsparungen bzw. Effizienzsteigerungen erwarten. Es zeigt sich, dass die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen durch Selbstbehalte eindeutig zurückgeht. Dies ist bei prozentuellen Selbstbehalten insbesondere in den unteren Einkommensschichten der Fall. Langfriststudien (z.B. die RAND-Studie in den USA) zeigen, dass sich die befürchteten negativen Auswirkungen von Selbstbehalten auf die Gesundheit nur in einzelnen Diagnosegruppen nachweisen lassen, die negativen Effekte aber in den unteren Einkommensschichten größer sind als in den übrigen Bevölkerungsschichten. Es zeigen sich empirisch keine überzeugenden Hinweise, dass Selbstbehalte dazu führen, dass Patienten nicht wirksame Leistungen zu vermeiden versuchen. „Dies ist zwar ein deutliches Indiz dafür, dass einer Steuerung des Gesundheitswesens über die Nachfrageseite Grenzen gesetzt sind, umso mehr gilt es aber, die bestehenden Potentiale der Steuerung über Selbstbehalte zu nutzen“, betont Dr. Theurl.

Mangelnde politische Bereitschaft zu einer sachlichen Diskussion

Der Mediziner Dr. Huber verweist in diesem Zusammenhang auf die mangelnde Bereitschaft der Politik, über grundsätzliche Themen wie etwa die Eigenverantwortlichkeit der Menschen zu sprechen. „Es ist unmöglich, das Thema Selbstbehalte in Österreich sachlich zu diskutieren, denn die meisten Diskutanten sind in ideologischer Geiselhaft und werfen mit Halbwahrheiten und Statistiken um sich, die keinerlei Beweiskraft haben.“ Er betont, dass ein häufiges Argument in Bezug auf Selbstbehalte „das ist unsozial“ sei, ohne jemals zu definieren, was das Wort „sozial“ eigentlich bedeutet. „Ich habe zunehmend den Eindruck, man meint damit ein völlig veraltetes System, das im Grunde ziemlich unsozial ist“, so Dr. Huber. Als Beispiel nennt er die Pflegeproblematik, bei der seiner Ansicht nach rund 400.000 Pflegegeldempfänger aus dem Solidarsystem ausgeschlossen und mit Almosen abgespeist werden, denn das Pflegegeld deckt die entstehenden Kosten niemals ab. In Pflegeheimen gibt es, mangels einer Pflegeversicherung,

wie es sie etwa in Deutschland gibt, einen fast 100 %igen Selbstbehalt. Daraufhin weichen die Österreicher und Österreicherinnen in die viel teureren und gefährlicheren Akutkrankenhäuser aus, wo sie lediglich das Taggeld zahlen müssen. Für Dr. Huber ist das einerseits ein Beweis dafür, dass Selbstbehalte eine Wirkung zeigen, gleichzeitig ist die Pflegesituation für ihn aber auch ein extremes Negativbeispiel. In einer Pflegesituation sind viele Menschen von der Sozialhilfe abhängig, welche eigentlich nur ein zinsloser Kredit ist. Verstirbt die Person dann, so wird ein mögliches Erbe vom Sozialamt einbehalten, „was einer 100 %igen Erbschaftssteuer gleichkommt“, zitiert der Mediziner den Leiter des Fonds Soziales Wien, Peter Hacker. „Was ist das für ein soziales System, in dem die Reichen nicht mehr zahlen als die Ärmern?“, fragt sich Dr. Huber. Er sieht genau hier einen der Gründe, warum man sich letztendlich für die Ärmern kein gutes Bildungs- und Gesundheitssystem mehr leisten wird können; eine Entwicklung, die für ihn das genaue Gegenteil von „sozial“ bedeutet.

Steuerung durch Selbstbehalte macht in manchen Fällen Sinn

Dr. Huber fügt abschließend hinzu, dass Österreich prinzipiell ein reiches Land ist und die Österreicher auch eine hohe Lebensqualität haben wollen. Das Gesundheitssystem ist für ihn nicht nur eine Wachstumsbranche, die man nicht beschneiden sollte, sondern auch eine der Stärken unseres Landes, die wir uns weiterhin leisten sollten. „Es gibt aber mit Sicherheit suboptimale Strukturen und Effizienzpotentiale. Es kommt immer wieder vor, dass Patienten nicht am richtigen Ort behandelt werden. Hier halte ich die Steuerung über Selbstbehalte für sinnvoll.“ Von Selbsthalten ausgenommen werden sollten nach der Ansicht des Mediziners aber wichtige Bereiche wie etwa die Onkologie, die Pädiatrie und die Unfallmedizin.

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: riedler@aekoee.at





Wann ist es Zeit, an morgen zu denken?

Wenn Sie Ihr Vermögen langfristig erhalten möchten.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

LGT. Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und
an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. www.lgt.at



**Private
Banking**