

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Private Mittel im Gesundheitssystem: Entwicklung, Bedeutung und Steuerung

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

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

1. Gesundheitsausgaben in Österreich

1.1. Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems

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

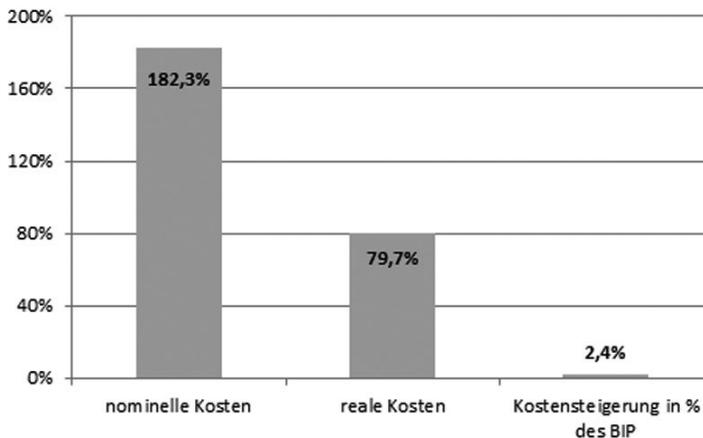
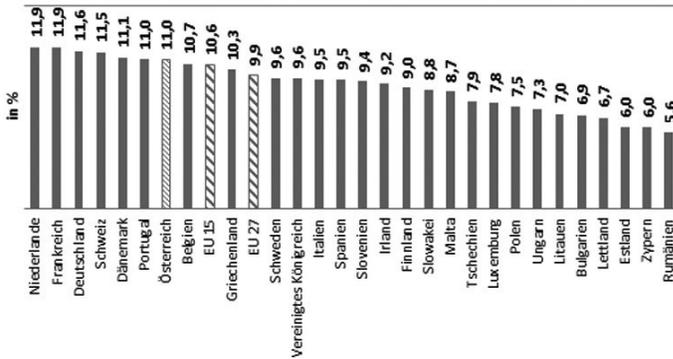


Abbildung 1: Steigerung der Gesundheitsausgaben zwischen 1990 - 2011 in Österreich

¹ Statistik Austria (2013a).

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



Abbildungung 2: Gesundheitsausgaben in % BIP 2010³

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

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

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

2 Der VPI 1986 hat sich lt. Wertsicherungsrechner der Statistik Austria (<http://www.statistik.at/Indexrechner/>) zwischen 1990 und 2011 um 57,1% verändert.
 3 WHO: Health for all database (HFA-DB) in Juli 2013

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

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

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

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

4 Schlander (2004).

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

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

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

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

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

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

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

Gesundheitsausgaben wachsen 1 % stärker als das BIP
 Gesundheitsausgaben wachsen 2 % stärker als das BIP
 Basisszenario „Fortschreibung“

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

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

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

1.2. Mittelverwendung im Gesundheitswesen

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

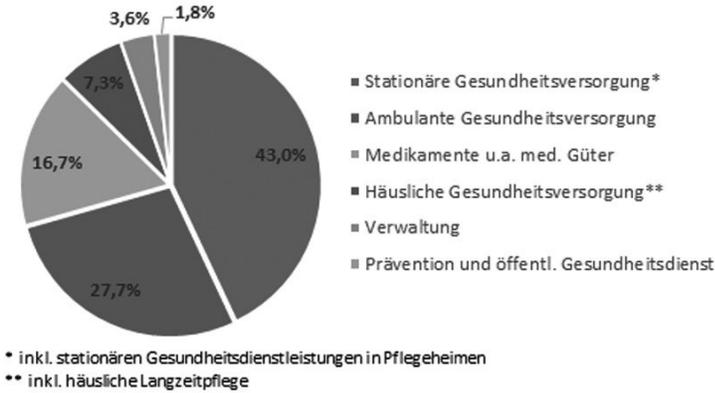


Abbildung 3: Mittelverwendung im österreichischen Gesundheitssystem 2011⁷

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

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

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

1.3. Mittelherkunft im Gesundheitswesen

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

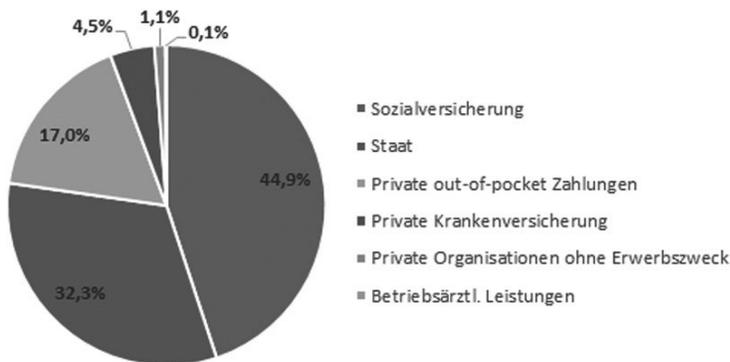


Abbildung 4: Mittelherkunft im österreichischen Gesundheitssystem 2011⁹

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

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

2. Private Gesundheitsausgaben

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

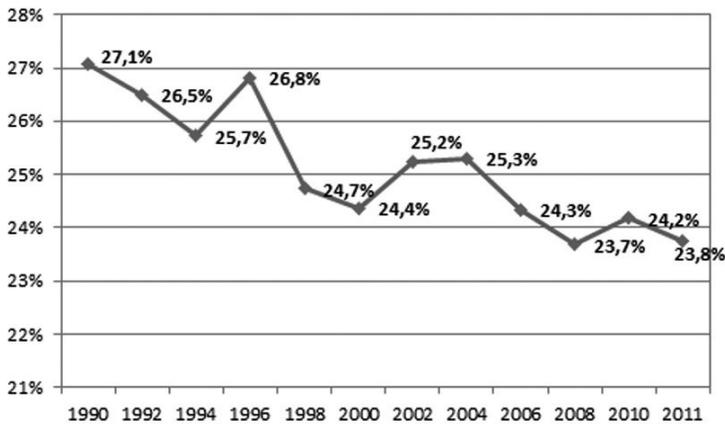


Abbildung 5: Entwicklung der privaten Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben 1990–2011¹⁰

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

10 Statistik Austria (2013a).

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

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

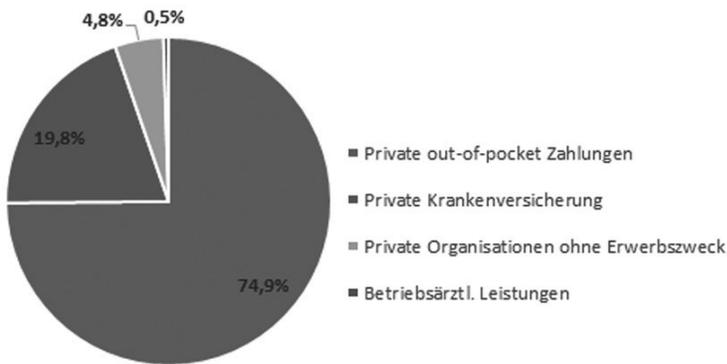


Abbildung 6: Mittelherkunft der privaten Gesundheitsausgaben in % 2011¹²

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

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

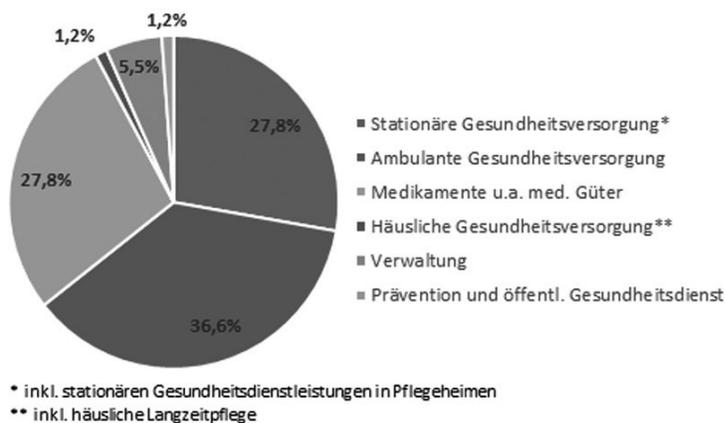


Abbildung 7: Mittelverwendung der privaten Gesundheitsausgaben in % 2011, Österreich¹³

3. Öffentliche Gesundheitsausgaben

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

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

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

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

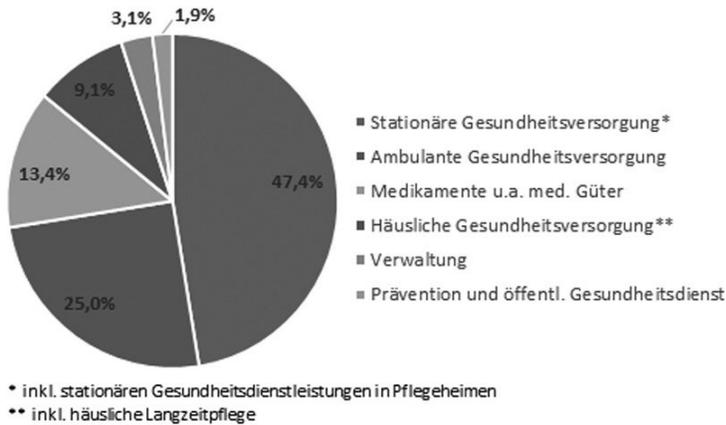


Abbildung 8: Mittelverwendung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in % 2011¹⁵

14 OECD (2012), S. 125.

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

4. Anteilige Finanzierung durch öffentliche und private Mittel

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

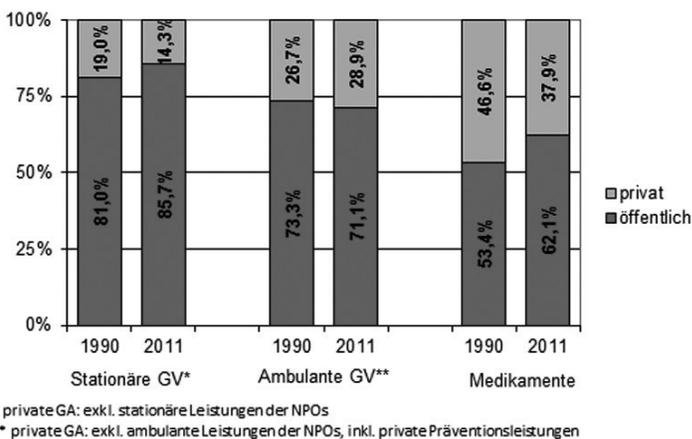


Abbildung 9: Finanzierung der drei kostenintensivsten Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens durch öffentliche und private Mittel im Vergleich 1990, 2011¹⁶

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

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

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

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

Tabelle 2: Mittelverwendung nach Financiers 2011¹⁸

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

17 Auskunft vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs im Juli 2013.

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

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

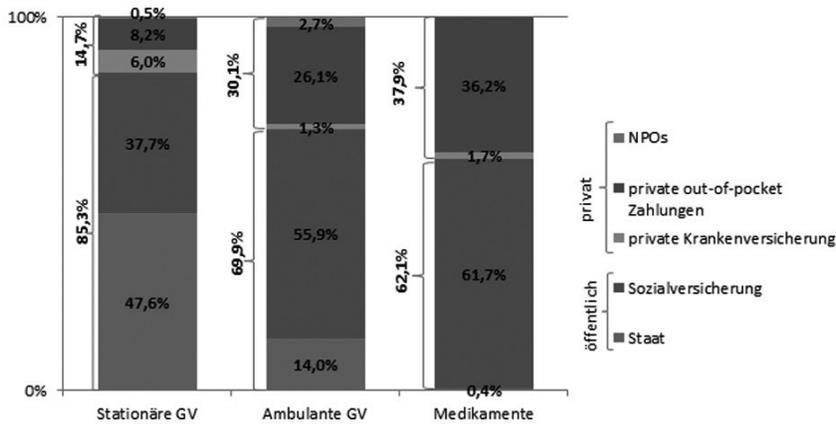


Abbildung 10: Mittelherkunft für die drei kostenintensivsten Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens 2011²⁰

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

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

5. Stationäre Versorgungslandschaft

In Österreich spielen private Spitäler eine untergeordnete Rolle. Der Hauptteil der stationären Versorgung wird von gemeinnützigen Krankenanstalten geleistet. Diese werden überwiegend von den Ländern, den Gemeinden, vom Bund, von Ordenshäusern und von der Sozialversicherung (z.B. AUVA, PVA) betrieben. Österreichweit sind 80,3 % aller Spitalsbetten in gemeinnützigen Krankenanstalten aufgestellt. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Spitalslandschaft in Österreich (Stand Juli 2013).

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

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

Tabelle 3: Krankenhauslandschaft in Österreich 2013²¹

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

21 BMG (2012c).

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

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

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

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

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

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

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

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

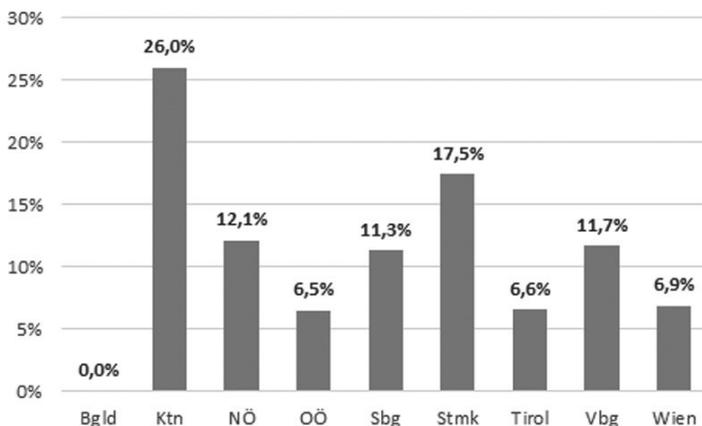


Abbildung 11: Privater Anteil an den tatsächlich aufgestellten Betten nach Bundesländern 2011²⁴

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

24 Statistik Austria (2012), S. 365.

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

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

6. Versorgung durch niedergelassene Ärzte

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

25 BMG (2012a).

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

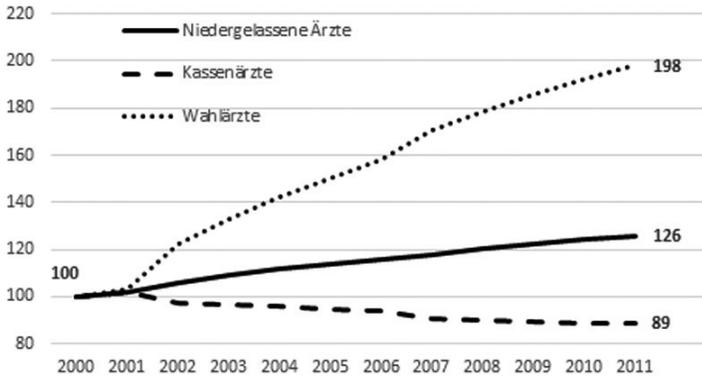


Abbildung 12: Entwicklung der Anzahl der niedergelassenen Ärzte 2000–2011 (2000 = 100)²⁶

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

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

26 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2001 und 2012).

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

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

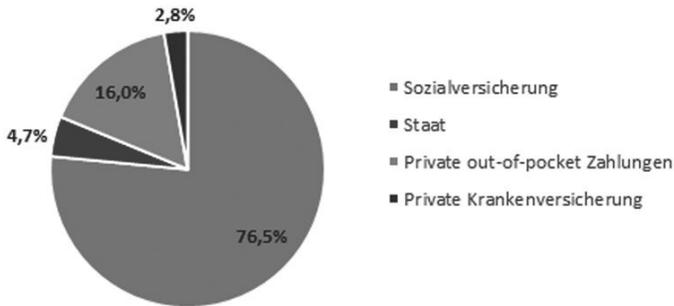


Abbildung 13: Finanzierung der Versorgung durch niedergelassene Ärzte in Österreich 2011²⁹

7. Steuerung privater Mittel

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

28 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012).

29 Statistik Austria (2013b).

7.1. Im stationären Bereich

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

Mittel der PKV fließen dann, wenn ihre Versicherten in den Spitälern behandelt werden. Die Versicherten haben wiederum die Wahl zwischen einer Behandlung in der Sonderklasse eines öffentlichen Spitals oder einem Privatspital. Die Entscheidung wird für jenes Spital fallen, das in den Augen der Patienten das bessere ist. Hier können viele Faktoren wichtig sein, wie etwa die Wohnortnähe, die Wartedauer auf einen Termin, der Komfort der Zimmer und die Qualität der medizinischen Behandlung (Personal, Geräte). Das heißt, wenn es gewünscht ist, den öffentlichen Krankenhaussektor auch von der PKV mitfinanzieren zu lassen, so muss die Sonderklasse attraktiv gestaltet werden, denn der private Sektor spielt in der stationären Versorgung zwar noch eine untergeordnete Rolle, wächst aber zunehmend. Aber ist es überhaupt lukrativ, private Patienten in der Sonderklasse zu behandeln?

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

Zudem erhalten die praktizierenden Ärzte einen wichtigen Teil ihrer Honorare über die private Krankenversicherung. *„Die private Krankenzusatzversicherung für Patient/inn/en ist darüber hinaus eine wichtige Einkommensquelle für Ärztinnen/Ärzte, die in öffentlichen Spitälern tätig sind. Nachdem die Entlohnung im öffentlichen Sektor verhältnismäßig gering ist, wird dies gemeinhin als Anreiz gesehen,*

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

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

*hoch qualifiziertes ärztliches Personal an den öffentlichen Sektor zu binden. Oder umgekehrt ausgedrückt, die Gehälter im öffentlichen Sektor können vergleichsweise gering gehalten werden, da die Sonderklasse-Honorare einen wesentlichen Teil des Einkommens darstellen und bei leitenden Ärztinnen/Ärzten häufig ein Mehrfaches des Dienstbezuges ausmachen.*³² Zwar ist nicht klar, inwieweit die Gehälter für die Ärzte steigen müssten, sollte sich die Sonderklasse rückläufig entwickeln, jedoch ist nicht bestreitbar, dass man mehr Geld in die Hand nehmen müsste, um hoch qualifizierte Ärzte in den öffentlichen Krankenanstalten zu halten. Tut man dies nicht, so kommt es insofern zu einer Zwei-Klassen Medizin, als dass die besten Ärzte in private Spitäler abwandern, die für sozial Schwächere, ohne Zusatzversicherung, nicht zugänglich sind. In öffentlichen Krankenanstalten stehen die Spitzenärzte aber auch der allgemeinen Klasse zur Verfügung, da der Anteil der Privatpatienten niedrig ist und kaum damit zu rechnen ist, dass diese Ärzte mit Privatpatienten ausgelastet werden.

Daher ist es aus Gründen der Finanzierung der Spitäler günstig, und aus Gründen der gerechten Verteilung von Gesundheit angeraten, die Sonderklasse in den öffentlichen Spitälern zu erhalten, wenn nicht sogar auszubauen und darüber nachzudenken, wie öffentliche Spitäler gegenüber privaten Häusern konkurrenzfähig bleiben bzw. werden. Derzeit sind etwa 9 % der Patienten in öffentlichen Spitälern Sonderklassepatienten. Gesetzlich dürfen bis maximal 25 % der Betten für Sonderklassepatienten vorgehalten werden. Die Auslastung der Sonderklasse könnte daher viel höher sein als bisher. Wie bekommt man aber mehr Sonderklassepatienten in öffentliche Spitäler? Das scheint zur Zeit sehr schwierig zu sein, da die Vorteile für Zusatzversicherte bei weitem nicht mehr so groß sind wie früher, da die allgemeine Klasse immer weiter aufgewertet wurde. Das ist zwar sehr begrüßenswert, aber es darf nicht vergessen werden, dass privat Versicherte nicht unwesentliche monatliche Prämien für die private Krankenversicherung bezahlen. Und für dieses Geld wollen sie verständlicherweise entsprechende Gegenleistungen erhalten. Zwei dieser Gegenleistungen sind die freie Arztwahl und die immer wieder kritisierte kürzere Wartezeit bei planbaren Operationen.³³ Ein weiterer Vorteil ist die Hotelkomponente im Krankenhaus, die darin besteht, in einem Ein- oder Zweibettzimmer untergebracht zu sein, eine größere Menüauswahl zu haben oder durch Zeitungen, Fernsehen und Internet unterhalten zu werden. Spitäler müssen darauf bedacht sein, diese Vorteile für Privatpatienten zu pflegen und immer zumindest auf dem Stand der Privatspitäler zu halten.

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

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

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

lich in Privatspitäler. Die Mittel der privaten Krankenversicherung fließen dann auch ausschließlich dort hin, wodurch für öffentliche Häuser ein großer Teil ihrer Mittel wegfällt. Den Verlust dieser Gelder müsste die öffentliche Hand wieder ausgleichen. Das öffentliche Gesundheitssystem würde also (bei gleicher Qualität) teurer, wohingegen sich parallel ein privates Gesundheitssystem etabliert. Ein weiteres Szenario könnte sein, dass sich die öffentliche Hand diese Verteuerung des Gesundheitssystems nicht leisten kann bzw. will und das öffentliche System (bei gleichen Kosten) qualitativ schlechter wird. Wir könnten also zwischen einer Verteuerung oder einer Verschlechterung wählen, die die derzeit kritisierten Ungerechtigkeiten bei weitem übertreffen würden.

7.2. Im niedergelassenen Bereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literaturverzeichnis

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