

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, Özaltın 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 BGBI 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. Betragen 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.

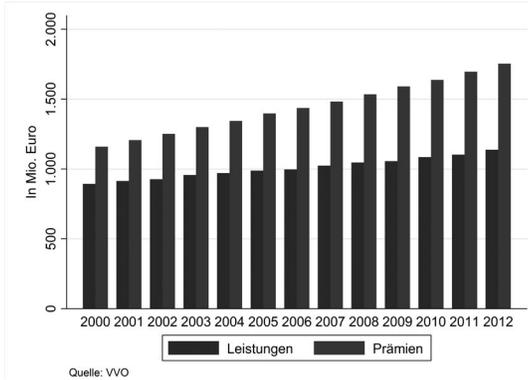


Abbildung 1: Prämien und Leistungen

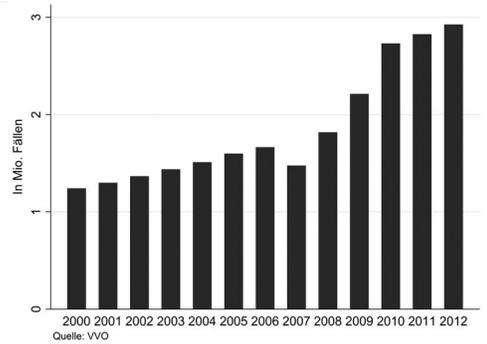


Abbildung 2: Schadens- und Leistungsfälle

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

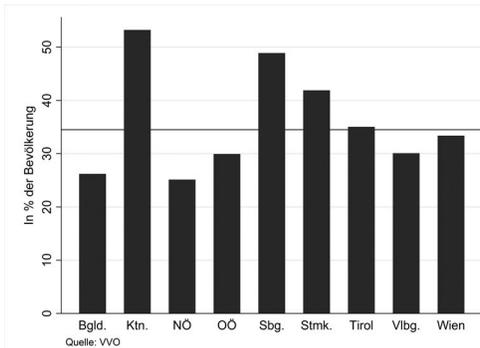


Abbildung 3: Private Krankenversicherung

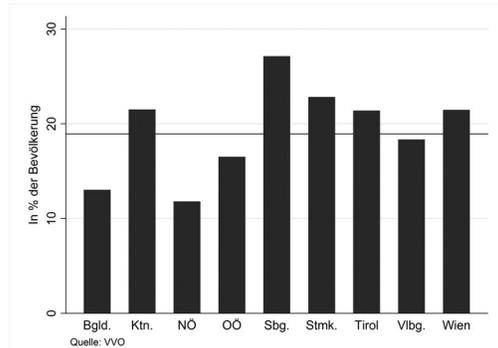


Abbildung 4: Krankenhauskostenversicherung

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 Ärztehonorare. 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 Finanzierungs Komponente bildet der Hausrücklass. Dieser berechnet sich auf Grundlage der ausbezahlten Ärztehonorare. 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 Czypionka 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 Anstalts-pflege 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 Krankheitsan-fälligkeit 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 priva-ten 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 be-stimmt 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 ökonomi-scher Anreiz zur Leistungsausweitung existiert. Ein derartiger Anreiz könnte auf-grund der mit der Zusatzversicherung verbundenen Arzthonorare entstehen.

Eine Auswertung von Individualdaten des Datawarehouse FOKO der OÖ Gebiets-krankenkasse (OÖGKK) liefert interessante Hinweise zur Leistungsanspruch-nahme von Patienten mit und ohne private Zusatzversicherung in den OÖ-Fonds-spitälern.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 Kaiserschnitttraten 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 Hausrücklassen 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.

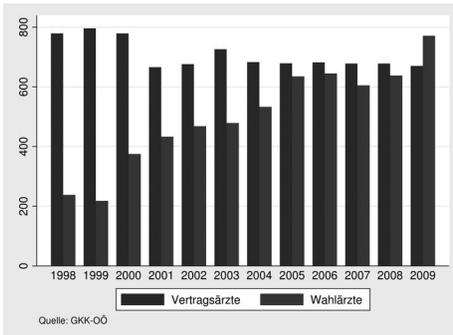


Abbildung 5: Ärzte für Allgemeinmedizin in OÖ

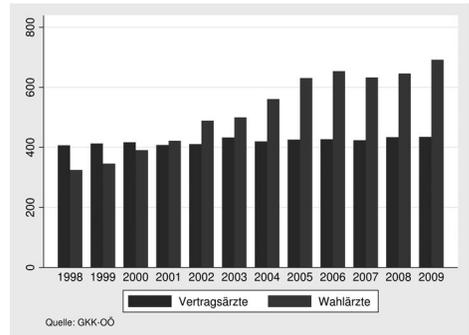


Abbildung 6: Fachärzte in OÖ

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 Wahlarztssystem 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 Wahlarztssystem eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Wahlärzte treten in Konkurrenz zu Vertragsärzten, wodurch sich die Patientenzahl 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 Fondsspitalern 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 LIMA-K-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. Özaltın 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. Auflage, 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)
- BGBl I 2005/73: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.