

***Dr. Stefan D. Haigner***

*Gesellschaft für angewandte Wirtschaftsforschung GAW, Innsbruck*

***Mag. Stefan Jenewein***

*Gesellschaft für angewandte Wirtschaftsforschung GAW, Innsbruck*

*Unter der wissenschaftlichen Leitung von*

***Em. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider***

*Johannes Kepler Universität Linz*

# Privatpatienten für Kassenärzte

## Mehr Geld im Gesundheitssystem?

Executive Summary	10
1. Motivation	14
2. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich	17
3. Gesundheitsausgaben und Ärzte in Österreich	31
4. Private Krankenversicherungen für den niedergelassenen Bereich	46
5. Zusammenfassung	60
Quellen	62

# Executive Summary

Seit dem Jahr 2000 stagniert in Österreich die Anzahl an Kassenärzten<sup>1</sup>, während sich die Anzahl an Wahlärztinnen mehr als verdoppelte. Offensichtlich nimmt die Attraktivität von Kassenverträgen ab und Ärzte entscheiden sich immer häufiger, ihre Tätigkeit als Wahlarzt auszuüben. Neben allfälligen gesellschaftspolitischen Konsequenzen wie einer möglichen stärkeren Segregation von Wahlarzt- und Kassen-„medizin“, besteht eine Gefahr dieser Entwicklung auch darin, dass dem „öffentlichen“ System (Kassenärztinnen) Mittel fehlen, da diese in den „privaten“ Bereich (Wahlärzte) fließen.

Die vorliegende Studie untersucht vor diesem Hintergrund die Auswirkungen der Option, auch Behandlungen von Privatpatienten durch Kassenärzte zuzulassen und die Abrechnung über private (ambulante) Krankenzusatzversicherungen zu ermöglichen. Durch diese Option sollen zusätzliche private Mittel in den öffentlichen Sektor umgeleitet werden.

## Durch Private finanzierte Gesundheitsausgaben

Die gesamten laufenden Gesundheitsausgaben beliefen sich in Österreich zuletzt auf 38,5 Milliarden Euro, von denen 10,0 Milliarden Euro durch Private (Haushalte, Krankenversicherungen sowie sonstige wie etwa Non-Profit Organisationen) getragen wurden.

<b>Laufende Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquelle</b>		
	Absolut	Relativ
Gesamt, davon	€ 38,5 Mrd.	100,0%
Sozialversicherung	€ 17,0 Mrd.	44,3%
Staat	€ 1,4 Mrd.	7%
Private	€ 10,0 Mrd.	26,0%
Private gesamt, davon	€ 10,0 Mrd.	100,0%
Haushalte (Out-of-pocket-Zahlungen)	€ 7,4 Mrd.	73,9%
Krankenversicherungen	€ 1,9 Mrd.	18,9%
Sonstige	€ 0,7 Mrd.	7,2%

Quelle: Statistik Austria, 2019.

<sup>1</sup> In der vorliegenden Studie wird die männliche und die weibliche Form bei Personen und Berufsbezeichnungen abwechselnd verwendet. Damit sind jeweils immer beide Geschlechter gemeint.

Private Krankenversicherungen finanzierten dabei mit 919,5 Millionen Euro zuletzt 6,2 % der 14,8 Milliarden Euro an Gesundheitsausgaben im stationären Bereich (Krankenanstalten). Im niedergelassenen Bereich waren es mit 152,7 Millionen Euro hingegen lediglich 1,7 % der dortigen gesamten 8,8 Milliarden Euro an Ausgaben. Das heißt, dass private Krankenversicherungen im stationären Bereich einen rund sechs Mal so hohen Beitrag leisten wie im niedergelassenen Bereich.

<b>Beitrag der Privaten im stationären und im niedergelassenen Bereich</b>				
	Stationärer Bereich		Niedergelassener Bereich	
Gesamte laufende Ausgaben, davon	€ 14,8 Mrd.	100,0%	€ 8,8 Mrd.	100,0%
Private Krankenversicherungen	€ 0,9 Mrd.	6,2%	€ 0,2 Mrd.	1,7%
Private Haushalte (out-of-pocket)	€ 0,5 Mrd.	3,3%	€ 2,8 Mrd.	32,2%

Quelle: Statistik Austria, 2019.

Private Haushalte schultern in Form von Out-of-pocket-Zahlungen mit jährlich 2,8 Milliarden Euro 32,2 % der gesamten laufenden Ausgaben im niedergelassenen Bereich, während es im stationären Bereich mit 485,9 Millionen lediglich 3,3 % der entsprechenden Ausgaben sind.

## Zusätzliche private Investitionen im Gesundheitsbereich

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen soll die vorgeschlagene Option helfen, zusätzliche Mittel in das Gesundheitssystem umzuleiten, indem private Krankenversicherungen ihren Beitrag verstärkt auch im niedergelassenen Bereich leisten. Denn wenn Kassenärztinnen auch Privatpatienten behandeln dürfen, so steigen die Anreize für zusätzliche Investitionen, was am Ende des Tages allen Versicherten, auch den gesetzlich Krankenversicherten, und somit dem gesamten Gesundheitssystem zugutekommt.

## Kassenärzte zeigen sich sehr aufgeschlossen

Eine aktuelle Umfrage unter Kassenärzten (LIG, 2019) brachte ein klares Ergebnis, wenn sich 84,1 % der Ärztinnen prinzipiell vorstellen können, unter gewissen Umständen in höherem Ausmaß auch Privatpatienten zu behandeln. Demgegenüber kommt dies lediglich für 7,7 % der Ärztinnen nicht in Frage.

Mit 46,8 % sieht knapp die Hälfte der Ärzte in dieser Option ein sehr großes bzw. großes Potenzial, Kassenarztstellen zu attraktivieren. Weiter erwartet sich

mit 54,6 % der Ärztinnen eine Mehrheit eine Verbesserung der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung. Neben den Vorteilen, Spezialisierungen und Behandlungsmethoden anzuwenden, die von den Kassen derzeit nicht bezahlt werden, sowie ein Mehr an Zeit, die Ärzte für ihre Patientinnen aufwenden können, nannten 70,0 % auch zusätzliche Einkommensmöglichkeiten als Vorteil der zur Frage gestellten Option.

## Kassenärzte: Mehr Einkommen – steigende Investitionen

Steigende Einkommen der Kassenärzte führen auch zu steigenden Investitionen, denn höhere Einkommen führen nicht nur zu zusätzlichen Konsumausgaben, sondern auch zu steigenden Investitionen, sei es in die Ordination und medizinische Ausrüstung, sei es in Fort- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen. Auch diese Aussage wird durch die Ergebnisse der Umfrage untermauert, wenn mit 27,7 % der Ärztinnen mehr als ein Viertel explizit angibt, die Praxisausstattung leichter finanzieren zu können.

## Zusätzliche Mittel von bis zu 1,1 Mrd. Euro für das Gesundheitssystem

In einer repräsentativen österreichweiten Umfrage (market, 2019) wurden im Frühjahr 2019 die Bereitschaft sowie die Zahlungswilligkeit der österreichischen Bevölkerung für eine private ambulante Krankenversicherung, die die Kosten einer Privatbehandlung durch Kassenärzte abdeckt, abgefragt.

<b>Potenzial einer ambulanten Krankenversicherung</b>	
	Jährliches Potenzial
Bei einer Monatsprämie von 10 / 30 / 50 / 70 Euro	
Österreich	€ 826,6 Mio.
Oberösterreich	€ 136,9 Mio.
Bei einer Monatsprämie von 20 / 40 / 60 / 80 Euro	
Österreich	€ 1.125,2 Mio.
Oberösterreich	€ 186,3 Mio.

Quelle: Statistik Austria, 2019.

Mit 45 % kann sich dabei knapp die Hälfte der Befragten vorstellen, eine derartige Krankenversicherung abzuschließen. Die Angaben der Befragten zu den Bandbreiten jenes monatlichen Betrages, den sie für eine Krankenversicherungen zu zahlen bereit wären, lassen auf ein jährliches Potenzial von 826,6 Millionen bis 1,1 Milliarden Euro schließen. Mittel, die letzten Endes dem gesamten Gesundheitssystem zur Verfügung stehen. Für das Bundesland Oberösterreich kann ein Potenzial von 186,3 Millionen Euro erwartet werden.

Da nicht bekannt ist, welchen Anteil ihres Einkommens Kassenärzte für zusätzliche Investitionen verwenden werden, zeigen verschiedene Szenarien das mögliche Investitionspotenzial auf. Unter der Annahme, dass von jenem zusätzlichen Einkommen der Kassenärzte, das nach Abzug der Kosten der privaten Krankenversicherungen zur Verfügung steht, 75 % verkonsumiert und 25 % investiert werden, bedeutet dies etwa ein zusätzliches Investitionsvolumen von 225,0 Millionen Euro. Oder etwas mehr als 31.000 Euro je Kassenarztpraxis. Investitionen, die der Gesamtheit aller Versicherten zugutekommt.

## Gestaltung der Rahmenbedingungen wichtig

Wenn Kassenärzte auch Privatpatienten behandeln sollen dürfen, ist die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen derart zu gestalten, dass Privat- nicht den Kassenpatientinnen vorgezogen werden. Denn ohne weitere Rahmenbedingungen besteht die Gefahr von Anreizen für Kassenärzte, Privatpatienten zu bevorzugen. Doch gelingt es, derartige Anreize zu vermeiden, besteht nicht nur für den niedergelassenen Bereich eine Chance, durch zusätzliche Mittel auch eine qualitative Aufwertung in Form zusätzlicher Investitionen und Weiterbildungen zu erfahren. Auch zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Kassenärztinnen kann diese Option beitragen, wenn die Attraktivität von Kassenverträgen durch die Möglichkeit, neben Kassen- auch Privatpatientinnen behandeln zu können, wieder steigt.

# 1. Motivation

Österreich 2019:<sup>2</sup> Eine Patientin<sup>3</sup> benötigt aufgrund einer Erkrankung eine medizinische Leistung. Dabei steht sie mitunter vor der Wahl, eine Kassen- oder eine Wahlärztin aufzusuchen. Bei einer Kassenärztin muss die Patientin längere Wartezeiten in Kauf nehmen als bei der Wahlärztin. Auch kann sich die Kassenärztin nur weniger Zeit für Diagnose, Therapie und Beantwortung allfälliger Fragen unserer Patientin nehmen als die Wahlärztin. Mit dem Verlassen der Praxis der Kassenärztin ist die Geschichte für unsere Patientin zu Ende, während sie bei der Wahlärztin noch die ihr ausgehändigte Honorarnote begleichen muss und anschließend bei ihrer Krankenversicherung einreichen kann, um einen Teil des Honorars von dieser rückerstattet zu bekommen. Wie viel diese Rückerstattung ausmachen wird, weiß unsere Patientin dabei jedoch nicht. Denn die Krankenkasse zahlt im Regelfall 80 % jenes Tarifs, der für die erbrachte Leistung vereinbart ist (Kassentarif). Wie hoch dieser Tarif ist, entzieht sich der Kenntnis unserer Patientin. Jedenfalls muss die Patientin einen Teil des Honorars aus eigener Tasche bezahlen. Ob das „nur“ jene 20 % sind, die über die 80 % des Kassentarifs hinausgehen oder aber ob dies Leistungen betrifft, die die Wahlärztin zusätzlich erbracht hat und die womöglich gar nicht Bestandteil der Leistungsvereinbarung sind und somit zur Gänze aus eigener Tasche bezahlt werden müssen, offenbart sich unserer Patientin erst im Nachhinein. Würde unsere Patientin über eine private Krankenversicherung<sup>4</sup> verfügen, würde diese je nach Tarif die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Kostenteile übernehmen.

Österreich 2029: Die gesetzliche Lage hat sich geändert, Kassenärzte können nun auch Privatpatienten behandeln und abrechnen. Unsere Patientin, die eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat, benötigt wieder einmal ärztliche Hilfe. Dabei kann sie nach wie vor zwischen dem Besuch eines Kassen- und eines Wahlarztes wählen. Nun jedoch mit einem entscheidenden Unterschied. Denn da Kassenärzte nun auch Privatpatienten behandeln dürfen, fallen bisherige Entscheidungskriterien für eine Wahlärztin wie kürzere Wartezeiten und mehr Zeit für das Arztgespräch weg. Denn Kassen- wie Wahlärztin sind diesbezüglich gleich „frei“, können also etwa Termine ohne Rücksicht auf etwaige Vorgaben

2 Die folgenden Ausführungen sind verallgemeinernd und bewusst vereinfacht dargestellt.

3 In der vorliegenden Studie wird die männliche und die weibliche Form bei Personen und Berufsbezeichnungen abwechselnd verwendet. Damit sind jeweils immer beide Geschlechter gemeint.

4 In der vorliegenden Studie wird mit *privater Krankenversicherung* stets eine Krankenzusatzversicherung eines privaten Versicherungsunternehmens verstanden, die ergänzend zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen werden kann.

vergeben und auch Zeit für die Patientin ohne Beschränkungen von außen einplanen. Auch finanziell besteht für unsere Patientin kein Unterschied mehr zwischen dem Besuch eines Kassen- und eines Wahlarztes, denn in beiden Fällen wird die Patientin als Privatpatientin behandelt und erhält nach der Begleichung des Honorars den Kassentarif in entsprechender Höhe von der gesetzlichen Krankenversicherung rückerstattet. Ihre private Krankenversicherung deckt je nach Tarif möglicherweise weitere Kosten ab – jedoch unabhängig davon, ob sie sich von einer Kassen- oder einer Wahlärztin behandeln hat lassen.

Wenn unsere Patientin hingegen keine private Krankenversicherung abgeschlossen hat und sich als Kassenpatientin behandeln lässt, so ändert sich für sie im Vergleich zum Status quo nichts. Beinahe nichts, hat sie doch sogar einen Vorteil aus dieser gesetzlichen Änderung. Denn da ihre Kassenärztin nun auch Privatpatienten behandeln darf, hat sich die medizinische Infrastruktur ihrer Ordination verbessert. Möglicherweise hat sie auch zusätzliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Anspruch genommen, um als Kassenärztin für Privatpatientinnen attraktiv zu werden. Da die Kassenärztin in ihrer Tätigkeit und der Vermittlung ihres Know-hows jedoch nicht zwischen Kassen- und Privatpatientin unterscheiden kann, heißt das, dass all diese fachlichen und infrastrukturellen Verbesserungen nun auch unserer Kassenpatientin zugutekommen.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie mögliche Auswirkungen einer Gesetzesänderung, die auch Kassenärztinnen die Möglichkeit geben soll, Privatpatienten zu behandeln. Denn wie die Studie zeigen wird, zeigt ein Blick in die Ärztestatistiken, dass die Anzahl an Kassenärzten stagniert, während es immer mehr Wahlärztinnen gibt. Ein wesentlicher Punkt in der Diskussion über Privatpatienten bei Kassenärzten ist dabei auch, dass damit erreicht werden soll, dass private Mittel – in diesem Fall in Form von privaten Krankenversicherungen – in den öffentlichen Bereich umgelenkt werden. Damit ist gemeint, dass eine Attraktivierung von Kassenarztstellen letztlich auch mit einem Anstieg des fachlichen Know-hows von Kassenärzten sowie einer Verbesserung der medizinischen Infrastruktur von Kassenarztpraxen einhergeht – und dies allen Versicherten zugutekommt, also auch den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Studie gliedert sich wie folgt: In Abschnitt 2 werden die Gesundheitssysteme Österreichs, der Schweiz und Deutschlands hinsichtlich des Systems der Krankenversicherung beleuchtet und miteinander verglichen. Im Abschnitt 3 wird das österreichische Gesundheitssystem in jenen Aspekten im Detail analysiert, die für die Fragestellung der vorliegenden Studie von Bedeutung sind. Dies ist neben der Frage, woher aktuell die Mittel zur Finanzierung der laufenden Ausgaben des österreichischen Gesundheitssystems stammen, welchen Beitrag

dabei der Privatsektor leistet und wie all diese aufgebrauchten Mittel verwendet werden, auch die Frage nach der Entwicklung der Anzahl an Ärzten sowie deren Struktur. Damit sind die Rahmenbedingungen für den Abschnitt 4 abgesteckt. Dieser Abschnitt widmet sich der Frage nach dem Potenzial einer privaten Krankenversicherung für den niedergelassenen Bereich und diskutiert, welche Anreize von einer derartigen Gesetzesänderung für die Ärzteschaft ausgehen und welche Konsequenzen dadurch für das österreichische Gesundheitssystem erwartet werden können.

## 2. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Naturgemäß unterscheiden sich die Gesundheitssysteme von Land zu Land, sind diese doch über viele Jahre und Jahrzehnte gewachsen. Ursache für die heute zu beobachtenden Unterschiede in der Ausgestaltung der Gesundheitssysteme sind somit die jeweiligen historischen Entwicklungen unter teils stark voneinander abweichenden nationalen Rahmenbedingungen. Und derartig gewachsene Systeme sind immer auch ein Spiegelbild der gesellschaftlichen und politischen Überzeugungen, Diskussionen und Auseinandersetzungen. Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass auch in der Art der Finanzierung der Gesundheitssysteme – und damit auch der in der vorliegenden Untersuchung zu analysierenden Krankenversicherungssysteme – Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern zu beobachten sind. Grob gesprochen kann die Finanzierung dabei über Steuern durch das staatliche Budget, über Beiträge durch die Parafisci wie Sozialversicherungen oder aber durch Zahlungen der privaten Haushalte und privaten Krankenversicherungen erfolgen. Wie gezeigt werden wird, sind in vielen Ländern Mischformen dieser Finanzierungsmodi zu finden. Gemein ist dabei den verschiedenen Systemen – zumindest in Europa – die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen. Unterschiede gibt es dabei jedoch in der konkreten Ausgestaltung dieser Pflicht, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Eine weitere Gemeinsamkeit über die Länder und Systeme hinweg ist dabei, dass über die Sinnhaftigkeit einzelner Bausteine sowie die Nachhaltigkeit der bestehenden Krankenversicherungssysteme, deren Reformbedürftigkeit sowie deren langfristige Finanzierbarkeit diskutiert wird. Auch spielen Gerechtigkeitsüberlegungen in Hinblick auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen eine zentrale Rolle in den geführten Debatten.

### 2.1. Deutschland, Schweiz und Österreich: ein Systemvergleich

Die folgenden Ausführungen stellen die Ausgestaltung der Krankenversicherungssysteme in Deutschland, der Schweiz und Österreich in ihren zentralen Punkten dar. Dabei konzentrieren sich die Ausführungen auf jene Punkte, die für die Analyse der vorliegenden Studie von Bedeutung sind.

## 2.2. Deutschland: duales Krankenversicherungssystem

Deutschland hat nicht irgendein soziales Krankenversicherungssystem, sondern das weltweit älteste (Bärnighausen und Sauerborn, 2002). In einem Atemzug muss dabei wohl Otto von Bismarck, Kanzler des Deutschen Reiches, genannt werden, der das System im Jahr 1883 nachhaltig reformierte und im Krankenversicherungssystem bis heute seine Spuren hinterließ.

Heute wird die Krankenversicherung in Deutschland von zwei unterschiedlichen Systemen getragen, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf der einen und der privaten Krankenversicherung (PKV) auf der anderen Seite (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Dieses duale Krankenversicherungssystem, das im Wesentlichen seit der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg besteht und in den letzten 50 Jahren mehrfach an der sogenannten „GKV/PKV-Systemgrenze“ verändert wurde (Drabinski, 2013), ist dabei einzigartig, kommt es doch in keinem anderen Staat in dieser Ausgestaltung vor. Denn während der Großteil der Bevölkerung in der GKV pflichtversichert ist, haben einige wenige Personengruppen die Wahl zwischen der GKV und der PKV. Die Kriterien, ob eine Person in der GKV pflichtversichert ist oder ob sie die Wahl zwischen der GKV und der PKV hat, sind dabei das persönliche Einkommen sowie der Beschäftigungsstatus. So sind aktuell unselbständig Beschäftigte mit einem Einkommen bis zur sogenannten Versicherungspflichtgrenze<sup>5</sup> (aktuell 60.750 Euro/Jahr) in der GKV pflichtversichert, während unselbständig Beschäftigte mit einem Einkommen über dieser Grenze die Wahl zwischen der GKV und der PKV haben. Ebenfalls wahlberechtigt sind darüber hinaus (einkommensunabhängig) Selbstständige und Freiberufler sowie Beamte und Pensionäre (Beamte im Ruhestand) mit deren Ehepartnern und Kindern als sogenannte Beihilfeberechtigte.<sup>6</sup>

5 Eine derartige Versicherungspflichtgrenze kennt derzeit ausschließlich Deutschland. In anderen Staaten sind die gesetzlichen Krankenversicherungen derart ausgestaltet, dass sämtliche Personen unabhängig von ihrem Einkommen dem Krankenversicherungssystem angehören (Bürgerversicherung).

6 Für Krankenkassen der GKV besteht eine Aufnahmeverpflichtung für all jene, die der GKV zugeordnet sind. Für PKV besteht für nicht gesetzlich Versicherte eine Aufnahmeverpflichtung im Basistarif.

2017 waren 8,8 Millionen Personen in der PKV krankenvollversichert (PKV, 2019) und 72,2 Millionen in der GKV (GKV, 2019).<sup>7</sup> Darüber hinaus gab es zuletzt mehr als 25,1 Millionen Personen, die sich ergänzend zu ihrer Krankenversicherung in der GKV in einer PKV Zusatzversicherten (Bundesministerium für Gesundheit, 2018a).

Obwohl dieses gesetzlich vorgeschriebene Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung seit vielen Jahren in Frage gestellt wird, tastet die Politik bzw. der Gesetzgeber diese bestehende Dualität nicht an. Und das, obwohl das System von Experten ob dessen Ineffizienz kritisch gesehen wird, führe doch dieser Systemwettbewerb zweier ungleicher Krankenversicherungssysteme *„zu allokativen Fehlanreizen, sachlich nicht gerechtfertigten Unterschieden beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und erheblichen finanziellen Belastungen für Privatversicherte und Steuerzahler“* (Greß und Lungen, 2017).

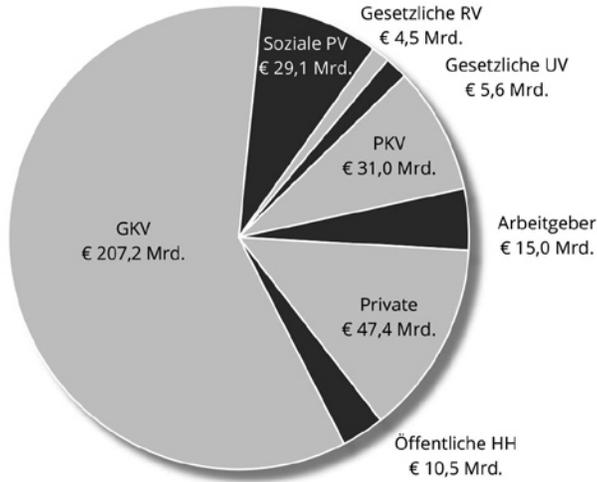
Trotz dieser Kritik ist Deutschland weit davon entfernt, dass sich ein echtes duales System in der Gesundheitsversorgung etabliert, wie dies etwa in Großbritannien der Fall ist, wo die Behandlung von Privatversicherten in eigenständigen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt wird (Cylus et al., 2015). Denn in Deutschland entfallen von *„500.000 Krankenhausbetten nur 3.000 Betten auf Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen (Statistisches Bundesamt, 2017a), stehen also gesetzlich versicherten Patienten nicht zur Verfügung – die entsprechenden Krankenhäuser haben teilweise einen faktischen Schwerpunkt auf ausländische Patienten. Ähnlich ist das Bild bei den niedergelassenen Ärzten: Den rd. 145.000 Ärzten, die sowohl Privatpatienten als auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung GKV-Patienten behandeln, stehen rd. 2.000 niedergelassene Ärzte gegenüber, die ausschließlich Privatpatienten behandeln“* (Wasem, 2018).

### 2.2.1. Gesundheitsausgaben und Ärzte

Die laufenden Gesundheitsausgaben in Deutschland beliefen sich zuletzt (2016) auf 350,2 Milliarden Euro. 59,2 % davon trugen die gesetzlichen Krankenversicherungen (207,2 Milliarden Euro), während auf die privaten Krankenversicherungen 31,0 Milliarden Euro (8,9 Prozent) entfielen. Der Rest verteilte sich auf die öffentlichen Haushalte, Arbeitgeber, Private sowie andere Träger (Bundesministerium für Gesundheit, 2018a).

<sup>7</sup> Hinzu kommen 1,8 Millionen Personen ohne Versicherungsschutz bzw. mit sonstigem Versicherungsschutz wie etwa Anspruch auf Krankenversorgung als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner, Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich, freie Heilfürsorge der Polizei und Bundeswehr, nicht krankenversicherte Personen, ohne Angabe zum Vorhandensein einer Krankenversicherung (vdek, 2019).

**Abbildung 2-1: Deutschland: Mittelherkunft der laufenden Gesundheitsausgaben**



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2018a.

GKV...Gesetzliche Krankenversicherung, PKV...private Krankenversicherung, PV...Pflegeversicherung, RV...Rentenversicherung, UV...Unfallversicherung, HH...Haushalte.

Prinzipiell können Versicherte in der GKV ihre behandelnde Ärztin nach dem Prinzip der freien Arztwahl frei wählen, allerdings mit Einschränkungen. Denn in der GKV Versicherte können nur die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte frei wählen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018b).<sup>8</sup>

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wiederum nimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen eine Schlüsselstellung im System der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen stellen dabei sicher, dass die ambulante medizinische Versorgung reibungslos funktioniert. Denn unabhängig

<sup>8</sup> Ein Sonderfall ist die hausarztzentrierte Versorgung. Hier ist die freie Arztwahl eingeschränkt. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich gegenüber ihrer Krankenkasse, ambulante fachärztliche Behandlungen nur nach Überweisung durch den von ihnen gewählten Hausarzt (Ausnahmen gelten für die Inanspruchnahme von Augen- und Frauenärzten) zu nutzen. Ähnliche Regelungen können sich auch in anderen Selektivverträgen (zum Beispiel zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung) befinden. Auch hier gilt dann, dass Versicherte nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch nehmen dürfen. Die Teilnahme an solchen Selektivverträgen ist für den Versicherten aber freiwillig (Bundesministerium für Gesundheit, 2018b).

davon, bei welcher GKV ein Patient versichert ist, kann er sich von einem niedergelassenen Arzt seiner Wahl behandeln lassen (KBV, 2019).

2017 waren in Deutschland 385.149 Ärzte tätig. Mit 147.350 davon waren 38,3 % sogenannte Teilnehmende (Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen), von denen wiederum der Großteil (122.110) als Kassen- / Vertragsärztinnen<sup>9</sup> tätig war. Auf zwei Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit sei dabei explizit hingewiesen. Zum einen zeigt sich, dass die Anzahl an Ärzten in den letzten Jahren weit stärker (seit 1999: + 32,3 %) gestiegen ist als die Anzahl an Teilnehmenden (seit 1999: + 17,6 %). Und dies vor dem Hintergrund einer naturgemäß höheren Anzahl an Ärzten insgesamt (1999: 291.171) als an teilnehmenden Ärzten (1999: 125.317).

**Tabelle 2-1: Deutschland: Entwicklung der Anzahl an Ärzten**

	Ärzte	Teilnehmende		Darunter ...		
		Absolut	In Prozent	Kassen- / Vertragsärzte	Angestellte Ärzte§	Ermächtigte§§
1999	291.171	125.317	43,0 %	113.181	1.405	10.731
2000	294.676	126.832	43,0 %	114.491	1.572	10.769
2001	297.893	128.512	43,1 %	116.033	1.617	10.862
2002	301.060	129.478	43,0 %	116.837	1.764	10.877
2003	304.117	130.563	42,9 %	117.605	1.942	11.016
2004	306.435	131.119	42,8 %	118.085	2.040	10.994
2005	307.577	131.802	42,9 %	118.834	2.170	10.798
2006	311.230	132.895	42,7 %	119.554	2.266	11.075
2007	314.912	134.172	42,6 %	120.232	2.963	10.977
2008	319.697	135.388	42,3 %	120.472	4.292	10.624
2009	325.945	137.416	42,2 %	121.128	6.014	10.274
2010	333.599	138.472	41,5 %	121.414	7.036	10.022
2011	342.063	139.538	40,8 %	121.661	7.978	9.899
2012	348.695	141.038	40,4 %	122.190	9.193	9.655
2013	357.252	142.660	39,9 %	122.299	10.878	9.538
2014	365.247	143.635	39,3 %	122.537	11.615	9.483
2015	371.302	144.769	39,0 %	122.935	12.430	9.404
2016	378.607	146.054	38,6 %	122.789	13.902	9.363
2017	385.149	147.350	38,3 %	122.110	15.951	9.290
<b>+/- 2017–1999</b>	<b>32,3 %</b>	<b>17,6 %</b>				

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2018a.

§ Dies sind bei Vertragsärzten und in den zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätigen angestellten Mediziner.

§§ Dies sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ermächtigte Krankenhausärzte.

9 15.951 waren angestellte Ärzte und 9.290 Ermächtigte – beides ebenfalls Teilnehmende.

Zum zweiten zeigt sich innerhalb der Teilnehmenden, dass die Anzahl an Kassen-/Vertragsärztinnen in den letzten zehn Jahren nur mehr sehr leicht gestiegen bzw. in den letzten fünf Jahren leicht gesunken ist, wohingegen die Anzahl an angestellten Ärzten stark zunimmt. So gab es zuletzt mit 15.951 angestellten Ärzten doppelt so viele wie im Jahr 2011.

### **2.2.2. Folgen des dualen Systems und Stand der Diskussionen**

Im Rahmen des dualen Systems in Deutschland ist es niedergelassenen Kassenärzten erlaubt, sowohl Patientinnen der GKV als auch der PKV zu behandeln. Denn die PKV ist ja für die oben angeführten Personengruppen (Besserverdienende, Selbständige, Beamte) keine Krankenzusatzversicherung, sondern eben die kraft Gesetzes ermöglichte bzw. vorgeschriebene Krankenversicherung.

Weiter ist zu wissen, dass die Honorarordnungen für die von den Ärztinnen erbrachten Leistungen in Abhängigkeit der Krankenversicherung der Patienten unterschiedlich sind. Das heißt, dass ein Arzt für dieselbe Leistung für einen Patienten der PKV ein höheres Honorar erhält als für eine Patientin der GKV. Und die Unterschiede sind nicht gering, belaufen sie sich doch auf bis das Doppelte oder gar Dreifache. Derartige Regelungen bedingen, dass Ärzte Anreize vorfinden, verstärkt oder bevorzugt Patienten der PKV zu behandeln und diese den Patientinnen der GKV vorzuziehen – und sei es „nur“ bei der Terminvergabe. Und dass dies nicht nur eine theoretische Diskussion ist, bestätigt wenig überraschend die gelebte Praxis und ein Blick in die entsprechenden Diskussionen in Deutschland, wenn von einer Bevorzugung von Patientinnen der PKV und einer Zwei-Klassen-Medizin die Rede ist.

Die Politik konnte sich bislang nicht auf eine Entschärfung dieser Entwicklungen verständigen und so soll basierend auf dem Koalitionsvertrag eine Expertenkommission bis Ende 2019 Reformvorschläge zur Ausgestaltung der Arzthonorare ausarbeiten. Eine dabei ins Spiel gebrachte Option stellt die Angleichung der Arzthonorare dar, die jedoch deutschlandweit quer über Interessenvertretungen und Betroffene für teils heftige Reaktionen sorgt. Während die GKV hohe Zusatzkosten für die GKV befürchtet, wenn die Arzthonorare für Leistungen an Patientinnen der GKV angehoben werden, sieht die PKV in einer Angleichung der Arzthonorare einen Schritt hin in Richtung Bürgerversicherung, die in deren Augen letztlich in eine Abschaffung der PKV mündet. Ebenso ablehnend zeigt sich die KBV, die statt der Vereinheitlichung der Honorare die Abschaffung der Budgetierung in der GKV vorschlägt. Unter der Annahme, dass das Honorarvolumen in Summe nicht schrumpfen darf, würde eine Angleichung zwangsläufig eine höhere Entlohnung der Leistungen der Ärzte, die mit der GKV abrechnen, bedeuten, womit Kosten in Milliardenhöhe verbunden sind – und dies, so Experten,

mit ungewissem Ergebnis hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungssituation der Bevölkerung. Auf eine weitere mögliche Konsequenz einer einheitlichen Vergütung im dualen Krankenversicherung weisen Hess et al. (2019) hin. Denn ihrer Überzeugung nach wäre die *„Folge einer einheitlichen Gebührenordnung [...] ein sich schnell entwickelnder neuer Markt für „Premiumpatienten“*. Denn niemand kann der PKV oder den Ärzten (auch nicht der Gesetzgeber) verbieten, neue Zusatzangebote in den Markt zu bringen, die zum Beispiel einen Honorarzuschlag auf die einheitliche Vergütung nach sich ziehen würde. Teil dieses Zusatzangebotes könnte explizit oder implizit unter anderem auch eine kürzere Wartezeit sein. Eine derartige Entwicklung hat sich auch in der Schweiz und in den Niederlanden ergeben, nachdem dort ein einheitlicher Versicherungsmarkt vom Gesetzgeber initiiert wurde. Im Ergebnis führt der „neue“ Markt für Zusatzversicherungen auf dem Versicherungs- und Leistungsmarkt eine Leistungs- und Preisdifferenzierung ex post wieder ein, die vom Gesetz- und Verordnungsgeber durch die einheitliche Gebührenordnung gerade vermieden werden sollten.“

Für den interessierten Beobachter scheint es, als sei der Großteil aller Betroffenen mit dem derzeitigen System unzufrieden und will eine „gerechtere“ Honorarordnung. Nur, wie diese ausschauen soll, darüber herrschen große Auffassungsunterschiede.

Fazit: Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland setzt Fehlanreize und verschärft das Ungleichgewicht in der Behandlung von Patienten und Patientinnen.

## 2.3. Schweiz: Versicherungspflicht

In der Schweiz gibt es eine gesetzlich vorgeschriebene Grundsicherung. Sämtliche Personen sind in dieser sogenannten obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherungspflichtig. Diese seit 1996 obligatorische Grundsicherung<sup>10</sup> kommt für notwendige schulmedizinische Behandlungen auf, wobei die einzelnen Leistungen durch den Gesetzgeber im Katalog der „Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ festgelegt werden und bei allen Versicherern identisch sind. Die Versicherungen müssen jeden Antragsteller unabhängig von Alter oder Vorerkrankungen ohne Einschränkungen aufnehmen

<sup>10</sup> Der Bereich der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz wird seit dem 1. Januar 1996 durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 geregelt. Mit dem KVG wurde insbesondere ein Versicherungsobligatorium mit einem umfassenden und klar definierten Leistungskatalog für die Krankenpflege-Grundversicherung eingeführt. Auch verlangt das KVG von den Versicherern, dass sie innerhalb eines Kantons eine von Geschlecht der Versicherten unabhängige Einheitsprämie anbieten (BAG, 2018).

(ESS, 2019). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung schützt die Versicherten bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall und bietet allen Versicherten denselben Leistungsumfang an.

Die nicht gewinnorientierte Krankenversicherung wird über einheitliche Kopfprämien finanziert, die jedoch kantonal bzw. regional sowie nach Altersgruppen abgestuft sind. Mit Prämienverbilligungen von Bund und Kantonen werden Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen teilweise entlastet. Als wichtige Systemmerkmale sind weiter die freie Wahl des Versicherers und der Versicherungsform sowie ein Risikoausgleichssystem zwischen den Versicherten zu nennen. Zu erwähnen ist zudem das Subventionierungssystem der Krankenversicherung, bei dem gezielt die Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verbilligt werden.

Innerhalb der Versicherungspflicht besteht für Personen in der Schweiz jedoch die Wahlfreiheit eines Versicherers. Das heißt, dass die Versicherten unter den Versicherern, die an ihrem Wohnort tätig sind, frei wählen können. Obwohl die Leistungen gesetzlich geregelt sind und somit bei allen Versicherern identisch sind, bestehen teils große Unterschiede in der Prämienhöhe. Daher lohnt es sich für Versicherte, die Angebote der Versicherer zu vergleichen und den Versicherer gegebenenfalls auch zu wechseln.

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung boten zuletzt 56 Versicherer ihre Leistungen für 8,3 Millionen Versicherte an. Die Bruttoleistungen der Versicherer beliefen sich dabei auf 31,5 Milliarden Schweizer Franken<sup>11</sup> (rund 28,1 Milliarden Euro), auf 4,3 Milliarden Franken beliefen sich die – noch zu diskutierenden – Kostenbeteiligungen der Versicherten, sodass sich Nettoleistungen von 27,2 Milliarden Franken ergaben (BAG, 2018).

Die Prämien für die Grundsicherung, die ausschließlich von den Arbeitnehmern und nicht auch von den Arbeitgeberern finanziert werden, sind vergleichsweise gering. Allerdings müssen sich in der Schweiz Patienten an den Behandlungskosten beteiligen. Diese Selbstbeteiligung setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Aus einer Franchise sowie aus einem Selbstbehalt.

Bei der Franchise handelt es sich um einen jährlichen Festbetrag, eine individuell vereinbarte Selbstbeteiligung. Das heißt, dass bis zum gewählten Betrag der Franchise sämtliche Kosten von der versicherten Person getragen werden müssen. Für erwachsene Versicherte beträgt die Untergrenze 300 und die Obergrenze 2.500 Franken. Für Kinder und Jugendliche gelten andere Grenzen.

---

<sup>11</sup> Hinkünftig steht „Franken“ in der vorliegenden Studie stets für „Schweizer Franken“.

Neben der Franchise gibt es den Selbstbehalt. So haben sich Versicherte mit 10 % an den Behandlungskosten nach Abzug der Franchise zu beteiligen. Gedeckt ist der Selbstbehalt für Erwachsene mit 700 Franken pro Jahr, für Kinder und Jugendliche gelten auch hier andere Grenzen.<sup>12</sup>

Ein Beispiel dazu für eine angenommene monatliche Prämie von 300 Franken für die Grundsicherung, einer Franchise von 400 Franken sowie dem zehnpromtigen Selbstbehalt für Behandlungskosten von 2.000 Franken. Zunächst wird die Franchise von 400 Franken abgezogen, so dass 1.600 Franken verbleiben, von denen 160 (10 %) als Selbstbehalt zu zahlen sind. Somit beläuft sich die private Beteiligung an den Behandlungskosten für den Versicherten – abseits der monatlichen Prämie für die Grundsicherung – auf 560 Franken (400 Franchise plus 160 Selbstbehalt).

Dieses System führt dazu, dass der Anteil der privaten Haushalte in Form von Selbstzahlungen zur Finanzierung des Gesundheitswesens vergleichsweise hoch ist. So finanzieren die privaten Haushalte mit Selbstzahlungen in Höhe von 23,2 Milliarden Franken 28,9 % der gesamten Kosten des Gesundheitswesens, die sich 2016 auf 80,5 Milliarden Franken (rund 73,8 Milliarden Euro) beliefen. Werden neben den Selbstzahlungen der privaten Haushalte auch die Prämien für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie für Privatversicherungen berücksichtigt, so summiert sich der Anteil der von den privaten Haushalten getragenen Kosten an den gesamten Kosten des Gesundheitswesens auf 65,2 %.

**Tabelle 2-2: Schweiz: Finanzierung des Gesundheitswesens nach Quellen**

	Absolut	Anteil
Staat, darunter	CHF 23,1 Mrd.	28,7 %
Bund	CHF 4,8 Mrd.	6,0 %
Kantone	CHF 16,3 Mrd.	20,2 %
Gemeinden	CHF 2,0 Mrd.	2,5 %
Unternehmen	CHF 4,9 Mrd.	6,1 %
Private Haushalte, darunter	CHF 52,5 Mrd.	65,2 %
Selbstzahlungen	CHF 23,2 Mrd.	28,9 %
Aufwand Krankenpflegeversicherung (netto)	CHF 24,4 Mrd.	30,3 %
Aufwand Privatversicherungen (netto)	CHF 4,3 Mrd.	5,3 %
Andere (Spenden etc.)	CHF 0,6 Mrd.	0,8 %
Gesamtkosten	CHF 80,5 Mrd.	100,0 %

Quelle: BFS, 2019a.

<sup>12</sup> Weiter erhöht sich der Selbstbehalt bei pharmazeutischen Originalpräparaten, für die auch Generika verfügbar sind, auf 20 %.

Mit 80,5 Milliarden Franken belaufen sich die Gesundheitskosten in der Schweiz auf 12,2 % des BIP, das sich auf 660,4 Milliarden Franken belief. Damit zählt die Schweiz zu den Ländern mit den höchsten relativen Gesundheitsausgaben in Europa (BFS, 2019).

Der Großteil der Kosten fällt dabei für Leistungen im Rahmen der ambulanten (21,4 Milliarden Franken) und der stationären (15,8 Milliarden Franken) Kurativbehandlung. Die Langzeitpflege schlägt mit weiteren 15,6 Milliarden sowie die Kosten für Gesundheitsgüter mit 13,1 Milliarden Franken zu Buche.

**Tabelle 2-3: Schweiz: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungsart**

Leistungsart	Absolut	Anteil
Stationäre Kurativbehandlung	CHF 15,8 Mrd.	19,6 %
Ambulante Kurativbehandlung	CHF 21,4 Mrd.	26,6 %
Rehabilitation	CHF 3,6 Mrd.	4,4 %
Langzeitpflege	CHF 15,6 Mrd.	19,4 %
Unterstützende Dienstleistungen	CHF 6,0 Mrd.	7,4 %
Gesundheitsgüter	CHF 13,1 Mrd.	16,3 %
Prävention	CHF 1,9 Mrd.	2,3 %
Verwaltung	CHF 3,1 Mrd.	3,9 %
Gesamtkosten	CHF 80,5 Mrd.	100,0 %

Quelle: BFS, 2019a.

### 2.3.1. Zulassungs- und Abrechnungsmodalitäten

Ärztinnen und Ärzte sind als Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zugelassen, wenn sie über ein eidgenössisches Diplom bzw. einen gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis verfügen (Artikel 35 und 36 KVG<sup>13</sup>). Somit besteht ein Kontrahierungszwang, als Krankenversicherer in der obligatorischen Krankenversicherung mit zugelassenen Leistungserbringern einen Vertrag abzuschließen.

Artikel 41 KGV regelt weiter, dass die Versicherten für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen können. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt. Nach Artikel 43 werden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Ergänzend wird in Artikel 44 KVG geregelt, dass sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und für Leistungen nach diesem

<sup>13</sup> KVG ... Bundesgesetz über die Krankenversicherung.

Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen (Tarifschutz) (KVG, 2019).

Die Abrechnung der von den Patientinnen in Anspruch genommenen Leistungen kann auf zwei unterschiedliche Arten erfolgen. Im Zuge des „Systems des Tiers garant“ begleichen die Versicherten zunächst ihre Rechnungen und erhalten anschließend die entstandenen Kosten von ihrem Versicherer rückvergütet (Artikel 42, Absatz 1 KVG). Dies ist beispielsweise bei Arztrechnungen der Fall). Im Rahmen des „Systems des Tiers payant“ werden die Leistungserbringer direkt von den Versicherern entschädigt, sofern dies die Versicherer mit den Leistungserbringern vereinbart haben (Artikel 42, Absatz 2 KVG). Dies ist beispielsweise bei Spitalsrechnungen der Fall.

Rund 80 % der Schweizerinnen und Schweizer haben zusätzlich zur Grundsicherung noch eine private Zusatzversicherung abgeschlossen (ESS, 2019). Versicherte können dabei den Schutz individuell an ihre Bedürfnisse anpassen. Somit erweitert sich mit diesen freiwilligen Zusatzversicherungen die gesetzlich vorgeschriebene Grundsicherung.

### **2.3.2. Anzahl an Ärzten und Ärztinnen**

In der Schweiz waren zuletzt 37.525 Ärztinnen und Ärzte aktiv. Mit 13.266 wiesen 35,4 % davon ein ausländisches Diplom auf, wobei diese Personen in erster Linie aus Deutschland, Italien, Frankreich und Österreich stammen. In den letzten zehn Jahren hat sich dabei die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit einem ausländischen Diplom mehr als verdoppelt (FMH, 2019). Damit ist die Schweiz vergleichsweise stark von ausländischen Medizinerinnen abhängig.

In Summe hat sich die Anzahl an Ärzten in den letzten zehn Jahren um 26,6 % erhöht, wobei der niedergelassene Bereich einen etwas größeren Zuwachs verzeichnen konnte als der stationäre.

**Tabelle 2-4: Schweiz: Entwicklung der Anzahl an Ärzten**

	Ambulanter Sektor	Stationärer Sektor	Gesamt
2008	15.089	14.102	29.650
2009	15.912	13.768	30.166
2010	16.087	13.716	30.273
2011	16.232	14.095	30.849
2012	16.910	14.403	31.858
2013	17.554	15.127	33.242
2014	17.804	15.981	34.348
2015	18.128	16.634	35.325
2016	18.473	17.119	36.175
2017	18.858	17.466	36.900
2018	19.331	17.609	37.525
Veränderung 2008–2018	28,1 %	24,9 %	26,6 %

Quelle: FMH, 2019.

Nicht extra ausgewiesen ist der „andere Sektor“, in dem jeweils rund 1,6 % aller Ärztinnen und Ärzte tätig waren. In der ausgewiesenen Summe (letzte Spalte) sind diese jedoch berücksichtigt.

2018 waren 51,5 % aller Ärzte im ambulanten Bereich tätig, während 46,9 % im stationären Bereich ihrer Tätigkeit nachgingen. 1,6 % der Ärztinnen übten ihre Tätigkeit in einem anderen Sektor aus.

Fazit: Mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist ein „Basisschutz“ für die Versicherten in Form einer Grundsicherung gewährleistet. Die Versicherungsprämien sind vergleichsweise günstig und einkommensunabhängig. Da jedoch eine Vielzahl an Leistungen nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt ist, versichern sich vier von fünf Schweizern zusätzlich privat.

## 2.4. Österreich: Pflichtversicherung

Bekanntermaßen besteht in Österreich das System der Pflichtversicherung. Das heißt, dass alle Personen einkommensunabhängig kraft ihrer ausgeübten Tätigkeit sowie ihres Wohnortes einem bestimmten Träger (GKK, SVA, SVB, BVA und Betriebskrankenkassen) zugehörig bzw. bei diesem krankenversichert sind.<sup>14</sup> Laut Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sind „rund 99,9 Prozent der Bevölkerung von der sozialen Krankenversi-

<sup>14</sup> Durch das Inkrafttreten des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes ändern sich für viele Versicherte ab 1. Jänner 2020 die bisher zuständigen Versicherungsträger (Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen etc.) (BMASGK (2019).

cherung umfasst. Die soziale Krankenversicherung bietet den von ihr erfassten Versicherten und deren mitversicherten Angehörigen umfassenden Schutz im Krankheitsfall“ (BMASGK, 2019).

Dass das „österreichische Gesundheitssystem eines der besten der Welt ist“ stellt auch der Versicherungsverband Österreich (VVO) fest. „Als Teil dieses Systems ist die private Krankenversicherung ein ergänzender Partner der gesetzlichen Krankenversicherung“. Zum Leistungsspektrum der privaten Krankenversicherungen zählen „im Spitalsbereich die freie Wahl des Arztes, die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines öffentlichen oder eines privaten Spitals. Weiters hervorzuheben ist der zusätzliche Komfort, d.h. die qualitativ höhere Ausstattung der Sonderklassezimmer, mehr Serviceleistungen beim Essen und allgemein eine bessere Wahrung der Privatsphäre (etwa bei der Inanspruchnahme von Einbettzimmern). Außerhalb des Spitals gibt es unterschiedliche Leistungsangebote, wie etwa Tarife, die ambulante Leistungen abdecken. Diese sind interessant für Personen, welche eine Wahlarztbetreuung bevorzugen, Leistungen für Arzneimittel, Heilmittel und Heilbehelfe (z.B. Brillen, Kontaktlinsen), Zahnbehandlungen, physiotherapeutische Untersuchungen und auch alternative Heilbehandlungen in Anspruch nehmen möchten.“ (VVO, 2019).

Damit ist bereits alles gesagt, was für die Fragestellung der vorliegenden Studie von Bedeutung ist: In Österreich besteht die Pflichtversicherung und zusätzlich bieten private Krankenversicherungen ihre Leistungen als reine Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung an. Eine reine private Krankenversicherung im engen Sinn gibt es in Österreich nicht. Im Gegensatz zu Deutschland gibt es in Österreich von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Ausnahmeregelungen für Besserverdienende, Selbständige und Pensionistinnen.

Wie in der Schweiz werden auch in Österreich die Leistungen der Krankenkassen zum großen Teil durch den Gesetzgeber festgelegt und sind deshalb weitgehend identisch.<sup>15</sup>

Hinsichtlich der Honorarregelung ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass Kassenärzte ihre Leistungen direkt mit dem jeweiligen Krankenversicherungsträger abrechnen. Nimmt der Patient einen hingegen einen Wahlarzt in Anspruch, so hat er dessen Honorar im Regelfall zunächst privat zu begleichen. Er kann dieses Honorar dann entsprechend bei „seiner“ gesetzlichen Krankenver-

<sup>15</sup> Gewisse Unterschiede gibt es zwischen den Gebiets- und Betriebskrankenkassen.

Selbstständige erhalten bei ambulanten Behandlungen etwas umfassendere Leistungen, müssen jedoch eine Selbstbeteiligung von 20 % in Kauf nehmen, wobei diese wiederum unter bestimmten Bedingungen (Gesundenuntersuchung im Zwei-Jahres-Abstand) für ausgewählte Leistungen auf 10 % reduziert werden kann.

sicherung einreichen und erhält – gegeben, es wurde dieselbe Leistung wie bei einem Kassenarzt erbracht – 80 % des Kassentarifs rückerstattet. Ist der Patient zusätzlich privat Zusatzversichert, können ihm in Abhängigkeit des gewählten Tarifs weitere Honorarbestandteile rückerstattet werden.

Das bedeutet theoretisch, dass Patienten keinen Vorteil daraus ziehen, anstelle eines Kassenarztes einen Wahlarzt aufzusuchen. Im Gegenteil, im Falle eines Besuchs bei einem Wahlarzt muss der Patient einen Teil des Honorars privat bezahlen, wohingegen die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben definierten Leistungen eines Kassenarztes zur Gänze von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Theoretisch. Denn in der Praxis gibt es offensichtlich für immer mehr Patientinnen triftige Gründe, einen Wahlarzt aufzusuchen, wenn man einen Blick auf die Entwicklung der Kassenärzte und Wahlärzte in den letzten Jahren wirft (siehe ausführliche Diskussion weiter unten). Ob die genannten Gründe wie geringere Wartezeiten, mehr Zeit für das Arztgespräch und besseres Service dabei tatsächlich sachliche oder mehr gefühlte Vorteile sind, ist dabei unerheblich. Tatsache ist, dass die Entwicklung hin zu mehr Wahlärztinnen bei gleichzeitigem Stagnieren/Rückgang der Anzahl an Kassenärzten seit einigen Jahren zu beobachten ist und es keine Anzeichen dafür gibt, dass sich dieser Trend umkehrt.

Soll dieser Trend gestoppt werden bzw. will man mehr Kassenärzte gewinnen, so sind jedenfalls entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Ob der Trend zu mehr Wahlärzten allerdings bedenklich oder unerwünscht ist, kann nur politisch beantwortet werden. Das „Totschlagargument“ einer Zwei-Klassen-Medizin, zu der diese Entwicklungen vermeintlich führen, ist in diesem Zusammenhang jedenfalls nicht hilfreich. Denn solange in Österreich medizinisch notwendige Leistungen allen Personen über die gesetzliche Krankenversicherung rund um die Uhr auf hohem Niveau einkommensunabhängig zur Verfügung stehen, ist die Diskussion über eine Zwei-Klassen-Medizin fehl am Platz. Allerdings muss alles getan werden, dass das Leistungsspektrum auf diesem Niveau nachhaltig auch weiterhin allen einkommensunabhängig angeboten werden kann – und dabei kommen verschiedene Maßnahmen in Frage. Eine davon ist es, Kassenarztstellen zu attraktivieren bzw. dafür Sorge zu tragen, dass flächendeckend genügend Kassenärzte ihre Leistungen anbieten. Eine Option dabei ist es, gesetzlich zuzulassen, dass Kassenärztinnen auch Privatpatienten behandeln und abrechnen dürfen.

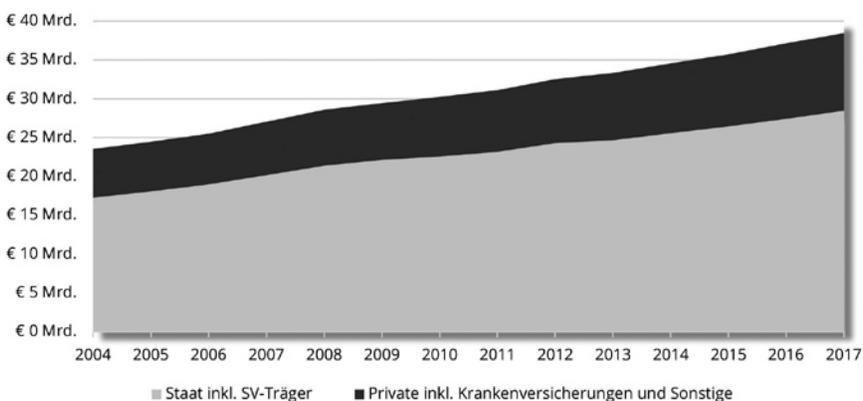
### 3. Gesundheitsausgaben und Ärzte in Österreich

Die Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich im Jahr 2017 auf 41,3 Milliarden Euro. Diese Ausgaben werden nach dem „System of Health Accounts“ (SHA) erfasst und gliedern sich in *laufende* Gesundheitsausgaben sowie *Investitionen* im Gesundheitsbereich. Die laufenden Gesundheitsausgaben betragen zuletzt 38,5 Milliarden Euro, die Investitionen im Gesundheitsbereich 2,8 Milliarden Euro. Die folgenden Ausführungen beziehen sich – sofern nicht anders angegeben – ausschließlich auf die laufenden Gesundheitsausgaben, da diese für die Fragestellung der vorliegenden Studie zentral sind.

#### 3.1. Mittelherkunft

Von den laufenden Gesundheitsausgaben, die sich auf 10,4 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) belaufen, stammen mit 28,5 Milliarden Euro 74,0 % vom Staat und den Sozialversicherungsträgern. Auf Private, das sind private Haushalte, Versicherungsunternehmen, private Organisationen ohne Erwerbszweck sowie betriebsärztliche Leistungen, entfallen 10,0 Milliarden Euro bzw. 26,0 % (Statistik Austria, 2019).

**Abbildung 3-1: Mittelherkunft der laufenden Gesundheitsausgaben**



Quelle: Statistik Austria, 2019.

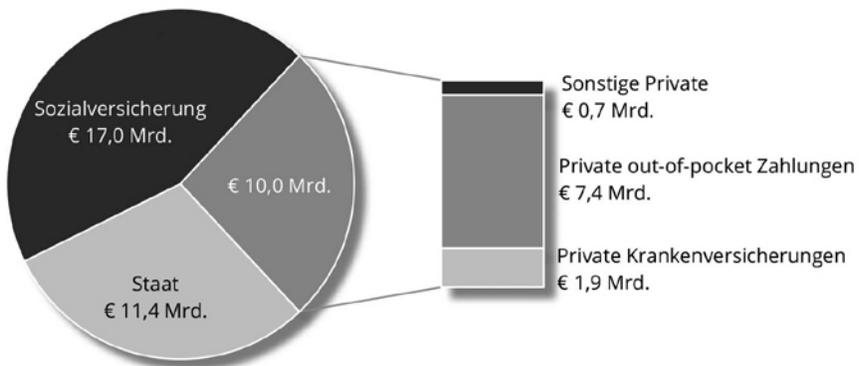
Sonstige: Private Organisationen ohne Erwerbszweck sowie betriebsärztliche Leistungen.

Seit 2004 betrug der Anstieg der laufenden Gesundheitsausgaben dabei durchschnittlich 3,9 % pro Jahr. Der Zuwachs fiel damit etwas höher aus als der Anstieg des Bruttoinlandsprodukts, der sich im selben Zeitraum auf nominell durchschnittlich 3,3 % belief.

Bei der Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben fällt auf, dass das Verhältnis zwischen privaten und öffentlichen Gesundheitsausgaben im Zeitablauf vergleichsweise konstant geblieben ist. So stammten 2004 mit 73,4 % ebenfalls bereits knapp drei Viertel der laufenden Gesundheitsausgaben aus dem öffentlichen Bereich. 2017 waren es wie erwähnt 74,0 %.

In der nachfolgenden Abbildung sind die laufenden öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben weiter disaggregiert dargestellt. Dabei zeigt sich, dass von den 28,5 Milliarden Euro an öffentlichen Gesundheitsausgaben 17,0 Milliarden Euro von den Sozialversicherungsträgern stammen und 11,4 Milliarden Euro vom Staat. Von den 10,0 Milliarden Euro an privaten Gesundheitsausgaben entfällt mit 7,4 Milliarden Euro der Großteil auf sogenannte „Out-of-pocket-Zahlungen“, also auf Zahlungen, die die Haushalte aus ihrem Budget tätigen. Dazu zählen etwa Selbstbehalte sowie Ausgaben für Medikamente und Impfungen. Weiter kommen private Krankenversicherungen für 1,9 Milliarden Euro der Mittel auf sowie sonstige Private (Private Organisationen ohne Erwerbszweck sowie betriebsärztliche Leistungen) für 0,7 Milliarden Euro.

**Abbildung 3-2: Private und öffentliche laufende Gesundheitsausgaben**



Quelle: Statistik Austria, 2019.

Sonstige Private: Private Organisationen ohne Erwerbszweck sowie betriebsärztliche Leistungen.

## 3.2. Mittelverwendung

Eine Analyse der laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringer („provider“ nach SHA-Systematik) zeigt, dass 14,8 Milliarden Euro der Gesundheitsausgaben für Krankenanstalten, also die stationäre Gesundheitsversorgung, aufgewandt werden. Weitere 8,8 Milliarden Euro fließen in den niedergelassenen Bereich der Gesundheitsversorgung und 6,1 Milliarden Euro betragen schließlich die Ausgaben im Einzelhandel und in den Apotheken (also Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse sowie medizinische Ge- und Verbrauchsgüter). Weitere 3,3 Milliarden Euro (8,6 %) gehen an Wohn- und Pflegeheime. Damit fließen allein in diese vier genannten Bereiche 85,7 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben. Die verbleibenden Ausgaben verteilen sich unter anderem auf den Bereich der Prävention und die Verwaltung.

**Tabelle 3-1: Mittelverwendung der laufenden Gesundheitsausgaben**

Leistungserbringer	Absolut	Anteil
Krankenanstalten	€ 14,8 Mrd.	38,5 %
Wohn- und Pflegeheime	€ 3,3 Mrd.	8,6 %
Niedergelassener Bereich	€ 8,8 Mrd.	22,8 %
Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung	€ 1,1 Mrd.	3,0 %
Apotheken und den Einzelhandel	€ 6,1 Mrd.	15,8 %
Präventive Versorgung	€ 0,3 Mrd.	0,8 %
Verwaltung Gesundheitsversorgung und -systemfinanzierung	€ 1,5 Mrd.	3,8 %
Sonstige Wirtschaftszweige§	€ 2,3 Mrd.	6,0 %
Übrige Welt§§	€ 0,3 Mrd.	0,7 %
Summe der Gesundheitsausgaben	€ 38,5 Mrd.	100,0 %

Quelle: Statistik Austria, 2019.

§ Dazu zählen private Haushalte als Erbringer von häuslichen Pflegeleistungen sowie sonstige Wirtschaftszweige als sekundäre Produzenten von Gesundheitsleistungen wie zum Beispiel Ausgaben für Gesundheit in Justiz- und Heereseinrichtungen.

§§ Dazu zählen Einrichtungen im Ausland, die Gesundheitsdienstleistungen an Gebietsansässige erbringen.

### 3.3. Mittelverwendung der Privaten

Die folgenden Ausführungen zeigen, wofür die privaten Mittel bei den laufenden Gesundheitsausgaben verwendet werden.

Aus obiger Abbildung 3-2 ging bereits hervor, dass 1,9 Milliarden Euro der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben von den privaten Krankenversicherungen getätigt werden und 7,4 Milliarden Euro von den privaten Haushalten im Form von Out-of-pocket-Zahlungen. Tabelle 3-2 und Tabelle 3-3 listen auf dieser Erkenntnis aufbauend auf, für welche Leistungserbringer die privaten Krankenversicherungen und die Haushalte dabei ihre Mittel jeweils aufwenden.

Zunächst zu den Out-of-pocket-Ausgaben der privaten Haushalte: Wie sich dabei zeigt, fließen rund 90 % der Ausgaben der privaten Haushalte in den niedergelassenen Bereich (2,8 Milliarden Euro), in Apotheken und den Einzelhandel (2,4 Milliarden Euro) sowie in Wohn- und Pflegeheime (1,4 Milliarden Euro).

In der rechten Spalte der Tabelle 3-2 ist ergänzend ausgewiesen, welchen Anteil die Out-of-pocket-Mittel an allen Mitteln für den jeweiligen Leistungserbringer ausmachen. So beträgt etwa der Anteil der Out-of-pocket-Mittel an allen Mitteln für Wohn- und Pflegebereiche 41,8 % und an Mitteln für Apotheken und den Einzelhandel 40,0 %. Demgegenüber stammen lediglich 3,3 % der Mittel für die Krankenanstalten aus Out-of-pocket-Zahlungen der privaten Haushalte.

Die in der letzten Zelle ausgewiesene Summe von 19,2 % ist jener Anteil, der von den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben (38,5 Milliarden Euro) aus den Budgets der privaten Haushalte (7,4 Milliarden Euro) stammt.

**Tabelle 3-2: Mittelverwendung der privaten Out-of-pocket-Zahlungen**

Leistungserbringer	Ausgaben		Anteil an den Ausgaben nach Leistungserbringer
	in Euro	in Prozent	
Krankenanstalten	€ 485,9 Mio.	6,6 %	3,3 %
Wohn- und Pflegeheime	€ 1.378,9 Mio.	18,7 %	41,8 %
Niedergelassener Bereich	€ 2.822,2 Mio.	38,2 %	32,2 %
Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung	€ 124,5 Mio.	1,7 %	10,8 %
Apotheken und Einzelhandel	€ 2.430,4 Mio.	32,9 %	40,0 %
Präventive Versorgung	€ 0,0 Mio.	0,0 %	0,0 %
Verwaltung Gesundheitsversorgung und -systemfinanzierung	€ 0,0 Mio.	0,0 %	0,0 %
Sonstige Wirtschaftszweige§	€ 0,0 Mio.	0,0 %	0,0 %
Übrige Welt§§	€ 142,9 Mio.	1,9 %	50,2 %
Gesamt	€ 7.384,7 Mio.	100,0 %	19,2 %

Quelle: Statistik Austria, 2019.

§ Dazu zählen private Haushalte als Erbringer von häuslichen Pflegeleistungen sowie sonstige Wirtschaftszweige als sekundäre Produzenten von Gesundheitsleistungen wie zum Beispiel Ausgaben für Gesundheit in Justiz- und Heereseinrichtungen.

§§ Dazu zählen Einrichtungen im Ausland, die Gesundheitsdienstleistungen an Gebietsansässige erbringen.

Davon abweichend die Ausgabenstruktur der privaten Krankenversicherungen: Denn wie sich zeigt, fließt mit 919,5 Millionen Euro bzw. 48,6 % beinahe die Hälfte deren Mittel in die Krankenanstalten, also in den stationären Bereich.

Auffallend ist weiter, dass die Verwaltungsausgaben mit 626,2 Millionen Euro bzw. einem Drittel einen signifikanten Anteil an den Gesamtausgaben der privaten Krankenversicherungen ausmachen. Die Mittel für andere Leistungserbringer wie den niedergelassenen Bereich sowie für Apotheken und den Einzelhandel sind demgegenüber vergleichsweise gering.

Ein Blick in die rechte Spalte der Tabelle zeigt auch hier die Bedeutung für den jeweiligen Leistungserbringer. Erwähnenswert ist dabei vor allem der Anteil der Mittel der privaten Krankenversicherungen an den Verwaltungskosten, der mit 42,8 % überproportional hoch ist.

Die in der letzten Zelle ausgewiesene Summe von 4,9 % ist schließlich auch hier jener Anteil, der von den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben (38,5 Milliarden Euro) von den private Krankenversicherungen (1,9 Milliarden Euro) getragen wird.

**Tabelle 3-3: Mittelverwendung der privaten Krankenversicherungen**

Leistungserbringer	Ausgaben		Anteil an den Ausgaben nach Leistungserbringer
	in Euro	in Prozent	
Krankenanstalten	€ 919,5 Mio.	48,6 %	6,2 %
Wohn- und Pflegeheime	€ 0,0 Mio.	0,0 %	0,0 %
Niedergelassener Bereich	€ 152,7 Mio.	8,1 %	1,7 %
Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung	€ 14,3 Mio.	0,8 %	1,2 %
Apotheken und Einzelhandel	€ 171,0 Mio.	9,0 %	2,8 %
Präventive Versorgung	€ 0,0 Mio.	0,0 %	0,0 %
Verwaltung Gesundheitsversorgung und -systemfinanzierung	€ 626,2 Mio.	33,1 %	42,8 %
Sonstige Wirtschaftszweige§	€ 0,0 Mio.	0,0 %	0,0 %
Übrige Welt§§	€ 9,7 Mio.	0,5 %	3,4 %
Gesamt	€ 1.893,5 Mio.	100,0 %	4,9 %

Quelle: Statistik Austria, 2019.

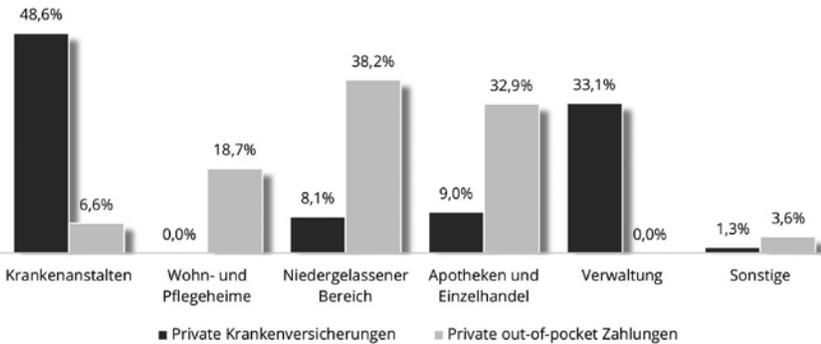
§ Dazu zählen private Haushalte als Erbringer von häuslichen Pflegeleistungen sowie sonstige Wirtschaftszweige als sekundäre Produzenten von Gesundheitsleistungen wie zum Beispiel Ausgaben für Gesundheit in Justiz- und Heereseinrichtungen.

§§ Dazu zählen Einrichtungen im Ausland, die Gesundheitsdienstleistungen an Gebietsansässige erbringen.

Die nachfolgende Abbildung fasst diese zentralen Ergebnisse übersichtlich zusammen. Dabei zeigt sich die unterschiedliche Verwendung der Mittel sehr deutlich, was in zwei Ergebnissen zusammengefasst werden kann.

- Zum einen fließen die privaten Out-of-pocket-Zahlungen mit 89,8 % zu einem hohen Anteil in den niedergelassenen Bereich, in die Apotheken und den Einzelhandel sowie in Wohn- und Pflegeheime, während es bei den privaten Krankenversicherungen lediglich 17,1 % sind, die in diese Bereiche fließen.
- Demgegenüber zeigt sich zweitens, dass die Mittel der privaten Krankenversicherungen zum überwiegenden Teil (48,6 %) dem stationären Bereich zugutekommen, während lediglich 6,6 % der Mittel der Out-of-pocket-Zahlungen der privaten Haushalte in den stationären Bereich fließen.

**Abbildung 3-3: Verteilung der Mittel der privaten Krankenversicherungen und Out-of-pocket-Zahlungen**



Quelle: Statistik Austria, 2019.

Sonstige: Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung, Präventive Versorgung, Sonstige Wirtschaftszweige sowie Übrige Welt.

Verwaltung steht für Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung.

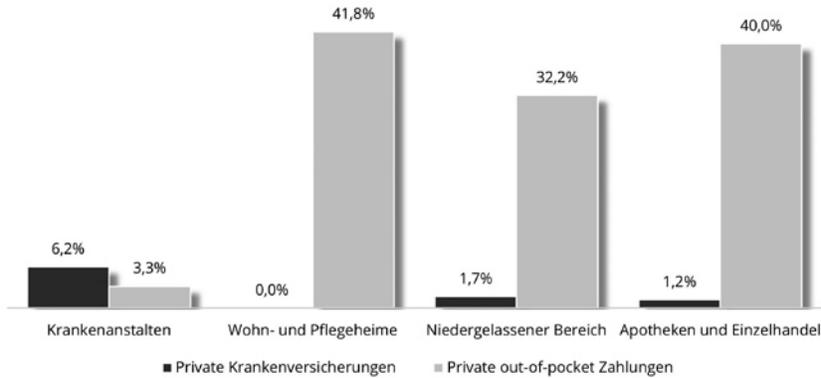
Abschließend sind diese Ergebnisse noch aus dem Blickwinkel der vier zentralen Leistungserbringer<sup>16</sup> dargestellt, da diese derart gewonnenen Ergebnisse für die weiteren Ausführungen von besonderer Bedeutung sein werden. So finanzieren die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen 6,2 % und die Out-of-pocket-Zahlungen der privaten Haushalte 3,3 % der gesamten Ausgaben der Krankenanstalten. Dabei zeigt sich vor dem Hintergrund, dass die privaten Krankenversicherungen lediglich rund über ein Viertel der Mittel der privaten Haushalte (1,9 versus 7,4 Milliarden Euro) verfügen, die überproportionale Bedeutung der privaten Krankenversicherungen für die Krankenanstalten.

Für die anderen Leistungserbringer gilt das Gegenteil. Denn sowohl für Wohn- und Pflegeheime, den niedergelassenen Bereich sowie für Apotheken und den Einzelhandel spielen private Krankenversicherungen im Vergleich zu den Out-of-pocket-Zahlungen der privaten Haushalte eine nur sehr untergeordnete Rolle.

Überspitzt formuliert: Die privaten Krankenversicherungen finanzieren den stationären Bereich, während die privaten Zahlungen der Haushalte den niedergelassenen Bereich finanzieren.

<sup>16</sup> Die anderen Leistungserbringer wie die Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung, Präventive Versorgung, sonstige Wirtschaftszweige und übrige Welt sowie die Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung bleiben in dieser Betrachtung zur besseren Lesbarkeit unberücksichtigt.

**Abbildung 3-4: Anteil der Mittel privater Krankenversicherungen und Out-of-pocket-Mittel an ausgewählten Leistungserbringern**



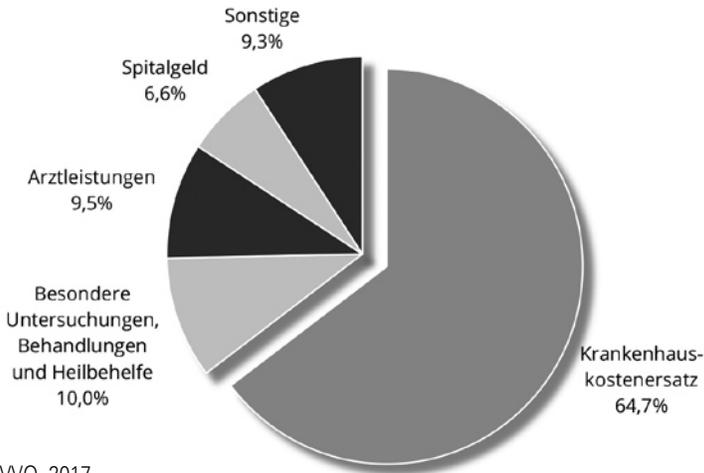
Quelle: Statistik Austria, 2019.

### 3.4. Leistungen der privaten Krankenversicherungen

Ein Blick in die Jahresberichte des Versicherungsverbandes Österreich (VVO) zeigt, dass die privaten Krankenversicherungen im Jahr 2017 Leistungen im Umfang von 1,4 Milliarden Euro erbracht haben.<sup>17</sup> Das Prämienvolumen übertraf dabei mit 2,1 Milliarden Euro zum zweiten Mal nach 2016 die 2-Milliarden-Euro-Grenze.

Mit 64,0 % entfallen knapp zwei Drittel der Leistungen der privaten Krankenversicherungen auf den Krankenhauskostenersatz. 10,0 % entfallen auf besondere Untersuchungen, Behandlungen und Heilbehelfe sowie 9,5 % auf Arztleistungen.

<sup>17</sup> Dabei sind die Zuführungen zu Rückstellungen für künftige Leistungen bzw. Gewinnbeteiligungen nicht erfasst (VVO, 2017).

**Abbildung 3-5: Ausgaben der privaten Krankenversicherungen**


Quelle: VVO, 2017.

Neben dieser Bestandsaufnahme bringt ein Blick auf die Entwicklung der Ausgaben nach Leistungsart weitere Erkenntnisse. Über alle Leistungsarten stiegen die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen seit 2011 um durchschnittlich 3,6 % pro Jahr. Allerdings fielen dabei die Veränderungen in den einzelnen Leistungsarten höchst unterschiedlich aus.

**Tabelle 3-4: Ausgaben privater Krankenversicherungen nach Leistungsart**

Leistungsart	2011	2013	2015	2017	+/- in % p a.
Krankenhauskostenersatz	€ 763,8 Mio.	€ 798,5 Mio.	€ 837,3 Mio.	€ 881,8 Mio.	2,4 %
Besondere Untersuchungen, Behandlungen und Heilbehelfe	€ 65,1 Mio.	€ 93,2 Mio.	€ 113,4 Mio.	€ 135,9 Mio.	13,1 %
Arztleistungen	€ 73,3 Mio.	€ 88,9 Mio.	€ 106,0 Mio.	€ 129,5 Mio.	10,0 %
Spitalgeld	€ 99,7 Mio.	€ 97,6 Mio.	€ 94,2 Mio.	€ 89,7 Mio.	-1,7 %
Kurleistung	€ 33,8 Mio.	€ 35,9 Mio.	€ 35,5 Mio.	€ 37,8 Mio.	1,9 %
Zahnbehandlung	€ 36,3 Mio.	€ 37,8 Mio.	€ 37,1 Mio.	€ 37,5 Mio.	0,6 %
Medikamente	€ 19,5 Mio.	€ 23,5 Mio.	€ 28,1 Mio.	€ 35,1 Mio.	10,2 %
Auslandsreiseversicherung	€ 4,4 Mio.	€ 5,5 Mio.	€ 7,0 Mio.	€ 9,7 Mio.	14,3 %
Krankengeld	€ 3,5 Mio.	€ 3,8 Mio.	€ 4,1 Mio.	€ 5,0 Mio.	5,8 %
Begleitperson	€ 0,8 Mio.	€ 0,9 Mio.	€ 0,9 Mio.	€ 0,9 Mio.	1,4 %
Sterbegeld	€ 0,1 Mio.	€ 0,1 Mio.	€ 0,1 Mio.	€ 0,1 Mio.	-3,4 %
Summe	€ 1.100,3 Mio.	€ 1.185,7 Mio.	€ 1.263,8 Mio.	€ 1.362,0 Mio.	3,6 %

Quelle: VVO 2014 und 2017.

So ist der Krankenhauskostensersatz seit 2011 mit durchschnittlich 2,4 % nur unterdurchschnittlich gewachsen. Stark zugelegt haben hingegen die Leistungen im Bereich besondere Untersuchungen, Behandlungen und Heilbehelfe sowie im Bereich der Arztleistungen mit einem jährlichen Wachstum von durchschnittlich 13,1 bzw. 10 %. Das heißt, dass sich die Ausgaben in diesen beiden Bereichen von zusammen 138,3 Millionen Euro im Jahr 2011 auf 265,4 Millionen Euro im Jahr 2017 nahezu verdoppelten. Auch die jährlichen Zuwachsraten in den Bereichen Medikamente und Auslandsreiseversicherungen bewegen sich im zweistelligen Bereich, allerdings ist dabei das absolute Niveau mit zuletzt 35,1 bzw. 9,7 Millionen Euro wesentlich geringer als bei den beiden zuerst genannten Bereichen.

### 3.5. Entwicklung der Anzahl an Ärzten in Österreich

Ende 2017 wurden in Österreich 45.596 berufsausübende Ärzte<sup>18</sup> gezählt. Rund 13.700 davon sind Allgemeinmediziner, etwas mehr als 24.200 Fachärztinnen und 7.633 befinden sich in Ausbildung (Turnus). Ein Blick auf die Entwicklung der Anzahl an Ärzten in den letzten Jahren offenbart dabei bereits ein erstes Ergebnis. So stieg die Anzahl an Fachärztinnen seit 2010 um 22,2 %, wohingegen die Anzahl an Allgemeinmedizinern lediglich um 4,0 % zunahm. Vor dem Hintergrund eines Bevölkerungsanstieges von 5,2 % in diesem Zeitraum bedeutet dies einen Rückgang in der Pro-Kopf-Betreuung der Bevölkerung durch Allgemeinmedizinerinnen und einen Anstieg in der Pro-Kopf-Betreuung durch Fachärzte.

**Tabelle 3-5: Österreich: Entwicklung der Anzahl an Ärzten**

	2000	2010	2017	+/- in % seit 2010
Allgemeinmedizinerinnen	10.939	13.219	13.745	4,0 %
Fachärzte	14.347	19.825	24.218	22,2 %
Ärztinnen in Ausbildung	5.585	7.059	7.633	8,1 %
Summe (berufsausübende Ärzte)	30.871	40.103	45.596	13,7 %
Bevölkerung Österreich	8.011.566	8.361.069	8.795.073	5,2 %

Quelle: Statistik Austria, 2019a

Der Anstieg der Anzahl an Ärzten, der in den Jahren 2000 bis 2010 noch wesentlich stärker ausfiel als in den Jahren seit 2010, rührt unter anderem von einer

<sup>18</sup> Zur besseren Lesbarkeit werden im Folgenden immer die männliche oder die weibliche Form verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist in allen Fällen mitgemeint.

gestiegenen Nachfrage nach Arztdienstleistungen. Ursache für diese gestiegene Nachfrage ist neben einer steigenden Anzahl an Nachfragern (steigende Bevölkerungszahl) sowie Änderung in der Nachfragestruktur (etwa Alterung der Bevölkerung) offensichtlich auch eine Veränderung in der Präferenzstruktur der Individuen. Die Ursachen für diese geänderten Präferenzen liegen etwa in einem stärkeren Gesundheitsbewusstsein, einer größeren Bedeutung von Präventionsmaßnahmen sowie auch in der größeren Anzahl an Möglichkeiten, gesundheitliche Einschränkungen und körperliches Unwohlsein behandeln zu lassen. Ein weiterer Grund liegt möglicherweise in den gestiegenen Einkommen, die in Kombination mit den anderen genannten Entwicklungen in Summe dazu führen, dass Gesundheitsdienstleistungen in einem stärkeren Ausmaß nachgefragt und höhere Ausgaben getätigt werden. Ein Thema im Gesundheitsbereich ist in diesem Zusammenhang auch die angebotsinduzierte Nachfrage.

### **Fokusbox: Angebotsinduzierte Nachfrage**

In der gesundheitsökonomischen Literatur wird das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage ausführlich diskutiert. Darunter versteht man, dass ein Einzelner zwar Gesundheitsleistungen nachfragt, die Entscheidungen über allfällige Therapien jedoch Ärzte sowie andere Akteure des Gesundheitswesens, also Akteure der Angebotsseite, treffen (Blankart, 2011). Den Ärzten kommt dabei eine doppelte Rolle zu. Denn zum einem erbringen sie die Leistungen selbst und zum anderen beraten sie Patientinnen auch in ihrer Entscheidung über allfällige nachzufragende Leistungen. Das wäre soweit noch nicht kritisch, allerdings ist dieser „Markt“ durch eine asymmetrische Informationsverteilung gekennzeichnet. Das heißt, dass die Anbieterseite über weit mehr Informationen verfügt als die Nachfrageseite und somit ein idealtypischer Markt, indem beide Seite über vollständige Informationen verfügen, nicht zustande kommen kann. Diese Informationsasymmetrie in Kombination mit der Beratungsleistung der Ärztinnen bedeutet, dass theoretisch die Möglichkeit besteht, dass die Anbieterseite ihre Funktion als Berater systematisch zu ihrem eigenen Vorteil missbraucht (Waldner, 2001). Und sich damit eine Marktmenge ergibt, die über dem Niveau der gesellschaftlich optimalen Menge liegt.

Neben diesen theoretischen Überlegungen deuten empirische Ergebnisse darauf hin, dass ein größeres Angebot an Ärzten mit einer verstärkten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen pro Kopf der Bevölkerung einhergeht. Diese behauptete Schaffung einer künstlichen Nachfrage wird dadurch erleichtert, dass

- die Patienten in hohem Ausmaß gegen Behandlungskosten versichert sind und es keine Einkommensbeschränkung für die Inanspruchnahme von Leistungen gibt, außer die aufzuwendende Zeit und
- der medizinische Fortschritt es dem Arzt erlaubt, zusätzliche Leistungen zu verschreiben, die zumindest keinen Schaden und im Zweifelsfall noch einen geringfügigen Nutzen erbringen (Waldner, 2001)

Aber auch wenn empirische Untersuchungen darauf hindeuten, dass zwischen der Ärztedichte und den Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Leistungen ein empirisch gesicherter Zusammenhang besteht, lässt sich daraus nicht notwendigerweise ableiten, dass Ärzte die Nachfrage künstlich generieren und damit mit den knappen Ressourcen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung unwirtschaftlich umgehen. Breyer et al. (2013) kommen zu dem Schluss, „dass der Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit in diesem Bereich nicht in der Frage der Generierung von Nachfrage per se zu suchen ist, sondern im Honorierungssystem für die Tätigkeit des Arztes verborgen liegt. Wird der Arzt so entlohnt, dass er sein individuelles Optimum genau dann erreicht, wenn er mit den volkswirtschaftlichen Ressourcen, über die er kraft seiner Schlüsselrolle entscheidet, effizient umgeht, so ist das Problem der Wirtschaftlichkeit gelöst.“

Zurück zu den Zahlen: Die oben präsentierten Zahlen umfassen sowohl in Krankenanstalten angestellte als auch niedergelassene Ärztinnen sowie andere Ärzte wie etwa Wohnsitzärzte.<sup>19</sup> So sind von den gesamten 45.596 berufsausübenden Ärzten knapp 40 % in einer freien Praxis tätig. Beinahe ebenso viele sind ausschließlich angestellt (nicht in Ausbildung) und weitere 16,7 % (das sind die 7.633 aus obiger Tabelle) sind angestellt und befinden sich in Ausbildung. Etwas weniger als 2.500 Ärzte (5,4 %) arbeiten als Wohnsitzärzte.

<sup>19</sup> Ein Wohnsitzarzt ist ein Arzt, der ärztliche Tätigkeiten ausübt, ohne dass er eine Ordination führt oder eine Anstellung hat (z.B. Vertretungs- oder Gutachtertätigkeiten) (Ärztchamber für Wien, 2019). Mit Dezember 2017 waren 2.477 Ärzte als Wohnsitzärzte tätig (SV, 2018).

**Abbildung 3-6: Berufsausübende Ärzte und Ärztinnen nach Art der Beschäftigung**

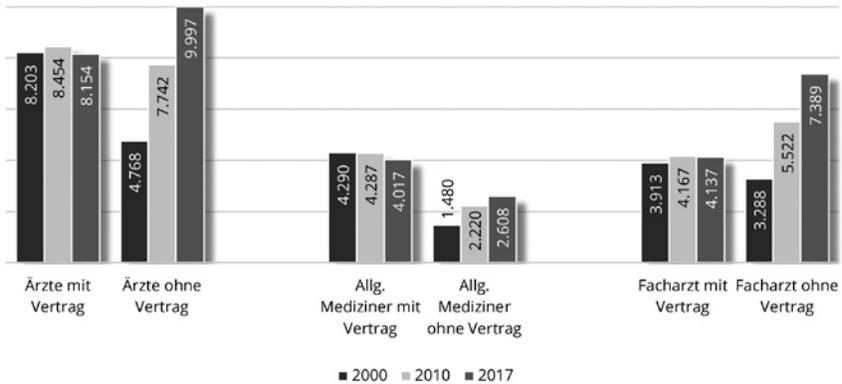


Quelle: SV, 2018.

Im niedergelassenen Bereich – und der ist für die weiteren Ausführungen von besonderem Interesse – arbeiteten dabei 18.151 Ärzte.<sup>20</sup> Davon hatten 8.154 Ärzte einen Vertrag mit einer Krankenkasse oder Krankenfürsorgeanstalt, während 9.997 Ärztinnen ohne Vertrag tätig waren. Die Entwicklung in den letzten Jahren ist dabei eindeutig. Die Anzahl an Kassenärztinnen stagniert, während die Anzahl an Ärzten ohne Kassenvertrag stark zunimmt. Aus Abbildung 3-7 ist – unterteilt in Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzte – die angesprochene Entwicklung seit dem Jahr 2000 ersichtlich. Seit 2000 reduzierte sich die Anzahl an Ärzten mit einem Kassenvertrag leicht um 0,6 Prozent, während sich die Anzahl an Ärztinnen ohne einen Kassenvertrag mehr als verdoppelte (+109,7 %). Auch ein Blick auf die jüngere Vergangenheit seit 2010 bestätigt diese Entwicklung, wenn die Anzahl an Ärzten mit einem Kassenvertrag um 3,6 % abnahm und die Anzahl an Ärztinnen ohne einen Kassenvertrag um ein knappes Drittel (+29,1 %) zunahm. Seit 2000 war der Rückgang in der Gruppe der Allgemeinmediziner mit einem Kassenvertrag mit -6,4 % am stärksten, während der Anstieg mit 124,7 % bei den Fachärztinnen ohne Vertrag am ausgeprägtesten war. In Summe gab es 2017 um beinahe 50 % mehr Ärzte als 2000. Der Zuwachs seit 2010 betrug immerhin noch 13,7 %.

<sup>20</sup> Die folgenden Zahlen stammen von der Österreichischen Ärztekammer (2019) und sind jeweils als die Dezember-Zahlen des jeweiligen Jahres zu verstehen. Ärzte im niedergelassenen Bereich werden von der Ärztekammer als „Ärzte mit eigener Ordination“ erfasst.

**Abbildung 3-7: Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit und ohne Kassenvertrag**

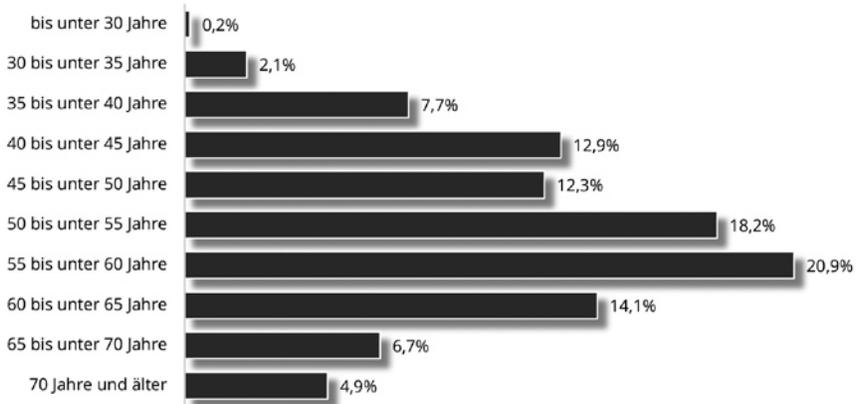


Quelle: ÖÄK, 2019.

Der nach wie vor bei weitem größte Anteil der Kassenverträge entfällt auf die Gebietskrankenkassen. Bei den AllgemeinmedizinerInnen entfallen 94,5 % aller Kassenverträge auf Verträge mit den Gebietskrankenkassen, bei den FachärztInnen sind es 78,6 %.

Abschließend noch ein Blick auf die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte. Lediglich 10 % aller Ärzte im niedergelassenen Bereich sind jünger als 40 Jahre. Am anderen Ende der Alterspyramide zeigt sich, dass mit 25,7 % mehr als jeder vierte Arzt 60 Jahre oder älter ist. Mehr als die Hälfte aller niedergelassenen ÄrztInnen ist zwischen 45 und 60 Jahre alt. Das heißt, dass in den nächsten Jahren viele Ärzte ihre Tätigkeit aufgrund ihres Alters beenden werden und es daher gilt, junge (oder neue) ÄrztInnen für den niedergelassenen Bereich zu finden. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Entwicklung in den letzten Jahren mit einem starken Wachstum im Bereich der Ärzte ohne einen Kassenvertrag wird dabei besonders Obacht auf den Bereich der Kassenarztstellen zu legen sein, soll dieser Bereich nicht weiter an Bedeutung verlieren. Zum Überhang der „alten“ Mediziner und den damit verbundenen Herausforderungen hielt der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2017) fest, dass dies „insofern problematisch [ist], als dass in 10 bis 15 Jahren ein sehr großer Teil der österreichischen VertragsärztInnen und -ärzte in Pension gehen wird, wodurch in den kommenden Jahren koordinierte Maßnahmen notwendig sein werden, um diesem Trend entgegenwirken zu können“.

**Abbildung 3-8: Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen**



Quelle: Statistik Austria, 2019.

## 4. Private Krankenversicherungen für den niedergelassenen Bereich

In Österreich besteht im niedergelassenen Bereich de facto eine völlige Trennung zwischen Kassenärzten mit Kassenpatientinnen auf der einen und Wahlärztinnen mit Privatpatienten auf der anderen Seite. Nicht vorgesehen ist in Österreich, dass eine Patientin einen Kassenarzt als Privatpatientin aufsucht, mit diesem direkt abrechnet und die Rechnung anschließend bei ihrer gesetzlichen Krankenversicherung einreicht. Nimmt die Patientin eine Leistung bei einem Kassenarzt privat in Anspruch, bezahlt die Krankenkasse nichts, denn die aktuelle Gesetzeslage lässt dies derzeit nicht zu. Auch müsste im Unterschied zum stationären Bereich eine private Krankenversicherung nicht nur die Differenz zwischen Kassen- und Privattarif abdecken, sondern das gesamte Honorar. Würden die gesetzlichen Krankenkassen jedoch auch bei privater Inanspruchnahme von Kassenärzten ihren Anteil leisten (was sie derzeit nicht tun), so wäre die Situation im niedergelassenen Bereich ähnlich dem stationären Bereich, in dem die privaten Krankenversicherungen die Differenz zwischen Kassen- und Privattarif begleichen.

### 4.1. Stagnation bei Kassenärzten, Anstieg bei Wahlärztinnen

Der Trend hin zu Wahlärzten ist seit einigen Jahren ungebrochen – und das, obwohl nahezu 100 % der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Auch wenn es auf den ersten Blick womöglich nur schwer nachvollziehbar ist, warum sich Patienten hinsichtlich ihrer Arztwahl zwischen „kostenlosem“ Kassenarzt und „kostenpflichtigem“ Wahlarzt mitunter und offensichtlich vermehrt für letzteren entscheiden, so sprechen die jüngsten Entwicklungen eine eindeutige Sprache. Denn wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurde, ist die Anzahl an Ärzten ohne Kassenvertrag stark im Steigen begriffen, während die Anzahl an Ärzten mit einem Kassenvertrag stagniert. Offensichtlich gibt es eine Vielzahl an Gründen, warum pflichtversicherte Patienten zu einem Wahlarzt gehen und nicht einen Kassenarzt aufsuchen.

Aus einer ökonomischen Perspektive betrachtet gibt es hier offensichtlich einen Markt, auf dem sowohl angebots- als auch nachfrageseitig eine ausreichend große Anzahl an Marktteilnehmern steht. Für die Nachfrageseite wird dabei eine Vielzahl an Gründen und Präferenzen angeführt, die zu dieser Nachfrage führen. Dazu zählen etwa, dass Patientinnen die Dienstleistung eines Wahlarztes als qualitativ besser einstufen, sich intensiver und länger betreut fühlen, mehr individuelle Zuwendung erfahren, möglicherweise umfassender untersucht werden und rascher einen Termin erhalten<sup>21</sup> als dies bei Kassenärzten mitunter der Fall ist. Inwieweit diese Gründe dabei sachlich gerechtfertigt sind oder aber lediglich subjektiv wahrgenommen werden, wird an dieser Stelle nicht näher diskutiert.<sup>22</sup> Auch für die Angebotsseite wird eine Reihe an Gründen für den starken Anstieg der Anzahl an Wahlärzten genannt. Zu diesen zählen mehr Freiheiten hinsichtlich der Öffnungs- und Arbeitszeiten, mitunter ein geringerer bürokratischer Aufwand sowie letzten Endes auch höhere Verdienstmöglichkeiten, da Wahlärzte ihre Honorare im Gegensatz zu Kassenärzten frei festlegen können. Auch in der Wahl ihres Leistungsspektrums sind Wahlärztinnen freier als Kassenärzte, die sich an einen vorgegebenen Leistungskatalog halten müssen.

Als Fazit kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich immer weniger Ärzte und Ärztinnen für eine Kassenarztstelle entscheiden, sondern ihre Leistungen als Wahlärztin und Wahlarzt anbieten. Zudem gibt es seit knapp einem Jahr neue Entwicklungen im Bereich der niedergelassenen Ärzte, starteten doch im Sommer 2018 drei private Versicherungsunternehmen damit, ein Netz an Wahlärzten durch Kooperationsverträge aufzubauen, mit denen sie definierte Leistungen zu festgelegten Preisen direkt abrechnen. Das heißt, dass eine bei einem dieser Versicherungsunternehmen privat krankenversicherte Person einen Wahlarzt mit einem derartigen Kooperationsvertrag aufsuchen kann und die erbrachte Leistung direkt zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Arzt abgerechnet wird (Die Presse, 2018). Die versicherte Person muss dabei nicht mehr in Vorleistung treten. Diese Entwicklungen sind ein weiteres Indiz für die sich verstärkende Segregation der Wahl- von den Kassenärzten.

21 Nach Wasem (2018) gibt es in Deutschland hinsichtlich der bevorzugten Terminvergabe keinen Beleg, dass bei gesetzlich Versicherten bei medizinisch zeitkritischen Behandlungsanlässen Termine so weit nach hinten geschoben werden, dass dies den Patienten schädigt. Es gäbe keine Hinweise auf eine bessere Versorgung von Privatpatienten, wobei auch hier gelte: „Absence of evidence is no evidence of absence.“

22 Empirische Untersuchungen in Deutschland zeigen, dass Privatpatienten eher mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und in höherem Maße mit teuren neuen Arzneimitteln behandelt werden. Aber nicht immer haben diese einen nachgewiesenen (Zusatz-) Nutzen. Ebenso bleibt Privatpatienten bei wirkstoffgleichen Medikamenten die Umstellung auf neue Rabattvertragsarzneimittel erspart (Wasem, 2018).

Die Gefahr einer weiteren Verschärfung dieses Trends weg von den Kassenärzten hin zu den Wahlärztinnen liegt dabei in der „Erosion“ des Kassenarztsystems und damit des zentralen Bausteins im niedergelassenen Bereich schlechthin. Zentral deshalb, gewährleistet dieses System doch die medizinische Versorgung der Bevölkerung unabhängig von der Leistungsfähigkeit (Einkommen) der einzelnen Individuen. Will man diesem Trend entgegenwirken, so ist unter anderem die Attraktivität von Kassenarztstellen zu erhöhen. Nun gibt es naturgemäß mehrere Möglichkeiten zur Attraktivierung von Kassenarztstellen. Eine Option ist es, dass Kassenärzte auch Privatpatientinnen behandeln und abrechnen dürfen und es dafür entsprechende private Krankenversicherungen für den niedergelassenen Bereich gibt. Eine Option, die zudem zu einer stärkeren Verschränkung des privaten mit dem öffentlichen Bereich führen und damit eine Reihe an Vorteilen mit sich bringen kann.

## 4.2. Stärkere Verschränkung des privaten und öffentlichen Bereichs

Durch diese Option können private Mittel „angezapft“ und in den öffentlichen Bereich umgelenkt werden, womit sich die Verschränkung von privatem und öffentlichem Bereich auch im niedergelassenen Bereich verstärken würde. Denn während derzeit diese Verschränkung zwischen privatem und öffentlichem Bereich im stationären Bereich vergleichsweise stark ausgeprägt ist, herrscht im niedergelassenen Bereich praktisch eine völlige Trennung zwischen öffentlicher (Kassenarzt) und privater (Wahlarzt) Medizin.

Dies spiegelt sich in den Zahlen wider: So spielen – wie die Ausführungen in Abschnitt 3.1 zeigen konnten – private Krankenversicherungen als Finanzierungsquelle der laufenden Gesundheitsausgaben im niedergelassenen Bereich mit einem Finanzierungsanteil von lediglich 152,7 Millionen Euro an gesamt 8,8 Milliarden Euro (1,7 %) eine vergleichsweise geringe Bedeutung. Dies allein wäre noch kein Grund zum Handeln, denn wie die laufenden Gesundheitsausgaben finanziert werden, ist zunächst von untergeordneter Bedeutung und spiegelt letzten Endes die gesellschaftlichen Präferenzen wider. Sollen jedoch private Mittel verstärkt in den öffentlichen Bereich umgelenkt werden, so muss vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen gehandelt werden. Vor allem auch deshalb, da der Anteil der Ausgaben der privaten Krankenversicherungen im stationären Bereich wesentlich höher ist als im niedergelassenen, stammen mit 919,5 Millionen Euro doch immerhin 6,2 % der Ausgaben im stationären Bereich aus der Quelle der privaten Krankenversicherungen.

Es geht also letzten Endes um die Frage, wie auch im niedergelassenen Bereich private Mittel in den öffentlichen Bereich umgeleitet werden können. Also darum, dass auch Kassenärzte („öffentlicher Bereich“) Patentinnen mit privater Krankenversicherung („privater Bereich“) behandeln und abrechnen können und damit die Trennung zwischen Wahl- und Kassenarzt zu entschärfen.

### **4.3. Zusätzliche private Investitionen im Gesundheitsbereich**

Aus der Verschränkung dieser beiden Bereiche im stationären Bereich sind entsprechende Vorteile bekannt. Vorteile nicht nur für die Privatversicherten selbst, sondern für alle Versicherten. Und damit wird klar, was damit gemeint ist, wenn von einer Umlenkung privater Mittel in den öffentlichen Bereich die Rede ist. Denn eine private Krankenversicherung mit Gültigkeit für den niedergelassenen (Kassen)Bereich wird in einem ersten Schritt zu steigenden Einkommen der Kassenärzte führen. Steigende Einkommen bedeuten jedoch nicht nur zusätzliche Konsumausgaben der Ärztinnen, sondern führen ihrerseits auch zu zusätzlichen Investitionen. Das heißt, dass Kassenärzte unter einem derartigen Regime ihre Infrastruktur rascher modernisieren oder zusätzliche Investitionen in medizinische Geräte und Infrastruktur vornehmen. Oder Investitionen in Humankapital in Form zusätzlicher Fort- und Ausbildungsmaßnahmen tätigen. Diese zusätzlichen privaten Investitionen kommen jedoch allen Versicherten zugute, denn von einer höherwertigen Ausstattung von Ordinationen und zusätzlichem Know-how der Kassenärzte profitieren eben nicht nur die Privatversicherten, sondern auch die Kassenpatientinnen.

### **4.4. Risiken**

Naturgemäß ist diese Option auch mit Risiken verbunden. Vor allem und in erster Linie muss diese Option derart ausgestaltet sein, dass Kassenpatientinnen keinen Nachteil daraus erfahren, dass „ihr“ Kassenarzt nun auch Privatpatienten behandelt. Denn wenn pekuniäre Anreize bestehen, Privatpatienten den Kassenpatientinnen vorzuziehen, so werden Ärzte auf diese Anreize reagieren. Daher muss die Einführung einer derartigen Option gut geprüft und durch entsprechende Rahmenbedingungen verhindert werden, dass es dadurch zu Nachteilen für Kassenpatientinnen kommt. Ein weiterer möglicherweise kritischer Punkt ist die Frage, ob bzw. in welchem Ausmaß die Mehrumsätze bei den Ärzten versorgungspolitisch hinreichend zielgenau sind (Wasem, 2018). So sind in Deutsch-

land etwa die Anteile der PKV-Versicherten an der Bevölkerung nicht nur regional sehr unterschiedlich, sondern korreliert die Arztdichte bei den niedergelassenen Ärzten auch auffallend mit dem Anteil der Privatversicherten (Sundmacher und Ozegowski, 2013)<sup>23</sup>.

## 4.5. Einschätzung durch die Kassenärzte

Abseits dieser theoretischen Überlegungen stellt sich die Frage, wie denn praktizierende Kassenärzte diese Option, Patienten auch privat behandeln zu können, sehen. Um dies zu erfahren, hat das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) eine Befragung von Kassenärzten beauftragt, die im Juni und Juli 2019 durchgeführt wurde (LIG, 2019). Zentrale Ergebnisse dieser Befragung sind hier zusammengefasst.

Eines vorweg: Für lediglich 7,7 % der 441 antwortenden Ärzte käme es nicht in Frage, unter gewissen Umständen in höherem Ausmaß Privatpatienten zu behandeln.<sup>24</sup> Demgegenüber können es sich mit 63,9 % nahezu zwei Drittel der Ärzte *unter bestimmten Umständen vorstellen*, ergänzend Privatpatienten zu behandeln. Für weitere 20,2 % käme dies *eventuell* in Frage. Dieses Ergebnis lässt den Schluss zu, dass Kassenärzte prinzipiell bereit wären, auch Privatpatienten zu behandeln und diesbezüglich somit wenig Überzeugungsarbeit notwendig wäre.

Auf die vertiefende Frage, ob die Möglichkeit, neben der Tätigkeit als Kassenarzt in der eigenen Praxis zusätzlich völlig unkompliziert Privatpatienten behandeln zu können, grundsätzlich interessant wäre, antworteten mit 52,0 % mehr als die Hälfte der 440 antwortenden Ärzte mit *ja, auf jeden Fall* und weitere 27,7 % mit *ja, eher schon*. Lediglich jeder 6. Arzt (16,6 %) findet diese Möglichkeit *eher nicht* bzw. *sicher nicht* interessant. Auf die Frage nach den Voraussetzungen für eine erleichterte Behandlung von Privatpatienten nannten 9 von 10 Ärzten (89,9 %), dass die Behandlung von Privatpatienten in den selben Räumlichkeiten wie bei Kassenpatienten möglich sein muss. Ebenso sind die Rechtssicherheit (81,3 %) sowie der Rückersatz durch die Kassen – analog zu den Wahlärzten – (76,6 %)<sup>25</sup> wichtige Voraussetzungen für eine erleichterte Behandlung von Privatpatienten.

23 Nach Wasem (2018) dürfte dieses Ergebnis allerdings multifaktoriell bedingt sein.

24 Die Frage lautete: „Auch wenn Sie sich für eine Tätigkeit als Kassenarzt entschieden haben, käme es für Sie unter gewissen Umständen in Frage in größerem Ausmaß Privatpatienten zu behandeln?“

25 Die Antwortoptionen lauteten: „Rechtssicherheit bei privaten Behandlungen von eigenen Kassenpatienten (z.B. durch Formular „Verzichtserklärung des Patienten auf Kassenbehandlung“)“ bzw. „Der Rückersatz durch die Kassen müsste wie bei allen Wahlärzten gewährleistet werden“.

Auf die Frage nach den Vorteilen einer unkomplizierten Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten für die Kassenpraxis nannten 77,0 % der 430 antwortenden Ärzte die „Anwendung von Spezialisierungen, die von Kassen nicht bezahlt werden“, 70,0 % „zusätzliche Einkommensmöglichkeit“ sowie 68,8 % „die Möglichkeit, ohne Zeitdruck Patienten behandeln zu können“. Immerhin mehr als jeder 4. Arzt (27,7 %) sah in der „einfacheren Finanzierung der Praxisausstattung (z.B. Geräte, Einrichtung, ...)“ einen Vorteil.

Zwei Drittel der antwortenden 441 Ärzte glaubten, dass „es für Kassenpatienten interessant wäre, ihre ärztlichen Leistungen auch als Privatpatient in Anspruch nehmen zu können, um spezifische Gesundheitsfragen ohne Zeitdruck abhandeln zu können“. Auf die Frage, „welche Vorteile sich für Kassenpatienten durch eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten in der Kassenpraxis Ihrer Meinung nach ergeben könnten“, nannten 8 von 10 Ärzten (83,8 %), dass „bei einer Privatbehandlung der Arzt die Krankengeschichte des Patienten bereits von der Kassenarztztätigkeit her kennt“. Jeder zweite antwortende Arzt nannte jedoch auch „modernere Ausstattung der Ordination durch höheres Einkommen einfacher finanzierbar (z.B. Apparate, Ambiente, ...)“ bzw. „einfachere Finanzierung von Zusatzausbildungen, von denen auch die Kassenpatienten profitieren“ als Vorteile für Kassenpatienten.

Ein Ziel der Option für Kassenärzte, auch Privatpatienten behandeln zu dürfen, liegt wie oben ausgeführt in der Attraktivierung von Kassenarztstellen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen tatsächlich, dass sich die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, einen Kassenvertrag zu übernehmen bzw. weiterzuführen, durch diese Option erhöhen würde.<sup>26</sup> Denn so sieht mit 46,8 % nahezu die Hälfte der befragten Kassenärzte ein sehr großes bzw. großes Potenzial durch diese Option. Ein geringes Potenzial in dieser Option sehen hingegen lediglich 13,1 % und kein Potenzial 5,4 %.

Hinsichtlich der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung erwartet die Mehrheit eine Verbesserung durch die Möglichkeit der Behandlung von Privatpatienten durch Kassenärzte.<sup>27</sup> So antworten 18,2 % der 440 antwortenden Ärzte, dass sie sich *sicher* und weiter 36,4 % eher verbessern würde. Ein Drittel glaubt, dass die Situation gleich bliebe und jeder zehnte Arzt glaubt, dass sie sich *eher* (7,7 %) bzw. *sicher* (2,5 %) verschlechtern würde.

26 Die Frage lautete: „Einmal angenommen, es gäbe eine unkomplizierte Möglichkeit für Kassenärztinnen und -ärzte zusätzlich Privatpatienten zu behandeln: Würde sich Ihrer Meinung nach die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte einen Kassenvertrag zu übernehmen bzw. weiterzuführen erhöhen?“

27 Die Frage lautete: „Einmal angenommen, Kassenärzte könnten unkompliziert zusätzlich Privatpatienten behandeln: Glauben Sie, dass sich dadurch die Versorgung der Bevölkerung mit Kassenärzten bzgl. Kassenarztdichte und Wartezeiten verändern würde? Sie würde ...“.

Abschließend wurden die Ärzte noch nach etwaigen negativen Auswirkungen auf die Kassenpatienten gefragt. „Einmal angenommen, Kassenärzte könnten unkompliziert zusätzlich Privatpatienten behandeln: Glauben Sie, dass eine derartige Regelung in Summe Anreize für die Kassenärzte setzt, Privatpatienten zulasten von Kassenpatienten zu bevorzugen? Auf dieses Risiko der diskutierten Option wurde oben bereits kurz hingewiesen. Und tatsächlich glaubt die Hälfte der 439 antwortenden Ärzte, dass dies auf jeden Fall (10,7 %) bzw. eher schon (39,9 %) der Fall sein wird. Demgegenüber sieht ein knappes Drittel darin keine Gefahr, wenn auf diese Frage 24,1 % mit *eher nicht* und 7,5 % mit *nein, auf keinen Fall* antworten.

Die letzten beiden Punkte zeigen die große Herausforderung der Option für Kassenärzte auf, Privatpatienten behandeln zu dürfen. Denn auf der einen Seite sieht die Mehrheit der Kassenärzte in dieser Option eine Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung (etwa mehr Arztpraxen, bessere Ausstattung, zusätzliches Know-how). Gleichzeitig gehen sie aber auch davon aus, dass diese Option Anreize setzt, Privatpatienten bevorzugt zu behandeln. Dies ist eine wichtige Information für die Politik. Denn wenn gewünscht wird, dass das Niveau der Versorgung von Kassenpatienten nicht unter dieser Option leidet, so sind entsprechende Vorkehrungen zu treffen und die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass derartige Anreize erst gar nicht entstehen.

Zusammenfassend können als Ergebnisse der Befragung folgende Punkte festgehalten werden:

- Eine große Mehrheit der Kassenärzte kann sich vorstellen, ergänzend Privatpatienten zu behandeln und für mehr als die Hälfte der Ärzte wäre dies auch interessant.
- Als große Vorteile sehen Kassenärzte dabei die Möglichkeit der Anwendung von Spezialisierungen, die die Kassen nicht zahlen, die zusätzlichen Einkommenspotenziale sowie mehr Zeit in der Behandlung der Patienten.
- Rund die Hälfte der Ärzte gab überdies an, dass sie finanziell entlastet würden – sei es, Ordinationen zu modernisieren oder sei es, Zusatzausbildungen leichter finanzieren zu können.
- Eine große Mehrheit der Kassenärzte sieht in der diskutierten Option auch eine Attraktivierung von Kassenarztstellen hinsichtlich deren Übernahme oder Weiterführung.
- Auch glaubt die Mehrheit der Kassenärzte, dass sich die Versorgung der Bevölkerung mit Kassenärzten bzgl. Kassenarztdichte und Wartezeiten verbessert.

- Letzten Endes glaubt die Hälfte der Kassenärzte auch, dass durch diese Option Anreize gesetzt werden, Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten zu bevorzugen.

Die Ergebnisse dieser Befragung untermauern die zuvor diskutierten Punkte. Denn durch die zusätzlichen Verdienstmöglichkeiten für Kassenärzte kommt es zu einer Attraktivierung von Kassenarztstellen und durch die steigenden Investitionsausgaben wiederum zu einer stärkeren Verschränkung des privaten und öffentlichen Bereichs. Wie hoch diese Mittel sein können, die durch diese Option zusätzlich ins Gesundheitssystem fließen, wird im nächsten Kapitel im Detail ausgeführt.

## 4.6. Potenzial einer ambulanten Krankenversicherung

So weit die theoretischen Überlegungen. Doch besteht in der österreichischen Bevölkerung überhaupt der Bedarf bzw. Wunsch nach einer privaten Krankenversicherung, die nicht nur den Wahlarzt- sondern auch den Kassenarztbereich abdeckt? Und wenn ja, mit welchen Mitteln kann hier gerechnet werden? Zur Beantwortung dieser sowie weiterer damit zusammenhängender Fragen führte das market Marktforschungsinstitut im März 2019 eine – unter Österreichs Bevölkerung ab 16 Jahren – repräsentative Umfrage durch. Basierend auf den Ergebnissen dieser Umfrage wird im Folgenden jenes Potenzial quantifiziert, das an privaten Mitteln in Form einer ambulanten Krankenversicherung in Österreich schlummert. Unter einer „ambulanten Krankenversicherung“ wird dabei eine private Krankenversicherung für den niedergelassenen Bereich verstanden, die auch die Leistungen von Kassenärzten und nicht nur wie derzeit von Wahlärzten abdeckt.

Als erstes Ergebnis dieser Umfrage zeigt sich, dass trotz der gesetzlichen Krankenversicherung bereits heute mit 19 % rund jeder fünfte Österreicher eine private Krankenversicherung besitzt, die unter anderem die Kosten eines Wahlarztes zumindest teilweise abdeckt.

Auf die allgemeine Frage an jene 78 %, die derzeit keine private Krankenversicherung haben,<sup>28</sup> ob sie in den „*nächsten Jahren vorhaben, eine private Zusatzversicherung, also eine ambulante Sonderklassenversicherung abzuschließen*“, antworteten 10 % mit „auf jeden Fall“ bzw. „eher schon“. Wird hingegen ergänzend erklärt, welche Leistungen eine ambulante Zusatzversicherung umfassen

<sup>28</sup> Knapp 3 % der Befragten enthielten sich der Antwort bzw. konnten die Frage nicht beantworten.

soll (Frage: „Angenommen, Ihnen wird eine ambulante Zusatzversicherung angeboten, bei der die Kosten für den Wahlarzt und Kassenarzt als Privatpatient, sowie Physiotherapie, Medikamente, Alternativmedizin abgedeckt wären. Würden Sie eine derartige ambulante Zusatzversicherung“), können sich schon 45 % der Befragten vorstellen, eine derartige Versicherung auf jeden Fall bzw. eher schon abzuschließen. Dabei sind Frauen eher zum Abschluss einer derartigen Versicherung bereit (48 %) als Männer (42 %), während bei der allgemeinen Frage noch mehr Männer als Frauen zu einem Abschluss bereit gewesen wären (11 versus 9 %).

Im Zuge dieser Umfrage wurde jedoch nicht nur die Frage nach einem potenziellen Abschluss einer ambulanten Krankenversicherung gestellt, sondern auch nach jener Höhe der Versicherungsprämie, die die Befragten zu zahlen bereit wären. Die Befragten konnten dabei zwischen vier Antworten mit verschiedenen hohen monatlichen Versicherungsprämien (bis 20 Euro, 20 bis 40 Euro, 41 bis 60 Euro, 60 Euro oder mehr) sowie „keine Angabe/weiß nicht“ wählen.

In Tabelle 4-1 sind jene Volumina ausgewiesen, die sich aufgrund der Antworten der Befragten je Kategorie ergeben. In Szenario 1 wurde den Berechnungen der Durchschnitt der jeweiligen Bandbreiten (10 Euro, 30 Euro, 50 Euro und 70 Euro) zugrunde gelegt und in Szenario 2 die obere Grenze der Bandbreiten (20 Euro, 40 Euro, 60 Euro, 80 Euro).<sup>29</sup> Österreichweit beläuft sich dabei das Prämienvolumen für Versicherte mit einer monatlichen Versicherungsprämie von 10 Euro auf 106,9 Millionen Euro, in Oberösterreich sind es 17,7 Millionen Euro. In Summe über alle Prämienhöhen hinweg kann österreichweit mit einem Aufkommen von 826,6 Millionen Euro gerechnet werden, von denen allein 136,9 Millionen Euro auf Oberösterreich entfallen.

**Tabelle 4-1: Potenzial einer ambulanten Krankenversicherung**

Szenario 1	Jährliches Potenzial bei einer Monatsprämie in Höhe von ...				Summe
	10 Euro	30 Euro	50 Euro	70 Euro	
Österreich	€ 106,9 Mio.	€ 396,0 Mio.	€ 235,7 Mio.	€ 88,0 Mio.	€ 826,6 Mio.
Oberösterreich	€ 17,7 Mio.	€ 65,6 Mio.	€ 39,0 Mio.	€ 14,6 Mio.	€ 136,9 Mio.
Szenario 2	bei einer Monatsprämie in Höhe von ...				Summe
	20 Euro	40 Euro	60 Euro	80 Euro	
Österreich	€ 213,7 Mio.	€ 528,0 Mio.	€ 282,9 Mio.	€ 100,6 Mio.	€ 1.125,2 Mio.
Oberösterreich	€ 35,4 Mio.	€ 87,4 Mio.	€ 46,8 Mio.	€ 16,7 Mio.	€ 186,3 Mio.

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

Die Versicherungsprämien für jene Befragten, die keine Angabe zur Höhe der monatlichen Versicherungsprämie machten, wurden mit Null angesetzt.

<sup>29</sup> Für die letzte Kategorie wurde eine Obergrenze von 80 Euro unterstellt.

In Szenario 2, in dem die Obergrenze der abgefragten Bandbreiten der Höhe der monatlichen Versicherungsprämien zugrunde gelegt wurde, ergibt sich für Gesamtösterreich ein Potenzial für ein Prämienvolumen von 1,1 Milliarden Euro bzw. 186,3 Millionen Euro für Oberösterreich.

Als erstes Ergebnis kann somit festgehalten werden, dass das Potenzial für eine ambulante Krankenversicherung mit 826,6 Millionen bis 1,1 Milliarden Euro jährlich beträchtlich ist.

Dass der Umsatz, der durch privat Versicherte erzielt wird, dem gesamten Gesundheitssystem zugutekommt, bestätigen Zahlen aus Deutschland.

*„Privatversicherte spielen für alle Leistungsanbieter im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Der Mehrumsatz der Privatversicherten ermöglicht Investitionen in die medizinische Infrastruktur, in die Erforschung neuer Behandlungsmethoden und in die Einstellung von medizinischem Fachpersonal. Im Jahr 2016 betrug der Mehrumsatz der Privatversicherten 12,89 Mrd. €. Dieser Betrag, der nur deshalb entsteht, weil Patienten privat und nicht gesetzlich versichert sind, nahm in der Vergangenheit zu. [...] Der größte Teil des Mehrumsatzes entfiel im Jahr 2016 [...] auf den ambulant ärztlichen Sektor (6,29 Mrd. €).“* (Hagemeister und Wild, 2017)

#### **4.6.1. Zusätzliche Investitionen**

Ein Teil des zusätzlichen Potenzials in Höhe von 826,6 Millionen bis 1,1 Milliarden Euro jährlich käme auch den gesetzlich Krankenversicherten zugute, wenn diese von den zusätzlich getätigten Investitionen der Kassenärzte in medizinische Ausrüstung, Infrastruktur sowie Know-how profitieren.

Eine Quantifizierung der zusätzlichen Investitionen durch die Kassenärzte ist dabei auf Basis der vorliegenden Ergebnisse nur schwer möglich. Denn dazu müsste zunächst bekannt sein, welcher Anteil des Potenzials am Ende des Tages bei den Kassenärzten ankommt, denn ein Teil des Potenzials fließt an die Anbieter privater Krankenversicherungen zur Deckung der Kosten für Verwaltung, Marketing und Vertrieb. Weiter ist nicht bekannt, welchen Anteil der zusätzlichen Einkommen die Ärzte und Ärztinnen für Investitionen ausgeben. Zwar zeigen Berechnungen, dass im Gesundheitssektor die Investitionselastizitäten mit 1,11 überdurchschnittlich hoch sind. Das heißt, dass ein Anstieg der Bruttowertschöpfung im Gesundheitsbereich um 1 % die Investitionen um 1,11 % steigen lässt (GAW, 2019). Allerdings sind weder die Wertschöpfung der Kassenärzte noch das Niveau der Investitionen der Kassenärzte bekannt, so dass diese Investitionselastizitäten für die vorliegende Fragestellung nicht in Euro

ausgedrückt werden können. Um trotzdem eine quantitative Abschätzung der potenziellen zusätzlichen Investitionen vornehmen zu können, spannt die folgende Tabelle für die beiden oben entwickelten Szenarien für unterschiedlich hohe Investitionsanteile eine Bandbreite dieser zusätzlichen Investitionen auf.

**Tabelle 4-2: Abschätzung zusätzlicher Investitionen**

Anteil Investitionen am zusätzlichen Einkommen	10 %	15 %	25 %
Szenario 1: Zusätzliche Investitionen	€ 66,1 Mio.	€ 99,2 Mio.	€ 165,3 Mio.
Szenario 2: Zusätzliche Investitionen	€ 90,0 Mio.	€ 135,0 Mio.	€ 225,0 Mio.

Quelle: Berechnungen GAW.

Basis der Berechnungen ist das in Tabelle 4-1 ausgewiesene Potenzial für eine ambulante Krankenversicherung abzüglich pauschal 20 Prozent an Mitteln, die nicht in Form von Einkommen bei den Ärzten landen und daher keinesfalls für zusätzliche Investitionen zur Verfügung stehen wie die Einkommen der Versicherungsunternehmen, Versicherungssteuer etc.

Basierend auf dem in Tabelle 4-1 ausgewiesenen Potenzial für eine ambulante Krankenversicherung sowie unter Berücksichtigung eines pauschalen Abzugs von 20 % an Mitteln, die nicht in Form von Einkommen bei den Ärzten landen und daher keinesfalls für zusätzliche Investitionen zur Verfügung stehen, wie die Einkommen der Versicherungsunternehmen, Versicherungssteuer etc., ergibt sich je nach Investitionsquote ein zusätzliches Investitionspotenzial von bis zu 225,0 Millionen Euro jährlich. Umgelegt auf die rund 7.200 Kassenärzte in Österreich entspricht dies einem Potenzial von etwas mehr als 31.000 Euro je Arztpraxis, die in Form von zusätzlichen Investitionen dem österreichischen Gesundheitssystem zugutekommen könnten.

#### 4.6.2. Einordnung der Ergebnisse

Zur Abschätzung der Bedeutung der Umfrageergebnisse werden diese vor dem Hintergrund der laufenden Gesundheitsausgaben sowie der bereits bestehenden privaten Krankenversicherungen dargestellt.

Wie in Abschnitt 3.3 ausgeführt, beläuft sich der Anteil der Mittel der privaten Krankenversicherungen mit 1,9 Milliarden Euro auf 4,9 % an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich (38,5 Milliarden Euro). Von diesen 1,9 Milliarden Euro fließen dabei 919,5 Millionen Euro in den stationären Bereich, 821,3 Millionen Euro in den Einzelhandel, Apotheken und den Verwaltungsbereich sowie 152,7 Millionen Euro in den niedergelassenen Bereich.

**Tabelle 4-3: Bedeutung privater Krankenversicherungen**

	Absolut	Anteil
Situation derzeit		
Finanzierungsbeitrag privater Krankenversicherungen		
Stationärer Bereich	€ 0,9 Mrd.	48,6 %
Niedergelassener Bereich	€ 0,2 Mrd.	8,1 %
Sonstiges (Einzelhandel, Apotheken, Verwaltung etc.)	€ 0,8 Mrd.	43,4 %
Summe	€ 1,9 Mrd.	100,0 %
Situation mit ambulanter Krankenversicherung		
Private Krankenversicherungen wie bisher	€ 1,9 Mrd.	
Private (ambulante) Krankenversicherung neu	€ 0,8 –1,1 Mrd.	
Summe	€ 2,7–3,0 Mrd.	
Zunahme an Mitteln der privaten Krankenversicherungen	43,7 % –59,4 %	

Quelle: Statistik Austria, 2019. market, 2019.

Vor diesem Hintergrund wird offensichtlich, dass die zusätzlichen Mittel, die im Rahmen einer ambulanten Krankenversicherung aufgestellt werden können (826,6 Millionen bis 1,1 Milliarden Euro) von entsprechend großer Bedeutung sind, wenn sich diese auf rund die Hälfte (43,7 bis 59,4 %) jener Mittel belaufen, die von den privaten Krankenversicherungen bereits heute in das österreichische Gesundheitssystem fließen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass diese Mittel möglicherweise nicht zur Gänze zusätzlich dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen werden. Denn so können im Falle einer ambulanten Krankenversicherung die Ausgaben der privaten Haushalte in Form von Out-of-pocket-Zahlungen im Gesundheitsbereich (aktuell 7,4 Milliarden Euro) zurückgehen. Anders formuliert, kann es also zu einer teilweisen Umschichtung der Out-of-pocket-Zahlungen hin zu den privaten Krankenversicherungen kommen.<sup>30</sup>

### 4.6.3. Steuerungsfunktion einer ambulanten Krankenversicherung

Eine ambulante Krankenversicherung weist mit der Attraktivierung von Kassenarztstellen eine zusätzliche zentrale Steuerungsfunktion auf. Denn derzeit ist für die Entscheidung, ob eine Patientin einen Kassenarzt oder einen Wahlarzt in Anspruch nimmt, wohl in den wenigsten Fällen die (angenommene) unterschied-

<sup>30</sup> Als ein weiterer Effekt kann ein Anstieg der Ausgaben der Sozialversicherungen für die von den Ärzten erbrachten Leistungen erwartet werden. Dies in jenen Fällen, in denen die Patienten von einer Wahlärztin hin zu einem Kassenarzt wechseln. Denn während die Kosten für die Leistungen des Kassenarztes zur Gänze von den Krankenkassen übernommen werden, sind es bei einer Wahlärztin lediglich 80 % (des Kassentarifs).

liche Qualität der medizinischen Leistung ausschlaggebend. Vielmehr kann und muss davon ausgegangen werden, dass die Qualität der medizinischen Leistung bei beiden Ärzten dieselbe ist, ist doch nicht nur die Ausbildung dieselbe, sondern gelten auch für beide dieselben Voraussetzungen zur Berufsausübung. Vielmehr ist die Entscheidung der Arztwahl durch die Patienten von Faktoren abhängig, die nicht die Qualität der medizinischen Leistung selbst betreffen. Zu diesen zählen – und dies wird durch die jüngste Umfrage von market (2019) bestätigt, wenn nach den Wünschen der Befragten zum Thema Kassenarzt gefragt wird<sup>31</sup> – der Wunsch nach kürzeren Wartezeiten, nach Hausbesuchen, nach mehr Zeit für das Arztgespräch, nach flexibleren Terminvereinbarungen sowie der Wunsch nach der Anwendung von Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, die von der Kasse nicht bezahlt werden.

Und genau hier könnte eine ambulante Krankenversicherung wirken. Und das gleich auf mehreren Ebenen.

- Kassenärzte können zusätzliche Zeitfenster für Privatpatienten anbieten, womit gleich drei Wünschen der Patienten zugleich Folge geleistet werden kann. Dem Wunsch nach flexibleren Terminvereinbarungen, dem Wunsch nach kürzeren Wartezeiten sowie dem Wunsch nach mehr Zeit für das Arztgespräch bzw. die Behandlung.
- Kassenärztinnen bekommen einen Anreiz, auch jene Behandlungs- und Untersuchungsmethoden anzuwenden, die sie derzeit von der Kasse nicht vergütet bekommen und die sie derzeit möglicherweise auch nicht anbieten, müssten die Patienten diese Leistungen doch aus ihrer eigenen Tasche bezahlen.
- Kassenärzten eröffnen sich zusätzliche Einkommensquellen. Ergänzend zu ihrem Einkommen aus ihrer Tätigkeit als Kassenarzt für gesetzlich Versicherte können Kassenärzte wie heute Wahlärzte ihre Leistungen anbieten und bekommen diese im selben Ausmaß entlohnt wie Wahlärzte, ohne dass dabei für die Versicherten Unterschiede bestehen. Denn in beiden Fällen muss die

31 Die Frage lautete: „Hier sind ein paar Punkte zum Thema Kassenarzt notiert. Welche davon treffen auf Sie zu?“ Die Antworteten: „Ich würde mir kürzerer Wartezeiten bei meinem Kassenarzt wünschen“ (73 %), „Ich würde mir im Krankheitsfall Hausbesuche wünschen“ (62 %), „Ich würde mir wünschen, dass sich mein Kassenarzt mehr Zeit für mich nehmen kann“ (62 %), „Ich würde mir flexiblere Terminvereinbarungen bei meinem Kassenarzt (z.B. Abendtermine) wünschen“ (54 %) und „Ich würde mir auch Behandlungs- und Untersuchungsmethoden wünschen, die von der Kasse nicht bezahlt werden“ (52 %).

Die Prozentangaben in den Klammern berücksichtigen all jene, die auf die Frage mit 1 (trifft auf jeden Fall zu) oder abgeschwächt mit 2 antworteten. Die Antworten konnten nach der Schulnotenskala von 1 bis 5 gegeben werden.

Patientin das Arzthonorar zunächst bezahlen, bevor sie es bei ihrer Versicherung einreichen kann.

Die Wünsche der Patientinnen sowie die anderen genannten Punkte decken sich dabei stark mit den Antworten von Kassenärzten auf die Frage, worin diese die Vorteile in der Wahlarztztätigkeit gegenüber der Tätigkeit als Kassenarzt sehen (LIG, 2019). Denn 84,5 % der 438 antwortenden Kassenärzte nannten „mehr Zeit für die Patientenbehandlung“ als wesentlichen Vorteil in der Wahlarztztätigkeit. Mit Abstand dazu und in etwa gleichbedeutend (mit 41,3 bis 46,6 %) werden genannt „anderes Patientenkontingent“, „besseres Einkommen“, „andere Behandlungen möglich“, „weniger Bürokratie“, „flexiblere Öffnungszeiten“ sowie „keine Bereitschaftsdienste“. 38,4 % sehen in der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen Vorteil in der Wahlarztztätigkeit.

Als Vorteile in der Kassenarztztätigkeit gegenüber der Tätigkeit als Wahlarzt wird hingegen ein „regelmäßiges Einkommen“ (76,7 % der 433 antwortenden Kassenärzte) und „kein Problem mit Zahlungsausfällen (z.B. Inkassofälle)“ (65,1 %) gesehen. Mit 46,9 % sieht knapp die Hälfte der Befragten eine „abwechslungsreichere Patientenstruktur“ als Vorteil der Kassenarztztätigkeit.

Das bedeutet, dass mit einer ambulanten Krankenversicherung all jene Kriterien irrelevant werden bzw. stark abgeschwächt werden, die derzeit für die Entscheidung sprechen, als Wahlarzt tätig zu sein. Es wäre also Chancengleichheit zwischen Kassen- und Wahlärzten gegeben. Wenn es damit tatsächlich gelingt, die Anreize für Kassenärzte wie erwartet zu steigern, werden damit insgesamt Kassenarztstellen wieder attraktiver und die derzeit teilweise bestehenden Schwierigkeiten bei der Besetzung von Kassenarztstellen geringer.

Und damit – um auf die Frage des vorliegenden Abschnitts nach dem Umlenken privater Mittel für den öffentlichen Bereich zurückzukommen – können in Summe private Mittel (in Form von Versicherungsprämien für eine ambulante Krankenversicherung) für den öffentlichen Gesundheitssektor „angepasst“ werden. Denn wenn die Anreize für Kassenärzte wie erwartet steigen, kommen die damit verbundenen Investitionen allen zugute – auch all jenen Patienten, die gesetzlich krankenversichert sind und über keine ambulante Krankenversicherung verfügen. Wichtig dabei ist es – wie bereits erwähnt –, die Rahmenbedingungen derart zu gestalten, dass die Behandlung von Privatpatienten durch Kassenärzte nicht zu Lasten der Kassenpatienten geht.

## 5. Zusammenfassung

Abschließend können die zentralen Punkte und Ergebnisse der vorliegenden Studie wie folgt zusammengefasst werden.

### 5.1. Rahmenbedingungen und Entwicklungen

1. Derzeit zahlen die österreichischen **Haushalte** jährlich 7,4 Milliarden Euro aus ihren eigenen Taschen (Out-of-pocket-Zahlungen) für Gesundheitsleistungen. Mit **2,8 Milliarden Euro** fließen 38,1 % davon in den niedergelassenen Bereich.
2. Die **privaten Krankenversicherungen** finanzieren mit 1,9 Milliarden Euro derzeit 4,9 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich (38,5 Milliarden Euro). In den stationären Bereich fließen davon mit 919,5 Millionen Euro **sechsmal mehr Mittel als in den niedergelassenen Bereich** (152,7 Millionen Euro).
3. Von rund 45.600 berufsausübenden Ärzten und Ärztinnen in Österreich sind 39,9 % in freier Praxis tätig. Seit dem Jahr 2000 sank die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit einem Kassenvertrag um 0,6 % auf 8.154. Gleichzeitig übten zuletzt mit **9.997 Ärztinnen und Ärzten gleich mehr als doppelt so viele** (+ 109,9 %) **ihre Tätigkeit ohne einen Kassenvertrag** aus wie noch im Jahr 2000.

### 5.2. Private Krankenversicherung für den niedergelassenen Bereich

4. Die Verschränkung von „privater“ und „öffentlicher“ Medizin ist derzeit im stationären Bereich weit stärker ausgeprägt als im niedergelassenen Bereich, der auf einer vergleichsweise klaren Trennung zwischen privatem (Wahlarzt-system) und öffentlichem (Kassenarztsystem) System beruht. Dabei ist diese **Verschränkung mit Vorteilen für das gesamte Gesundheitssystem** verbunden, wenn von den zusätzlichen Investitionen in medizinische Infrastruktur und Know-how der „privaten Seite“ letztlich auch all jene Versicherten profitieren, die nicht privat krankenversichert sind, sondern ausschließlich bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

5. Eine **Option, diese Verschränkung zu stärken und gleichzeitig Kassenarztstellen zu attraktivieren**, besteht darin, es **Kassenärzten zu ermöglichen, neben Kassen- auch Privatpatientinnen zu behandeln**. Damit könnte auch einem möglichen Engpass in der flächendeckenden Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Kassenärztinnen und Kassenärzten entgegengewirkt werden. Die Abrechnung kann dabei über private Krankenversicherungen erfolgen, die dann auch im niedergelassenen Bereich die Privatbehandlung von Patienten durch Kassenärzte bezahlen („ambulante Krankenversicherung“).
6. Aus einer aktuellen repräsentativen österreichweiten Umfrage (market, 2019) geht dabei hervor, dass das **Potenzial für eine derartige ambulante Krankenversicherung** groß ist, wenn in Summe ein Prämienvolumen von **826,6 Millionen bis 1,1 Milliarden Euro** erwartet werden kann. Derzeit beläuft sich das Prämienvolumen privater Krankenversicherungen auf 2,1 Milliarden Euro jährlich. Somit könnte mit der Ausweitung des Leistungsspektrums der privaten Krankenversicherungen auf den niedergelassenen Bereich das Prämienvolumen um rund die Hälfte steigen.
7. Diese zusätzlichen Mittel fließen zu einem Großteil an die Kassenärzte und damit in das öffentliche Gesundheitssystem. Mit den steigenden Einkommen sind dabei auch **Anreize zu zusätzlichen Investitionen** verbunden. Investitionen in Infrastruktur, medizinische Geräte und Know-how etwa in Form von Zusatzausbildungen, die allesamt am Ende des Tages **allen Versicherten – auch den gesetzlich Krankenversicherten – zugutekommen**.
8. Der weitere Aspekt der Ermöglichung der Behandlung von Privatpatienten durch Kassenärztinnen und der Ausweitung des Leistungsspektrums privater Krankenversicherungen ist die **Verbesserung der Gleichstellung von Kassen- und Wahlärzten**. Denn aus einer wettbewerbstheoretischen Perspektive ist es als positiv einzustufen, wenn Kassen- und Wahlärzte unter denselben Rahmenbedingungen konkurrieren. Dies ist derzeit keineswegs der Fall, unterliegen doch Kassenärzte hinsichtlich Patientenaufnahme, Ordinationszeiten, Behandlungsmethoden sowie Honorarhöhe entsprechenden Vorgaben und Einschränkungen.
9. Mit der Möglichkeit der Behandlung von Privatpatienten durch Kassenärzte kann auch einer **Zweiteilung des niedergelassenen Bereichs entgegengewirkt** werden. Also einer Entwicklung hin zu einem echten dualen Versorgungssystem wie etwa in Großbritannien (Cylus et al., 2015), wo die Behandlung von Privatversicherten in eigenständigen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt wird (Wasem, 2018).

## Quellen

- Ärztammer für Wien (2019).** Wohnsitzarzt. <https://www.aekwien.at/wohnsitzarzt>. Zuletzt abgerufen am 21.03.2019.
- BAG (2018).** Statistiken zur Krankenversicherung. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016. Schweizerische Eidgenossenschaft. Eidgenössisches Departement des Inneren. Bundesamt für Gesundheit. Publikation 7/2018. Bern.
- BFS (2019).** Statistik der Gesundheit. 14 Gesundheit. Taschenstatistik 2018. Neuchâtel.
- BFS (2019a).** Bundesamt für Statistik. Gesundheit. Kosten, Finanzierung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/finanzierung.html>. Zuletzt abgerufen am 25.04.2019.
- BMASGK (2019).** Soziale Krankenversicherung. [https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Kranken\\_und\\_Unfallversicherung/Soziale\\_Krankenversicherung](https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Krankenversicherung). Zuletzt abgerufen am 10.04.2019.
- Bärnighausen, T. und Sauerborn, R. (2002).** One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine* 54. Pp 1559 – 1587.
- Blankart, Ch. B.: (1994).** Öffentliche Finanzen in der Demokratie: Eine Einführung in die Finanzwissenschaft. 2., völlig überarbeitete Auflage. Vahlen Verlag. München.
- Blankart, Ch. B. (2011).** Moderne Konzepte für Gesundheitssysteme. Konrad-Adenauer-Stiftung. [https://www.kas.de/c/document\\_library/get\\_file?uuid=dc56af0e-a35b-f49e-7675-a2846a2af2&groupId=252038](https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=dc56af0e-a35b-f49e-7675-a2846a2af2&groupId=252038). Zuletzt abgerufen am 01.08.2019.
- Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2013).** Gesundheitsökonomik. 6. Auflage. Springer Lehrbuch. Gabler Verlag. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Bundesministerium für Gesundheit (2018).** Ratgeber Krankenversicherung. Alles, was Sie zum Thema Gesundheit wissen müssen. Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen. 16. aktualisierte Auflage. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2018a).** Referat Öffentlichkeitsarbeit. Daten des Gesundheitswesens. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2018b).** Freie Arztwahl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/freie-arztwahl.html>. Zuletzt abgerufen am 01.08.2019.
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neill, C. und Steel, D. (2015).** United Kingdom. Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 17. No. 5. Pp 1 – 125.
- Die Presse (2018).** Wahlärzte: Privatpatienten von Abrechnungssorgen befreit. [https://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/5546591/Wahlaerzte\\_Privatpatienten-von-Abrechnungssorgen-befreit](https://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/5546591/Wahlaerzte_Privatpatienten-von-Abrechnungssorgen-befreit). Zuletzt abgerufen am 25.04.2019.
- Drabinski, Th. (2013).** Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland: Status quo und Ausblick. In: *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 03/2013. Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung. SS 97 – 112. Linz.

- ESS (2019).** Krankenversicherung in der Schweiz. <https://www.ess-europe.de/krankenversicherung-schweiz/#/formular>. Zuletzt abgerufen am 01.08.2019.
- FMH (2019).** FMH-Ärzttestatistik 2018. Wenig Frauen in Kaderpositionen. <https://www.fmh.ch/files/pdf23/saez-12-09d.pdf>. Zuletzt abgerufen am 25.04.2019.
- Greß, S. und Lungen, M. (2017).** Die Einführung einer Bürgerversicherung: Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. Jahrgang 71. Heft 3 – 4. SS 68 – 74.
- Hagemeister, S. und Wild, F. (2017).** Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV. Jahresbericht 2017. WIP-Diskussionspapier 1/17. Köln.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017).** Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich. Bestandsaufnahme und Analyse. Abteilung für Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017a).** Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Entwicklung der Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich, 2005-2015. Abteilung für Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018).** Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018. Wien.
- Hess, R., Ulrich, V., Wille, E., Thüsing, G. und Wollenschläger, F. (2018).** Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Memorandum zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO). Berlin.
- KBV (2019).** Kassenärztliche Vereinigungen. <https://www.kbv.de/html/426.php>. Zuletzt angerufen am 25.03.2019.
- KVG (2019).** Bundesgesetz über die Krankenversicherung. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>. Zuletzt abgerufen am 25.04.2019.
- LIG (2019).** Kassenärztebefragung. Ärztliches Qualitätszentrum und Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Auftraggeber: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG). Befragungszeitraum: 13. Juni bis 8. Juli 2019. Linz.
- LIG (2019a).** Wahlärztebefragung. Ärztliches Qualitätszentrum und Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Auftraggeber: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG). Befragungszeitraum: 20. März bis 15. April 2019. Linz.
- market (2019).** Die Attraktivität einer ambulanten Zusatzkrankenversicherung. Interesse & Zahlungsbereitschaft in der österreichischen Bevölkerung. Eine Analyse des market Marktforschungsinstituts für die Ärztekammer OÖ. Auftraggeber: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG). Befragungszeitraum: 22. bis 27. März 2019. Linz.
- ÖÄK (2019).** Entwicklung der Ärzte (Allgemeinmediziner / Fachärzte) mit Ordinationen nach Vertragsausstattung 1999 – 2017. Informationen erhalten per Email von der Pressestelle der Österreichischen Ärztekammer. 20.03.2019.
- PKV (2019).** Verband der Privaten Krankenversicherung. Zahlen und Fakten. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>. Zuletzt abgerufen am 01.08.2019.

- Pruckner, G. und Hummer, M. (2013).** Fördern private Zuzahlungen im Gesundheitswesen die Zweiklassenmedizin? In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik 03/2013. Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung. SS 37 – 62. Linz.
- Riedler, K. (2013).** Private Mittel im Gesundheitssystem: Entwicklung, Bedeutung und Steuerung. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik 03/2013. Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung. SS 9 – 36. Linz.
- Statistik Austria (2019).** Gesundheitsausgaben in Österreich. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html). Zuletzt abgerufen am 06.03.2019.
- Statistik Austria (2019a).** Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2017. Wien.
- Sundmacher, L. und Ozegowski, S. (2013).** Ziehen Privatpatienten Ärzte an? Gesundheit und Gesellschaft 16. Ausgabe 12/13. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte\\_Krankenversicherung/Download\\_GG\\_Bedarfsplanung\\_Sundmacher\\_Ozegowski\\_VV\\_201312.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Download_GG_Bedarfsplanung_Sundmacher_Ozegowski_VV_201312.pdf). Zuletzt abgerufen am 08.05.2019.
- SV (2018).** Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018. Wien.
- vdek (2019).** Verband der Ersatzkassen. Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte. [https://www.vdek.com/presse/daten/b\\_versicherte.html](https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html). Zuletzt abgerufen am 01.08.2019.
- Waldner, G. (2001).** Die Entwicklung der Honorare bei niedergelassenen Ärzten in Österreich, Deutschland und in den Niederlanden. Papers 9. Gesundheitswissenschaften. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Linz.
- Walenzik, A., Greß, St., Manouguian, M. und Wasem, J. (2008).** Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen. No. 165. Essen.
- Wasem, J. (2018).** Die Versorgungswirklichkeit ist nicht schwarz/weiß – Gesetzliche und private Krankenversicherung in der Versorgung. Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 67 (1), pp. 42-53. De Gruyter. Oldenbourg.
- Wieser, K. (2018).** Ökonomische Effekte der Privaten Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik 02/2018. Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung. SS 17 – 32. Linz
- VVO.** Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs. Jahresberichte der Jahre 2014 bis 2017. Datenteile. Wien.
- VVO (2019).** Krankenversicherung – Was ist das? <https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/033bc38c04cb4a8bc12574dc005de1e4/66f93791bcb9443ec1257cdd004a7280?OpenDocument>. Zuletzt abgerufen am 10.04.2019.