

Mag. Katharina Wieser

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

Ökonomische Effekte der Privaten Krankenversicherung

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

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

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

1. Gesundheitskosten

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

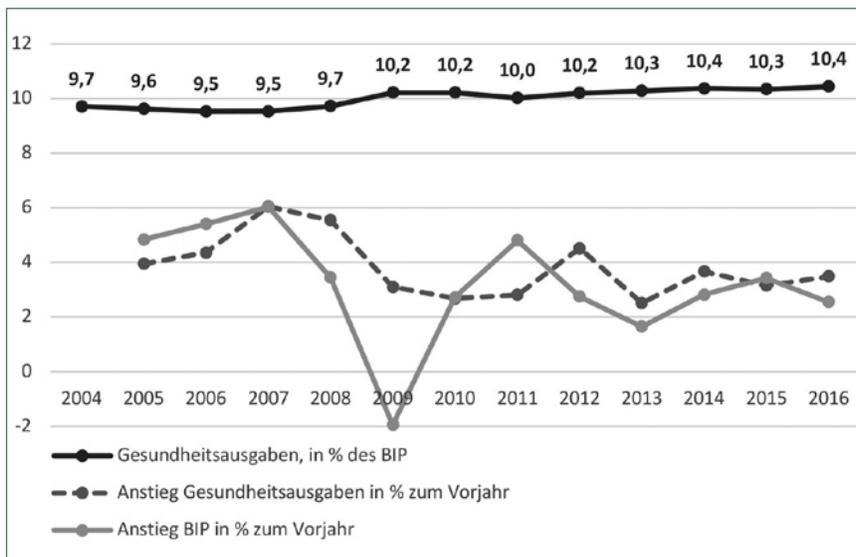


Abbildung 1: Laufende Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2004-2016¹

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

1 Eigene Berechnungen nach Statistik Austria (2018b)

2 OECD/EU (2016), S. 117

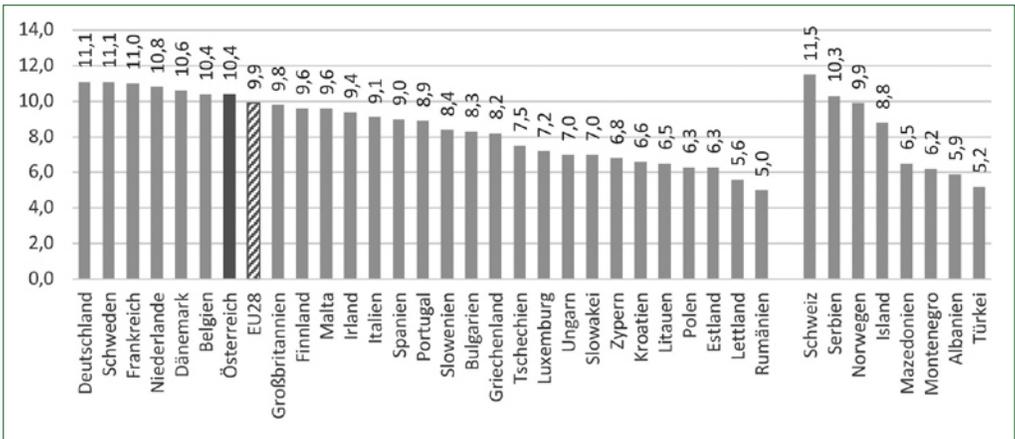


Abbildung 2: Laufende Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP, 2015 (oder nächstes Jahr)³

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

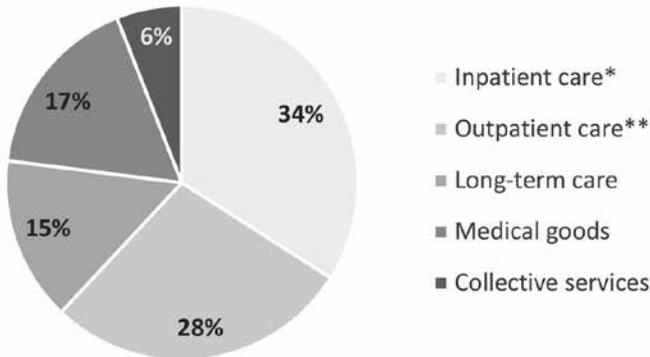


Abbildung 3: Gesundheitsausgaben nach Bereichen, 2015⁴

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

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

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

2. Stationäre Versorgungslandschaft

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

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

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

Tabelle 1: Krankenhauslandschaft in Österreich 2018⁶

5 OECD (2017), S. 137

6 BMGF (2018)

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

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

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

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

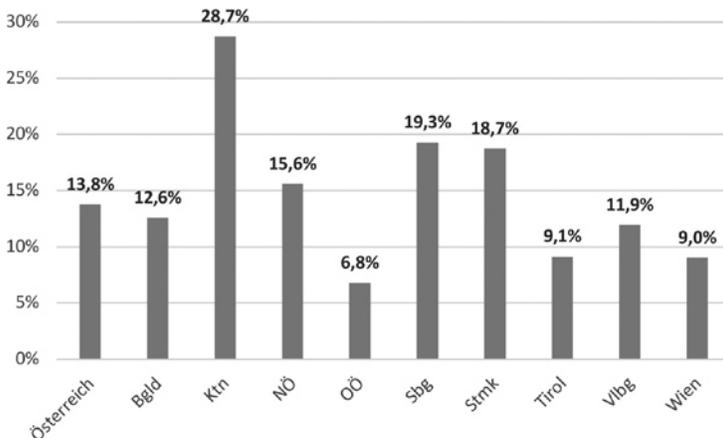
Trotz des hohen Anteils öffentlich finanzierter Betten in der stationären Versorgung ist auch in Österreich eine Stärkung des privaten Spitalsektors erkennbar. In den letzten 26 Jahren (1990–2016) konnten private Träger als Einzige im stationären Sektor ein Wachstum verzeichnen, wenn auch von einem niedrigen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

7 Näheres unter www.prikraf.info

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

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

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


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

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

9 Statistik Austria (2018c)

3. Krankenhauskostenversicherte

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

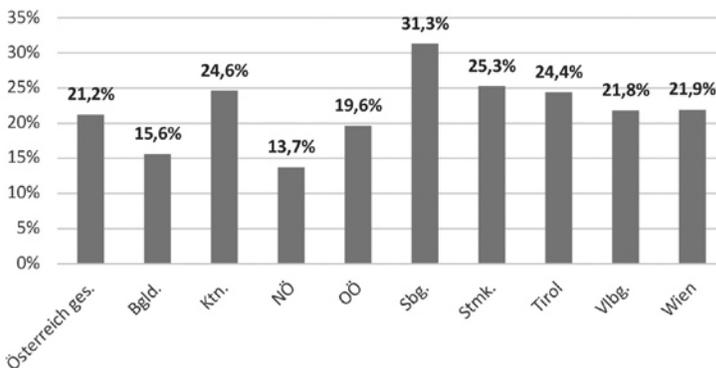


Abbildung 5: Krankenhauskostenversicherte in Prozent der Bevölkerung 2017¹⁰

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

¹⁰ VVO (2018), S.130

4. Finanzierung durch die Private Krankenversicherung

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

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

Tabelle 3: Ausgaben der privaten Krankenversicherung nach Bereichen, 2016¹¹

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

11 Statistik Austria (2018a); eigene Berechnungen

12 VVO (2017), S. 123

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

14 Bundesministerium für Frauen und Gesundheit (2017)

15 Hofmarcher, Rack (2006), S. 190

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

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

5. Ökonomische Bedeutung der privaten Krankenversicherung¹⁶

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

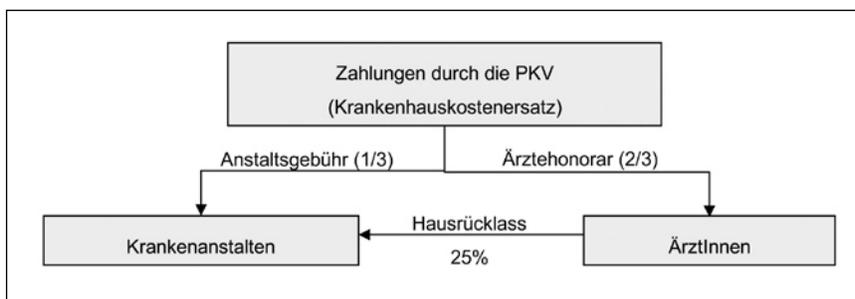


Abbildung 6: Finanzierung durch die Private Krankenversicherung in Oberösterreich

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

¹⁷ Hofmarcher, Rack (2006), S. 201

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

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

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

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

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

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

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

18 Riedler (2012)

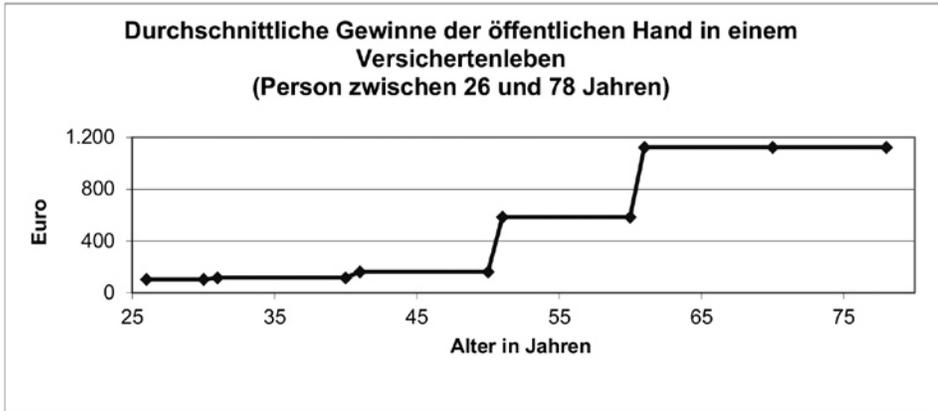


Abbildung 8: Durchschnittliche Gewinne der öffentlichen Hand in einem Versichertenleben (Person zwischen 26 und 78 Jahren), Datenbasis 2009

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

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

6. Fazit

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

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

Literaturverzeichnis

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