



Schwerpunktthema

**Als Privatpatient zum
Kassenarzt: ambulante
Zusatzversicherung
als Chance**

Schwerpunktthema

Als Privatpatient zum Kassenarzt: ambulante Zusatzversicherung als Chance

Z
GP

Schwerpunktthema

Als Privatpatient zum Kassenarzt: ambulante Zusatz- versicherung als Chance

Ausgabe 2/2019

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: FrankHH (Shutterstock)
Redaktion: Mag. Katharina Wieser
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

In Österreich bietet die soziale Krankenversicherung Medizin auf hohem Niveau – sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Ordinationen der niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Dennoch wünschen sich immer mehr Menschen darüber hinausgehende Leistungen sowie ein Mehr an Service und Komfort. In den öffentlichen Krankenhäusern werden Privatpatienten traditionell integriert, wovon das Spitalswesen nachweislich profitiert. Im niedergelassenen Bereich existiert hingegen ein Parallelsystem, weil die öffentliche Versorgung sehr streng von der Privatmedizin getrennt wird.

Seit Jahren verzeichnen wir einen enormen Anstieg der Wahlarztzahlen, wohingegen die Vertragsarztstellen der Krankenkassen immer schwerer zu besetzen sind. Um weiterhin eine lückenlose Versorgung durch Vertragsärzte gewährleisten zu können, muss vor allen Dingen der Beruf des Kassenarztes wieder ansprechender gestaltet werden. Eine wichtige Maßnahme dafür ist sicher auch die stärkere Verzahnung von wahlärztlichem und kassenärztlichem Bereich. Dazu müssten Vertragsärzte eine ausgeweitete Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten erhalten.

Von einer solchen Neuerung würden nicht nur die Mediziner profitieren, sondern auch die Patienten und das öffentliche Versorgungssystem. Unsere Autoren zeigen in den Beiträgen, welche Verbesserungen zu erwarten wären und welche Chancen und Risiken eine stärkere Verschränkung von Kassenmedizin und Privatmedizin mit sich bringen würde. Zu diesem Thema haben wir auch die Ärzteschaft wieder zu Wort kommen lassen, um die praktische Komponente zu beleuchten. Ein Beitrag aus Deutschland, wo privat und gesetzlich Versicherte durchgehend in einem Versorgungssystem behandelt werden, rundet die Ausgabe ab.

Wie immer wünschen wir Ihnen viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Privatpatienten für Kassenärzte	9
<i>Dr. Stefan D. Haigner, Mag. Stefan Jenewein</i>	
Privat beim Kassenarzt – eine Chance für das Kassensystem?	65
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
Befragung und Fokusgruppe „Als Privatpatient zum Kassenarzt“	71
<i>Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA, Mag. Katharina Wieser</i>	
Bevölkerungsbefragung zur Attraktivität einer ambulanten Zusatzversicherung mit Deckung der privaten Konsultation beim Kassenarzt	99
<i>Mag. Katharina Wieser</i>	
Die Bedeutung der Privaten Kranken(zusatz)versicherung für die Finanzierung der ambulanten Versorgung in Deutschland	115
<i>Dr. Christine Arentz, Dr. Frank Wild</i>	
Auf den Standpunkt gebracht	143
<i>Mit einem Beitrag von MMag. Astrid Knitel</i>	
News aus den Gesundheitssystemen	149

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 Kassenärzten¹, 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.

Laufende Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquelle		
	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.

¹ 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.

Beitrag der Privaten im stationären und im niedergelassenen Bereich				
	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.

Potenzial einer ambulanten Krankenversicherung	
	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 2019:² Eine Patientin³ 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 Krankenversicherung⁴ 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 Versicherungspflichtgrenze⁵ (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.⁶

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).⁷ 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).

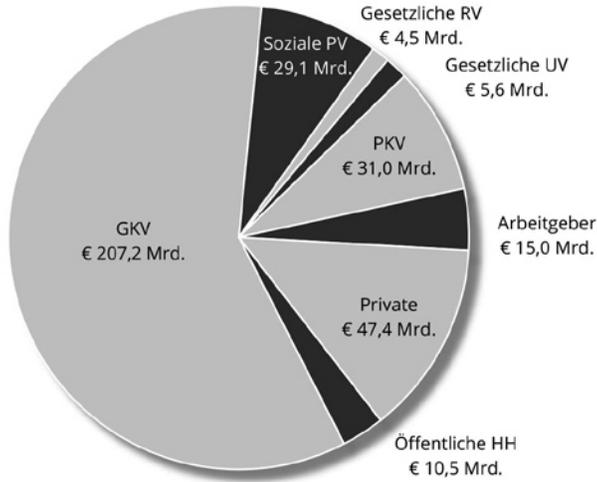
Trotz dieser Kritik ist Deutschland weit davon entfernt, dass sich ein echtes duales System in der Gesundheitsversorgung etabliert, wie dies etwa in Großbritannien der Fall ist, wo die Behandlung von Privatversicherten in eigenständigen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt wird (Cylus et al., 2015). 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).

⁷ 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).⁸

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

⁸ 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- / Vertragsärztinnen⁹ 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
+/- 2017–1999	32,3 %	17,6 %				

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 Grundsicherung¹⁰ 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

¹⁰ 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 Franken¹¹ (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.

¹¹ 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.¹²

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.

¹² 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 KVG¹³). 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

13 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.¹⁴ Laut Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sind „rund 99,9 Prozent der Bevölkerung von der sozialen Krankenversi-

¹⁴ 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.¹⁵

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-

¹⁵ 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.

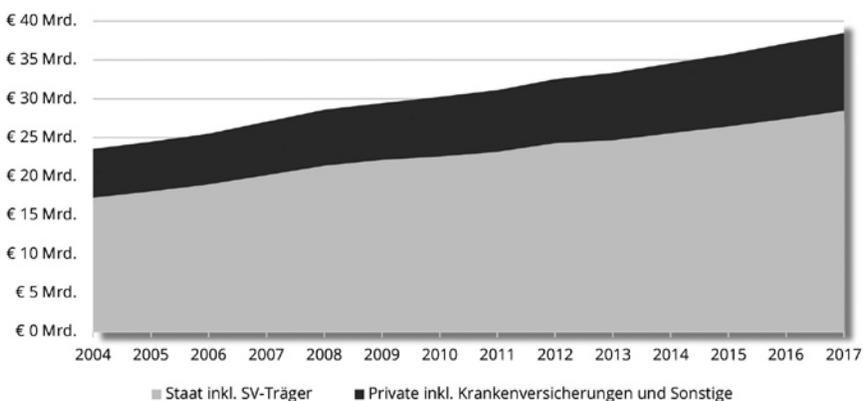
3. Gesundheitsausgaben und Ärzte in Österreich

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.

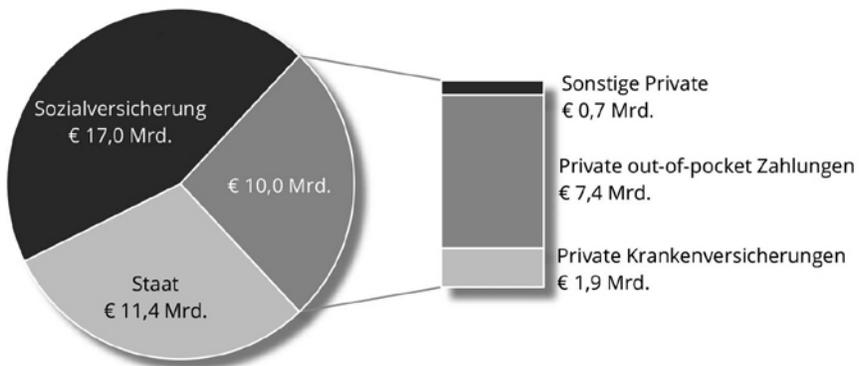
Sonstige: Private Organisationen ohne Erwerbszweck sowie betriebsärztliche Leistungen.

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.

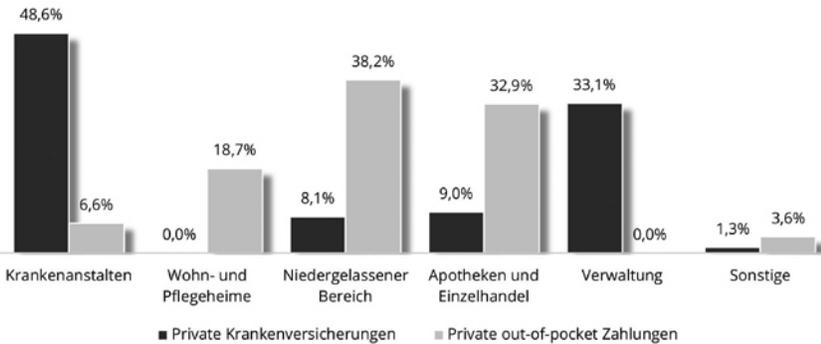
§ Dazu zählen private Haushalte als Erbringer von häuslichen Pflegeleistungen sowie sonstige Wirtschaftszweige als sekundäre Produzenten von Gesundheitsleistungen wie zum Beispiel Ausgaben für Gesundheit in Justiz- und Heereseinrichtungen.

§§ 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.

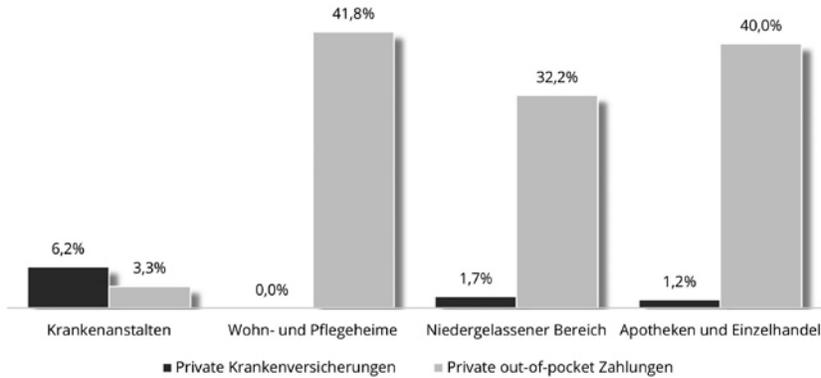
Abschließend sind diese Ergebnisse noch aus dem Blickwinkel der vier zentralen Leistungserbringer¹⁶ dargestellt, da diese derart gewonnenen Ergebnisse für die weiteren Ausführungen von besonderer Bedeutung sein werden. So finanzieren die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen 6,2 % und die Out-of-pocket-Zahlungen 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.

¹⁶ 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



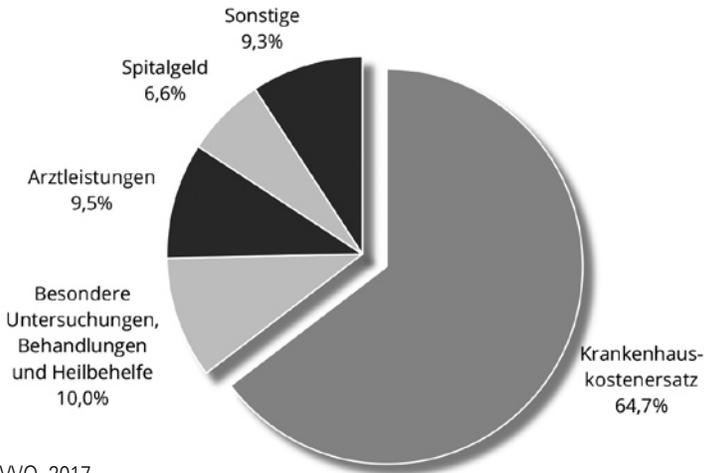
Quelle: Statistik Austria, 2019.

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.¹⁷ 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.

¹⁷ 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 Ärzte¹⁸ 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

¹⁸ 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.¹⁹ 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.

¹⁹ 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

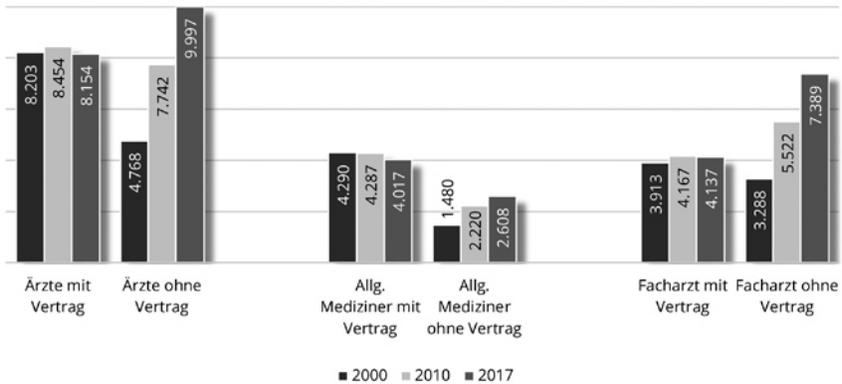


Quelle: SV, 2018.

Im niedergelassenen Bereich – und der ist für die weiteren Ausführungen von besonderem Interesse – arbeiteten dabei 18.151 Ärzte.²⁰ 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 %.

²⁰ 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

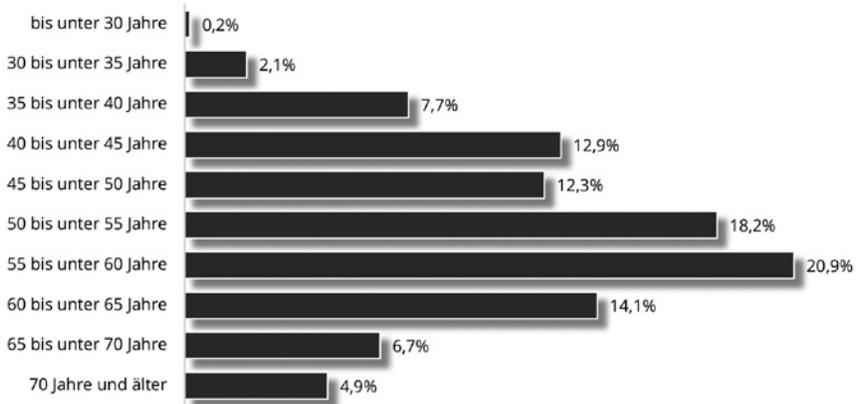


Quelle: ÖÄK, 2019.

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 erhalten²¹ 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.²² 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“) Patientinnen 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)²³.

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.²⁴ 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 %)²⁵ 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.²⁶ 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.²⁷ 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. Kassenarzttdichte 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,²⁸ 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

²⁸ 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).²⁹ 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

	Jährliches Potenzial				
	bei einer Monatsprämie in Höhe von ...				
Szenario 1	10 Euro	30 Euro	50 Euro	70 Euro	Summe
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 ...				
	20 Euro	40 Euro	60 Euro	80 Euro	Summe
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.

²⁹ 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.³⁰

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-

³⁰ 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 wird³¹ – 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 Patienten Klientel“, „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 „angepapft“ 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Privat beim Kassenarzt – eine Chance für das Kassensystem?

Der vorliegende Beitrag zeigt, welche unattraktiven Bedingungen dem derzeit vorherrschenden Ärztemangel im Kassensystem Vorschub leisten und warum sich die vermehrte Behandlung von Privatpatienten durch Kassenärzte für alle Akteure vorteilhaft auswirken würde.

Seit Jahren stehen wir in ganz Österreich vor dem Problem, dass zunehmend Kassenarztstellen unbesetzbar sind. Das hängt zum einen mit dem Arztmangel als Folge zu geringer Ausbildungskapazitäten zusammen. Vor allem aber ist nicht zu übersehen, dass Kassenstellen im Vergleich zu ihren Alternativen, nämlich einer Anstellung in einer Krankenanstalt oder vor allem auch einer Wahlarztztätigkeit, rasant an Attraktivität verloren haben. Die Gründe dafür wurden auch immer wieder erhoben und liegen nicht primär in den geringer eingeschätzten Verdienstmöglichkeiten.

Das Kassensystem hat sich vielmehr den Ruf erworben, extrem bürokratisch und leistungsfeindlich zu sein. Tatsächlich sehen viele Honorarordnungen Limitierungen und Einschränkungen der Verrechenbarkeit vor, die alle vor dem Hintergrund entstanden sind, dass die Krankenversicherungsträger eine Heidenangst haben, Kassenärzte könnten ihre Einnahmen durch die Erbringung unnötiger Leistungen erhöhen. Obwohl wir seit Jahren mit dem Arztmangel konfrontiert sind und Patienten teilweise gar keinen Kassenarzt mehr finden bzw. lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, und die Kassen daher froh sein sollten, wenn es leistungswillige Kassenärzte gibt, hat hier kaum ein Umdenken stattgefunden. Noch immer gilt in vielen Honorarordnungen, dass Leistung bestraft wird und dass die Bereitschaft, zusätzliche Patienten zu übernehmen, mit Rabatten und Honorarabzügen sanktioniert wird.

Dazu kommt, dass Kassenmedizin dadurch geprägt ist, dass auf Kosten der Solidargemeinschaft nur unbedingt notwendige („das Maß des Notwendigen nicht überschreitende“) Leistungen erbracht werden dürfen. Das gilt natürlich auch für den dem Patienten gewidmeten Zeitaufwand. Kassenmedizin zwingt den Kassenarzt dazu, möglichst viele Patienten durchzuschleusen. Diese Konsequenz ist oft nicht nur für die Patienten, die sich ein Mehr an zeitlicher Zuwendung wünschen würden, unbefriedigend, sondern auch für den Arzt.

Die zunehmende Unattraktivität der Kassenverträge führt auch zu einer sich immer schneller drehenden Spirale. Weil sich immer mehr Ärzte dafür entscheiden, ihre Tätigkeit ohne Kassenvertrag auszuüben, und immer mehr Kassenstellen unbesetzt bleiben, geraten die im System verbliebenen Kassenärzte unter Druck, noch mehr Patienten zu behandeln. Dadurch werden Kassenstellen nochmals unattraktiver und ihre Besetzung noch schwieriger. Es entsteht ein Kreislauf, der nur schwer zu stoppen sein wird.

Dass die Wahlarztztätigkeit als Alternative zum Kassenarzt zunehmend an Bedeutung gewinnt, zeigt, dass es in der Bevölkerung eine erhebliche Nachfrage gibt, also Patienten, die bereit sind, selbst beim Arzt zu bezahlen, um den Arzt ihres Vertrauens aufsuchen zu können, vielfach aber auch, um den vollen Kassenarzt-

wartezimmern zu entkommen. Gleichzeitig ist es natürlich ein wichtiges sozialpolitisches Anliegen, dass jene, die sich einen privaten Arztbesuch nicht leisten können, nicht unversorgt bleiben dürfen.

Im Krankenanstaltenbereich gibt es zur Lösung dieses Dilemmas eine über Jahrzehnte bewährte und durchaus auch im Ausland als vorbildhaft empfundene Konstruktion. Im Krankenanstaltenrecht hat sich der Gesetzgeber entschlossen, nicht nur in Privat-, sondern auch in öffentlichen Krankenanstalten die Behandlung von Privatpatienten in Form der Aufnahme in die Sonderklasse zu ermöglichen. Damit gelang es, den öffentlichen und den privaten Bereich zu verzahnen. Vor allem aber wird damit ein völliges Auseinanderdriften der Spitalsversorgung in öffentlich und privat verhindert. Für öffentliche Krankenanstalten sind die Einnahmen aus der Betreuung von Privatpatienten in der Sonderklasse ein wichtiger finanzieller Faktor, der sehr wesentlich dazu beiträgt, die Infrastruktur für die gesamte Krankenanstalt und damit sogar primär für die nicht zusatzversicherten, auf der allgemeinen Klasse betreuten Patienten sicherzustellen. Damit erreicht jeder, was er will. Der zusatzversicherte Privatpatient erhält die gewünschte besondere Zuwendung. Der Patient der allgemeinen Gebührenklasse profitiert davon, dass ihm, was die medizinische Seite anlangt, die komplette Infrastruktur in derselben Qualität wie für Privatpatienten zur Verfügung steht.

Dieses im Spitalsbereich durchaus bewährte Modell eignet sich auch für den Bereich der niedergelassenen Kassenärzte. Würde man ein ähnliches Modell im Kassenarztbereich leben, könnte die strikte Trennung zwischen Kassen- und Wahlarzt überwunden und die Übernahme eines Kassenvertrages wieder wesentlich attraktiver werden.

Prinzipiell ist die Mischung von Kassen- und Privatpatienten zwar auch nach geltendem Kassenrecht ohne weiteres möglich. Das Kassenrecht sieht in ganz Österreich die Zulässigkeit der privaten Inanspruchnahme von Kassenärzten vor, wenn der Patient dies wünscht und sich ausdrücklich damit einverstanden erklärt. Es gibt allerdings einen Pferdefuß, der die praktische Umsetzung nicht unwesentlich behindert. Die höchstgerichtliche Judikatur leitet aus den gesetzlichen Grundlagen des ASVG ab, dass ein Wahlarztkostenrückersatz, also die teilweise Erstattung von privat bezahlten Honorarnoten durch den Krankenversicherungsträger, auf die Inanspruchnahme von Wahlärzten beschränkt ist. Patienten, die einen Kassenarzt privat aufsuchen, haben daher, obwohl sie natürlich regelmäßig ihre Krankenversicherungsbeiträge bezahlen, derzeit keinen Anspruch auf Kostenrückerstattung gegenüber ihrer Krankenversicherung.

Der Gesetzgeber wäre gut beraten, diese (auch aus verfassungsrechtlichen Gründen bedenkliche) Rechtslage zu korrigieren und damit die private Inanspruchnahme bei Kassenärzten zu unterstützen.

Genauso wie in der Krankenanstalt die auf der Sonderklasse vereinnahmten Gebühren zu einem nicht unwesentlichen Anteil auch nicht zusatzversicherten Patienten zugutekommen, gäbe es einen ähnlichen Effekt, wenn Kassenärzte in einem weit höheren Ausmaß als bisher privat in Anspruch genommen würden.

Vorausgesetzt, die sonstigen Bedingungen passen einigermaßen (also vor allem keine überbordenden Einschränkungen, Limitierungen und Verrechnungsbedingungen), würde die Übernahme einer Kassenstelle für Ärzte wesentlich attraktiver werden, wenn damit auch die Möglichkeit verbunden wäre, in einem nennenswerten Ausmaß Privatpatienten zu betreuen. Würden sich aber wieder mehr Ärzte darauf einlassen, Kassenverträge zu übernehmen, könnten damit Versorgungslücken geschlossen und somit auch das Angebot für nicht zusatzversicherte Patienten verbreitert werden. Dazu kommt, dass die Kassen durch beim Kassenarzt betreute Privatpatienten finanziell nicht belastet werden. Vielfach würde es wahrscheinlich zu einer deutlichen Entlastung kommen, weil es sich bei diesen Privatpatienten um solche handeln wird, die bislang als Kassenpatienten abzurechnen waren. Diese Entlastung der Kassen könnte dazu genutzt werden, den Stellenplan deutlich zu erweitern und damit über das Ziel der Besetzbarkeit vakanter Stellen hinaus eine dichtere Kassenarztversorgung schaffen, als sie derzeit möglich ist.

Dazu kommt, dass die Einkünfte aus der privaten Betreuung von Patienten vom Kassenarzt für Investitionen genutzt werden können, die alleine aus den Kasseneinnahmen nicht erwirtschaftbar sind. Genauso wie im Spital würden aber diese Investitionen in der Regel nicht nur dem Privat-, sondern auch dem Kassenpatienten zugutekommen und damit das Leistungsspektrum für diesen erweitern.

Die Schaffung besserer gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Betreuung von Privatpatienten beim Kassenarzt würde daher zusammenfassend nicht nur Privatpatienten neue Optionen eröffnen, sondern vor allem auch das personale und apparative Leistungsangebot für Kassenpatienten wesentlich erhöhen. Letztlich wäre es aber auch im Interesse der Ärzteschaft selbst, ein völliges Auseinanderfallen zwischen einer immer unattraktiver werdenden Kassenmedizin und dem Wahlarztsektor zu verhindern. Ein derartiges Auseinanderfallen hätte nicht nur eine immer spürbarere extramurale Zweiklassenmedizin für die Patienten zur Folge. Sie würde auch zwei Klassen von Ärzten schaffen, nämlich jene, die im Kassensystem bleiben und zu immer unbefriedigenderen Arbeitsbedingungen immer mehr Patienten behandeln müssen, und jenen, die sich auf

Privatpatienten fokussieren können. Wären durch eine gesunde Durchmischung von Kassen- und Privatpatienten wieder mehr Ärzte bereit, Kassenverträge zu übernehmen, würde sich diese Problematik deutlich entspannen, weil dann ein wesentlich größerer Anteil an niedergelassenen Ärzten gewonnen werden könnte, der auch bereit ist, Kassenpatienten zu übernehmen.

Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA

Projektleiterin, Ärztliches Qualitätszentrum

Mag. Katharina Wieser

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

Befragung und Fokusgruppe „Als Privatpatient zum Kassenarzt“

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

1. Einleitung	72
2. Befragung	72
3. Fokusgruppe	90
4. Zusammenfassung	98

Um zu verstehen, wie die Wirklichkeit in den oberösterreichischen Praxen aussieht, welche Probleme es gibt und welche Ansatzmöglichkeiten Erfolg versprechen, spricht man am besten mit den betreffenden Ärzten. Deshalb haben wir zu diesem Thema eine Befragung der oberösterreichischen Kassenärzte und ergänzend dazu eine Fokusgruppe mit Kassenärzten abgehalten. Die Ergebnisse und Aussagen der Mediziner zeigen dabei eine klare Richtung: Was noch vor 20 Jahren völlig absurd gewesen wäre, scheint jetzt ein wichtiger Schritt zur Rettung der Kassenmedizin zu sein, nämlich die Integration von Privatpatienten in die öffentliche Versorgung auch im niedergelassenen Bereich.

1. Einleitung

Die Möglichkeit zur verstärkten Behandlung von Privatpatienten im kassenärztlichen Bereich ist eine Thematik, die erst durch den Mangel an Kassenärzten, bei gleichzeitigem Anstieg der Wahlärzte, an Bedeutung gewonnen hat. Die Idee ist neu, denn noch vor 20 Jahren wäre eine derartige Regelung absolut absurd, weil völlig unattraktiv, gewesen. Neue Herausforderungen bedürfen jedoch innovativer Lösungen. Zu neuen Themen ist es besonders wichtig, die Einstellung der Ärzteschaft zu erheben und ihr damit eine Stimme zu verleihen. Dafür wurde eine Befragung durchgeführt und ergänzend eine Fokusgruppe mit ausgewählten Vertretern abgehalten. Die Ergebnisse und zentralen Aussagen sind im Folgenden dargestellt.

2. Befragung

2.1. Methodik

Im Zeitraum Juni bis Juli 2019 wurde unter den oberösterreichischen Kassenärzten die Umfrage zum Thema „Als Privatpatient zum Kassenarzt“ abgehalten. Die Befragung wurde vom Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Qualitätszentrum durchgeführt. Für die technische Umsetzung kam das Online-Befragungstool questback zum Einsatz. Die befragten Ärzte bekamen den Einladungsbrief zur Befragung per Mail zugesandt und konnten mit Hilfe eines Direktlinks zum Online-Fragebogen gelangen. Die Befragung wurde anonym durchgeführt. Die Grundgesamtheit, an die der Fragebogen ausgesendet wurde, betrug $N = 1.136$ Kassenärztinnen und Kassenärzte. Insgesamt nahmen 441 Personen (39 %) an der Erhebung teil.

Die antwortenden Personen sind zu 67 % männlich und zu 33 % weiblich, was der Verteilung in der Grundgesamtheit sehr gut entspricht ($m = 68$ %; $w = 32$ %). Unter den befragten Ärztinnen und Ärzten befinden sich 54 % Allgemeinmediziner und 46 % Fachärzte. Unter den Fachärzten sind Gynäkologen ($n = 29$), Augenärzte ($n = 27$), Hautärzte ($n = 16$), Ärzte für Innere Medizin ($n = 16$) und Orthopäden ($n = 15$) am häufigsten vertreten.

Fach	Anzahl
ALLGEMEINMEDIZINER	237
FACHÄRZTE	203
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29
Augenheilkunde und Optometrie	27
Haut- und Geschlechtskrankheiten	16
Innere Medizin	16
Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	15
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	13
Lungenkrankheiten	11
Kinder- und Jugendheilkunde	11
Neurologie	11
Urologie	10
Psychiatrie	9
Radiologie	7
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie	5
Kinder- und Jugendpsychiatrie	3
Unfallchirurgie	2
Sonstiges Fach	2
Medizinische und Chemische Labordiagnostik	1

Tabelle 1: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach Fachbereichen

Der überwiegende Anteil der befragten Ärzte versorgt hauptsächlich Patienten aus ländlichen Regionen (44 %), nicht ganz ein Drittel kümmert sich überwiegend um Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich (30 %) und 27 % behandeln größtenteils Patienten aus der Stadt.

Die Altersstruktur der Ärzte in der Befragung entspricht ebenfalls gut der Verteilung in der Grundgesamtheit. Durch die repräsentative Verteilung der Merkmale der Befragten und die hohe Rücklaufquote lassen die Ergebnisse der Befragung gute Rückschlüsse auf die gesamte Ärzteschaft zu.

	31–40 J.	41–50 J.	51–60 J.	> 60 J.
Grundgesamtheit	12,4 %	24,6 %	32,7 %	30,3 %
Befragte Ärzte	12,0 %	28,9 %	35,0 %	24,2 %

Tabelle 2: Altersverteilung der Kassenärzte in Grundgesamtheit und Befragung

2.2. Kassenarztztätigkeit versus Wahlarztztätigkeit

Mäßige Zufriedenheit bei Kassenärzten, hohe Zufriedenheit bei Wahlärzten

Am Beginn der Befragung wurden die Zufriedenheit mit dem Beruf als Kassenarzt sowie die Vor- und Nachteile der Kassen- und Wahlarztztätigkeit im Vergleich erfragt. Die Kassenärzte sind im Ergebnis mäßig zufrieden mit ihrem Beruf. Über die Hälfte der Befragten (54 %) ist sehr zufrieden oder eher zufrieden mit der Selbstbestimmung bei der Arbeit, etwas weniger als die Hälfte zeigt sich hingegen mit der Gesamtsituation als Kassenarzt (47 %), den Einkünften aus der Kassenarztztätigkeit (47 %) und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (46 %) als sehr zufrieden bzw. eher zufrieden. Mit der Arbeitsbelastung ist hingegen nur noch ein Viertel der Ärzte zufrieden oder eher zufrieden, wohingegen 47 % angeben, in diesem Punkt eher unzufrieden bzw. sehr unzufrieden zu sein.

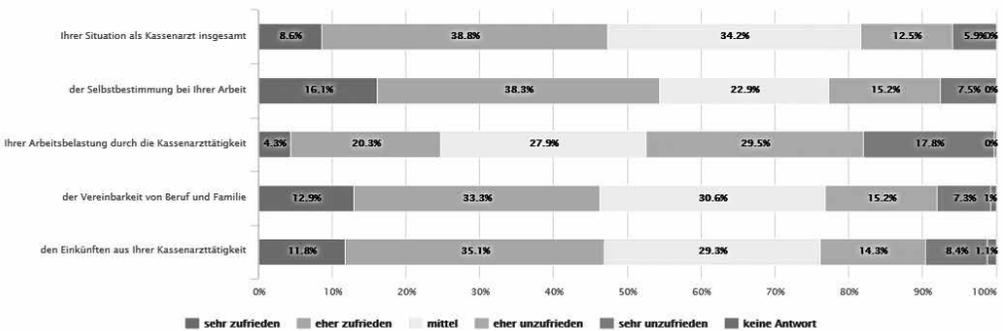


Abbildung 1: Wie zufrieden sind Sie mit ...

In allen diesen beruflichen Aspekten sind Allgemeinmediziner unzufriedener als Fachärzte, besonders eklatant ist der Unterschied aber bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wo nur 39 % der Allgemeinmediziner angeben, sehr oder

eher zufrieden zu sein, während dies 55 % der Fachärzte von sich sagen. Alleine aus der Tatsache, dass sich unter den Allgemeinmedizinern mehr Frauen befinden, lässt sich diese Differenz jedoch nicht erklären. Kassenärztinnen sind mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zwar etwas unzufriedener als ihre männlichen Kollegen, der Unterschied zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten ist jedoch deutlich größer. Auch das Alter hat Einfluss auf die Zufriedenheit, ältere Ärzte sind unzufriedener als jüngere.

Die Zufriedenheit von Kassenärzten, die vorwiegend Patienten aus der Stadt und dem Stadt-Umgebungsbereich behandeln, ist in den Bereichen des Einkommens und bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie höher als bei Kassenärzten, die vorwiegend Patienten aus ländlichen Regionen betreuen. Mit der Arbeitsbelastung zeigen sich hingegen Ärzte mit eher ländlicher Klientel zufriedener.

Wie zufrieden sind Sie mit ...		Ihrer Situation als Kassenarzt insgesamt	der Selbstbestimmung bei Ihrer Arbeit	Ihrer Arbeitsbelastung durch die Kassenarztstätigkeit	der Vereinbarkeit von Beruf und Familie	den Einkünften aus Ihrer Kassenarztstätigkeit
Kassenärzte gesamt		2,7	2,6	3,4	2,7	2,7
Fach	Allgemeinmediziner	2,8	2,7	3,5	2,9	2,8
	Fachärzte	2,6	2,4	3,2	2,4	2,6
Geschlecht	weiblich	2,8	2,7	3,4	2,8	2,9
	männlich	2,6	2,6	3,3	2,7	2,7
Patienten kommen vorwiegend aus...	ländlichen Regionen	2,7	2,6	3,3	2,8	2,8
	dem Stadt-Umgebungsbereich	2,6	2,6	3,3	2,6	2,8
	der Stadt	2,7	2,6	3,5	2,7	2,6
Alter	31–40 Jahre	2,5	2,2	3,2	2,6	2,6
	41–50 Jahre	2,6	2,6	3,3	2,8	2,7
	51–60 Jahre	2,7	2,7	3,3	2,5	2,7
	Über 60 Jahre	2,8	2,7	3,6	2,9	2,8
Wahlärzte¹ gesamt		1,7	1,3	1,8	1,8	2,3

Tabelle 3: Durchschnittswerte der Zufriedenheit auf der 5-teiligen Skala (1 = sehr zufrieden; 2 = eher zufrieden; 3 = mittel; 4 = eher unzufrieden; 5 = sehr unzufrieden) nach Arztgruppen

1 Aus der Wahlärztebefragung 2019 (selbe Fragestellung)

In einer Wahlärztebefragung² wurde dieses Frühjahr analog dieselbe Frage gestellt. Der Vergleich (siehe Tabelle 3, letzte Zeile) zeigt, dass Wahlärzte in allen abgefragten Aspekten mit ihrem Beruf deutlich zufriedener sind als Kassenärzte. Am wenigsten zufrieden sind Wahlärzte im Gegensatz zu den Kassenärzten nicht mit der Arbeitsbelastung, sondern mit den Einkünften aus ihrer Tätigkeit. Am zufriedensten zeigen sich Wahlärzte, wie auch die Kassenärzte, mit der Selbstbestimmung bei ihrer Arbeit.

Große Bereitschaft zur Behandlung von Privatpatienten

Beinahe zwei Drittel der Kassenärzte wären unter bestimmten Umständen bereit, in einem größeren Ausmaß auch Privatpatienten zu betreuen, für ein weiteres Fünftel käme das eventuell in Frage. Lediglich 8 % sind in dieser Frage unentschlossen und für weitere 8 % kommt die verstärkte Behandlung von Privatpatienten nicht in Frage.

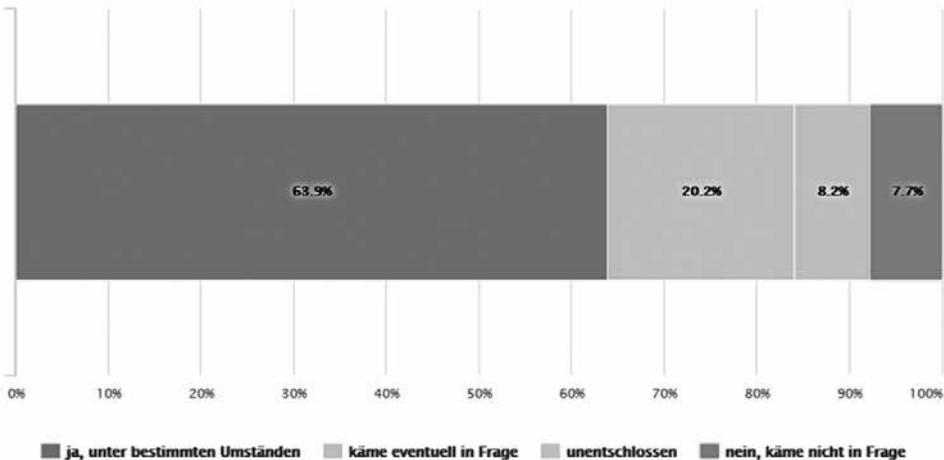


Abbildung 2: Auch wenn Sie sich für eine Tätigkeit als Kassenarzt entschieden haben, käme es für Sie unter gewissen Umständen in Frage, in größerem Ausmaß Privatpatienten zu behandeln?

Zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern gibt es in dieser Frage kaum Unterschiede, sehr wohl aber bei Ärzten am Land bzw. in der Stadt. Ärzte mit Patienten aus ländlichen Regionen zeigen eine höhere Bereitschaft zur Behandlung von Privatpatienten (88 % ja, unter bestimmten Umständen + käme eventuell in Frage) als Ärzte mit Patienten aus der Stadt (79 % ja, unter bestimmten Umständen + käme eventuell in Frage).

2 Die Wahlärztebefragung wurde vom Ärztlichen Qualitätszentrum im Zeitraum März bis April 2019 durchgeführt.

Hauptvorteil der Wahlärzte ist die Zeit für die Patientenbehandlung

In der nächsten Frage wurde den Kassenärzten eine Reihe von möglichen Vorteilen der Wahlarztstätigkeit gegenüber der Kassenarztstätigkeit vorgelegt. Unter „Sonstiges“ konnten weitere Vorteile angeführt werden. Der größte Vorteil der Wahlarztstätigkeit wurde darin gesehen, dass diesen mehr Zeit für die Behandlung ihrer Patienten zur Verfügung steht. 85 % der Kassenärzte stimmten hier zu. Alle anderen möglichen Vorteile, wie ein anderes Patientenkontingent, ein besseres Einkommen, die Möglichkeit zum Einsatz von anderen (z.B. komplementärmedizinischen) Behandlungen, ein Weniger an Bürokratie, flexiblere Öffnungszeiten, den Wegfall der Bereitschaftsdienste und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehen nur noch unter der Hälfte der Kassenärzte als Vorteil an. Unter Sonstiges wurde vor allem auf die Unabhängigkeit von den Kassen (Meldungen, Honorarsummenlimits etc.) als Vorteil verwiesen und die Möglichkeit der Ausübung von zwei Fächern genannt.

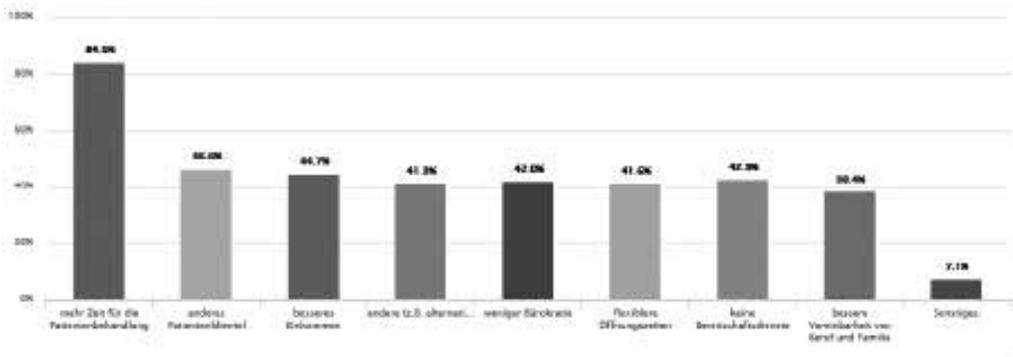


Abbildung 3: Welche Vorteile sehen Sie in der Wahlarztstätigkeit gegenüber der Tätigkeit als Kassenarzt?

Allgemeinmediziner bewerten den Vorteil der fehlenden Bereitschaftsdienste (74 %) viel häufiger als Vorteil als Fachärzte (6 %), weil Fachärzte natürlich von diesem Thema nicht betroffen sind. Aber auch der geringere bürokratische Aufwand (52 % bzw. 30 %), die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie (49 % bzw. 25 %) und die Möglichkeit, andere (z.B. komplementärmedizinische) Behandlungen einzusetzen (48 % bzw. 33 %), wird von Allgemeinmediziner höher eingeschätzt als von Fachärzten. Fachärzte schätzen dafür die anders zusammengesetzte Patientenkontingent der Wahlärzte öfter als Vorteil ein als Allgemeinmediziner (53 % bzw. 41 %).

Regelmäßiges Einkommen ist Hauptvorteil des Kassenarztes, soziale Aufgabe wird hervorgehoben

Analog zur vorherigen Frage wurde auch eine Liste mit möglichen Vorteilen der Kassenarztztätigkeit gegenüber der Wahlarztztätigkeit erstellt und abgefragt. Unter „Sonstiges“ konnten wieder weitere Vorzüge genannt werden. Als Vorteil ihrer Tätigkeit gegenüber der Wahlarztztätigkeit sehen Kassenärzte vor allem das regelmäßige Einkommen, 77 % stimmten hier zu. Weitere 65 % sehen es als Vorteil, sich nicht um die Zahlungsmoral der Patienten kümmern zu müssen. Weniger als die Hälfte der Ärzte sehen die abwechslungsreichere Patientenstruktur (aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen) als Vorteil an. Wenig als Vorteile gesehen werden ein eventuell geringeres Anspruchsdenken der Kassenpatienten, der fehlende Wettbewerb als Kassenarzt und die Möglichkeit einer Hausapotheke. Unter den sonstigen Vorteilen wurde als Hauptpunkt die Möglichkeit genannt, allen Patienten eine gleich gute Behandlung zukommen lassen zu können, eine wichtige soziale Aufgabe zu haben und eine ethisch wichtige Rolle zu erfüllen. Einige Kassenärzte merkten unter Sonstiges allerdings auch an, sie würden keinerlei Vorteile mehr in der Kassenarztztätigkeit sehen.

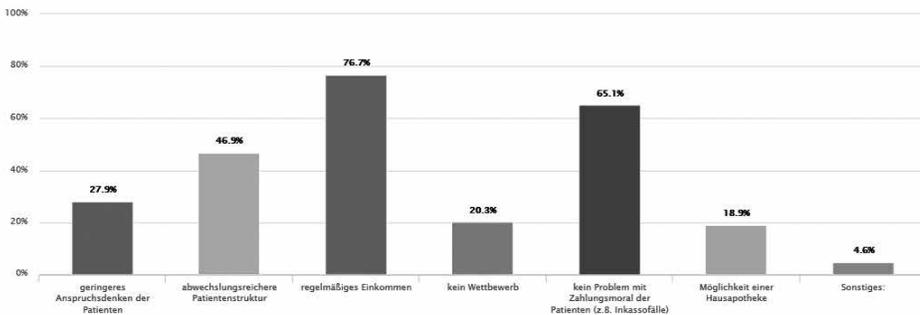


Abbildung 4: Welche Vorteile sehen Sie in der Kassenarztztätigkeit gegenüber der Tätigkeit als Wahlarzt?

Die Möglichkeit einer Hausapotheke wird von Medizinern vom Land natürlich viel höher eingeschätzt als von Ärzten in der Stadt oder dem städtischen Umland, weil eine Hausapotheke nur für Ordinationen erlaubt ist, in deren Einzugsgebiet sich keine Apotheke befindet. 35 % der Ärzte mit Patienten vom Land schätzen die Hausapotheke als Vorteil ein, während dies nur 6 bzw. 7 % der Ärzte mit Patienten aus der Stadt bzw. dem städtischen Umland tun. Ähnlich hoch ist hier der Unterschied zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten: Ein Drittel der Hausärzte sieht die Hausapotheke als Vorteil, jedoch nur 1,5 % der Fachärzte. Unter Hausärzten am Land wird die Hausapotheke sogar zu 51 % als Vorteil betrachtet, weil diese ganz konkret davon betroffen sind.

2.3. Interesse der Ärzte an der Behandlung von Privatpatienten

Hohes Interesse an unkomplizierter Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten

Für 52 % der befragten Kassenärzte wäre ein Modell, bei dem sie völlig unkompliziert Privatpatienten behandeln können, auf jeden Fall interessant und weitere 28 % geben an, daran eher schon interessiert zu sein. Demgegenüber meint nur etwa jeder Zehnte, an einer solchen Möglichkeit eher nicht oder sicher nicht interessiert zu sein.

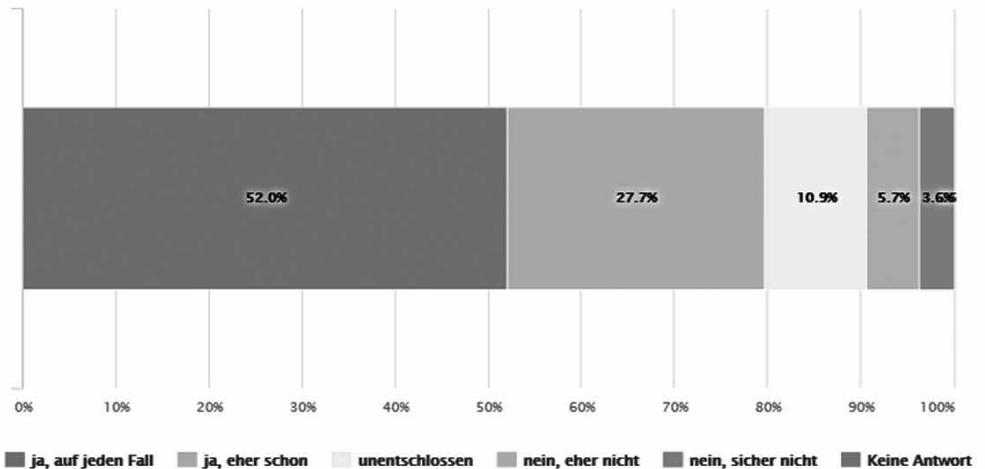


Abbildung 5: Stellen Sie sich vor, Sie könnten neben Ihrer Tätigkeit als Kassenarzt in Ihrer eigenen Praxis zusätzlich völlig unkompliziert Privatpatienten behandeln. Wäre diese Möglichkeit für Sie grundsätzlich interessant?

Für Fachärzte ist die erweiterte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten interessanter als für Allgemeinmediziner. Besonderen Anklang findet die Idee in den Fächern Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Lungenkrankheiten, Neurologie, Augenheilkunde und Optometrie und Gynäkologie. Zwischen Medizinern in ländlichen Regionen und Medizinern, die in der Stadt ordinieren, gibt es hingegen kaum Unterschiede in dieser Frage.

		ja, auf jeden Fall	ja, eher schon	unentschlossen	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
GESAMT		52,0 %	27,2 %	10,9 %	5,2 %	3,6 %
Allgemeinmediziner		49,2 %	28,0 %	11,4 %	7,2 %	4,2 %
Fachärzte		55,2 %	27,6 %	10,3 %	3,9 %	3,0 %
Patienten kommen vorwiegend aus...	ländlichen Regionen	52,6 %	27,1 %	14,7 %	6,0 %	3,6 %
	dem Stadt-Umgebungsbereich	51,1 %	33,6 %	6,9 %	6,1 %	2,3 %
	der Stadt	51,7 %	22,4 %	14,7 %	5,2 %	5,2 %

Tabelle 4: Interesse an einer unkomplizierten Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten nach Arztgruppen

Der Kassenarzt soll sich aussuchen können, ob er Privatpatienten in denselben oder separaten Räumlichkeiten behandelt

Auch zu den gewünschten Voraussetzungen zur verstärkten Behandlung von Privatpatienten wurde den befragten Ärzten eine Liste mit Vorschlägen vorgelegt. Unter „weitere Voraussetzungen“ konnten darüber hinausgehende Vorschläge gemacht werden. 89 % der Ärzte wünschen sich, dass die Behandlung von Privatpatienten in denselben Räumlichkeiten möglich sein muss, in denen auch die Kassenpatienten behandelt werden. Gleichzeitig gaben jedoch Ärzte unter den weiteren Voraussetzungen an, es müsse auch in getrennten Räumlichkeiten möglich sein. 81 % nannten auch Rechtssicherheit als Grundvoraussetzung, indem sich der Arzt, zum Beispiel mit einem Formular, dahingehend absichern kann, dass der Patient aus freien Stücken eine Privatbehandlung wünscht und sich darüber im Klaren ist, dass er dadurch auf eine Behandlung auf Kassenkosten verzichtet. 77 % der Kassenärzte sind der Meinung, dass der Rückersatz durch die Kassen auch für private Leistungen durch den Kassenarzt ein wesentlicher Punkt wäre. Nicht ganz ein Drittel ist der Meinung, dass die Behandlung von Privatpatienten nur außerhalb der Kassenöffnungszeiten stattfinden sollte. In den sonstigen Voraussetzungen gaben Ärzte etwa an, Privatpatienten sollen auch während der Kassenöffnungszeiten behandelt werden können und die Kasse solle für Privatpatienten nicht nur 80 % vom Kassentarif rückerstatten, sondern den gesamten Betrag.

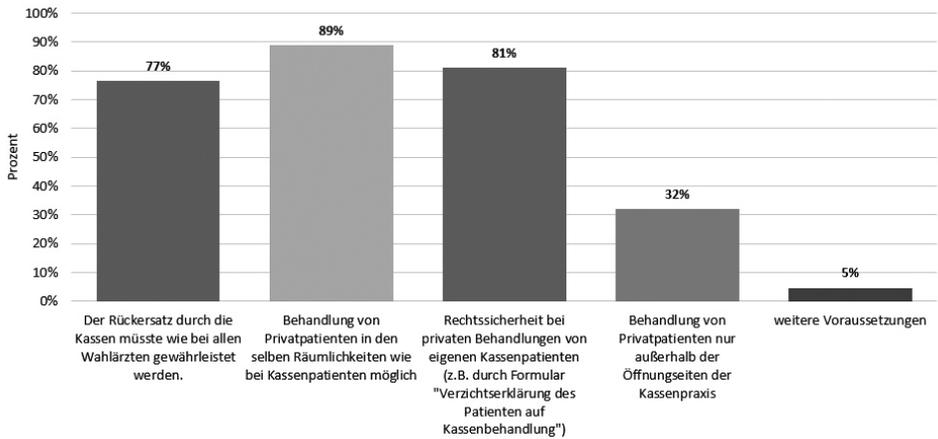


Abbildung 6: Welche Voraussetzungen müssten Ihrer Meinung nach für eine erleichterte Behandlung von Privatpatienten erfüllt sein?

Von den Kassen nicht bezahlte Spezialisierungen könnten angewendet werden

Aus einer weiteren Liste konnten die Kassenärzte die Vorteile einer unkomplizierten Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten auswählen und als Freitext weitere Vorteile nennen. Die meiste Zustimmung erhielt die Möglichkeit auch Spezialisierungen anzuwenden, die von den Kassen nicht bezahlt werden (77 %). 70 % sehen auch eine zusätzliche Einkommensquelle für die Kassenpraxis als Vorteil an. Einer dadurch einfacheren Finanzierung der Praxisausstattung stimmen hingegen nur 27 % zu. 69 % der Befragten schätzen die dadurch entstehende Möglichkeit, Patienten auch ohne Zeitdruck behandeln zu können. Im Freitextbereich wurden unter anderem eine größere Unabhängigkeit von den Kassen und eine erweiterte Konkurrenzfähigkeit bezüglich Wahlärzten genannt.

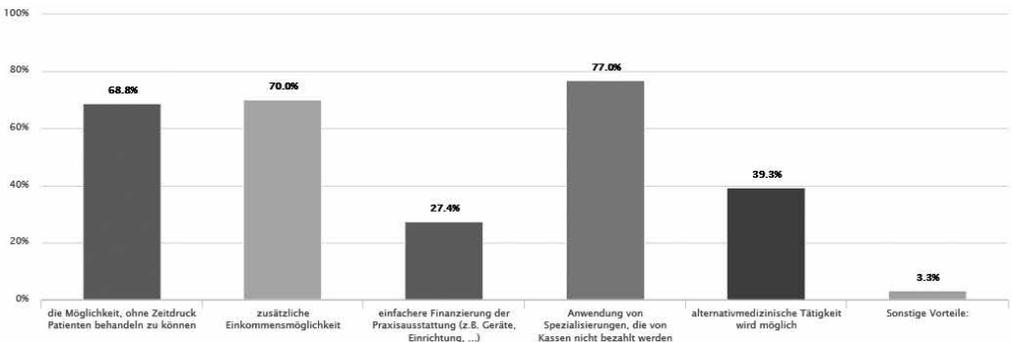


Abbildung 7: Welche Vorteile hätte eine unkomplizierte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten für die Kassenpraxis aus Ihrer Sicht?

Für Allgemeinmediziner wiegt die Möglichkeit zur komplementärmedizinischen Tätigkeit schwerer (49 % Zustimmung) als bei den Fachärzten (27 % Zustimmung). Fachärzte sehen dafür die Möglichkeit, ohne Zeitdruck zu arbeiten, öfter als Vorteil (75 %) als Allgemeinmediziner (64 %). Die zusätzliche Einkommensmöglichkeit und die Möglichkeit zur komplementärmedizinischen Tätigkeit werden von Ärzten am Land mehr als Vorteil gesehen als bei Ärzten in der Stadt, umgekehrt sehen urbane Mediziner das Arbeiten ohne Zeitdruck häufiger als Vorteil.

2.4. Einschätzung der Patienten

Zwei Fünftel sehen Bedarf nach Wahlarzt gegeben

Rund ein Fünftel der befragten Kassenärzte sieht in ihrem Einzugsgebiet auf jeden Fall den Bedarf nach einem Wahlarzt ihres Fachgebietes und ein weiteres Fünftel sieht einen solchen Bedarf eher schon. Etwa gleich viele Ärzte sehen hingegen eher keinen oder sicher keinen Bedarf nach einem Wahlarzt ihres Fachgebietes in ihrem Einzugsgebiet. Der Rest der Befragten ist unentschlossen oder hat nicht auf die Frage geantwortet.

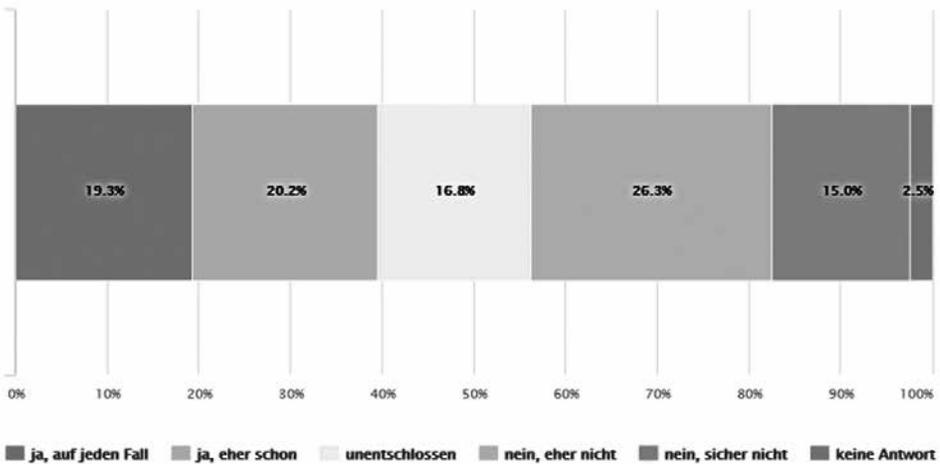


Abbildung 8: Sehen Sie in Ihrem Einzugsgebiet den Bedarf nach einem Wahlarzt Ihres Fachgebietes?

Fachärzte sehen etwas häufiger einen Bedarf nach einem Wahlarzt ihres Faches als Allgemeinmediziner. Besonders Orthopäden (73 %), Kinderärzte (64 %) und Ärzte für Lungenkrankheiten (64 %) sehen überdurchschnittlich oft einen Bedarf, Gynäkologen (31 %), HNO-Ärzte (31 %) und Urologen (33 %) hingegen unter-

durchschnittlich oft. In der Stadt wird der Bedarf nach Wahlärzten ebenfalls höher eingeschätzt als am Land (Patienten aus der Stadt: 42 %; Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich: 42 %; Patienten aus ländlichen Regionen: 36 %).³

Kassenpatienten hätten Interesse an privatärztlichen Leistungen ihres Kassenarztes

Zwei Drittel der Kassenärzte glauben, dass es für ihre Kassenpatienten auf jeden Fall bzw. eher schon interessant wäre, ihre ärztlichen Leistungen auch als Privatpatient in Anspruch nehmen zu können – etwa um spezifische Gesundheitsfragen ohne Zeitdruck abhandeln zu können. Nur 17 % meinen dies eher nicht und lediglich 1,6 % sehen auf keinen Fall ein Interesse der Kassenpatienten.

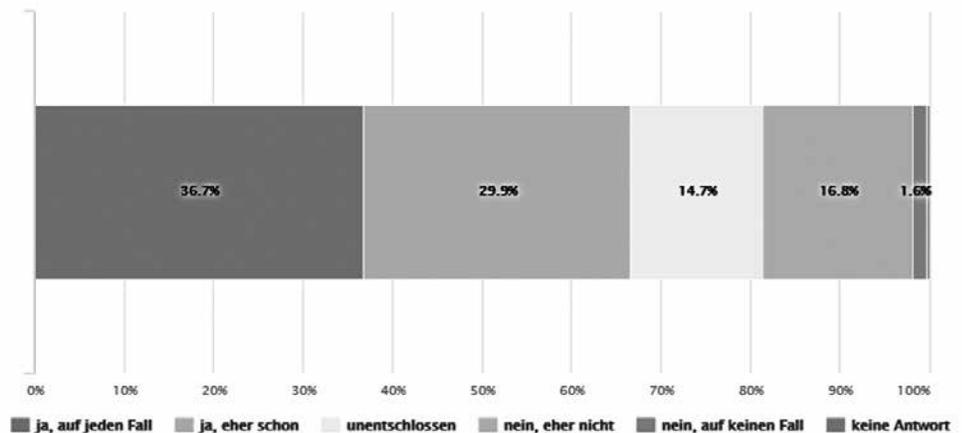


Abbildung 9: Glauben Sie, dass es für Ihre Kassenpatienten interessant wäre, Ihre ärztlichen Leistungen auch als Privatpatient in Anspruch nehmen zu können, um spezifische Gesundheitsfragen ohne Zeitdruck abhandeln zu können?

Fachärzte schätzen das Interesse der Patienten geringfügig höher ein als ihre Kollegen aus der Allgemeinmedizin. Jedoch gibt es auch hier immense Unterschiede zwischen den Fachbereichen. Orthopäden geben etwa zu 100 % an, ihre Patienten seien auf jeden Fall bzw. eher schon interessiert, Hautärzte zu 81 %, Lungenfachärzte zu 80 % und Augenärzte zu 78 %. HNO-Ärzte (46 %) und Ärzte für Innere Medizin (50 %) bewerten das Patienteninteresse hingegen im Vergleich zu ihren Kollegen eher unterdurchschnittlich. Ärzte mit vorwiegend Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich schätzen das Patienteninteresse an privatärztlichen Leistungen beim Kassenarzt als höher (76 %) ein als Ärzte mit vorwiegend Patienten aus ländlichen Regionen (65 %) oder aus der Stadt (60 %).

3 Jeweils die Summe der ersten beiden Kategorien „ja, auf jeden Fall“ und „ja, eher schon“.

Der Patient profitiert davon, dass der Kassenarzt seine Krankengeschichte bereits kennt

Wenn der Kassenpatient Privatleistungen bei seinem Kassenarzt in Anspruch nehmen kann, dann hat er den Vorteil, dass dieser seine Krankengeschichte bereits kennt – dieser Aussage stimmen 84 % der befragten Ärzte zu. 51 % der Ärzte stimmen außerdem darin überein, dass der Kassenpatient, durch eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten beim Kassenarzt, von einer moderneren Ausstattung der Ordination profitiert. Darunter fallen z.B. Apparate, aber auch ein ansprechendes Ambiente. Eine einfachere Finanzierung von Zusatzausbildungen, von denen auch die Kassenpatienten profitieren, sehen noch 49 %. 8 % der Ärzte nannten weitere Vorteile für Kassenpatienten, die sich aus der Möglichkeit zur vermehrten Behandlung von Privatpatienten in der Kassenpraxis ergeben: das Schließen von Versorgungslücken durch die leichtere Besetzbarkeit von Kassenarztstellen, das vermehrte Angebot an komplementärmedizinischen Angeboten, eine Erweiterung der Öffnungszeiten und den Wegfall des Termindrucks durch die Querfinanzierung der Ordination mit Privatpatienten. 10 von 408 Ärzten gaben an, es würden sich keine Vorteile für Kassenpatienten ergeben.

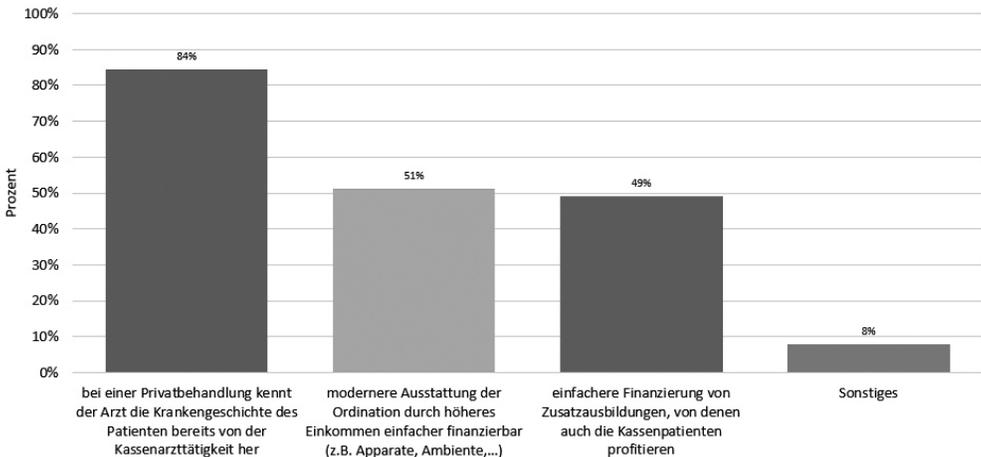


Abbildung 10: Welche Vorteile könnten sich für Kassenpatienten durch eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten in der Kassenpraxis Ihrer Meinung nach ergeben?

2.5. Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung

Die Bereitschaft zur Übernahme eines Kassenvertrages bzw. zur Fortführung der Kassenarztstätigkeit würde sich erhöhen

Die befragten Kassenärzte schätzen das Potenzial der Maßnahme zur Steigerung des Interesses an den Kassenverträgen als hoch ein, besonders bei jungen Ärzten. Bei dieser Gruppe misst beinahe die Hälfte der Befragten der Maßnahme ein sehr großes bzw. ein großes Potenzial bei und ein weiteres Viertel rechnet mit einem mittleren Potenzial. Aber auch die Fortführung der Kassenverträge durch die bisherigen Kassenärzte würde positiv beeinflusst: Auch hier sieht beinahe die Hälfte ein sehr großes bzw. großes Potenzial und etwas über ein Viertel ein mittleres Potenzial. Ähnlich sieht es auch bei der Selbsteinschätzung aus, also der Bereitschaft, aufgrund der Maßnahme persönlich den Kassenvertrag fortzuführen, was die Wirksamkeit der Maßnahme in dieser Hinsicht noch deutlicher bestätigt.

Das Potenzial der Maßnahme zur Gewinnung von Wahlärzten und angestellten Ärzten für die Übernahme eines Kassenvertrages wird nicht ganz so hoch eingeschätzt.

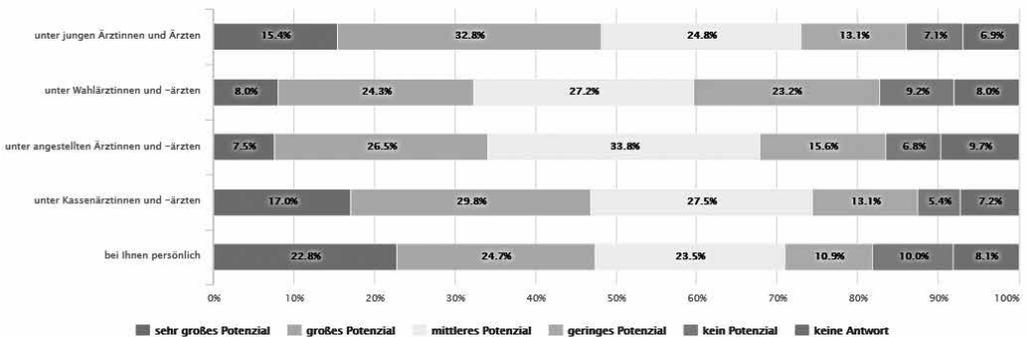


Abbildung 11: Einmal angenommen, es gäbe eine unkomplizierte Möglichkeit für Kassenärztinnen und -ärzte zusätzlich Privatpatienten zu behandeln: Würde sich Ihrer Meinung nach die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte einen Kassenvertrag zu übernehmen bzw. weiterzuführen erhöhen?

Auszug aus der Wahlärztebefragung⁴: lediglich 9 % der Wahlärzte planen, sich in den nächsten Jahren um einen Kassenvertrag zu bewerben - 8 % davon nur, wenn in ihrer räumlichen Umgebung eine Stelle ausgeschrieben wird. 39 % der befragten Wahlärzte stimmten zu, dass sie die stark eingeschränkte Möglichkeit als Kassenarzt auch Privatpatienten zu behandeln, davon abhalte, einen Kassenvertrag anzunehmen. Vor allem Allgemeinmediziner (48 %) und junge Ärzte (50 %) stimmten diesem Hinderungsgrund verstärkt zu.

42 % der Wahlärzte könnten sich vorstellen, unter gewissen Umständen als Kassenarzt tätig zu werden; besonders hoch ist hier das Potenzial unter jüngeren Ärzten (60 % unter den 31- bis 40-Jährigen). Die Rahmenbedingung, die laut den befragten Wahlärzten hierfür am dringendsten verändert werden müsste, ist der Wechsel zu einer Einzelleistungshonorierung (76 %ige Zustimmung). Gleich dahinter rangiert eine einfache Möglichkeit, sowohl als Wahlarzt als auch als Kassenarzt tätig sein zu können (67 %ige Zustimmung).

Bei den Angaben zur persönlichen Bereitschaft, den Kassenvertrag fortzuführen, falls es eine unkomplizierte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten für Kassenärzte geben würde, geben Ärzte mit vorwiegend Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich ein etwas höheres Potenzial an als ihre Kollegen mit überwiegend Patienten aus der Stadt oder dem ländlichen Bereich. Deutlicher ist der Unterschied zwischen Fachärzten und Allgemeinmediziner: 54 % der Fachärzte sehen bei sich persönlich ein sehr großes oder großes Potenzial für die Fortführung ihrer Arbeit als Kassenarzt und ein weiteres Viertel ein mittleres Potenzial (besonders hohe Werte bei Orthopäden, Urologen, Haut- und Augenärzten; niedrigere Werte bei Ärzten für Innere Medizin und Kinderärzten). Unter den Allgemeinmediziner geben 42 % ein sehr großes bzw. ein großes Potenzial und weitere 22 % ein mittleres Potenzial an, durch die Maßnahme den eigenen Kassenvertrag fortzuführen.

Unterschiede lassen sich in dieser Frage auch bei einer Aufspaltung der Befragten nach Altersgruppen erkennen: Jüngere Kassenärzte ließen sich durch die Maßnahme stärker motivieren als ihre älteren Kollegen.

4 Die Wahlärztebefragung wurde vom Ärztlichen Qualitätszentrum im Zeitraum März bis April 2019 durchgeführt.

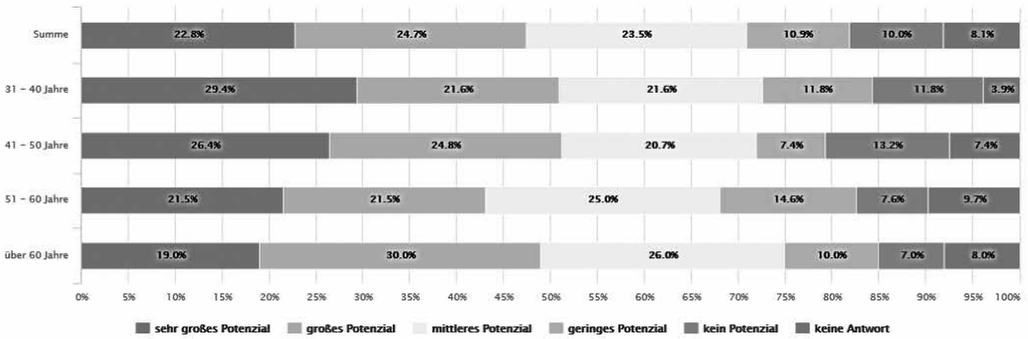


Abbildung 12: Einmal angenommen, es gäbe eine unkomplizierte Möglichkeit für Kassenärztinnen und -ärzte zusätzlich Privatpatienten zu behandeln: Würde sich Ihrer Meinung nach die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte einen Kassenvertrag zu übernehmen bzw. weiterzuführen erhöhen? – Teilfrage „bei Ihnen persönlich“; nach Alter.

Die Versorgungssituation der Bevölkerung mit Kassenärzten würde sich nach Meinung der Kassenärzte eher verbessern

18 % der Befragten sind der Meinung, dass sich durch die Maßnahme die Versorgungssituation hinsichtlich Kassenarztdichte und Wartezeiten für die Kassenpatienten sicher verbessern würde. Weitere 36 % glauben, dass sich die Versorgungssituation eher verbessern würde, und ein Drittel gibt an, die Versorgungssituation würde gleich bleiben. Lediglich 8 % glauben eher an eine Verschlechterung und nur 2,5 % sehen eine Verschlechterung als sicher an.

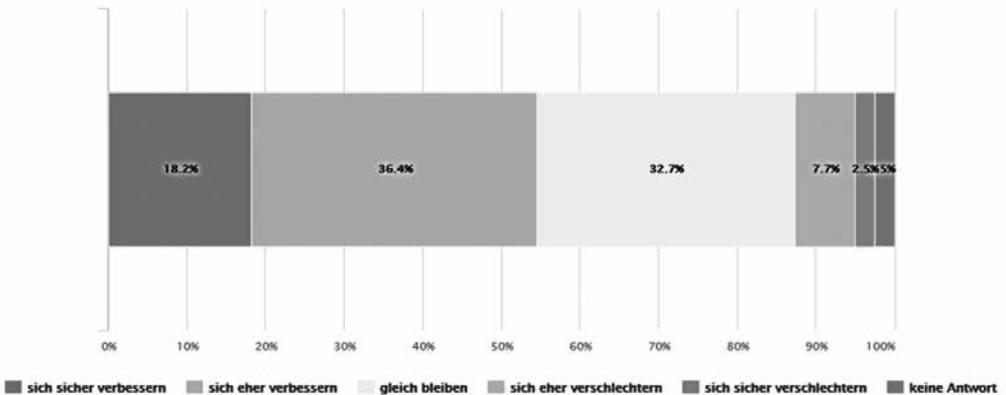


Abbildung 13: Einmal angenommen, Kassenärzte könnten unkompliziert zusätzlich Privatpatienten behandeln: Glauben Sie, dass sich dadurch die Versorgung der Bevölkerung mit Kassenärzten bzgl. Kassenarztdichte und Wartezeiten verändern würde? Sie würde ...

Die Kassenärzte glauben, dass es eher zu einer Bevorzugung von Privatpatienten kommen könnte

Ein Zehntel der Kassenärzte glaubt, dass es durch die Maßnahme auf jeden Fall zu einer Bevorzugung von Privatpatienten kommen könnte und weitere 40 % meinen das eher schon. Nicht ganz ein Drittel der Befragten sieht diese Gefahr eher nicht oder auf keinen Fall.

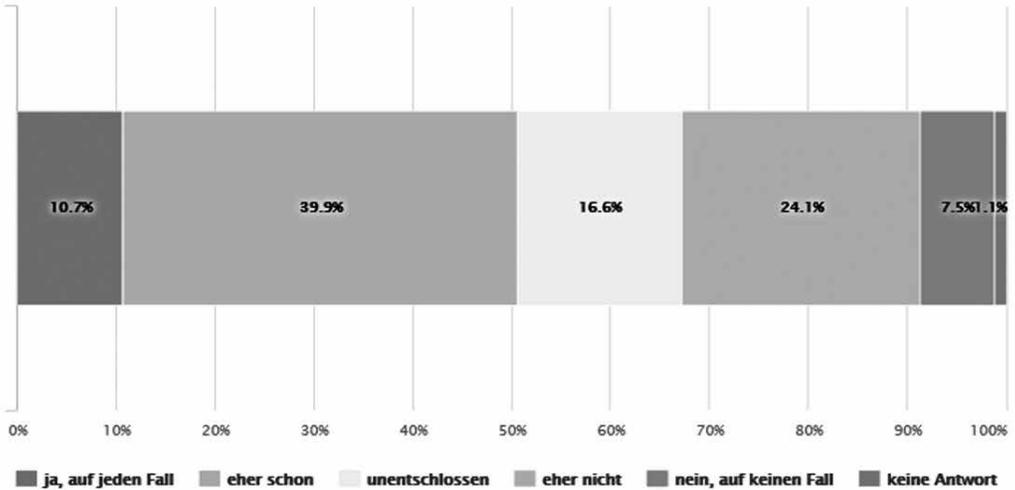


Abbildung 14: Einmal angenommen, Kassenärzte könnten unkompliziert zusätzlich Privatpatienten behandeln: Glauben Sie, dass eine derartige Regelung in Summe Anreize für die Kassenärzte setzt, Privatpatienten zulasten von Kassenpatienten zu bevorzugen?

Allgemeinmediziner (54 % auf jeden Fall + eher schon) sehen die Gefahr der Bevorzugung von Privatpatienten etwas häufiger als Fachärzte (47 %). Ärzte mit Patienten aus vorwiegend ländlichen Regionen (47 %) sehen diesbezüglich eine geringere Gefahr als Ärzte mit Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich (54 %) bzw. aus der Stadt (53 %).

2.6. Zeitliche Kapazitäten

Zeitliche Ressourcen wären vorhanden – nur wenige würden ihre Kassenarzttätigkeit einschränken

Ein Zehntel der Befragten gibt an, für eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten auf jeden Fall zeitliche Kapazitäten übrig zu haben und etwa ein Drittel hat dafür eher schon freie Kapazitäten zur Verfügung. 22 % haben eher keine freien Kapazitäten übrig und 7 % meinen, auf keinen Fall dafür Zeit aufbringen zu können. Lediglich 10 % der Befragten kündigen an, im Falle einer vermehrten Behandlung von Privatpatienten die Kassenarzttätigkeit einschränken zu wollen.

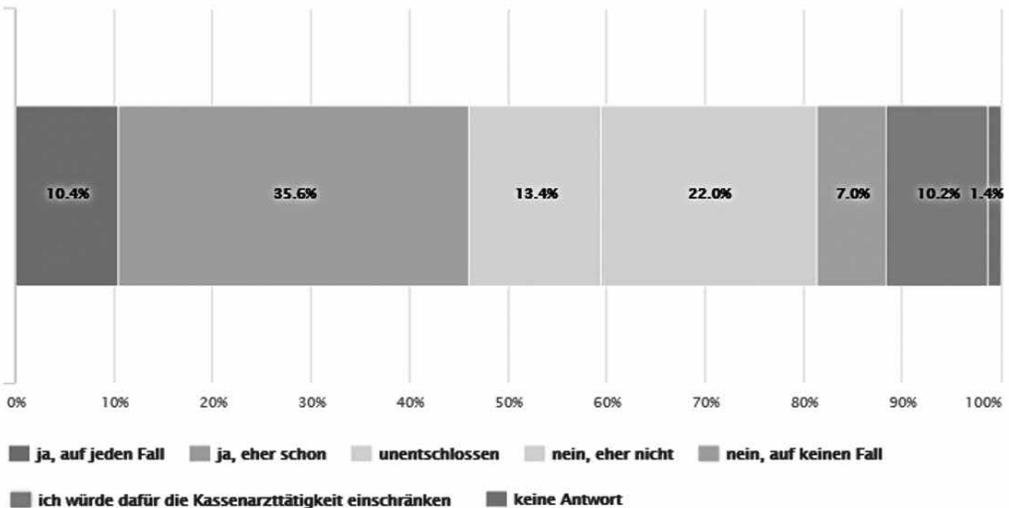


Abbildung 15: Einmal angenommen, Sie würden sich dazu entschließen, vermehrt Privatpatienten zu behandeln: Hätten Sie dafür zeitliche Kapazitäten übrig?

Fachärzte (50 % auf jeden Fall + eher schon) geben häufiger an über freie Kapazitäten zu verfügen als Allgemeinmediziner (42 %), bei beiden Gruppen findet sich jedoch der niedrige Anteil an Ärzten, die für eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten ihre Kassenarzttätigkeit einschränken würden (10 %).

3. Fokusgruppe

Im Juni 2018 wurde zur Vertiefung des Themas eine Fokusgruppe mit ausgewählten Kassenärzten abgehalten. Der Unterschied zwischen einem Fragebogen oder einem Interview und einer Fokusgruppe liegt darin, dass nicht nur explizite, sondern auch implizite Antworten mit erfasst werden können. In der Diskussion gegebene Fallbeispiele, Reaktionen auf Aussagen anderer Teilnehmer, Verweise auf verwandte Themen sowie Stimmungen ergeben ein schärferes Bild. Zudem kann bei Unklarheiten zu einzelnen Formulierungen nachgefragt werden.

Die Teilnehmer der Fokusgruppe setzten sich wie folgt zusammen:

- Dr. Kurt Adamer, MSc, Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie mit Kassenpraxis in Steyr, Fachgruppenvertreter-Stv. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
- Dr. Johannes Föchterle, Facharzt für Innere Medizin mit Kassenpraxis in Linz, Fachgruppenvertreter Internistische Sonderfächer
- OMR Dr. Johannes Neuhofer, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Kassenpraxis in Linz, Vizepräsident und Fachgruppenvertreter Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Dr. Paul Niederberger, Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie mit Kassenpraxis in Traun, Fachgruppenvertreter Augenheilkunde und Optometrie
- Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner mit Kassen-Gruppenpraxis in Haslach an der Mühl
- MR Dr. Wolfgang Ziegler, Allgemeinmediziner mit Kassenpraxis in Kremsmünster, Kurienobmann-Stv. Niedergelassene Ärzte

In der Gruppe fanden sich somit zwei Vertreter der Allgemeinmedizin, drei Vertreter von Fächern mit eher hohem Privatpatientenaufkommen (Haut, Augen, Allgemeinchirurgie) und ein Vertreter eines Faches mit typischerweise eher geringen Privatpatientenfrequenzen (Innere Medizin, Gastroenterologie), da hier viele multimorbide und chronisch kranke Patienten betreut werden, bei denen die häufigen Besuche beim Wahlarzt schnell zu teuer werden.

Die Moderation der Fokusgruppe übernahm Frau Mag. Weißengruber-Auer vom Ärztlichen Qualitätszentrum und führte mit Hilfe eines Perspektiven-Modells durch den Abend.

3.1. Blitzlicht

Zu Beginn der Veranstaltung wurde die Meinung der anwesenden Ärzte zum Thema in einem kurzen Blitzlicht erhoben, ohne zuvor darüber gesprochen zu haben. Die Teilnehmer sollten ihr stärkstes Argument aufschreiben, das für bzw. gegen eine Regelung zur einfachen Behandlung von Privatpatienten beim Kassenarzt spricht. Das Ergebnis dieser Runde zeigte die klare Zustimmung aller teilnehmenden Ärzte zur Aufhebung der strikten Trennung zwischen Privat- und Kassenmedizin. Man könne sich dann auch einmal mehr Zeit für den Patienten nehmen, sein Leistungsangebot optimieren und zusätzliche Einkünfte erwirtschaften, so die Mediziner. Das diskutierte Modell sahen die Ärzte als dreifache Win-win-Situation, ohne das „die Kassenmedizin sterben wird“. Auch für das Gesundheitswesen wurden Vorteile aufgezeigt: Die Zahl der Wahlärzte nahm in den letzten Jahren immer mehr zu, wohingegen sich die Zahl der Kassenärzte rückläufig entwickelte und es dadurch im vertragsärztlichen Bereich bereits jetzt einen Mangel gibt – ein Problem, das sich durch den Vorschlag lösen würde. Als Nachteil führten die Ärzte hingegen an, dass die Privatmedizin natürlich nicht für alle Patienten leistbar sei und die Gefahr bestehe, dass einzelne Ärzte die vertragsärztliche Tätigkeit hinter die privatärztliche anstellen, sollten keine dementsprechenden Regelungen getroffen werden.

Aus dieser Sorge heraus ergab sich in der Gruppe sofort eine ethische Diskussion, die den Patienten und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt rückte: „Es braucht klare Regeln, die missbräuchliches Verhalten von vornherein ausschließen“, machte sich Dr. Rebhandl Gedanken um das Wohl des Kassenpatienten. Einhellig stimmten die Teilnehmer zu, dass der Kassenpatient durch die Möglichkeit zur verstärkten Behandlung von Privatpatienten auf keinen Fall schlechter gestellt werden dürfe als bisher. Es wurde aber auch betont, dass wohl nur wenige schwarze Schafe ihre Kassenpatienten zu Gunsten von Privatpatienten benachteiligen würden. Dr. Adamer stellte in der angeregten Diskussion um das Wohl des Patienten fest: „Es ehrt Ärzte doch wirklich ein bisschen, dass sie sich auch bei einem solchen Thema zuerst und vor allen anderen Fragen um das Wohl des Patienten sorgen, und es ist für mich auch bezeichnend für unsere Berufsgruppe. Allerdings sollten wir uns auch vor Augen halten, dass es absolut legitim ist, auch das wirtschaftliche Überleben der Praxis mitzudenken. Das ist bei anderen Berufsgruppen, etwa bei Zahnärzten oder Rechtsanwälten, auch nicht unmoralisch, sondern üblich und allgemein akzeptiert.“

Anschließend wurden den Teilnehmern die fünf Perspektiven präsentiert, aus denen die Möglichkeit zur verstärkten Versorgung von Privatpatienten in Kassenordinationen betrachtet werden sollte. Diese sind im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

3.2. Patientenperspektive

Dr. Ziegler betonte zu Beginn, dass es in vielen Bereichen zwei Klassen gebe – etwa auch in staatlichen Betrieben wie der ÖBB. Es ist jedem klar, dass man, wenn man mehr Luxus beim Reisen haben möchte, dafür auch mehr bezahlen muss. Die Fahrgäste der beiden Klassen reisen gleich sicher, nur eben unterschiedlich bequem. So ist das im Prinzip auch in der Medizin: gleiche Qualität mit unterschiedlichem Komfort. In der Sonderklasse im Spital ist das traditionell so und es ist ein offenes Geheimnis, dass der Privatbereich in den öffentlichen Krankenhäusern die allgemeine Klasse mitfinanziert. Nur so sind hochmoderne, medizinische Geräte und topqualifizierte Ärzte leistbar. Dr. Adamer stellte die Frage in den Raum, warum es eigentlich keine Zwei-Klassen-Medizin im niedergelassenen Bereich geben dürfe, wo wir sie doch bereits hätten. Denn der Wahlartzsektor wird bekanntlich immer größer. Natürlich muss der Kassenarzt aber auch im vorgeschlagenen Modell immer seinen vertraglichen Verpflichtungen nachkommen. Dr. Niederberger betonte, dass ihm schon klar sei, dass der Vertragsarzt eine heikle Schnittstelle zwischen privat finanzierter Medizin und der von der Sozialversicherung finanzierten Medizin darstelle: „Klar ist, wie schon in der Eingangsdiskussion erwähnt, dass durch die erweiterte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten dem Kassenpatienten im Vergleich zur jetzigen Situation kein Nachteil erwachsen darf“, fügte der Augenarzt noch hinzu. Zu diesem Zweck schlug er vor, dass während der einzelvertraglich festgelegten Öffnungszeiten keine Privatpatienten behandelt werden dürfen. „Im Einzelvertrag zwischen dem Vertragsarzt und der OÖGKK ist im §2 vereinbart, für wen, wofür, wo und wann die vertragsärztliche Tätigkeit erfolgt. Aber außerhalb dieser definierten Vereinbarung soll der Arzt nicht vertragsärztlich tätig werden können“, meinte Dr. Niederberger. Man kann den Vertragsärzten nicht unterstellen, sich mit dieser Möglichkeit nur einen finanziellen Vorteil verschaffen zu wollen. Dann müsste man den Wahlärzten dies generell vorwerfen.

Dr. Neuhofer sprach darauf an, dass dem Patienten auf jeden Fall genau vermittelt werden muss, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden und was privat zu zahlen ist. „Der Patient muss dann selber entscheiden können, was er haben möchte – den VW oder den Porsche“, meinte der Dermatologe. Dr. Föchterle ergänzte, dass der Patient dringend auch über die Höhe der Kosten einer privaten Behandlung informiert werden muss und es im Idealfall auch unterschreiben soll. So kann man sich später Streitigkeiten bei der Bezahlung sparen.

Die erweiterte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten hilft außerdem bei der klaren Trennung von Kassenleistungen und Privatleistungen gegenüber

dem Patienten. Der Graubereich wird dadurch verringert, denn der Patient weiß dann, dass auch in der Kassenordination nicht alle Leistungen kostenlos konsumiert werden können. „Es kann so einfacher vermittelt werden, dass medizinisch unnötige Leistungen selber zu bezahlen sind. Als Beispiel ist hier etwa die Erhebung von zusätzlichen Blutwerten zu nennen, die vom Patienten z.B. für eine bestimmte Diät ausdrücklich gewünscht werden“, erklärte Dr. Ziegler.

Die Ärzte waren sich sicher, dass viele Patienten gerne privat zum Kassenarzt gehen würden. „Kassenärzte verfügen über einen hohen Erfahrungsschatz und viel Routine, nur die Zeit fehlt ihnen“, meinte Dr. Neuhofer. Dr. Föchterle berichtete sogar über Fälle, in denen ihn bereits in der Vergangenheit Kassenpatienten aktiv angesprochen hätten, ob sie einen Privattermin haben könnten. Vorteile für die Patienten wären z.B. ein Termin außerhalb der normalen Öffnungszeiten (z.B. abends oder am Samstag), ein Wunschtermin oder ein früherer Termin. Beim langjährigen Kassenarzt wahrgenommene Privattermine hätten auch den Vorteil, dass der Mediziner den Patienten, seine Krankengeschichte und sein soziales Umfeld bereits kennt. Es muss dann nicht alles von vorne erzählt werden und durchgeführte Untersuchungen, Medikationen und gestellte Diagnosen liegen bereits vor. Wegen dieser Vorteile war Dr. Ziegler der Meinung, dass die Patienten von selber auf die Kassenärzte zukommen werden, sobald die Möglichkeit eines Privattermins besteht und bekannt wird. Im Falle einer Umsetzung der Option werden Kassenärzte Privattermine wohl kaum progressiv anbieten oder sogar bewerben müssen, zeigte sich der Hausarzt überzeugt. Zudem werden Zusatzversicherungen auch für den niedergelassenen Bereich immer mehr zur Normalität und das Volumen an privat in Anspruch genommenen Leistungen steigt daher an.

Ein weiteres Problem ließe sich mit dem diskutierten Vorschlag abschwächen: Dr. Ziegler schilderte, dass durch den wachsenden Wahlarztsektor die tägliche Arbeit für den Kassenarzt immer herausfordernder wird. Denn es bleiben immer mehr „schwierige“ Patienten übrig, die multimorbid oder chronisch krank sind, also zu den komplexen Fällen zählen. Zudem kommen dann noch Patienten, die sich mit der Verständigung schwer tun, einen Migrationshintergrund aufweisen oder sozial schwach sind. „Dieses zunehmend schwierige Arbeiten macht den Beruf des Kassenarztes natürlich nicht attraktiver“, sagte Dr. Ziegler.

Kassenpatienten können jedenfalls von den Privatpatienten in der Praxis profitieren, denn das zusätzliche Einkommen ermöglicht eine moderne Einrichtung, eine hochwertige Geräteausstattung und die Finanzierung von Zusatzausbildungen, die vom Kassenpatient mitgenutzt werden könnten. Bei alledem dürfe man aber nicht vergessen, dass das allgemeine Versorgungsniveau für die Kassenpatienten hoch bleiben muss, erinnerte Dr. Neuhofer. Allerdings muss es

auch adäquat bezahlt werden. Es ist jedenfalls legitim und vertretbar, wenn sich manche Patienten, trotz des hervorragenden Leistungsniveaus der Kassen, noch etwas mehr wünschen und diesen Zusatzservice dann privat bezahlen. „Patienten wünschen und fordern zunehmend mehr als die vertraglich verpflichtenden, ausreichenden, zweckmäßigen und das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Leistungen und sind bereit, dafür bewusst und selbstbestimmt zu zahlen. Dass die Krankenversicherungen diese Mehrleistungen nicht honorieren können, wollen und dürfen, ist unbestritten ökonomisch sinnvoll. Das gilt sowohl für den stationären als auch für den niedergelassenen Bereich“, meinte Dr. Niederberger.

3.3. Fachliche Perspektive

Die Option zur ausgedehnteren Behandlung von Privatpatienten bringt auch einige fachliche Anreize für Kassenärzte mit sich. Zum Beispiel würden oft auch Fachärzte aus dem Spital gerne einen Kassenvertrag als Hausarzt übernehmen, wenn sie die Kompetenzen aus ihrem Fachbereich auch weiterhin ausüben könnten. Dr. Adamer brachte dazu das Beispiel eines Lungenfacharztes: „Als Hausarzt darf er seine zusätzlichen Kenntnisse als Lungenarzt derzeit nicht wirtschaftlich verwertbar anwenden, also speziell lungenfachärztlich zusätzlich arbeiten – auf privater Basis ginge das natürlich schon. Das Modell zur Verschränkung von Kassen- und Privatmedizin würde hier also zu einer quantitativen und qualitativen Ausweitung der Leistungen führen.“ Dr. Ziegler nannte zu diesem Thema noch das Beispiel einer Kinderärztin, die jetzt als Allgemeinmedizinerin arbeitet und deshalb keine pädiatrischen Leistungen mehr erbringen darf. „Und das, obwohl beides Mangelfächer sind“, erklärte der Hausarzt das Dilemma. Bei der derzeitigen Regelung geht es um die Kontrolle der Konkurrenzsituation, da die Ausübung eines Zusatzfaches durch einen Kassenarzt den Stellenplan durcheinanderbringen würde. Privat ist die Ausübung eines zweiten Faches natürlich trotzdem möglich.

Zusätzliche Ausbildungen von Ärzten werden in vielen Fällen von der Kasse nicht bezahlt, wie etwa Ultraschalluntersuchungen beim Hausarzt. Gerade viele junge Allgemeinmediziner würden solche Leistungen aber gerne erbringen und besitzen auch die dafür erforderliche Ausbildung. „Das würde den Beruf interessanter machen und ihn auch fachlich aufwerten“, zeigte sich Dr. Rebhandl überzeugt. Andere Zusatzausbildungen werden von den Kassen nicht angemessen bezahlt. „Da fällt meiner Meinung nach zum Beispiel die Psychosomatik darunter, weil die Tarife für besonders lange und ausführliche Gespräche einfach so derart bescheiden sind. In der Konsequenz wird diese spezielle Leistung ein-

fach nicht angeboten, mitunter auch bei jenen Kollegen, die dazu befähigt und berechtigt wären“, klärte Dr. Adamer auf. Privat könnten dann Gespräche zum Thema Psychosomatik angeboten werden, wenn es jemand wünscht. „Benachteiligt wird dadurch jedenfalls kein Kassenpatient, denn ob eine Position einfach gar nicht angeboten wird oder nur privat, macht für den, der es sich nicht leisten kann, leider primär keinen Unterschied“, sagte der Chirurg. Wenn sich die Krankenkasse diese Leistung dann auch für ihre Versicherten wünscht und im notwendigen Umfang zur Verfügung stellen möchte, dann müsse sie diese eben adäquat abgelten, so der O-Ton.

3.4. Organisatorische Perspektive

Organisatorisch sahen die Ärzte in der Fokusgruppe kein Problem mit der Behandlung von Kassenpatienten und Privatpatienten in derselben Ordination. Die Behandlungszeiten der beiden Gruppen müsse man natürlich trennen, um die vertraglich vereinbarten Kassenöffnungszeiten sicher erbringen zu können. „Anderenfalls könnte es zu einer Erweiterung der vertraglichen Öffnungszeiten durch die Kassen kommen“, betonte Dr. Niederberger. Natürlich erbringen derzeit die meisten Kassenärzte viel mehr als die vertraglich vereinbarten Öffnungszeiten, um allen Kassenpatienten, die im Wartezimmer sitzen, auch noch eine Behandlung zukommen zu lassen. Das bedeutet in vielen Fällen, dass die Ordination tatsächlich erst Stunden nach den offiziellen Praxiszeiten schließt.

Eventuell muss man für die organisatorische Abwicklung der Terminvergabe für Privatpatienten eine eigene Telefonnummer zur Verfügung stellen, denn das Telefon sei jetzt schon dauernd besetzt. Der Internist Dr. Föchterle meinte, dass es in seiner Praxis auf keinen Fall anders ginge, denn bereits jetzt müsse er die Möglichkeit zur Terminvereinbarung zeitlich stark einschränken und die Leitung sei dann ständig besetzt. Zudem wurde auch überlegt, ob ein vermehrtes Aufkommen von Privatpatienten zu einem erhöhten Verrechnungsaufwand führen könnte. Dr. Neuhofer schätzte den zusätzlichen Aufwand als eher gering ein, da heute bereits einige Leistungen privat bezahlt werden und es auch eine getrennte Abrechnung der verschiedenen Kassen gibt. Es läuft also auch derzeit nicht alles über ein Abrechnungsschema und es muss administrativ ohnehin schon zwischen verschiedenen Patientengruppen unterschieden werden.

3.5. Wirtschaftliche Perspektive

Dr. Niederberger legte in Bezug auf die wirtschaftliche Perspektive seinen Standpunkt sehr klar dar: „Kassenleistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. So ist es rechtlich festgelegt und ich verstehe auch, dass die Kassen für darüber hinausgehende Leistungen nicht aufkommen wollen, denn es ist nicht ihr gesetzlicher Auftrag. Über dieses Maß hinaus muss der Patient selber bezahlen.“

Limitierungen, wenn auch indirekt über das Quartalssummenlimit, stellen ein großes Problem in Kassenpraxen dar. In diesen Fällen finanziert die Kasse Leistungen nur bis zum Erreichen des Honorarsummenlimits zu einem vertretbaren und machbaren Tarif. „Habe ich als Arzt diese Punkte in der Vorausplanung absehbar erreicht, z.B. bestimmte Untersuchungen für einen bestimmten Zeitraum bereits an Patienten durch Terminvergabe verteilt, dann kann ich dafür keine weiteren Termine mehr vergeben. Eine Koloskopie etwa ist nach Erreichen des Quartalssummenlimits schon aufgrund der Fixkosten, die bei jeder einzelnen Untersuchung anfallen, nicht mehr vernünftig wirtschaftlich abzubilden. Daher kommen auch die derart langen Wartezeiten in diesem Bereich“, erklärte Dr. Adamer. Alles andere wäre wirtschaftlich nicht vertretbar. Privattermine könnte es dann natürlich trotzdem noch geben, wenn die Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten in Kassenpraxen kommt. Der Fall, dass der Patient einen Kassentermin erst wieder in einem halben Jahr bekommt, einen Privattermin hingegen früher, ist de facto ja bereits jetzt eine direkte Folge dieser Limitierungen. Das ethische Dilemma sah Dr. Rebhandl hier aber nicht bei den Ärzten, sondern bei der Kasse: „Die Krankenkasse entscheidet, welche Mengen welcher Leistungen sie einkaufen will. Sind das zu wenige, muss die Kasse eine Mengensteigerung überlegen und nicht von den Ärzten erwarten, dass sie die fehlende Anzahl kostenlos erbringen.“ Innerhalb der Fokusgruppe fand sich der Konsens, dass es in diesem Fall durchaus ethisch vertretbar sei, Privattermine zu vergeben, obwohl keine zeitnahen Kassentermine mehr verfügbar sind. Dr. Adamer warf ergänzend ein, dass jene Patienten, die nicht so lange auf einen Kassentermin warten wollen, ohnehin auch heute schon auf eigene Kosten einen Wahlarzt aufsuchen. „Warum also nicht gleich einen zusätzlich generierten Privattermin beim gleichen Kassenarzt vereinbaren? Das würde real zusätzliche Kapazitäten ermöglichen – was macht das aus ethischer Sicht für ein Problem?“, fragte der Mediziner. Dr. Adamer wies aber gleichzeitig darauf hin, dass darüber diskutiert werden sollte, limitierte Leistungen erst dann privat anzubieten, wenn die Kapazitäten, die die Kasse durch ihren limitierten Tarifrahmen möglich macht, ausgeschöpft sind.

Auf jeden Fall würde die erweiterte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten in den Kassenpraxen diese auf eine breitere finanzielle Basis stellen, wovon sicher auch die Kassenpatienten profitieren würden. Umgekehrt äußerten die Mediziner aber auch Bedenken, dass die Kassen die verstärkte Behandlung von Privatpatienten in Kassenpraxen dafür nutzen könnten, um das derzeitige Leistungsausmaß zu senken. „Wir müssen aufpassen, dass sich die Kassen nicht sagen ‚Wir können die Honorare jetzt ruhig noch niedriger ansetzen, weil die Kassenärzte das ja mit Privathonoraren wieder ausgleichen‘“, warf Dr. Niederberger ein. Dr. Ziegler sah dafür hingegen zumindest für die kommenden Jahre keine Gefahr, denn solange es derart viele unbesetzte Stellen gebe, würden die Verhandlungen mit den Kassen sicher nicht anders laufen als bisher.

3.6. Perspektive des Gesundheitssystems

Die Auswirkungen der einfachen Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten in Kassenpraxen auf die Versorgungssituation wären nach Einschätzung der Ärzte in der Fokusgruppe durchwegs positiv: „Ich sehe das sogar als dringend notwendige Maßnahme an, um das Kassensystem zu erhalten. Anderenfalls wird es sterben!“, zeichnete Dr. Ziegler ein düsteres Zukunftsbild. Und auch Dr. Neuhofer sagte ganz klar, dass ohne eine Anpassung in diese Richtung viele Kassenärzte ihren Vertrag zurücklegen werden. In der Diskussion legte jeder Teilnehmer dar, dass er persönlich Kollegen kenne, die bereits ganz konkret über eine Vertragskündigung nachdenken. Mit dem Modell der Versorgung von Privatpatienten im Kassenwesen bleiben nicht nur mehr Kassenärzte im System, sondern es werden mehr junge Ärzte zur Übernahme einer Kassenarztstelle motiviert und auch Wahlärzte in die öffentliche Versorgung inkludiert: „Vor allem Wahlärztkollegen in ihren ersten Berufsjahren hätten sicher auch daran Interesse, zusätzlich einen Kassenvertrag abzuschließen.“, meinte Dr. Ziegler. Und auch Dr. Niederberger war sich sicher, dass sich durch die Maßnahme die Größenverhältnisse zwischen wahlärztlichem und kassenärztlichem Sektor wieder zu Gunsten der öffentlichen Versorgung verschieben würden. „Wahlärzte bekämen dadurch eine echte Chance, sich an der Kassenmedizin zu beteiligen, ohne ihr Wahlärztdasein gänzlich aufgeben zu müssen“, sagt der Augenarzt.

Ein weiterer Vorteil für das österreichische Gesundheitssystem, der sich nach Einschätzung der Fokusgruppe ergeben würde, ist eine Verschiebung von Leistungen aus dem stationären Sektor in den niedergelassenen Bereich. Denn wenn die Kapazitäten der Niederlassungen wieder wachsen, dann gibt es eine realistische Chance, dass Leistungen, die ambulant erbracht werden können, auch dort in Anspruch genommen werden. Heute gehen bereits viele Patienten

ins Krankenhaus, weil sie beim Kassenarzt lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Letzteres ist für das Gesundheitswesen bekanntlich die teuerste Variante und die Ausweitung der kassenärztlichen Versorgung durch die Verschränkung von kassenärztlichem und wahlärztlichem Bereich birgt damit ein nicht zu vernachlässigendes Einsparungspotential in sich.

4. Zusammenfassung

Die berufliche Zufriedenheit unter Kassenärzten ist deutlich geringer als unter Wahlärzten. Das Interesse an einer unkomplizierten Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten ist unter Kassenärzten hoch, vor allem weil dann auch Spezialisierungen eingesetzt werden könnten, die von der Kasse nicht bezahlt werden. Die Bereitschaft zur Fortführung des Kassenvertrages und zur Übernahme eines Kassenvertrages durch andere Arztgruppen (vor allem durch junge Ärzte) würde sich dadurch erhöhen. Zeitliche Ressourcen und die Bereitschaft, Privatpatienten zu behandeln, wären vorhanden und auch die Kassenpatienten hätten nach Einschätzung der Kassenärzte Interesse, etwa bei spezifischen Gesundheitsproblemen privatärztliche Leistungen bei ihrem Kassenarzt in Anspruch zu nehmen. Der Hauptvorteil für die Patienten wäre, dass der Kassenarzt bei der Privatkonsultation – im Gegensatz zum Wahlarzt – die Krankengeschichte bereits kennt. Durch eine unkomplizierte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten könnte es nach Meinung der Kassenärzte zwar zu einer Bevorzugung von Privatpatienten kommen, die Versorgungssituation der Kassenpatienten würde sich aber hinsichtlich Kassenarztdichte und Wartezeiten eher verbessern.

Die Ärzte in der Fokusgruppe waren sich einig: Die Zeit für eine engere Verknüpfung zwischen öffentlich und privat im niedergelassenen Bereich ist überreif. „Der Zugang kann entweder über die klare vertragliche Definition, wer wie wo und wann vertragsärztlich und nicht vertragsärztlich tätig ist, oder über eine Abänderung des Gesamtvertrags, z.B. § 10a, erfolgen“ stellte Dr. Niederberger fest. Dr. Föchterle warf die Frage in den Raum, wie lange es wohl noch dauern wird, bis es zur Umsetzung eines solchen Modells kommt. Dr. Ziegler schätzte, dass sich in den nächsten fünf Jahren etwas in diese Richtung bewegen wird. „Der Schuh drückt bereits gewaltig und es gibt schon jetzt einen eklatanten Ärztemangel im Kassenwesen, da muss sich rasch etwas tun!“, zeigte er sich optimistisch. Das Modell der Verschränkung von Privatmedizin und Kassenmedizin im niedergelassenen Bereich wäre laut den Medizinern eine wichtige tragende Säule zur Stabilisierung der allgemeinen ambulanten Gesundheitsversorgung.

Mag. Katharina Wieser

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

Bevölkerungsbefragung zur Attraktivität einer ambulanten Zusatzversicherung mit Deckung der privaten Konsultation beim Kassenarzt

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

1. Einführung	100
2. Zufriedenheit mit Ärzten und Nutzungsverhalten	101
3. Wechselbereitschaft	105
4. Ambulante Zusatzkrankenversicherung	107
5. Private Konsultation des Kassenarztes	110
6. Zusammenfassung	113

Bei der Planung eines neuen Angebots muss die Bedarfsseite mitgedacht werden. Darum wurde eine österreichweite Bevölkerungsbefragung konzipiert, die das Ausmaß des Interesses an privaten Konsultationen beim Kassenarzt aufzeigt. Außerdem wurde erhoben, wie hoch der Zuspruch zu einer privaten Krankenversicherung wäre, wenn diese die Kosten einer privaten Leistung beim Kassenarzt abdecken würde.

1. Einführung

Zwischen 22. und 27. März 2019 führte das market institut im Auftrag des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung eine Befragung zum Thema „Die Attraktivität einer ambulanten Zusatzkrankenversicherung – Interesse & Zahlungsbereitschaft in der österreichischen Bevölkerung“ durch. Österreichweit wurden n = 2.003 Personen ab 16 Jahren mit Hilfe von Online-Interviews befragt. Die befragten Personen entsprechen in ihrer Zusammensetzung, in quotierten und nicht quotierten Merkmalen, der österreichischen Bevölkerung ab 16 Jahren. Die Ergebnisse können daher gut auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden. Die maximale Schwankungsbreite beträgt $\pm 2,23\%$.

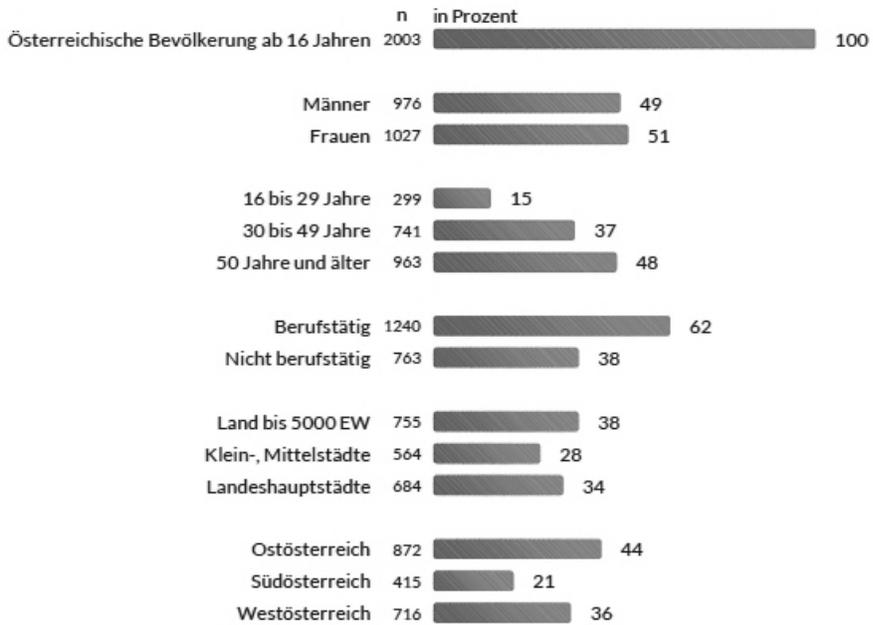


Abbildung 1: Struktur der Befragten

Bereits im Jahr 2013 hat das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung gemeinsam mit dem market institut eine ähnliche Befragung durchgeführt. Zu einigen Fragen stehen daher Vergleichswerte aus diesem Jahr zur Verfügung. Die damalige Umfrage wurde allerdings nicht österreichweit, sondern nur in Oberösterreich durchgeführt. Bei einer gesonderten Auswertung der Befra-

gungsergebnisse 2019 zeigt sich, dass die Ergebnisse der oberösterreichischen Befragten keine großen Abweichungen von den Gesamtergebnissen aufweisen. Das spricht für eine gute Vergleichbarkeit der Zeitreihenergebnisse 2013/2019.

2. Zufriedenheit mit Ärzten und Nutzungsverhalten

Hohe Zufriedenheit mit niedergelassenen Ärzten

Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den niedergelassenen Ärzten in der eigenen Wohnregion befindet sich auf einem hohen Niveau, auch wenn sie seit 2013 etwas abgenommen hat. 27 % der Bevölkerung zeigen sich sehr zufrieden mit den niedergelassenen Ärzten ihrer Wohnregion und 44 % sind zufrieden. Lediglich 2 % geben an, gar nicht zufrieden zu sein. Männer sind etwas zufriedener als Frauen und auch ältere Menschen ab 50 Jahre, nicht Berufstätige und die ländliche Bevölkerung sind zufriedener mit den niedergelassenen Ärzten in ihrer Region.

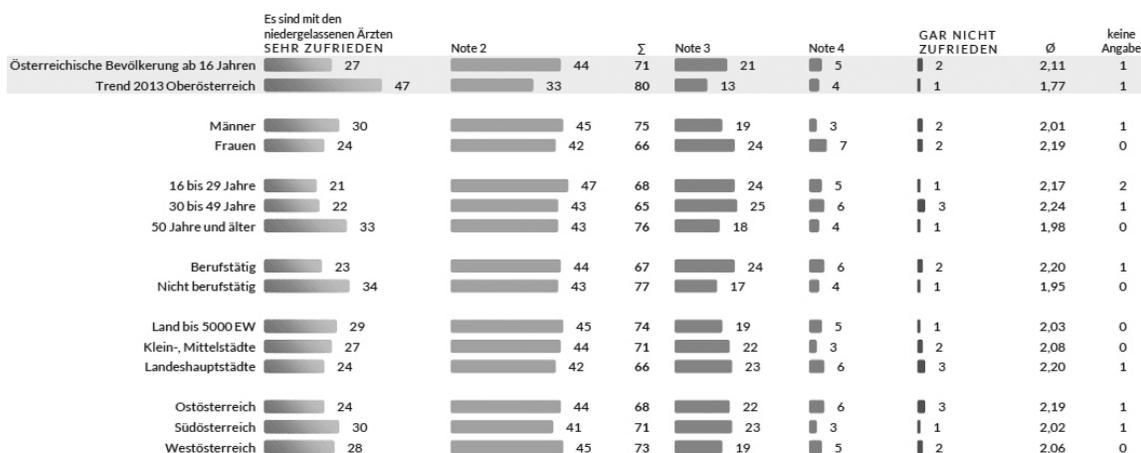


Abbildung 2: Ganz allgemein: Wie zufrieden sind Sie mit den niedergelassenen Ärzten in Ihrer Wohnregion?

Der Wahlarztbesuch wird immer beliebter

Die Österreicher suchen immer häufiger den Wahlarzt auf. 6 % der Bevölkerung suchen immer oder fast immer den Wahlarzt auf (2013: 4 %) und 22 % tun dies häufig (2013: 16 %). Etwa ein Fünftel der Bevölkerung gibt an, nie einen Wahlarzt aufzusuchen, 2013 zählte sich hingegen noch mehr als jeder Dritte zu dieser Gruppe. Frauen gehen häufiger zum Wahlarzt als Männer und auch am Land nutzt man die Möglichkeit des Wahlarztes häufiger als im städtischen Bereich.

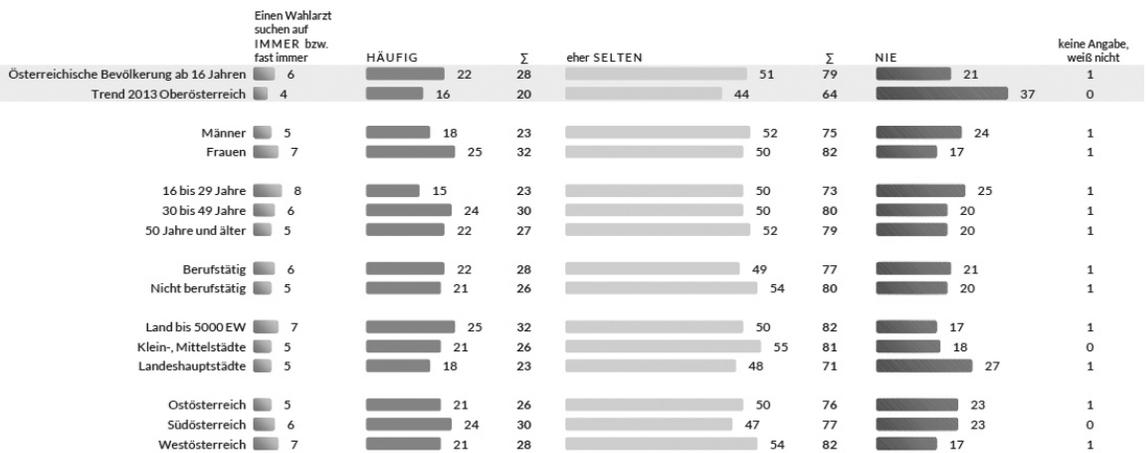


Abbildung 3: Ein Wahlarzt bzw. eine Wahlärztin ist ein niedergelassener Arzt/Ärztin, der/die keinen Vertrag mit den Krankenkassen hat. Wie häufig suchen Sie einen Wahlarzt, eine Wahlärztin auf?

Herr und Frau Österreicher gehen meist alle zwei bis drei Monate zum Kassenarzt

Zur individuellen Nutzung von Kassenärzten (Haus- und Fachärzte) gibt die Mehrheit an, alle zwei bis drei Monate einen Kassenarzt aufzusuchen. Nicht ganz ein Drittel geht ein- bis zweimal pro Jahr zum Kassenarzt und 13 % gehen ein- oder mehrmal im Monat. Nur je 1 % sucht wöchentlich bzw. nie den Kassenarzt auf. Ältere Menschen, nicht Berufstätige und Ostösterreicher gehen häufiger zum Kassenarzt. Im Vergleich zu den Ergebnissen von 2013 lässt sich kein eindeutiger Trend feststellen.

Bevölkerungsbefragung zur Attraktivität einer ambulanten Zusatzversicherung mit Deckung der privaten Konsultation beim Kassenarzt

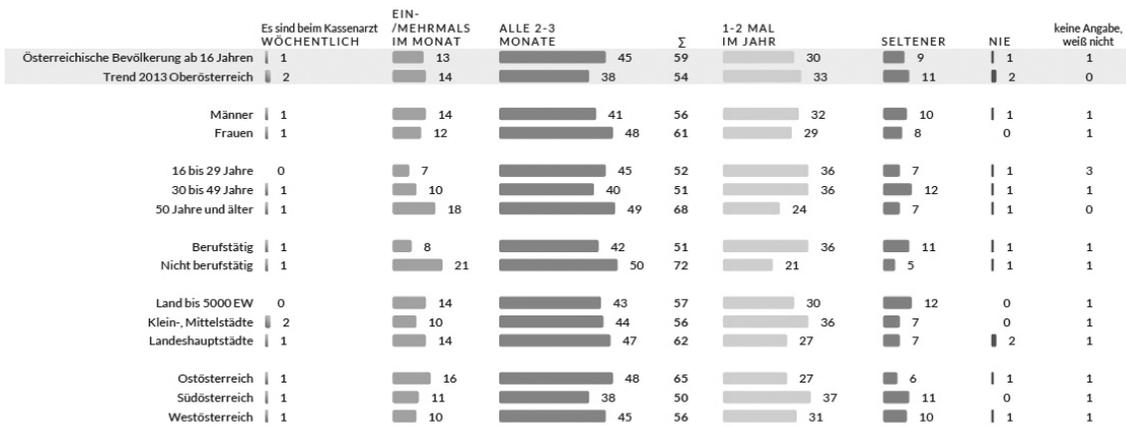


Abbildung 4: Wechseln wir kurz das Thema und sprechen wir über die Kassenärzte, und zwar sowohl über die Hausärzte als auch die Fachärzte. Wie häufig besuchen Sie einen Kassenarzt?

Drei Viertel der Patienten sind mit ihren Kassenärzten zufrieden

Ein Drittel der Bevölkerung ist mit seinen Kassenärzten sehr zufrieden und weitere 43 % sind zufrieden. Das ist ein sehr positives Ergebnis, das allerdings nicht ganz an die hohen Werte aus dem Jahr 2013 heranreicht. Männer sind dabei zufriedener als Frauen und auch ältere Menschen zeigen sich weniger kritisch. Nicht Berufstätige und Landbewohner geben ebenfalls etwas höhere Zufriedenheitswerte an.

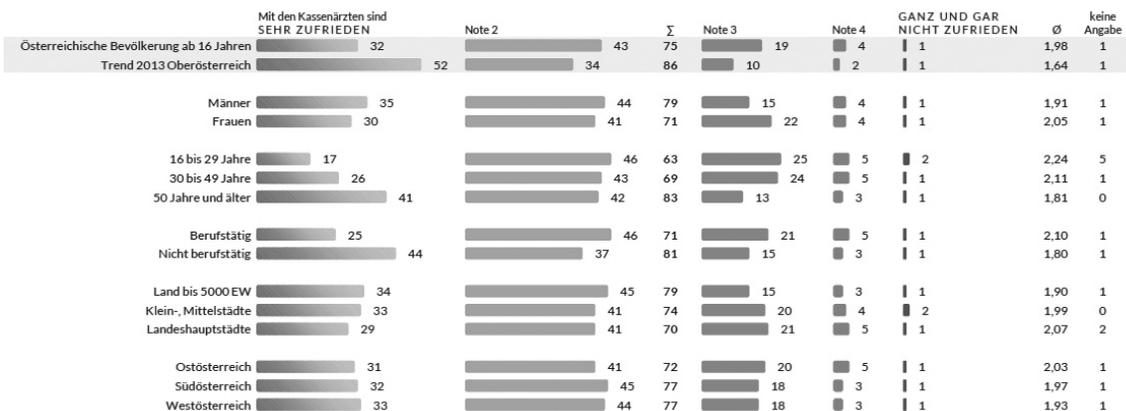


Abbildung 5: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kassenärzten?

Drei Viertel wünschen sich kürzere Wartezeiten beim Kassenarzt

Kürzere Wartezeiten beim Kassenarzt sind der Bevölkerung ein wichtiges Anliegen, gleich 73 % sehen dies als wichtiges Thema an. Je etwas über 60 % wünschen sich im Krankheitsfall einen Hausbesuch und dass sich ihr Kassenarzt mehr Zeit für sie nimmt. Über die Hälfte der Bevölkerung hätte gerne flexiblere Terminvereinbarungen und ebenfalls über 50 % möchten gerne Behandlungs- und Untersuchungsmethoden nutzen, die von der Kasse nicht bezahlt werden. Im Vergleich zu der Erhebung in Oberösterreich im Jahr 2013 sind den Befragten all diese Aspekte noch wichtiger geworden – vor allem, dass sich die Kassenärzte Zeit nehmen und eine flexible Terminvereinbarung anbieten.

	Zum Thema Kassenarzt trifft AUF JEDEN FALL zu	Note 2	Σ	Trend 2013 ÖÖ	Note 3	Note 4	trifft auf KEINEN FALL zu	Ø	keine Angabe
Ich würde mir kürzerer Wartezeiten bei meinem Kassenarzt wünschen	42	31	73	57	16	6	4	1,98	2
Ich würde mir im Krankheitsfall Hausbesuche wünschen	36	26	62	41	22	10	5	2,20	3
Ich würde mir wünschen, dass sich mein Kassenarzt mehr Zeit für mich nehmen kann	34	28	62	37	21	8	7	2,26	2
Ich würde mir flexiblere Terminvereinbarungen bei meinem Kassenarzt (z.B. Abendtermine) wünschen	28	26	54	29	23	11	10	2,49	2
Ich würde mir auch Behandlungs- und Untersuchungsmethoden wünschen, die von der Kasse nicht bezahlt werden	26	26	52	37	23	10	10	2,48	4

Abbildung 6: Hier sind ein paar Punkte zum Thema Kassenarzt notiert. Welche davon treffen auf Sie zu?

3. Wechselbereitschaft

Wechselbereitschaft gestiegen

Über ein Drittel der Österreicher denkt eher weniger daran, einen oder mehrere ihrer Kassenärzte zu wechseln, ein Fünftel hat darüber noch nie nachgedacht. Die Mehrheit denkt also eher nicht daran, den Kassenarzt zu wechseln. Dennoch lässt sich ein enormer Unterschied zu der Befragung in Oberösterreich vor sechs Jahren feststellen: Damals dachten noch über drei Viertel der Befragten nicht über einen Wechsel des Kassenarztes nach. Nur 6 % überlegten damals häufig einen Wechsel – dieser Wert liegt heute doppelt so hoch. Frauen, berufstätige Menschen und die Stadtbevölkerung sind eher zu einem Arztwechsel geneigt.

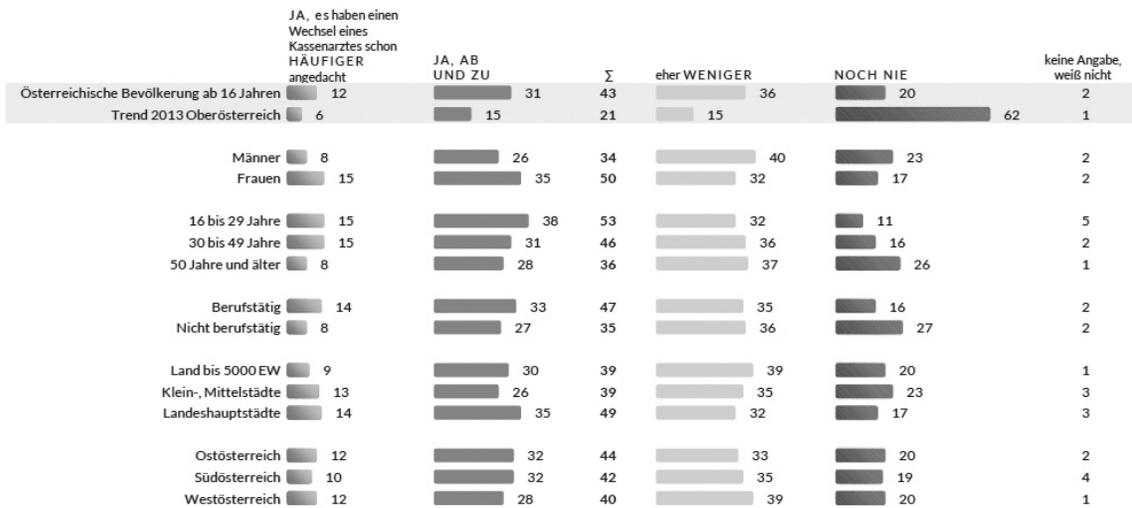


Abbildung 7: Haben Sie schon einmal an einen Wechsel einer oder mehrerer Ihrer gewohnten Kassenärzte gedacht oder nicht?

Zwei Drittel haben bereits mindestens einmal einen Kassenarzt gewechselt

Ein Viertel gibt an, bereits häufiger einen Kassenarzt gewechselt zu haben und 42 % geben an, einmal einen Wechsel vorgenommen zu haben. Ein Drittel hat jedoch noch nie einen Kassenarzt gewechselt. Im Trend erkennt man auch bei dieser Frage eine deutliche Zunahme der Wechselbereitschaft, denn bei der Befragung in Oberösterreich im Jahr 2013 gaben noch über die Hälfte der Befragten an, noch nie einen Kassenarzt gewechselt zu haben.

	JA, es haben einen Kassennarzt schon HÄUFIGER gewechselt	JA, EINMAL	Σ	NEIN, NOCH NIE	keine Angabe, weiß nicht
Österreichische Bevölkerung ab 16 Jahren	24	42	66	31	3
Trend 2013 Oberösterreich	12	32	44	55	1
Männer	20	42	62	36	2
Frauen	29	41	70	27	3
16 bis 29 Jahre	28	38	66	29	6
30 bis 49 Jahre	31	41	72	26	2
50 Jahre und älter	19	43	62	36	2
Berufstätig	27	41	68	29	3
Nicht berufstätig	20	42	62	36	2
Land bis 5000 EW	20	43	63	35	2
Klein-, Mittelstädte	24	37	61	36	3
Landeshauptstädte	29	44	73	24	3
Ostösterreich	26	43	69	28	3
Südösterreich	25	38	63	33	4
Westösterreich	22	42	64	34	2

Abbildung 8: Und haben Sie schon einmal oder häufiger einen oder mehrere Ihrer gewohnten Kassennärzte gewechselt, oder ist das nicht der Fall?

4. Ambulante Zusatzkranken- versicherung

Beinahe ein Fünftel besitzt eine ambulante Zusatzversicherung

Laut eigenen Angaben besitzen 19 % der Befragten eine Zusatzkrankenversicherung, die den Besuch beim Wahlarzt ganz oder teilweise abdeckt. Vor allem jüngere Personen verfügen häufiger über eine solche Zusatzkrankenversicherung.

	JA, meine private Zusatzversicherung DECKT DEN BESUCH beim Wahlarzt ZU GÄNZE AB	JA, meine private Zusatzversicherung DECKT DEN BESUCH beim Wahlarzt TEILWEISE AB	Σ	NEIN, habe keine private Krankenversicherung, die den Besuch beim Wahlarzt ganz oder teilweise abdeckt	keine Angabe, weiß nicht
Osterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren	8	11	19	78	2
Trend 2013 Oberösterreich	8	9	17	79	3
Männer	7	13	20	78	2
Frauen	9	10	19	79	2
16 bis 29 Jahre	12	13	25	70	5
30 bis 49 Jahre	11	11	22	76	2
50 Jahre und älter	5	11	16	82	2
Berufstätig	10	11	21	77	2
Nicht berufstätig	6	11	17	81	2
Land bis 5000 EW	8	12	20	78	3
Klein-, Mittelstädte	9	12	21	78	1
Landeshauptstädte	8	11	19	79	3
Ostösterreich	7	10	17	82	2
Südösterreich	10	12	22	75	3
Westösterreich	9	13	22	76	2

Abbildung 9: Haben Sie eine private Krankenversicherung, die den Besuch beim Wahlarzt abdeckt, oder nicht?

Jeder Zehnte will eine ambulante Sonderklasseversicherung abschließen

1 % der Personen, die über keine Zusatzversicherung mit ambulanter Sonderklassendeckung verfügen, möchte in den nächsten Jahren auf jeden Fall eine solche abschließen und weitere 9 % haben das eher schon vor. Besonders häufig geben dieses Vorhaben junge Menschen zwischen 16 und 29 Jahren an.

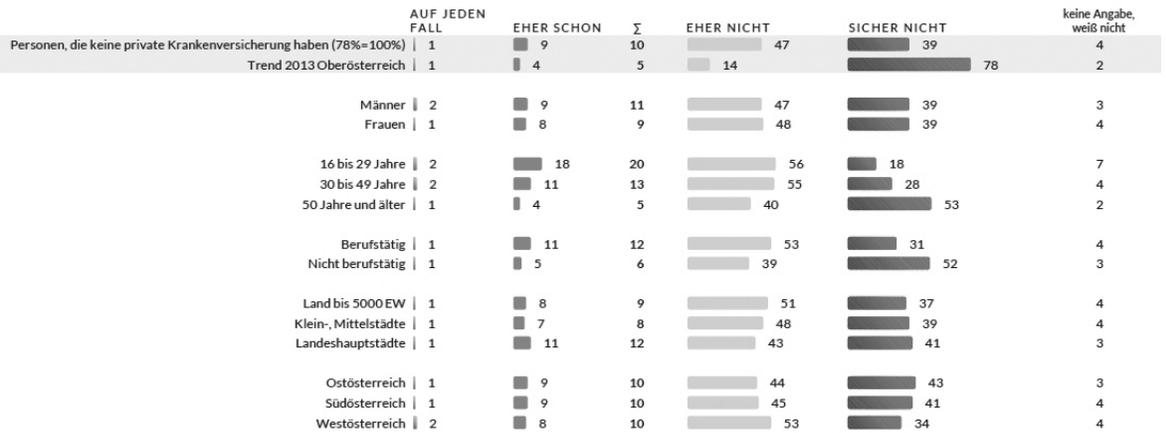


Abbildung 10: Haben Sie vor, in den nächsten Jahren eine private Zusatzversicherung, also eine ambulante Sonderklasseversicherung abzuschließen, oder eher nicht?

Vielfältige Vorteile durch ambulante Sonderklasseversicherung

Personen, die keine ambulante Sonderklasseversicherung haben, aber in den nächsten Jahr auf jeden Fall bzw. eher schon eine abschließen möchten, erwarten sich hauptsächlich eine freie Arzt- und Krankenhauswahl, also dass sie zwischen Kassen- und Wahlärzten bzw. öffentlichen und privaten Spitälern beliebig wählen können. Darüber hinaus sehen sie auch den Vorteil, dass Kosten für andere Gesundheitsberufe, wie Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Masseure übernommen werden. Außerdem hegen die Befragten die Hoffnung, weniger Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen bzw. einen Fixtermin zugesagt zu bekommen. Darüber hinaus sollen komplementärmedizinische und zahnmedizinische Leistungen von der Zusatzversicherung übernommen werden.



Abbildung 11: Welche Vorteile erwarten Sie sich vom Abschluss einer ambulanten Sonderklasseversicherung?

5. Private Konsultation des Kassenarztes

Arzt des Vertrauens kennt den Patienten und seine Krankengeschichte

Die Österreicher sehen einige Vorteile darin, als Privatpatient auch zu ihrem Kassenarzt gehen zu können. Zwei Drittel sehen es als Vorteil an, dass der Kassenarzt bei einer privaten Behandlung den Patienten und seine Krankengeschichte bereits kennt. Auch das Vertrauensverhältnis zwischen Kassenarzt und Patient spielt dabei eine Rolle: 62 % schätzen den Vorteil, als Privatpatient weiterhin zum Arzt ihres Vertrauens gehen zu können. Dass sich der Kassenarzt bei der Privatbehandlung dann auch einmal mehr Zeit für den Patienten nehmen kann, sehen 58 % als Vorteil an. Ebenfalls 58 % meinen, es sei ein Vorteil, wenn der Kassenarzt ihnen privat auch Behandlungs- und Untersuchungsmethoden anbieten könnte, die nicht von der Kasse bezahlt werden. Über die Hälfte der Befragten geben auch reduzierte Wartezeiten, flexiblere Terminvereinbarungen und Hausbesuche als Vorteile an. Eine geringe Rolle spielt allerdings die Entfernung der Ärzte: Nur noch ein Drittel stimmt darin überein, dass sie zum Kassenarzt nicht so weit fahren müssten bzw. die evtl. kürzere Wegstrecke ein Vorteil wäre.

	Beim Besuch eines Kassenarztes als Privatpatient ist AUF JEDEN FALL ein Vorteil		Note 2	Σ	Trend 2013 ÖÖ	Note 3	Note 4	auf KEINEN FALL ein Vorteil	Ø	keine Angabe
Ich könnte auch als Privatpatient bei dem Arzt bleiben, der mich und meine Krankengeschichte kennt	35	30	65	63	16	4	6	2,10	8	
Ich könnte auch als Privatpatient beim Arzt meines Vertrauens bleiben	34	28	62	58	17	5	7	2,15	9	
Mein Kassenarzt könnte sich mehr Zeit für mich nehmen	29	29	58	41	20	7	7	2,29	8	
Er würde mir auch Behandlungs- und Untersuchungsmethoden anbieten, die nicht von der Kasse bezahlt werden	29	29	58	32	20	6	6	2,22	10	
Die Wartezeit bei meinen Kassenarzt würde sich reduzieren	27	26	53	39	21	9	9	2,44	8	
Er könnte mir auch flexiblere Terminvereinbarungen (z.B. Abendtermine) anbieten	26	28	54	39	22	7	8	2,38	9	
Er könnte im Krankheitsfall Hausbesuche machen	26	26	52	48	22	8	7	2,36	11	
Ich müsste nicht so weit fahren wie zu einem Wahlarzt	17	20	37	29	22	12	20	3,00	9	

Abbildung 12: Bisher ist es für Kassenärzte praktisch nicht möglich, auch Privatpatienten zu behandeln. Welche Vorteile hätte es Ihrer Meinung nach, wenn Sie Ihren bisherigen Kassenarzt als Privatpatient aufsuchen könnten?

Private Nutzung von Kassenärzten birgt riesiges Potential für Zusatzkrankenversicherung

Wenn es die Möglichkeit gäbe, als Privatpatient ganz einfach zum Kassenarzt zu gehen, würden 6 % der Befragten, die noch über keine ambulante Sonderklassenversicherung verfügen, eine solche auf jeden Fall abschließen. Weitere 39 % würden dies eher schon tun. Diese Möglichkeit wäre also für die Bevölkerung ein starkes Argument zum Abschluss einer ambulanten Sonderklassenversicherung, da ohne dieser Option lediglich 10 % auf jeden Fall bzw. eher schon eine Versicherung abschließen würden. Mit der Option, als Privatpatient zum Kassenarzt gehen zu können, geben um 35 Prozentpunkte mehr Befragte eine Bereitschaft zum Abschluss einer ambulanten Zusatzversicherung an als ohne diese Option.

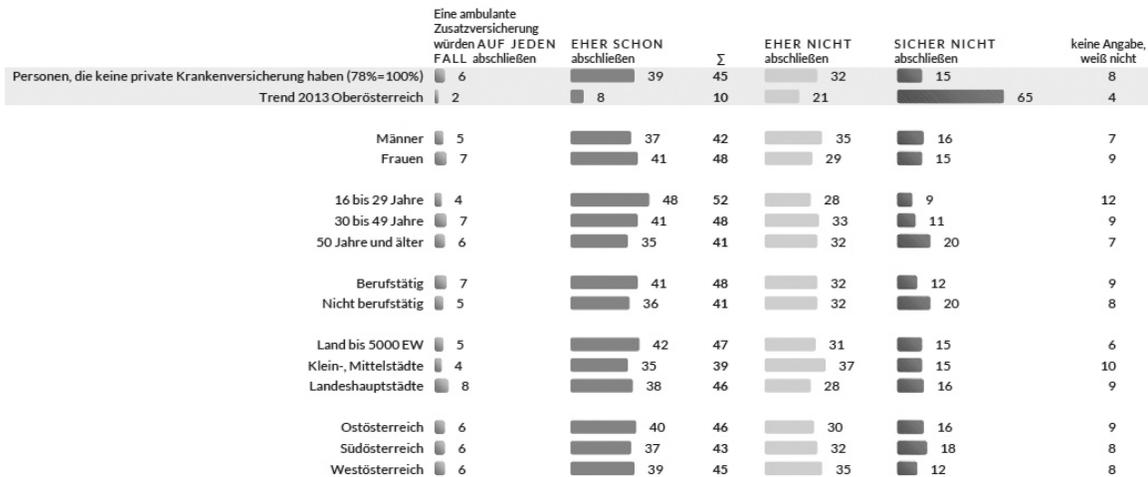


Abbildung 13: Angenommen, Ihnen wird eine ambulante Zusatzversicherung, bei der die Kosten für den Wahlarzt und Kassenarzt als Privatpatient sowie Physiotherapie, Medikamente, Komplementärmedizin abgedeckt wären, angeboten. Würden Sie eine derartige Zusatzversicherung abschließen?

Zahlungsbereitschaft überwiegend bei 20 bis 40 Euro im Monat

Personen, die unter diesen Umständen (eventuell) bereit sind, eine ambulante Zusatzkrankensversicherung abzuschließen, wären überwiegend (42 %) bereit, monatlich zwischen 20 und 40 Euro für eine solche Versicherung auszugeben. Ein Drittel der Befragten gibt an, bis zu 20 Euro im Monat dafür ausgeben zu wollen. 15 % würden zwischen 41 und 60 Euro bezahlen und bei 4 % liegt die Zahlungsbereitschaft über 60 Euro im Monat.

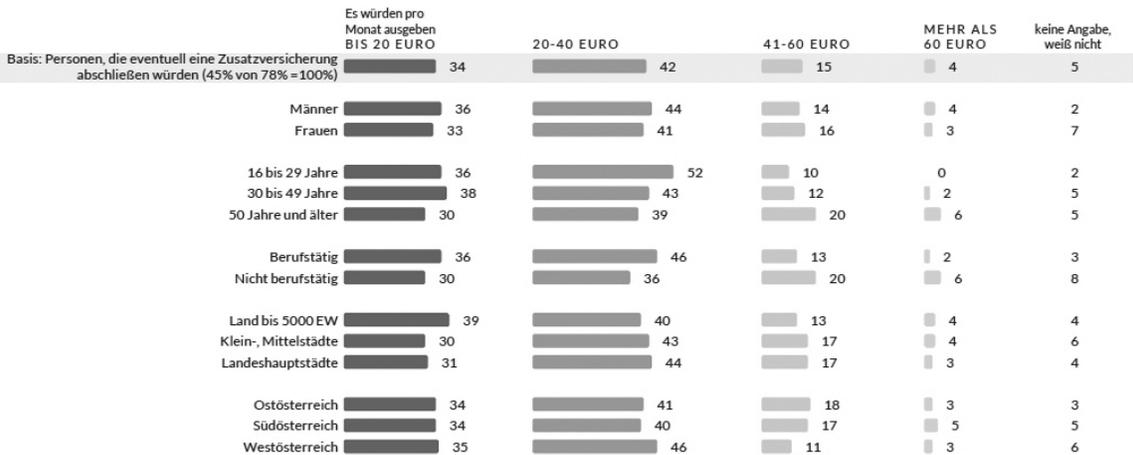


Abbildung 14: Und wie viel wären Sie in diesem Fall bereit, für eine Zusatzkrankensversicherung, bei der die Kosten für den Wahlarzt und Kassenarzt als Privatpatient, sowie Physiotherapie, Medikamente, Komplementärmedizin abgedeckt wären, monatlich auszugeben?

6. Zusammenfassung

Die Österreicher sind mit ihren niedergelassenen Ärzten recht zufrieden. Allerdings ist diese Zufriedenheit in den letzten Jahren zurückgegangen. Gleichzeitig wird der Wahlarztbesuch immer beliebter und die Menschen sind eher dazu bereit einen Kassenarzt zu wechseln. Die Menschen wünschen sich vor allem kürzere Wartezeiten, Hausbesuche und mehr Zeit bei der ärztlichen Betreuung von ihren Kassenärzten.

In der Möglichkeit sich als Privatpatient beim eigenen Kassenarzt behandeln zu lassen, sehen viele Befragte Vorteile. Der Arzt kennt sie und die Krankengeschichte bereits und sie könnten so auch als Privatpatient bei ihrem Vertrauensarzt bleiben. Zurzeit verfügt beinahe jeder Fünfte über eine private Zusatzversicherung, die den Besuch beim Wahlarzt ganz oder teilweise abdeckt. Von jenen, die keine solche Versicherung haben, möchte jeder zehnte in den nächsten Jahren eine abschließen. Wenn es möglich wäre als Privatpatient zum Kassenarzt zu gehen, dann würde sich die Zahl derer, die in den nächsten Jahren eine ambulante Zusatzversicherung abschließen möchten von 10 Prozent auf 45 Prozent. Das Interesse an dieser Möglichkeit ist also groß. Der überwiegende Teil der Befragten gab an, dafür etwa 20 bis 40 Euro im Monat ausgeben zu wollen – ein realistischer Betrag.

Dr. Christine Arentz, Dr. Frank Wild

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln

Die Bedeutung der privaten Kranken(zusatz)versicherung für die Finanzierung der ambulanten Versorgung in Deutschland

1. Einführung	116
2. Darstellung der ambulanten Versorgung	128
3. Fazit	137
Literaturverzeichnis	138

Im vorliegenden Beitrag wird das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland vorgestellt und die Bedeutung der privaten Kranken(zusatz)versicherung für die Finanzierung des ambulanten Versorgungsbereichs herausgearbeitet. Hierfür werden nach der Erläuterung der unterschiedlichen Funktionsweisen des Gesetzlichen und des Privaten Krankenversicherungssystems die unterschiedlichen Vergütungsmodelle für gesetzliche und private Leistungen im ambulanten Sektor vorgestellt. Darauf aufbauend wird der Finanzierungsanteil der Privaten Kranken(zusatz)versicherung in der ambulanten Versorgung aufgezeigt und die Rolle der Privaten Kranken(zusatz)versicherung für den ambulanten Bereich diskutiert.

1. Einführung

Das deutsche Gesundheitssystem ist neben den USA und Chile das einzige System, das einen privaten Krankenversicherungsschutz substitutiv zum gesetzlichen System ermöglicht. Zudem sind private Zusatzversicherungen verbreitet. Gleichzeitig besteht in Deutschland die Besonderheit, dass privat und gesetzlich Versicherte in derselben Versorgungsinfrastruktur behandelt werden, allerdings mit unterschiedlichen Vergütungssystematiken im ambulanten Bereich.

Der vorliegende Beitrag soll zum einen die unterschiedliche Funktionsweise der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Privaten Kranken(zusatz)versicherung (PKV) erläutern (vgl. Kapitel 1.1. und 1.2.). Während der Krankenversicherungsmarkt in einen privaten und einen gesetzlichen Teil getrennt ist, findet die ambulante (und stationäre) Versorgung der gesetzlich und privat Versicherten innerhalb derselben Infrastruktur statt. Die in der ambulanten Versorgung verwendeten unterschiedlichen Vergütungssysteme sollen im Folgenden erläutert (vgl. Kapitel 2.1. bzw. 2.2.) und die sich daraus ergebenden finanziellen Auswirkungen für Ärzte aufgezeigt werden (vgl. Kapitel 2.3.). Eine Diskussion der Dualität in der Finanzierung des gemeinsamen Versorgungsbereichs schließt den Beitrag ab.

1.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)¹

1.1.1. Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

In Deutschland ist der weit überwiegende Teil der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Angeboten wird der gesetzliche Krankenversicherungsschutz von derzeit 109² gesetzlichen Krankenkassen, die Körperschaften öffentlichen Rechts sowie finanziell und organisatorisch unabhängig sind. Die Kassen übernehmen staatlich zugewiesene Aufgaben, die im Rahmen der Selbstverwaltung durchgeführt werden. Hierzu gehört die Erarbeitung der kollektivvertraglichen Regelungen für den ambulanten und stationären Sektor, die der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen verantwortet. Zudem

1 Der folgende Abschnitt basiert auf Arentz (2018).

2 Vgl. GKV-Spitzenverband (2019): https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp?filter=0#krankenkassen, abgerufen am 17.05.2019.

bestimmt der Spitzenverband zusammen mit Ärztevertretern und Krankenhausgesellschaft die konkrete Ausgestaltung des Leistungskataloges der Kassen.³

Die einzelnen Kassen stehen seit 1996 untereinander im Wettbewerb. Vor 1996 erfolgte eine automatische Zuordnung der Versicherten zu einer Krankenkasse nach dem individuellen Status bzw. Beruf einer Person. Da sich die Risikostrukturen der Krankenkassen deutlich unterschieden, wurde mit Einführung des Kassenwahlrechts⁴ ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen installiert. Seit 2009 ist dieser morbiditätsorientiert, so dass die Krankenkassen Pauschalen pro Versicherten erhalten, die nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus sowie nach 80 Krankheiten differenziert sind. Dies soll Wettbewerbsnachteile für Kassen mit vielen kranken Versicherten vermeiden. Für Krankenkassen besteht Kontrahierungszwang, d.h., sie sind gezwungen, jeden Versicherten unabhängig von seinem Risiko aufzunehmen.

1.1.2. Versichertenkreis

In Deutschland herrscht seit zehn Jahren eine allgemeine Versicherungspflicht, d.h., jeder Bürger muss eine Krankenversicherung (und Pflegeversicherung) abschließen. Alle Arbeitnehmer, die unterhalb der sogenannten Versicherungspflichtgrenze verdienen (2019: 5062,50 Euro/Monat) sind in der GKV pflichtversichert. Diese Pflichtversicherung gilt auch für Bezieher von Arbeitslosengeld I und II, land- und forstwirtschaftliche Unternehmer, Künstler und Publizisten, behinderte Menschen, Jugendliche in besonderen Einrichtungen, Studenten und Rentner (SGB V, § 5). Freiwillig können sich Selbständige und Beamte in der GKV versichern, sowie Arbeitnehmer, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienen (SGB V, § 6). Dieser Personenkreis hat die Wahl, eine substitutive Private Krankenversicherung abzuschließen (siehe Abschnitt 1.2.).

Es besteht die Möglichkeit einer beitragsfreien Mitversicherung für Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen bzw. mit einer geringfügigen Beschäftigung (450 Euro/Monat). Die GKV hat derzeit 72,8 Millionen Versicherte, davon 56,5 Millionen zahlende Mitglieder und 16,3 Millionen beitragsfrei Mitversicherte.⁵

3 Vgl. GKV-Spitzenverband (2016): https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp, abgerufen am 27.06.2019

4 Allerdings sind nicht alle Krankenkassen für alle Versicherte bundesweit geöffnet. Von den derzeit (2019) 109 Krankenkassen sind 36 bundesweit geöffnet, während 45 Krankenkassen in nur einem bzw. mehreren ausgewählten Bundesländern tätig sind. Bestimmte Kassen sind nur betriebsbezogen wählbar (derzeit 28 Krankenkassen). Vgl. GKV-Spitzenverband (2019): https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenlisten/krankenlisten.jsp?filter=0#krankenlisten, abgerufen am 17.05.2019.

5 Vgl.: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>, abgerufen am 17.5.2019.

1.1.3. Finanzierung

Finanziert werden die Leistungen der GKV über lohn- bzw. rentenabhängige Beiträge im Umlageverfahren. Dies bedeutet, dass sämtliche Leistungen einer Periode durch die Einnahmen derselben Periode gedeckt werden müssen. Der für alle Krankenkassen einheitliche Beitragssatz beträgt derzeit 14,6 Prozent⁶ und wird paritätisch und damit jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer an den sogenannten Gesundheitsfonds abgeführt.⁷ Zusätzlich zu diesem allgemeinen Beitragssatz besteht die Möglichkeit für Krankenkassen, kassenindividuelle Zusatzbeiträge zu erheben, wenn sie ihre Ausgaben nicht mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken können. Diese Zusatzbeiträge sind ebenfalls lohn- bzw. rentenabhängig und werden ebenfalls paritätisch finanziert. Sie sollen Effizienzunterschiede zwischen den Kassen verdeutlichen.⁸ Alle Beiträge (inkl. Zusatzbeiträge) müssen nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (2019: 4.537,50 Euro/Monat) entrichtet werden. Liegen die persönlichen Einkünfte darüber, werden diese nicht mehr verarbeitet.

Bei freiwillig in der GKV-Versicherten wird hingegen nicht nur das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung berücksichtigt, sondern die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bei der Beitragserhebung erfasst.⁹

Seit 2004 fließen nicht mehr nur Beitragseinnahmen, sondern auch steuerfinanzierte Bundeszuschüsse in die Gesetzliche Krankenversicherung, die auch von privat Versicherten mitfinanziert werden müssen.¹⁰ Die Bundeszuschüsse sind

- 6 Vor 2009 konnten die Krankenkassen individuelle Beitragssätze festlegen. Unterschiede in der finanziellen Stärke der Kassenmitglieder wurden dann vom sogenannten Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen nivelliert. Heute erfolgt dieser Ausgleich über den Gesundheitsfonds.
- 7 Aus ökonomischer Sicht muss jedoch zwischen Zahllast und Traglast unterschieden werden. Ob die Arbeitgeber oder Arbeitnehmer die Beitragsbelastung zu tragen haben, hängt von den jeweiligen Elastizitäten des Angebots und der Nachfrage ab. Unabhängig von der konkreten Zahllast trägt die unelastischere Seite des Marktes einen höheren Anteil der Beitragsbelastung.
- 8 Vgl. Eibich u.a. (2011), S. 4–5.
- 9 Zudem werden die Einkünfte des Ehepartners mit berücksichtigt, sofern dieser privatversichert ist. Vgl. zur Beitragsgestaltung der freiwilligen Versicherten: GKV-Spitzenverband (2014).
- 10 Als Begründung für die Notwendigkeit von Bundeszuschüssen wurde zunächst die Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern in der GKV genannt. Aus verfassungsrechtlichen Bedenken wurde die Begründung im Gesetzestext allgemeiner gehalten und die Finanzierung „versicherungsfremder Leistungen“ als Begründung genannt. Versicherungsfremde Leistungen müssen über Steuermittel zu finanzieren, wenn sie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden. Die Bundeszuschüsse werden allerdings nicht zweckgebunden ausbezahlt. Zudem ist nicht erkennbar, welche versicherungsfremden Leistungen die GKV in Höhe von derzeit 14 Mrd. Euro erbringt. Eine Untersuchung von Fichte/Schulemann (2010) stellt fest, dass die GKV im Jahr 2009 versicherungsfremde Leistungen von lediglich 4 Mrd. Euro geleistet hat. Der GKV-Spitzenverband (2013) geht hingegen von 34 Mrd. Euro aus. Dabei wird allerdings die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern als versicherungsfremde Leistung gewertet (insgesamt 29,8 Mrd. Euro). Es ist allerdings fraglich, inwiefern die Absicherung von

von 1 Milliarde Euro in 2004 auf 14,5 Milliarden Euro in 2019 gestiegen. Dadurch konnte der allgemeine Beitragssatz in der GKV gesenkt werden. In Relation zu den Beitragseinnahmen machen die Bundeszuschüsse bisher jedoch nur einen kleinen Anteil aus (2018: 6 %).

1.1.4. Leistungskatalog

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Leistungen während der Schwanger- und Mutterschaft, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Behandlung im Krankenhaus sowie auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Jenseits der Ausgaben, die im unmittelbaren Zusammenhang zu Erkrankungen stehen, werden auch Leistungen wie Mutterschaftsgeld finanziert.

Im Gesetz werden lediglich Rahmenvorgaben für die zu erbringenden Leistungen gemacht, ein expliziter Leistungskatalog existiert nicht. Einschränkungen können sich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (SGB V §12) ergeben, das vorgibt, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein sollen und „das Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten dürfen. Im sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), einem Gremium aus Vertretern der Kassen, der (Zahn-)Ärzte, der Krankenhäuser und der Patienten werden die Leistungen konkretisiert und Richtlinien für die einzelnen Leistungsbereiche erarbeitet, die für alle Kassen und Leistungserbringer verbindlich sind.

Alle Leistungen werden in der GKV gemäß des Sachleistungsprinzips erbracht, so dass die Versicherten keine Rechnung erhalten und für ambulante und stationäre Leistungen nicht in Vorleistung gehen müssen.¹¹

Jenseits der vom G-BA festgelegten Leistungen, die von allen Kassen finanziert werden müssen, können Kassen ihren Versicherten auch Zusatzangebote machen. Zu diesen sog. Satzungsleistungen zählen etwa die Behandlung durch Homöopathen oder Heilpraktiker. Im Rahmen sog. Wahltarife können die Kas-

Kindern und Ehepartnern gegen Krankheitskostenrisiken als versicherungsfremd bezeichnet werden kann. Vielmehr ist dies die Kernaufgabe einer jeden Versicherung. Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder kann als Beitragsgestaltung interpretiert werden: Der Beitragsfreiheit in den Kinderjahren stehen höhere Beiträge in der Erwerbsphase gegenüber. Die erwachsenen Mitglieder werden in dem Umfang stärker belastet, in dem auf Beiträge für Kinder verzichtet wird. Dem System gehen dadurch insgesamt keine Einnahmen verloren (vgl. Eekhoff/Wolfgramm (2010), S. 685).

11 Es ist jedoch möglich, sogenannte Wahltarife abzuschließen, wo in der Folge nach dem Kostenerstattungsprinzip abgerechnet wird, d.h., der Versicherte geht für die erbrachten medizinischen Leistungen in Vorleistung und erhält dann von seiner Kasse eine Rückerstattung.

sen zudem bspw. Selbstbehalttarife oder Kostenerstattungstarife auflegen.¹² Gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten dürfen Kassen mit Bonusprogrammen belohnen. Trotz dieser Möglichkeiten fallen die Leistungsdimensionierungen zwischen den Kassen gering aus, da etwa 95–98 % der Leistungen verpflichtend vorgeschrieben sind.¹³

1.2. Private Krankenversicherung (PKV)¹⁴

1.2.1. Träger der privaten Krankenversicherung und Versichertenkreis

In Deutschland besteht die Möglichkeit des Opt-Outs aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, indem eine Private Vollversicherung abgeschlossen wird. Zudem können private Zusatzversicherungen gekauft werden, die den GKV-Schutz ergänzen. Darüber hinaus werden Zusatzpolicen angeboten, die sowohl für privat als auch für gesetzlich Versicherte sinnvoll sein können, wie etwa Auslandsreisekrankenversicherungen oder Pflegezusatzversicherungen.

Eine den GKV-Schutz ersetzende Krankenversicherung kann nur von bestimmten Bevölkerungsgruppen abgeschlossen werden. Beamte, Selbständige und Freiberufler sowie angestellte Arbeitnehmer, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, können zwischen den beiden Systemen wählen. In 2018 waren 8,74 Millionen Bürger in der PKV vollversichert, davon machten etwa die Hälfte Beamte aus. Diese sind im sog. Beihilfesystem versichert: Der jeweilige staatliche Dienstherr zahlt den Beamten einen direkten Zuschuss zu den anfallenden Kosten der Versorgung. Dieser Zuschuss umfasst in der Regel 50 % der beihilfefähigen Behandlungskosten, Beamte mit Kindern können 70 % erhalten. Ehepartner bzw. Kinder bekommen 70 % bzw. 80 % der Behandlungskosten durch den Beihilfeträger erstattet. Die Private Krankenversicherung übernimmt den Differenzbetrag der anfallenden Kosten.

Der Bereich der Zusatzversicherungen ist ein seit Jahren wachsender Markt. In 2018 bestanden insgesamt 26,01 Millionen private Zusatzversicherungsverträge.¹⁵

12 Hier handelt es sich um sogenannte freiwillige Wahltarife. Verpflichtend müssen die Kassen ihren Versicherten die Wahltarife „Integrierte Versorgung“, „Hausarztzentrierte Versorgung“, „Strukturierte Behandlungsprogramme“ und „Krankengeld für Selbständige“ anbieten (vgl. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/wahltarife-bonusprogramme-und-zusatzleistungen.html#c4855>, abgerufen am 14.11.2016).

13 Vgl. Ulrich/Pfarr (2013), S. 5.

14 Dieser Abschnitt folgt Arentz (2018).

15 Vgl. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>, abgerufen am 17.5.2019.

1.2.2. Private substitutive Versicherung

1.2.2.1. Finanzierung

Die Finanzierung der substitutiven Privaten Krankenversicherung unterscheidet sich grundsätzlich von der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die PKV finanziert die Leistungen im Kapitaldeckungsverfahren: Hierbei legt das Versicherungsaufsichtsgesetz (§ 146 VAG) fest, dass substitutive Krankenversicherungsverträge nur nach Art der Lebensversicherung kalkuliert werden dürfen. Inhaltlich bedeutet dies, dass die Prämien über den Lebenszyklus der Versicherten real konstant gehalten werden. Um dies zu erreichen, werden sogenannte Alterungsrückstellungen gebildet.¹⁶ In den jüngeren Jahren der Versicherten liegen die Prämieinnahmen über den erwarteten Leistungsausgaben, während sich dies in höheren Altersjahren umgekehrt verhält. Die Versicherungen legen diese Prämienüberschüsse an, um die im Alter entstehenden Prämiendefizite zu decken. Die Versicherten erhalten eine lebenslange Leistungszusage, können also die Verträge nicht einseitig kündigen.

Die Prämien in der PKV werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet, die in einer Kalkulationsverordnung festgelegt sind. Es gilt das Äquivalenzprinzip, so dass die kalkulierten Prämien über den Lebenszyklus dem Erwartungswert der Schäden entsprechen müssen. Die Versicherungen dürfen je nach Gesundheitszustand des Versicherten Zu- und Abschläge erheben sowie Leistungsausschlüsse vereinbaren. Die Höhe der erforderlichen Prämie wird ferner vom Eintrittsalter und dem gewählten Tarif bestimmt (§ 10 der Kalkulationsverordnung (KalV)).¹⁷ Zudem haben Selbstbehalte einen Einfluss auf die Prämienhöhe.

Die Prämien der Versicherten dürfen laut den gesetzlichen Vorschriften in der PKV nur dann angepasst werden, wenn entweder Veränderungen in der Leistungsanspruchnahme oder in der Sterblichkeit zu verzeichnen sind (sog. auslösende Faktoren). Wenn im Vergleich zur ursprünglichen Kalkulation eine Abweichung von 5 % bzw. 10 % festgestellt wird, dürfen bzw. müssen die Prämien neu kalkuliert werden. Dann müssen auch alle Rechnungsgrundlagen, u.a. auch der zugrunde gelegte Rechnungszins (3,5 % für Bisextarife, 2,75 % für Unisextarife), überprüft und entsprechend angepasst werden.

Können einzelne Unternehmen den jeweiligen Rechnungszins nicht vollständig erwirtschaften, müssen sie über das Verfahren „aktuarieller Unternehmenszins“

16 Eine Ausnahme bilden die Kindertarife, da hier nicht von einer lebenslangen Versicherung ausgegangen wird. Daher werden keine Altersrückstellungen für diese Tarife gebildet (§ 10 KalV).

17 Unterschiedliche Prämien nach Geschlecht dürfen seit der verpflichtenden Einführung von Unisextarifen nicht mehr erhoben werden.

(AUZ-Verfahren) einen neuen, niedrigeren Kalkulationszins anwenden, und zwar sowohl im Neugeschäft als auch für bestehende Verträge.¹⁸ Bei einem niedrigeren Kalkulationszins fallen die notwendigen Prämiensteigerungen entsprechend höher aus als bei alleiniger Veränderung der auslösenden Faktoren. Alle Prämienanpassungen bedürfen der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (§ 15 KalV). Das individuelle Prämienänderungsrisiko ist hingegen abgesichert: Prämienanpassungen aufgrund von verändertem individuellem Gesundheitszustand sind nach Abschluss des Krankenversicherungsvertrages nicht zulässig.

Im sogenannten Basistarif gelten andere Kalkulationsregeln. Der Basistarif wurde im Zuge der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Jahr 2009 gesetzlich vorgeschrieben. Für die Unternehmen besteht Kontrahierungszwang, d.h., sie müssen alle Versicherten annehmen und die Prämien dürfen lediglich mit dem Alter differieren. Ferner erfolgt eine Deckelung der Prämie auf den Höchstbeitrag in der GKV (2019: 662 Euro).

Versicherte haben die Wahl, bei welchem Versicherer sie einen Vertrag abschließen möchten. Die Versicherungsunternehmen sind aber in den Normaltarifen nicht verpflichtet, alle Versicherten aufzunehmen (kein Kontrahierungszwang).

Nach Vertragsabschluss ist ein Wechsel des Versicherers prinzipiell möglich, ist finanziell jedoch häufig schon nach vergleichsweise kurzer Vertragsdauer nicht attraktiv. Denn bei Wechsel werden die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen für Bestandskunden, die einen Vertrag vor 2009 abgeschlossen haben, gar nicht auf den neuen Anbieter übertragen. Für alle Versicherungsverträge nach 2009 werden sie lediglich anteilweise an den neuen Versicherer ausbezahlt.¹⁹ Dadurch lohnt sich ein Versicherungswechsel für viele Versicherte nicht, weil die fehlenden Alterungsrückstellungen beim neuen Versicherer durch Prämienaufschläge nachfinanziert werden müssen. Zudem erfolgt beim neuen Versicherer eine erneute Risikoprüfung, die ebenfalls mit dem Risiko von Prämienaufschlägen verbunden ist, falls sich neue Krankheitsbilder beim wechselwilligen Kunden ergeben haben. Innerhalb der Versicherung haben die Versicherten jedoch ein garantiertes Wechselrecht. Bei einem solchen Tarifwechsel werden dann die gesamten durchschnittlichen Alterungsrückstellungen übertragen.

18 Vgl. ohne Verfasser (2011).

19 Alterungsrückstellungen werden nur im Umfang der Leistungen des Basistarifs übertragen (vgl. § 146 Abs. 1 Satz 5).

1.2.2.2. Leistungskatalog

In den Normaltarifen haben die privaten Versicherer relativ viel Spielraum in der Leistungsgestaltung, eine Orientierung an den in der GKV erstatteten Leistungen ist nicht zwingend.²⁰ In der Regel sind die in der PKV erbrachten Leistungen jedoch höher und der Zugang zu innovativen Behandlungsmethoden ist schneller gegeben als in der GKV.²¹ Neue Behandlungsmethoden können in der PKV sofort erstattet werden, wenn sie zugelassen, schulmedizinisch überwiegend anerkannt und medizinisch notwendig sind. Darüber hinaus werden Leistungen erstattet, die sich in der Praxis erfolversprechend bewährt haben oder angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.²² In der GKV herrscht hingegen der sog. Erlaubnisvorbehalt für neue Leistungen im ambulanten Bereich (§ 135 Abs. 1 SGB V). Neue Leistungen müssen erst vom Gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt werden, bevor sie in der Versorgung für gesetzlich Versicherte genutzt werden dürfen. Dieser Prozess kann durchaus längere Zeit in Anspruch nehmen.²³

Nur im Bereich des Basistarifs sind die Unternehmen verpflichtet, einen vergleichbaren Leistungskatalog wie in der GKV anzubieten (§ 152 VAG).

Bei der Abrechnung der Leistungen kommt in der Regel das Prinzip der Kostenerstattung zum Tragen, bei dem der Versicherte vom jeweiligen Leistungserbringer eine Rechnung erhält, die er dann zur Erstattung bei seinem Versicherer einreichen kann.

20 Die Versicherer müssen lediglich „im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (zu) erstatten“ (§192 VVG). Eine konkretere Vorschrift, welche Leistungen genau erstattet werden müssen, gibt es nicht.

21 Es gibt in der PKV auch Tarife, die weniger Leistungen als die GKV bieten, insbesondere bei psychotherapeutischen Behandlungen (vgl. Weber (2012)). Diese Leistungslücken wurden im Zuge der Umstellung auf Unisexstarife jedoch von den meisten Unternehmen geschlossen (vgl. ohne Verfasser (2013)).

22 Vgl. PKV-Verband (2013) §4 Abs. 6.

23 Vgl. Wasem (2016).

1.2.3. Private Zusatzversicherung

Private Zusatzversicherungen sind in Deutschland weit verbreitet. Sie können von allen Bürgern abgeschlossen werden, sind aber insbesondere für gesetzlich Versicherte interessant, da sie mit Zusatzversicherungen den gesetzlichen Leistungsumfang aus der GKV ergänzen können. Mehr als 20 % der gesetzlich Versicherten verfügt über eine private Zusatzversicherung.²⁴ Da der Leistungsumfang der GKV insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung eingeschränkt wurde, wurden in diesem Bereich die meisten Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen (15,7 Mio. in 2017), gefolgt von 8 Mio. (2017) ambulanten Zusatztarifen (vgl. Abbildung 1). Tarife, die den GKV-Schutz ergänzen, machten in 2017 14,3 % der gesamten Beitragseinnahmen der privaten Versicherer aus.²⁵

Abbildung 1: Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz

Ambulante Tarife	2017
Frauen	3.789.900
Männer	2.947.900
Kinder	1.285.400
Gesamt	8.023.200
Tarife für Wahlleistungen	
Krankenhaus	
Frauen	2.734.000
Männer	1.959.500
Kinder	1.418.600
Gesamt	6.112.100
Zahntarife	
Frauen	7.978.100
Männer	6.077.500
Kinder	1.609.600
Insgesamt	15.665.200
Insgesamt¹	
Frauen	9.765.900
Männer	7.427.400
Kinder	2.390.200
Insgesamt	19.583.500

¹ „Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife gleichzeitig abschließen und ebenso nachträglich einzelne Tarife kündigen oder weitere hinzunehmen. Entsprechend wird er in den einzelnen Tarifarten mitgezählt. In der Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert und auch die Veränderungen im Versicherungsschutz bleiben unberücksichtigt, sofern nur ein Unternehmen betroffen ist.“ (PKV 2016 S. 33).

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus PKV Zahlenbericht (2018), S. 33

24 Vgl. Grabka (2014), S. 304.

25 Vgl. PKV Zahlenbericht (2018), S. 17. Detaillierte Zahlen liegen nur für 2017 vor.

Im ambulanten Bereich bieten die Zusatztarife die Möglichkeit, Leistungen von Heilpraktikern und Homöopathen in Anspruch zu nehmen, die ggf. nicht von den gesetzlichen Kassen übernommen werden. Zudem bieten viele Verträge Zuschüsse zu Medikamenten, Brillen oder Hörgeräten (Heil- und Hilfsmittel). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich im ambulanten Bereich wie ein Privatversicherter beim Arzt behandeln zu lassen. Voraussetzung ist hierfür, in der GKV einen Kostenerstattungstarif abzuschließen. Die Ärzte können dann nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen (vgl. Kapitel 2.2.). Der Versicherte erhält vom Arzt eine Rechnung, die er dann bei seiner gesetzlichen Kasse einreicht. Diese wendet für die in der GKV abrechnungsfähigen Leistungen die gesetzliche Vergütung und erstattet diesen Teil. Die private Zusatzversicherung begleicht dann den Differenzbetrag, der durch die private Vergütung und ggf. nicht von der GKV übernommene Leistungen entstanden ist.

Im stationären Bereich können sich gesetzlich Versicherte ebenfalls wie ein Privatpatient behandeln lassen, wenn sie stationäre Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus abschließen. Je nach Vertrag können die Versicherten dann Chefarztbehandlung und/oder die Unterbringung im Ein- oder Zweibett-Zimmer in Anspruch nehmen.

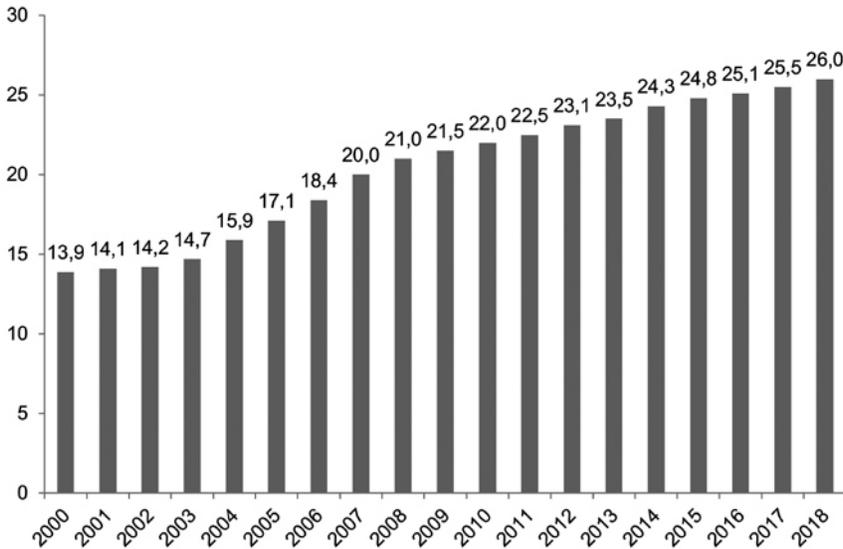
Zusatzversicherungen, die sowohl für privat als auch für gesetzlich Versicherte in Frage kommen, umfassen Auslandsreiseschutz, Krankenhaustagegeld und Pflegezusatzversicherungen. Letztere bieten den Versicherten die Absicherung gegen die relativ hohen Eigenanteile, die im Pflegefall von den Pflegebedürftigen zu tragen sind.

Die Anzahl der abgeschlossenen Zusatzversicherungsverträge ist seit dem Jahr 2000 deutlich gewachsen und hat sich bis heute fast verdoppelt (von 13,9 Mio. in 2000 auf 26,0 Mio. in 2018).²⁶ Dies ist darauf zurückzuführen, dass gesetzlich Versicherte die Leistungen der GKV durch Zusatzversicherungen aufstocken möchten, und dies insbesondere im zahnmedizinischen Bereich. Seit 2003 sind zudem Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungen im Bereich der Zusatzversicherungen möglich. Bei diesen Kooperationsverträgen ist in der Regel keine Risikoprüfung vorgesehen, was mehr Versicherten den Zugang zu Zusatzversicherungen ermöglicht.²⁷

26 Vgl. PKV Zahlenberichte 2000/2001 bis 2018. Für 2018 vorläufige Zahl, vgl. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>. Eine Person kann mehrere Versicherungsverträge abgeschlossen haben und ein Vertrag kann mehrere Versicherte umfassen.

27 Vgl. PKV Verband Zahlenbericht (2016), S. 32; Grabka (2014), S. 304.

Abbildung 2: Anzahl abgeschlossener Zusatzversicherungen in Mio. (2000–2018)



Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des PKV-Verbandes (mehrere Jahrgänge)

1.2.3.1. Finanzierung²⁸ und Leistungskatalog

Im Bereich der privaten Zusatzversicherung besteht für die Versicherungsunternehmen die Wahl, ob sie diese nach Art der Lebensversicherung oder nach Art der Schadensversicherung kalkulieren. Entscheiden sich die Unternehmen, die Zusatzversicherung nach Art der Lebensversicherung anzubieten, gelten für die Kalkulation der Verträge sämtliche Vorschriften analog zur privaten substitutiven Versicherung (§ 147 VAG).

Werden die Verträge nach Art der Schadensversicherung kalkuliert, finden diese Vorschriften nicht zwingend Anwendung. Vielmehr können die Unternehmen dann selbst Vertragsdauer und -laufzeit festlegen und Verträge mit oder ohne Kündigungsrecht seitens des Versicherungsunternehmens anbieten.²⁹ Ferner können die Prämien nach Risiko differenziert und Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Die Kalkulation der Prämien erfolgt in der Regel so, dass die

²⁸ Dieser Abschnitt folgt Deutsche Aktuarvereinigung (2016).

²⁹ Kündigungen seitens des Versicherers sind für Krankheitskostenteilversicherungen und Krankenhaustagegeldversicherungen nur innerhalb der ersten drei Jahre möglich. In anderen Sparten ist eine Kündigung grundsätzlich möglich.

erwarteten Schäden eines Jahres abgedeckt werden. Daher sind mit dem Alter steigende Prämien möglich, genauso wie erneute Risikoprüfungen nach Abschluss des Versicherungsvertrages, wenn der Vertrag mit zeitlicher Befristung angeboten wird (§ 195 VVG). Wird der Versicherungsvertrag ohne ordentliches Kündigungsrecht seitens der Versicherung abgeschlossen, kommen die Vorschriften zu Prämienanpassungen wie bei der substitutiven Krankenversicherung zur Anwendung.³⁰

Die Unternehmen sind in der Zusatzversicherung frei in der Vertragsgestaltung und an keine Leistungsvorgaben durch den Gesetzgeber gebunden.

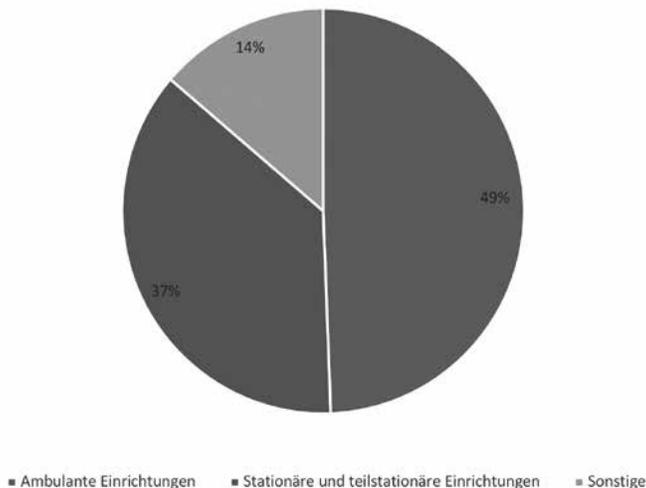
³⁰ So ist zumindest die juristische Interpretation des § 203 VVG, vgl. Deutsche Aktuarvereinigung (2016), S. 13.

2. Darstellung der ambulanten Versorgung

Eine Besonderheit des deutschen Systems ist die gemeinsame Versorgung von privat und gesetzlich Versicherten innerhalb eines Versorgungssystems. Im Folgenden soll die Bedeutung und Struktur der ambulanten Versorgung in Deutschland dargestellt werden. Aufbauend darauf erfolgt die Erläuterung der unterschiedlichen Vergütungsformen für den privaten und gesetzlichen Bereich (vgl. Kapitel 2.1. bzw. 2.2.) und die sich daraus ergebenden Finanzierungsanteile der beiden Krankenversicherungssysteme in der ambulanten Versorgung (vgl. Kapitel 2.3.).

Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Deutschland betragen in 2017 etwa 375,6 Milliarden Euro. Davon entfiel die Hälfte der Ausgaben auf den ambulanten Bereich. Innerhalb der ambulanten Versorgung machten die Ausgaben für Arztpraxen, Zahnarztpraxen und sonstige Praxen 52 % aus.³¹

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Einrichtungen in Prozent (2017)



Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamtes (2019). Unter Sonstiges sind Ausgaben für Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, Verwaltung, private Haushalte, Ausland und Investitionen zusammengefasst.

³¹ Die restlichen Ausgaben innerhalb des ambulanten Bereichs verteilen sich auf Apotheken, Handwerk und ambulante Pflege, vgl. Statistisches Bundesamt (2019).

Die ambulante Versorgung in Deutschland wird von Fach- und Hausärzten erbracht. Voraussetzung für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist eine staatliche Zulassung (Approbation), die ein Medizinstudium voraussetzt. Die Approbation wird von den zuständigen Landesbehörden der Bundesländer erteilt. Die jeweiligen Landes-Ärztekammern sind für die Regelungen und die Aufsicht der ärztlichen Berufsausübung zuständig.³²

Vertragsarztsystem für die Versorgung gesetzlich Versicherter

Ärzte gelten in Deutschland als Freiberufler und haben grundsätzlich Niederlassungsfreiheit, die allerdings für den von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Teil der Versorgung durch eine zentrale Bedarfsplanung begrenzt wird. Die Interessen der Ärzte, die Versorgungsleistungen für gesetzlich Versicherte erbringen (sog. Vertragsärzte), werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Länderebene vertreten. Diese verhandeln mit den gesetzlichen Krankenkassen die Ausgestaltung der Vergütung in der ambulanten Versorgung. Zudem sind die kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zuständig. Die Verträge, die von den kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen geschlossen werden, sind für alle Vertragsärzte verbindlich (Kollektivvertrag). Es besteht aber für bestimmte Facharztgruppen auch die Möglichkeit, Selektivverträge mit Krankenkassen zu schließen. Von dieser Möglichkeit machen bspw. Hausärzte Gebrauch.

Um in der ambulanten Versorgung Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln zu dürfen, benötigen Ärzte eine Zulassung als Vertragsarzt. Über die Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Ausschüsse sind paritätisch mit Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen besetzt. Mit der Zulassung wird der Arzt verpflichtend Mitglied in einer der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen.³³

Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung³⁴

Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen einen Bedarfsplan aufstellen (§ 99 SGB V), anhand dessen festgestellt wird, wie viele Arztstühle in einem Planungsbereich vergeben werden. Die Bedarfsplanung muss bezogen auf Arztgruppen und auf Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemein-

32 Vgl. Simon (2017), S. 166.

33 Vgl. Simon (2017), S. 157ff.

34 Dieser Abschnitt folgt Arentz (2017).

samen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen.³⁵ Sie soll eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung ermöglichen und erfolgt anhand bestimmter Kennzahlen, die eine Über- oder Unterversorgung mit bestimmten Arztgruppen (Haus- oder Fachärzte) in den Planungsbereichen anzeigen sollen. So gilt ein Gebiet als überversorgt, wenn das festgelegte Arzt-Einwohner-Verhältnis um 10 % überschritten wird. In diesem Fall wird der Zulassungsbereich gesperrt. Als unterversorgt gelten Gebiete, in denen das optimale Arzt-Einwohner-Verhältnis im Bereich der Hausarztversorgung um 25 %, im Facharztbereich um mehr als 50 % unterschritten wird.³⁶

Werden Ungleichgewichte in den Planungsbereichen festgestellt, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen für die über- oder unterversorgten Gebieten ergreifen, um die Versorgungssituation entsprechend anzupassen. Gilt ein Gebiet als überversorgt, dürfen dort keine neuen Praxen mehr eröffnet werden. Eine Niederlassung ist dann – wenn überhaupt – nur noch durch eine Übernahme bestehender Praxen möglich. Auch die Möglichkeiten der Übernahme können aber eingeschränkt werden. Frei werdende Arztsitze sollen in überversorgten Regionen von den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgekauft und aus der Gesamtvergütung der Ärzte finanziert werden (vgl. Kapitel 2.1).³⁷

Ärzte können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht verpflichtet werden, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können dann nur mit der Setzung von Anreizen versuchen, die Unterversorgung abzumildern. Dazu gehören Zuschüsse zu Praxisgründungen oder garantierte Mindestumsätze.³⁸ Trotzdem lässt sich feststellen, dass es in Deutschland, wie in anderen Ländern auch, höhere Ärztedichten in den großen Ballungsräumen gibt, während weniger Ärzte pro Einwohner in ländlichen Räumen arbeiten. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass nicht nur finanzielle Anreize bei der Wahl der Niederlassung eine Rolle spielen, sondern vielmehr attraktive Standortfaktoren (Jobmöglichkeiten für den Partner, Bildungseinrichtungen für die Kinder, gute Freizeitgestaltungsmöglichkeiten etc.).³⁹

In der ambulanten Versorgung waren 2018 148.601 Ärzte (ohne Psychotherapeuten) als Vertragsärzte tätig. Die Zahl der Hausärzte lag bei 55.017 und damit bei 37 %, so dass der überwiegende Teil der ambulanten Versorgung

35 Vgl. Simon (2017), S. 168.

36 Vgl. § 24 und § 29 der Bedarfsplanungsrichtlinie.

37 Allerdings muss dieser Aufkauf durch die Zulassungsausschüsse, die aus je 3 Ärzte- und je 3 Kassenvertretern bestehen, veranlasst werden. Bei Stimmgleichheit gilt der Aufkauf als abgelehnt. Insofern können die Ärztevertreter solche Aufkäufe verhindern.

38 Vgl. Simon (2013), S. 290–291.

39 Vgl. Arentz (2017).

durch Fachärzte geleistet wird.⁴⁰ Dies ist zum einen auf die höhere Bewertung fachärztlicher Leistungen innerhalb des Vergütungssystems als auch auf die ärztliche Ausbildung zurückzuführen, deren praktischer Teil überwiegend in den Fachabteilungen von Krankenhäusern stattfindet.⁴¹

Alternativ zur Vertragsarztstätigkeit besteht für Ärzte die Möglichkeit, eine reine Privatpraxis für privat Versicherte und Selbstzahler zu eröffnen. Diese ist von der Bedarfsplanung ausgenommen. Zur Anzahl reiner Privatärzte gibt es keine offizielle Statistik.

Ärzte mit Zulassung als Vertragsarzt können sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte behandeln, alle Versicherten werden in Deutschland also innerhalb eines gemeinsamen Versorgungssystems behandelt. Beide Versichertengruppen haben freie Arztwahl, wobei sich die Arztwahl der gesetzlich Versicherten auf die Vertragsärzte beschränkt (§ 76 SGB V). Zwar soll der Hausarzt für gesetzlich Versicherte als Lotse fungieren, der Überweisungen zum Facharzt oder Krankenhaus vornimmt, die Versicherten sind aber frei, auch ohne Überweisung einen Facharzt bzw. ein Krankenhaus aufzusuchen.⁴²

2.1. Vergütungssystem für vertragsärztliche Leistungen

Für die gesetzlich Versicherten zahlen die deutschen Krankenkassen mit befreiender Wirkung eine sogenannte morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) an die jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen. Mit der Überweisung der MGV haben die Krankenkassen ihre Pflicht zur Vergütung der ärztlichen Leistungen erfüllt, Nachforderungen sind nur in Ausnahmefällen möglich.⁴³ Diese Gesamtvergütung wird von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen mit den jeweiligen regional tätigen Krankenkassen jedes Jahr für die kommende Abrechnungsperiode ausgehandelt. Die Verhandlungen auf regionaler Ebene sind eine Konkretisierung der Vereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, die als Mantelvertrag auf Bundesebene getroffen werden. Grundlage der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ist der voraussichtliche Behandlungsbedarf der Versicherten, der aus der vergangenen Abrechnungsperiode für die kommende geschätzt wird.

40 Vgl. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, zuletzt abgerufen am 11.6.2019.

41 Vgl. Simon (2017), S. 162

42 Vgl. Simon (2017), S. 158.

43 Vgl. § 87a Abs. 3 SGB V.

Aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) behalten die kassenärztlichen Vereinigungen einen Teil für Verwaltungsausgaben und für Rückstellungen ein. Aus diesen Rückstellungen werden bspw. Ausgaben für Praxisaufkäufe in übertersorgten Gebieten oder Subventionen für unterversorgte Gebiete finanziert. Nach Abzug dieser Posten verbleibt die „trennungsrelevante Gesamtvergütung“. Diese wird dann von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Hausärzte und Fachärzte nach festen Regelungen verteilt (sog. Honorarverteilungsmaßstab). Etwa 40 % der Gesamtvergütung fließt an Hausärzte, 60 % an die Fachärzte.⁴⁴

Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt in Einzelleistungsvergütung, die auf dem sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beruht und mit einer Mengenbeschränkung in Form von Regelleistungsvolumina (RLV) versehen ist. Der EBM ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Vertragsärzte und wird vom sog. Bewertungsausschuss mit Vertretern aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ermittelt.⁴⁵

Mit dem EBM werden alle mit den Kassen abrechnungsfähigen Leistungen bestimmt und mit einem Punktwert versehen, der auf Bundesebene ausgehandelt wird. Der EBM-Punktwert soll das wertmäßige Verhältnis zwischen einzelnen Leistungen darstellen. So werden bspw. für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG 67 Punkte vergeben, während ein Belastungs-EKG 200 Punkte ergibt.⁴⁶

Die Vergütung des Vertragsarztes ergibt sich dann aus der Multiplikation der EBM-Punktwerte mit dem sog. Auszahlungspunktwert. Für diesen wird zunächst auf Bundesebene ein sog. Orientierungswert ausgehandelt (2019: 10,8226 Cent). Auf Basis dieses Orientierungswertes verhandeln dann die regionalen KVen mit den Krankenkassen den regionalen Auszahlungspunktwert.

Das Regelleistungsvolumen (RLV) ist das Volumen, bis zu dem die Ärzte ihre Leistungen nach dem EBM abrechnen können. Das RLV ergibt sich aus der Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahresquartal multipliziert mit der durchschnittlichen Vergütung der Arztgruppe pro Fall. Überschreitet der Arzt das RLV, wird jede weitere erbrachte Leistung nur abgestaffelt vergütet. In der Folge sinkt der Fallwert der Leistungen. Diese zusätzlichen Vergütungen werden aus den Rücklagen der Kassenärztlichen Vereinigung finanziert. Ein RLV gilt dann als

44 Vgl. Simon (2017), S. 187.

45 Für eine ausführliche Darstellung der Vergütungslogik für Vertragsärzte siehe Simon (2017), S. 175ff.

46 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), abrufbar unter <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>, abgerufen am 11.6.2019.

überschritten, wenn die Fallzahl mind. 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe entspricht.

Neben der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, die etwa 70 % der Leistungen abdeckt, trägt auch die extrabudgetäre Vergütung (EGV) zum Honorar der Ärzte bei. Extrabudgetäre Leistungen erfolgen auch in Einzelleistungsvergütung, sind aber keinen Mengenbeschränkungen unterworfen. Über die EGV werden bspw. Vorsorgeleistungen wie Impfungen finanziert oder spezielle Versorgungsprogramme für bestimmte Patientengruppen wie etwa Krebskranke.⁴⁷

2.2. Vergütungssystem für privatärztliche Leistungen⁴⁸

Neben dem Vergütungssystem für vertragsärztliche Leistungen können Ärzte für Privatversicherte und Selbstzahler nach der sogenannten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, bzw. GOZ für Zahnärzte) abrechnen. Die Gebührenordnung ist eine Rechtsverordnung der Bundesregierung, die für alle Ärzte und Zahnärzte verpflichtend ist. In der Gebührenordnung finden sich alle abrechnungsfähigen Leistungen. Sie untergliedern sich in Grundleistungen, wie Beratungsleistungen, und gebietsbezogene bzw. nicht gebietsbezogene Sonderleistungen. Unter gebietsbezogenen Sonderleistungen versteht man etwa Leistungen der Laboratoriumsmedizin, während bspw. Blutabnahmen unter die nicht gebietsbezogenen Leistungen fallen.

Für die einzelnen Leistungen erhalten die Ärzte sogenannte Gebührensätze. Dieser errechnen sich über die mit den Leistungen verbundenen Punktzahlen, die dann mit einem einheitlichen Punktwert (5,82873 Cent) multipliziert werden. Je nach Schweregrad der Behandlung kann der Arzt diese Gebührensätze mit unterschiedlichen Steigerungssätzen multiplizieren. Ohne Begründung können die Gebührensätze mit dem einfachen und 2,3-fachen Satz multipliziert werden, mit medizinischer Begründung auch bis zum 3,5-fachen Satz. Medizinisch-technische Leistungen können mit dem 1,8-fachen und Laboratoriumsleistungen bis zum 1,15-fachen Satz gesteigert werden. Aus der Multiplikation des Gebührensatzes mit den jeweiligen Steigerungssätzen ergibt sich dann das Gesamthonorar des Arztes.⁴⁹

47 Vgl. GKV-Spitzenverband (2017).

48 Dieser Abschnitt folgt Arentz (2018).

49 Vgl. GOÄ § 5.

Um Flexibilität hinsichtlich neuer Leistungen zu gewährleisten, für die noch keine Gebührensätze existieren, können Ärzte diese über sogenannte Analog-Ziffern abrechnen, indem sie Leistungen aus der GOÄ heranziehen, die den neuen Leistungen ungefähr entsprechen.

Ärzte unterliegen im Gegensatz zur GKV bei der Behandlung von Privatversicherten keinen Mengenbeschränkungen.

In der PKV wird nach dem Kostenerstattungsprinzip abgerechnet. Hier reicht der Patient die vom Arzt gestellte Rechnung bei der Krankenversicherung ein. Die GOÄ ist zwar die Grundlage der Erstattung durch die Krankenversicherungsunternehmen, diese sind allerdings nicht verpflichtet, jeden vom Arzt verwendeten Steigerungssatz zu erstatten. Die Höhe der Erstattung richtet sich vielmehr nach den jeweiligen Bestimmungen der Krankenversicherungsverträge. Für den Fall, dass die Krankenversicherung nur einen niedrigeren Steigerungssatz erstattet, muss der Versicherte den Differenzbetrag selbst tragen.

Verträge zwischen Versicherungsunternehmen und Leistungserbringern müssen auf Basis der GOÄ erfolgen, Selektivverträge mit eigenen Vergütungssystemen sind bisher ausgeschlossen. Die aktuelle GOÄ stammt aus dem Jahre 1996 und enthält daher viele neue Leistungen nicht. Daher verhandelt der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Bundesärztekammer derzeit über die Novellierung der GOÄ. Diese soll in Zukunft laufend angepasst werden können.⁵⁰

2.3. Finanzierungsanteil der Arztpraxen durch GKV und PKV

Ärzte mit Kassenzulassung dürfen sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte behandeln. Eine indirekte Begrenzung der Behandlung von Privatversicherten ergibt sich nur aus der Vorschrift, dass Kassenärzte mindestens 25 Stunden pro Woche für Sprechstunden für gesetzlich Versicherte vorhalten müssen.⁵¹ Allerdings ist fraglich, ob diese Vorschrift systematisch überprüft wird.⁵²

Durch die unterschiedliche Vergütungsstruktur sind die Einnahmen aus der Behandlung Privatversicherter im Vergleich zu gesetzlich Versicherten deutlich höher. Legt man die gesetzliche Vergütung zugrunde, ergäben sich Ausgaben

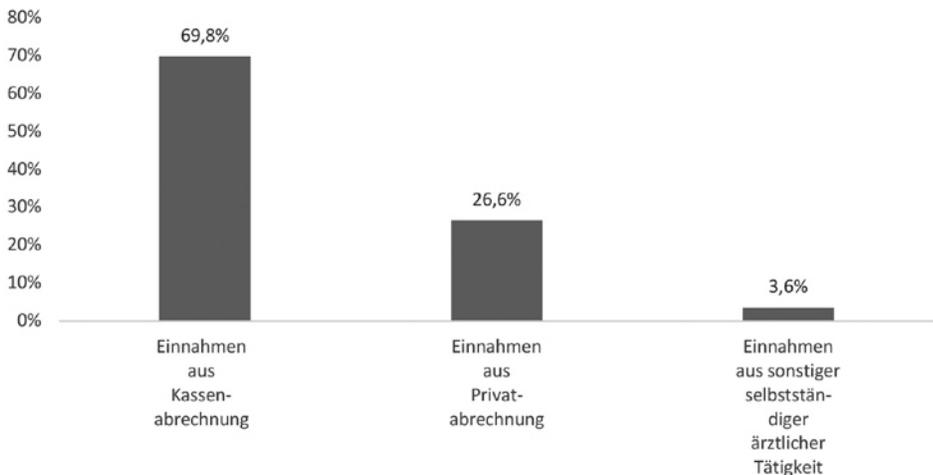
50 Vgl. Rahmenvereinbarung zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer http://www.pkv.de/w/files/verband/pressestatements/rahmenvereinbarung-novellierung-goae_11-11-2013-3-.pdf, zuletzt abgerufen am 28.6.2019.

51 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, § 19a.

52 Vgl. Sundmacher/Ozegowski (2016), S. 450.

der privaten Versicherungen in der ambulanten Versorgung von 5,11 Mrd. Euro (2017). Tatsächlich fallen in der Privatversicherung jedoch Ausgaben von 11,53 Mrd. Euro an. Der Differenzbetrag entspricht dem Mehrumsatz, den die Ärzte durch die Behandlung von PKV-Versicherten erzielen.⁵³ Die höheren Ausgaben sind überwiegend dem Preiseffekt durch die unterschiedliche Vergütung der Leistungen zuzuschreiben, allerdings dürften auch Mengenausweitungen eine Rolle spielen: Angesichts der besseren Vergütung der Leistungen und fehlender Mengenbeschränkungen ist es wahrscheinlich, dass Ärzte mehr Leistungen bei Privatversicherten abrechnen, als sie in einem vergleichbaren Fall für GKV-Versicherte erbringen würden.

Abbildung 4: Einkommensanteile aus Kassen- und Privatleistungen 2015



Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2017). Sonstige selbständige Tätigkeiten umfassen bspw. Betriebsärztliche Tätigkeit oder Gutachtenerstellung.

Abbildung 4 verdeutlicht die Verteilung der Einnahmen von Arztpraxen aus gesetzlichen und privaten Praxisleistungen in 2015 (aktuellstes verfügbares Jahr). Bei der Betrachtung der Finanzierungsanteile einer Arztpraxis durch Privateinnahmen und Einnahmen aus der Behandlung von Kassenpatienten ist zu beachten, dass hier nicht unterschieden werden kann, ob sie aus der Behandlung von GKV-Selbstzahlern⁵⁴, Versicherten mit einer privaten substitutiven Versicherung

⁵³ Hagemeister/Wild (2019).

⁵⁴ Hier kommen „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL-Leistungen) in Betracht. Dies sind Leistungen, die GKV-Versicherte privat bezahlen, weil sie von den Kassen nicht übernommen werden, aber von den Ärzten empfohlen werden. Ein Beispiel ist die zusätzliche

oder von Versicherten mit privaten Zusatzversicherungen stammen. Auch hier ist jedoch davon auszugehen, dass der weit überwiegende Anteil aus der Behandlung Privatvollversicherter stammt, da hier das gesamte Leistungsspektrum abgerechnet wird. So schätzt Zok (2019), dass IGeL-Leistungen ein Umsatzvolumen von etwa 1 Mrd. Euro generieren. Bei 14 Mrd. privat abgerechneter Leistungen macht dies also nur einen Anteil von 7 % aus.

Mit knapp 27 % der Einnahmen von Arztpraxen stellen privat abgerechnete Leistungen eine bedeutende Einnahmequelle für Arztpraxen dar. Es ist davon auszugehen, dass die Einnahmen aus der Privatpraxis für einige Ärzte notwendig sind, um eine Praxis wirtschaftlich betreiben zu können.

Die duale Finanzierung der ambulanten Versorgung führt insgesamt zu einer höheren Vergütung der niedergelassenen Ärzte und damit *ceteris paribus* zu einer höheren Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit im ambulanten Bereich.

3. Fazit

Die gemeinsame Versorgung von privat und gesetzlich Versicherten innerhalb derselben Infrastruktur bietet Vorteile für Ärzte und gesetzlich versicherte Personen. Die Ärzte erwirtschaften mit den Privatversicherten, die einen Anteil von 11 % an allen Versicherten ausmachen, knapp 27 % ihrer Einnahmen, d.h., sie verdienen bei gleichem Arbeitsaufwand mit Privatversicherten deutlich mehr als mit gesetzlich Versicherten. Für etliche Praxen dürften die Privateinnahmen notwendig sein, um die Praxis wirtschaftlich betreiben zu können.

Das deutsche System der ambulanten Versorgung ist eine historisch gewachsene Struktur, die einen im internationalen Vergleich sehr guten Zugang aller Versicherten zu Gesundheitsversorgung unabhängig von ihrem Versicherungsstatus erreicht. Allerdings ist angesichts der Besonderheiten des deutschen Versicherungssystems fraglich, ob sich diese Ergebnisse auf andere Gesundheitssysteme übertragen lassen. Die hohen Privateinnahmen in der ambulanten Versorgung dürften in Deutschland zum weit überwiegenden Teil von Versicherten mit einem substitutiven Krankenversicherungsvertrag stammen und weniger aus der privaten Zusatzversicherung, die im ambulanten Bereich vor allem Zuschüsse zu Heil- und Hilfsmitteln sowie für Vorsorgeuntersuchungen leistet. Nennenswerte Einkommenseffekte für Ärzte aus einer privaten Zusatzversicherung dürften sich also erst dann ergeben, wenn in größerem Umfang Leistungen aus dem gesetzlichen Katalog gestrichen und diese Leistungen dann über Zusatzversicherungen finanziert werden. Beispielhaft kann in Deutschland der zahnmedizinische Bereich herangezogen werden. Dort wurden stärker Leistungen gekürzt, in der Folge stieg der Absatz von Zahnzusatzversicherungen, die heute mit großem Abstand den größten Anteil an den insgesamt verbreiteten Zusatzversicherungen ausmachen. Schon heute machen privat Zahnärztliche und selbständige Tätigkeiten der Zahnärzte über die Hälfte der Einnahmen aus.⁵⁵

⁵⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017), S. 15.

Literaturverzeichnis

- Arentz, Christine (2018): Private Zusatzversicherung in der stationären Versorgung in Deutschland. Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2/2018. Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung.
- Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen OECD-Ländern. WIP-Analyse 2/2017. www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Regionale_Verteilung_von_Aerzten_in_Deutschland.pdf, Stand: 28.6.2019.
- Deutsche Aktuarvereinigung (2016): Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung, URL: https://aktuar.de/unsere-themen/fachgrundsaeetze-oef-fentlich/2016-01-19_Hinweis_KV_nach_Art_SV.pdf, Stand: 29. November 2016.
- Eckhoff, Johann/Wolfgramm, Christine (2010): Solidarische Privatversicherung oder Bürgerprivatversicherung? Eine Replik, in: Wirtschaftsdienst, 90. Jg., Nr. 10, S. 683-691.
- Eibich, Peter/Schmitz, Hendrik/Ziebarth, Nicolas (2011): Zusatzbeiträge erhöhen die Preis-transparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse, in: DIW Wochenbericht, 51+52, S. 3–13.
- Fichte, Damian/Schulemann, Olaf (2010): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 90. Jg., Nr. 10, S. 676–682.
- Finkenstädt, Verena/Niehaus, Frank (2013): Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick, Köln.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.
- GKV-Spitzenverband (2013): Faktenblatt Ausgaben versicherungsfremde Leistungen.
- GKV-Spitzenverband (2017): Faktenblatt Ambulante Versorgung - Systematik Ärztehonorare. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/aerzteverguetung/Faktenblatt_Systematik_Aerztehonorare_2017-11-07.pdf., zuletzt abgerufen am 11.6.2019
- GKV-Spitzenverband (2018): Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler), URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2018-11-28_Beitragsverfahrensgrundsaeetze_Selbstzahler.pdf, Stand: 11. Juni 2019.
- Grabka, Markus (2014): Zahl privater Zusatzkrankenversicherungen hat sich verdoppelt, in: DIW Wochenbericht, Nr. 14.
- Hagemeister, Sonja / Wild, Frank (2019): Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV. WIP-Analyse Nr. 4/2019 (im Erscheinen).

- ohne Verfasser (2011): Die PKV in der Niedrigzinsphase, in: Aktuar Aktuell, Nr. 18, S. 8–9.
- ohne Verfasser (2013): Alles neu., in: PKV Publik, Nr. 1, S. 4–7.
- PKV Verband (mehrere Jahrgänge): Zahlenbericht, Köln.
- PKV-Verband (2013): Musterbedingungen für die Krankheitskostenversicherung, URL: <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-kk-2009.pdb.pdf>, Stand: 2. Dezember 2016.
- Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 4. Aufl., s.l.
- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., s.l.
- Statistisches Bundesamt (2017): Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2 Reihe 1.6.1. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publikationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161159004.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Stand: 11.6.2019
- Statistisches Bundesamt (2019): Gesundheit - Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.1, URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html#sprg235028, Stand: 11.6.2019.
- Sundmacher, Leonie/Ozegowski, Susanne (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany, in: The European journal of health economics: HEPAC : health economics in prevention and care, Vol. 17, No. 4, pp. 443–451.
- Ulrich, Volker/Pfarr, Christian (2013): Anmerkungen und Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbpolitischen Bedeutung der PKV, URL: http://www.pkv.de/w/files/politik/studien/gutachten-pkv_endfassung.pdf, Stand: 13.6.2019.
- Wasem, Jürgen (2016): Innovationen im GKV-/PKV-System, URL: http://www.euroforum.de/veranstaltungen/pkv_aktuell_2016/artikel-innovationen, Stand: 29. November 2016.
- Weber, Roland (2012): Plädoyer für eine reformierte Dualität, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 61. Jg., Nr. 3, S. 286–298.
- Zok, Klaus (2019): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WidoMonitor Ausgabe 1/2019. ISSN: 1614-8444.



Die Welt ist nicht vorhersagbar.

Vertrauen Sie auf ein weltweit erfahrenes Investment-Team.

Die Finanzmärkte werden zunehmend komplexer. Wir sind davon überzeugt, dass Anlageentscheidungen von der Bewertung eines erfahrenen globalen Teams profitieren. Dabei haben wir nicht nur die Welt im Blick, sondern beachten Ihre individuellen Anlagebedürfnisse. So profitieren Sie von einem ebenso strukturierten wie erprobten Investment-Prozess. wm.austria@db.com

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Schwerpunktthema „Als Privatpatient zum Kassenarzt“.

Dieses Mal mit einem Beitrag von MMag. Astrid Knitel, Leiterin Kranken- und Unfallversicherung beim VVO Versicherungsverband Österreich

MMag. Astrid Knitel

Leitung Kranken- und Unfallversicherung, VVO Versicherungsverband Österreich

„Nicht privatversicherte Patienten dürfen und sollen durch eine solche Konstellation keinen Nachteil erfahren.“

Das österreichische öffentliche Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt. Nichtsdestotrotz werden immer mehr staatliche Leistungen gekürzt und die Anzahl der Wahlärzte steigt. Der Boom wird aus derzeitiger Sicht wohl anhalten. Die privaten Krankenversicherer verstehen sich als ein ergänzender Partner zur gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlenmäßig stark steigend ist insbesondere der Bereich der ambulanten Versicherung (Privatarzt/Wahlarzt). Von 2017 auf 2018 ist der Bereich der Arztleistungen der PKV um 21,4 % angewachsen und nahm 11,1 % der gesamten Zahlungen in Anspruch.¹

Die Frage, was davon zu halten wäre, wenn künftig auch Kassenärzte – analog zu den Wahlärzten – private Leistungen anbieten dürften, ist schwierig zu beantworten. Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen, Verordnungen und Vereinbarungen sind teilweise sehr komplex aufgebaut. In diesem Zusammenhang werden auch viele Folgefragen aufgeworfen: Ist eine Behandlung zu unterschiedlichen Ordinationszeiten überhaupt erlaubt, wie sieht es mit dem Zeitaufwand des Arztes aus oder welche Mehrwertleistungen für Privatversicherte können und dürfen angeboten werden? In der Sonderklasse im Spital darf sich der Mehrwert etwa nur auf die Hotelkomponente beziehen. Faktoren wie eine geringere Bettenanzahl im Zimmer, mehr Menüs zur Auswahl, Zeitschriften, flexiblere Besuchszeiten etc. sind hier zu nennen. In der ärztlichen Behandlung darf es natürlich keinen Unterschied geben. Erlaubt, aber nicht gesetzlich verankert ist die freie Arztwahl nach Maßgabe der organisatorischen Möglichkeiten oder wenn etwa der Arzt mehr Zeit mit dem Patienten verbringt. Im niedergelassenen Bereich ist die

1 Vgl. VVO-Jahresbericht 2018 unter: [https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/xC7EDB26AD46C30A2C12583F40025DDB9/\\$file/170_VVO_Jahresbericht_2018_Datenteil_rd3.pdf](https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/xC7EDB26AD46C30A2C12583F40025DDB9/$file/170_VVO_Jahresbericht_2018_Datenteil_rd3.pdf) ; S. 123.

Aufenthaltsdauer beim Arzt begrenzt. Vorteile für die Inanspruchnahme eines Kassenarztes sehe ich darin, dass etwa bei Neuabschluss einer privaten Versicherung weiterhin der Besuch beim Kassenarzt beibehalten werden kann, zu dem oftmals schon ein besonderes Vertrauensverhältnis existiert. Viele Hausärzte sind Kassenärzte und viele PatientInnen oft ihr ganzes Leben oder schon jahrelang beim selben Arzt, der ihre Krankengeschichte gut kennt. Im ländlichen Gebiet ist oftmals die Zahl der Wahlärzte – auch wenn sie ansteigend ist – noch nicht so verbreitet wie etwa im städtischen Gebiet. Weite Fahrtstrecken sind beim Besuch eines Wahlarztes dann in Kauf zu nehmen. Attraktiv wären beispielsweise Terminvereinbarungen am Abend oder zu Randzeiten, welche insbesondere berufstätigen Menschen entgegenkommen. Gerade in einer leistungsorientierten und schnelllebigen Gesellschaft wird das Thema Zeit wohl zunehmend wichtiger. Ein Kassenarzt muss derzeit eine gewisse Anzahl an Patienten pro Tag behandeln, um nicht defizitär zu arbeiten. Ist eine Leistung höher entlohnt, kann sich der Arzt bei Bedarf auch mehr Zeit nehmen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass nicht privat versicherte PatientInnen einen Nachteil erfahren. Dieses mögliche Dilemma könnte etwa mit unterschiedlichen Ordinationszeiten gelöst werden. Weitere Vorteile für Privatversicherte wären, dass sie nicht an das Quartal gebunden sind und somit eine „second opinion“ einholen könnten. Bei der gesetzlichen Krankenkasse ist – von Ausnahmefällen abgesehen – in diesen Fällen kein Kostenersatz mehr möglich. Auch alternative Heilbehandlungen wie z.B. Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktik oder Osteopathie beim Arzt werden von der Krankenkasse grundsätzlich nicht übernommen und könnten durch die private Versicherung (je nach Tarif) abgedeckt werden.

Durch den Einbezug von Kassenärzten in die private ambulante Behandlung könnte sich das Marktvolumen der PKV eventuell erhöhen, denn wenn sich das Leistungsangebot vergrößert, korreliert dies oftmals auch mit einer vermehrten Inanspruchnahme. Ob tatsächlich mehr ambulante Verträge abgeschlossen werden, hängt jedoch sicherlich auch damit zusammen, wie das Angebot und damit einhergehend die Attraktivität der Inanspruchnahme der Kassenärzte aussieht.

Ein 1:1-Vergleich zum stationären Bereich ist hingegen zumindest aus derzeitiger Sicht nicht ganz passend. Im stationären Bereich bezahlt etwa ein Sonderklasseversicherter nur die zusätzliche Leistung für die Inanspruchnahme der Sonderklasse. In einer Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes

1996 (für die öffentlichen Spitäler Oberösterreichs) wurde festgestellt, dass dem Privatpatienten bzw. seiner Sonderklasse-Versicherung nur die tatsächliche Mehrleistung verrechnet werden darf. Davor wurden in vielen Bundesländern den Sonderklassepatienten auch erhebliche Teile der Gebühren der allgemeinen Klasse in Rechnung gestellt. Nachdem der Versicherte aber diese Leistungen schon mit Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern abgedeckt hat, ist der Sonderklassepatient sozusagen doppelt zur Kasse gebeten worden. Diese Ungerechtigkeit wurde in einer Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes aufgehoben und festgestellt, dass nur die Mehrleistung für die Sonderklasse verrechnet werden darf. Die allgemeinen Basiskosten werden daher – abgesehen von wenigen Ausnahmen (Opting-Out-Versicherte, ausländische Staatsbürger) – vom jeweiligen Gesundheitsfonds übernommen. Hingegen dürfen derzeit im niedergelassenen Bereich Kassenärzte – soweit mir das bekannt ist – nicht gleichzeitig die e-Card stecken und damit mit der Krankenkasse abrechnen und eine private (Zusatz-)Honorarnote legen. Eine Aufzählung und Vermischung (Sozialversicherung und private Versicherung) wie im stationären Bereich ist derzeit nicht vorgesehen.

Für das öffentliche System könnte das Modell – ähnlich wie im stationären Bereich – den Vorteil bringen, dass unter Umständen mehr MedizinerInnen im Land gehalten werden. Im Krankenhaus steigen die Einkünfte der MedizinerInnen durch Sonderklassehonorare auf ein höheres Niveau an. Somit sorgen letztendlich die Honorare der Sonderklasse dafür, dass die Spitzenkräfte an den öffentlichen Spitälern bleiben und allen PatientInnen (Allgemeine Klasse und Sonderklasse) zur Verfügung stehen. Ob sich dieser Ansatz auf den niedergelassenen Bereich übertragen lassen kann, ist wohl von verschiedenen Überlegungen und diversen Faktoren abhängig. Viele Ärzte haben heutzutage kein Interesse mehr an einem Kassenvertrag. Die Folge ist, dass immer mehr Wahlärzte eine Praxis aufmachen und weniger Praxen für alle Kassen zur Verfügung stehen.

Nicht privatversicherte Patienten dürfen und sollen durch eine solche Konstellation keinen Nachteil erfahren. Eine mögliche Variante wäre das Angebot von unterschiedlichen Ordinationszeiten (hier scheint die Praxis derzeit auch in den Bundesländern unterschiedlich zu sein). Bei einer Diskussion zur Zwei-Klassen-Medizin rückt der entscheidende Umstand in den Hintergrund, dass akut notwendige Eingriffe bzw. Behandlungen ohne Ansehung des Versicherungsstatus prompt zu erfolgen haben. Zur Debatte stehen somit letztlich nur planbare Eingriffe/Behandlungen. Dieser Punkt und das Thema der

Wartezeiten wären etwa mit unterschiedlichen Ordinationszeiten entschärft. Optimierter Zeitablauf (geringe Wartezeiten) und Hausbesuche sind weitere Themen, welche für alle Patienten – unabhängig, ob privat versichert oder nicht – sicherlich eine wichtige Rolle spielen.

N e w s a u s d e n G e s u n d h e i t s - s y s t e m e n

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter www.lig-gesundheit.at finden.

INHALT

<i>Österreich:</i> Bundeswettbewerbsbehörde für Hausapotheken	151
<i>Deutschland:</i> Spitäler: Quantität schadet Qualität	153
<i>Österreich:</i> Ärzte stellen Ärzte an	154
<i>Europa:</i> EU-Gesundheitsprogramm „in a Nutshell“	156
<i>Niederlande:</i> Krankenkasse: Weniger Rabatte bei Gruppentarifen	157
<i>Österreich:</i> Blutspende ohne ärztliche Obhut	158
<i>Großbritannien:</i> Stoptober wirkt positiv auf Raucherquote	159

Deutschland: Bluttest auf Trisomie 21 wird Kassenleistung	160
Österreich: Neues Gutachten zur Kassenfusion	161
Niederlande: Versicherer informieren zu wenig	162
Schweiz: Neun Maßnahmen für mehr Kosteneffizienz	163
Großbritannien: Community-Apotheken bieten Früherkennungsscheck	165
Deutschland: Bundesweite Initiativen ließen Antibiotikaeinnahmen sinken	166
Großbritannien: Personalmangel erfordert bessere Arbeitsbedingungen	167
Österreich: Gesunde Steigerung bei der Prävention	168

LIG-Newsletter

Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.

Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

ÖSTERREICH

Bundeswettbewerbsbehörde für Hausapotheken

Der neueste Bericht der Bundeswettbewerbsbehörde in der Sparte Gesundheit könnte brisanter nicht sein. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Besetzung von Kassenarztstellen empfiehlt die BWB eine Anpassung des Apothekengesetzes zu Gunsten der Hausapotheken.

Zwischen 2009 und 2018 haben 155 öffentliche Apotheken neu eröffnet, was besonders in vielen kleineren Gemeinden (1.000 bis 5.000 Einwohner) zu einer Verdrängung von Hausapotheken führte. So kam es durch die Neueröffnung von 37 öffentlichen Apotheken zu einer regulatorischen Schließung von 62 Hausapotheken. Die Bundeswettbewerbsbehörde stellte in ihrem Bericht „Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“ fest, dass die Hausapotheke, vor allem am Land, für Ärzte eine wichtige Einnahmequelle darstellt und sie damit auch ein essentieller Aspekt für die Besetzung von Hausarztstellen ist. Ein gut ausgebautes Primärversorgungsnetz ist außerdem eine Grundvoraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitssystem und damit anzustreben. Für den Patienten stellt die bisherige Regelung des Apothekengesetzes laut BWB eine unnötige restriktive Regelung dar, die die Auswahlmöglichkeit einschränkt und den Bezug von Arzneimitteln teilweise erheblich erschwert.

Dr. Thanner, Geschäftsführer der BWB, stellt in diesem Zusammenhang klar: „Eine effektive und für alle zugängliche Gesundheitsversorgung ist wichtig für die Bevölkerung und muss sichergestellt werden. Es kann nicht sein, dass durch künstliche Wettbewerbsbarrieren die medizinische Versorgung insbesondere im ländlichen Raum leidet. Die Wahlfreiheit der Patienten und Patientinnen und ein schneller Zugang zur medizinischen Leistungen und Medikamenten müssen gewährleistet sein. Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage ist eine effektive und wettbewerbskonforme medizinische Versorgung in bestimmten Regionen in Österreich nicht gegeben.“

Die BWB stellte daher einen Katalog mit Empfehlungen zusammen, die eine klare Zusage an die Hausarztmedizin ist:

- Forcierung der flächendeckenden Förderungen und finanzielle Anreizsetzung bezüglich Kassenstellen im Bereich Allgemeinmedizin im ländlichen Raum.

- Vertiefte und flächendeckende Aufwertung der Allgemeinmedizin im theoretischen und praktischen Teil der universitären Ausbildung hinsichtlich des Studiums der Humanmedizin.
- Weitere Flexibilisierungen und Ausbau der Entwicklungsmöglichkeiten für niedergelassene § 2-Vertragsärzte.
- Bewusstseinsfördernde Maßnahme (etwa durch eine Informationsoffensive) mit dem Ziel einer erhöhten Wertschätzung und Aufwertung von § 2-Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin.
- Ersatzlose Streichung der Mindestentfernungen in § 29 ApothekenG hinsichtlich der Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke in Gemeinden ohne öffentliche Apotheken.
- Streichung der Sonderregelung bezüglich der Mindestentfernung für ärztliche Hausapotheken zu öffentlichen Apotheken gemäß § 28 Abs. 3 ApothekenG in Gemeinden mit nur einer kassenärztlichen Vertragsstelle und einer vorliegenden Konzession für eine öffentliche Apotheke. Stattdessen rechtliche Gleichstellung von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken durch den Verweis auf § 10 ApothekenG.
- Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten des ländlichen Raums bei der Bedarfsprüfung i.S.d. § 10 ApothekenG.
- Planstellen für PVE sollen nicht zu Lasten der Kassenarztstellen in ländlichen Gebieten bereitgestellt werden, stattdessen wird eine systematische Planstellenbewirtschaftung unter Heranziehung eines transparenten Kriterienkataloges vorgeschlagen.
- Berechtigung zur Führung von ärztlichen Hausapotheken auch für Primärversorgungseinheiten.
- Maßnahmen zur Sicherstellung der Wahlmöglichkeit in nicht akuten Fällen hinsichtlich verschiedener Ärzte auch in Primärversorgungseinheiten durch Gestaltung der Öffnungszeiten.
- Für die bewilligungspflichtige mobile Abgabeeinrichtung sind (Mindest) Kriterien betreffend die Bedarfsprüfung durch die österreichische Apothekerkammer gesetzlich zu regeln. Alternativ wäre denkbar, dass bei Fehlen einer mobilen Abgabeeinrichtung im Einzugsgebiet diese jedenfalls bewil-

ligt würde, es sei denn, die österreichische Apothekerkammer weist das Fehlen eines Bedarfs nach.

- Filialapotheken sollten – sofern dem keine zwingenden Gründe im Einzelfall entgegenstehen – von dauerhaftem Bestand sein. Die Schutzfrist einer Filialapotheke sollte parallel zur Konzessionsdauer der Stammapotheke laufen.

DEUTSCHLAND

Gesundheitsberuferegister

Letzten Sommer sorgte in Deutschland eine Studie für Aufregung, die die Existenzberechtigung einer enormen Anzahl von Krankenhäusern in Frage stellte. Kleine Spitäler könnten mit den großen nicht mithalten und eine Zentralisierung würde den Patienten nützen, so die Autoren.

Die Studie im Auftrag der Bertelsmannstiftung empfiehlt die Reduktion der Krankenhäuser von 1.400 auf unter 600. Die knappen personellen Ressourcen bei Pflege und Ärzten könnten gebündelt und die übrigen Spitäler mit ausreichend Geräten ausgestattet werden. Viele Todesfälle und Komplikationen könnten so vermieden werden.

Qualität vor Nähe

Eine geringe Entfernung zum nächsten Spital beruhigt, weil im Fall der Fälle Hilfe nicht weit ist. Doch trügt dieser Schein? Zumindest die fragliche Studie behauptet dies. Die Qualität der Behandlung sei in kleinen Spitälern schlechter. Diese seien im Notfall häufig nicht optimal eingerichtet (z.B. bei Schlaganfällen oder Herzinfarkten) und auch bei planbaren Eingriffen fehle wegen der kleinen Fallzahlen die nötige Routine. Dadurch sind die Ergebnisse schlechter. Eine Rund-um-die-Uhr-Besetzung mit Fachärzten sei ebenfalls nur in größeren Einheiten umsetzbar. Der etwas längere Weg ins größere Spital zahle sich also aus – auch bei Notfällen. Eine Fallstudie in der Region Köln/Leverkusen und dem Umland hat überdies gezeigt, dass sich die Anfahrtszeiten der Patienten nicht wesentlich verlängern würden. In diesem Raum würde laut Vorschlag von derzeit 38 auf dann 14 Häuser zusammengelegt.

Neue Struktur

Die Studie schlägt eine neue Struktur aus Versorgungskrankenhäusern mit durchschnittlich 600 Betten, etwa 50 Unikliniken und anderer Versorger mit je 1.300 Betten vor. Zurzeit verfügt ein Drittel der Spitäler in Deutschland über weniger als 100 Betten, der Durchschnitt liegt bei 300 Betten.

Meinungen

Der Vorschlag der Studienautoren findet nur wenig Anklang bei den Akteuren des deutschen Gesundheitssystems. Vor allem die Patientenvertretung ist entsetzt. Das Gesundheitsministerium zeigte sich vorerst bedeckt und will sich erst näher mit der Studie auseinandersetzen.

ÖSTERREICH

Ärzte stellen Ärzte an

Seit 1. Oktober 2019 dürfen Ärzte in Niederlassung fachgleiche Kolleginnen und Kollegen anstellen. Damit wird eine wichtige Möglichkeit für die Zusammenarbeit geschaffen und der Beruf des Kassenarztes wieder attraktiver werden.

Einzelordinationen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten mit Kassenvertrag dürfen künftig fachgleiche Kollegen anstellen und damit Planstellen teilen oder aufstocken. Eines der Ziele dieser Maßnahme ist eine besser Work-Life-Balance, die es auch Medizinern mit Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung ermöglicht, als Kassenarzt tätig zu sein. So sollen Familie, Freizeit und Beruf besser vereinbar und es älteren Ärzten ermöglicht werden, schon vor dem Pensionsantritt ihre Arbeitslast zu reduzieren.

Bei jungen Ärzten ist es häufig der Schritt in die Selbstständigkeit, der vor einer Kassenarztstätigkeit abschreckt. Diese Barriere wird durch die Anstellungsmöglichkeit durchbrochen – und wer weiß, vielleicht machen sich diese jungen Angestellten sogar später mit einer eigenen Praxis selbstständig. Denn die Anstellung bietet die Gelegenheit, sich schrittweise an die Verantwortung der Ordinationsführung zu gewöhnen. Dr. Alexander Biach, Verbandsvorsitzender des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, erhofft sich, dass durch die Regelung 90 derzeit

schwieriger besetzbare Stellen für Allgemeinmedizin leichter besetzt werden können.

Soll eine Vertragsarztstelle mit einem angestellten Kollegen geteilt werden, so muss dafür vom Vertragsarzt ein Antrag gestellt werden. Darin müssen die geplante Anstellungsdauer, das geplante Anstellungsausmaß und, falls eine Aufstockung der Kassenstelle geplant ist, die voraussichtliche Steigerung der Patientenzahlen und die geplanten Öffnungszeiten angegeben werden.

Ein in Vollzeit tätiger Arzt darf maximal ein weiteres Vollzeitäquivalent einstellen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten dürfen darüber hinaus einen weiteren Arzt mit 40 Stunden anstellen. Für Kassenstellen, bei denen die Ausschreibung schwierig ist, wollen Ärztekammer und Versicherungsträger die Anstellungen unbefristet genehmigen.

Ob eine Leistung vom angestellten Arzt oder dem Ordinationsinhaber erbracht wurde, macht für die Abrechnung keinen Unterschied. Diese findet immer über den Inhaber bzw. die Gruppenpraxis oder die Primärversorgungseinheit statt. Der Ordinationsinhaber darf die Tätigkeit in der Ordination aber nicht hauptsächlich den Angestellten überlassen oder sich gänzlich zurückziehen. Es besteht eine Pflicht zur „maßgeblichen persönlichen Berufsausübung in der Ordination“ für den Ordinationsinhaber. Ärzte dürfen bis zum 70. Lebensjahr angestellt werden, darüber hinaus bedarf es einer Ausnahmegenehmigung durch die Landesärztekammer und den Versicherungsträger, die etwa bei einer drohenden Unterversorgung erteilt werden kann.

EUROPA

EU-Gesundheitsprogramm „in a Nutshell“

Das EU-Gesundheitsprogramm 2014–2020 ist das dritte seiner Art. EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis sprach auf der Gesundheitskonferenz in Brüssel am 30. September über die Ziele, Maßnahmen und Erfolge des Programms. Interessant, weil es sich dabei um eine schöne Zusammenfassung einer sehr komplexen Thematik handelt.

Was?

Das Gesundheitsprogramm der EU ist eigentlich nichts anderes als ein Finanzierungsinstrument, das die Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitspolitik unterstützt und Innovationen im Gesundheitsbereich fördert. Der EU-Gesundheitskommissar betont aber, dass es nationalen Behörden und Gesundheitsakteuren dabei hilft, Bürgerinnen und Bürger durch Vorsorge, Förderung und Schutz vor Krankheit zu bewahren. Zudem werden die europäischen Referenznetzwerke unterstützt, die sich um die richtige Diagnose und Behandlung für Menschen mit seltenen Krankheiten kümmern. Kontrollen an den Einlassstellen und die schnelle Identifikation seltener Krankheitsreger sind weitere Aufgaben. Außerdem werden in den Mitgliedsstaaten auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene Gesundheitsmaßnahmen gefördert.

Wozu?

Die Ziele des EU-Gesundheitsprogramms 2014–2020 sind:

1. Die Förderung von Gesundheit, Prävention von Krankheit und Schaffung optimaler Rahmenbedingungen für eine gesunde Lebensweise
2. Der Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen
3. Ein Beitrag zu innovativen, effizienten und nachhaltigen Gesundheitssystemen
4. Erleichterung des Zugangs zu besserer und sicherer Gesundheitsversorgung

Die wesentlichen Erfolge des dritten Gesundheitsprogrammes sind eine sichere Funktionsweise medizinischer Geräte über ihre gesamte Lebensdauer hinweg (z.B. Ultraschall, MRI, Katheter, Herzschrittmacher), die erfolgreiche Bekämpfung von durch Impfung vermeidbaren Erkrankungen und die Eindämmung des Tabakkonsums.

Wie?

Insgesamt erhielten 7.300 Einrichtungen Förderungen zwischen 440,4 Millionen Euro durch das Gesundheitsprogramm 2014–2020. Darunter waren Behörden, Hochschulen, NGOs und internationale Organisationen. Bei 350 verschiedenen Maßnahmen trug die EU als Ko-Finanzier meist den Löwenanteil der Kosten. Die Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel ist für die Verwaltung des Programms zuständig. Außer für Einrichtungen in EU-Ländern steht das Programm auch für Maßnahmen in Bosnien und Herzegowina, Island, Moldawien, Norwegen und Serbien zur Verfügung.

Quo vadis?

Für das nächste EU-Gesundheitsprogramm 2021–2027 stehen für Andriukaitis besonders zwei Themen im Vordergrund: die Bekämpfung von Krebs und die Krisensicherheit der Gesundheitssysteme. Er wird sich wieder dafür stark machen, dass die Gesundheit auch im nächsten Haushalt der EU wieder eine wichtige Rolle spielen wird, denn „Gesundheit ist die Basis für alles andere, auch für Wirtschaft und Sicherheit“. Chancengleichheit, Sozialschutz und Inklusion sollen daher weiter gefördert werden.

NIEDERLANDE**Krankenkasse: Weniger Rabatte bei Gruppentarifen**

Bisher konnten Krankenkassen bei Gruppentarifen bis zu 10 % Rabatt gewähren. Ab dem kommenden Jahr dürfen nur noch bis zu 5 % nachgelassen werden. Grund dafür sind vor allem falsche Anreize zur Gruppenversicherung.

Etwa die Hälfte der Niederländer befindet sich derzeit in einer Gruppenversicherung, meist über den Arbeitgeber. Der größte Anreiz dafür sind die gewährten Rabatte in dieser Versicherungsform. Leider stellte sich aber heraus, dass viele Versicherte in der Gruppenversicherung überversichert sind oder zu viel bezahlen. Diese Versicherten wären also in einem Individualvertrag besser aufgehoben. Zudem sieht ein Sprecher von Zorgwijzer.nl eine Ungerechtigkeit in Rabatten für Gruppenverträge, denn wer zu keiner Gruppe gehört, kann nicht profitieren. Rabatte für spezifische Gruppen würden daher andere benachteiligen.

Einer Befragung zufolge wissen 90 % der Versicherten noch nichts von der kommenden Änderung der maximalen Rabattierungsmöglichkeit. Ein Sprecher des Gesundheitsministers Bruno Bruins meinte, dass die Krankenversicherungen diese Änderung ihren Versicherten rasch näher bringen sollen.

ÖSTERREICH

Blutspende ohne ärztliche Obhut

In mobilen Einrichtungen wird es künftig auch möglich sein, ohne die Anwesenheit ärztlichen Personals Blut zu spenden. Das wurde jetzt im Nationalrat beschlossen. Das Hauptargument dafür ist, dass so mehr notwendige Blutspenden entgegengenommen werden können. Dagegen spricht ein Verlust an Patientensicherheit.

Der standardisierte Anamnesebogen nach ärztlichen Vorgaben, der für die Zulassung zur Vollblutspende notwendig ist, werde durch die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege verwendet und garantiere damit die Sicherheit. Für Ärztekammer und FPÖ-Gesundheitssprecherin Brigitte Povysil ist hingegen die ärztliche Untersuchung ein wichtiger Standard, um gesundes Blut zu bekommen, wenn man es braucht – und zwar sowohl in stationären als auch in mobilen Einrichtungen. Thomas Szekeres, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, argumentierte, dass die gesundheitliche Eignung eines Spenders und potentielle Gefahren für Spender oder Empfänger nur durch einen Arzt festgestellt werden könnten. Die Blutabnahme könne hingegen, wie auch bisher schon, von diplomiertem Personal vorgenommen werden. Die Sicherheit der Patienten müsse bei der Überlegung, welches Gesundheitspersonal mit welchen Qualifikationen man wo einsetzt, immer an erster Stelle stehen.

GROßBRITANNIEN**Stoptober wirkt positiv auf Raucherquote**

Im letzten Jahr wurde der „Stoptober“ erneut durchgeführt, eine Aktion von Public Health England, die Menschen dabei unterstützt, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Raucherquote fiel zwischen Juni und Juli 2019 um 2,2 % – das entspricht einem Rückgang von 200 Rauchern pro Stunde.

Die „Smoking Toolkit Study“ des University College London (UCL) zeigt, dass die Raucherquote schneller zurückgeht als in den letzten 10 Jahren. Die Raucherquote ist niedriger als je zuvor. Trotzdem wird der „Stoptober“ heuer wieder stattfinden, um noch mehr Rauchern die Möglichkeit zu geben, ihr Laster abzulegen. Ab 1. Oktober werden wieder verstärkt Informationen zur Verfügung gestellt, um erfolgreich Nichtraucher zu werden. „Mit dem Rauchen aufzuhören gehört zu den besten Dingen, die man für seine Gesundheit tun kann. Zudem spart man Geld und bereits nach 28 Tagen stellen sich viele positive Veränderungen ein“, meint Yvonne Doyle, Direktorin für Health Protection und medizinische Direktorin von Public Health England.

Im Stoptober wird es wieder eine kreative Kampagne geben, die über das Radio, das Fernsehen und öffentliche Werbeträger verbreitet wird. Diese Kampagne soll die Vorteile eines Rauchstopps herausstreichen, fordert Raucher dazu auf, ihre schlechte Beziehung zur Zigarette zu überprüfen und sich danach von ihr zu trennen. Der Stoptober unterstützt die Teilnehmer außerdem mit einer App, einem Facebook Messenger Bot, täglichen E-Mails, einem persönlichen Rauchstopp-Plan und der Online-Stoptober-Community.

Viele Raucher möchten zwar aufhören, schieben es aber immer wieder hinaus und haben Angst vor dem Scheitern. Raucher, die von einem lokalen Experten persönlich beim Rauchstopp unterstützt werden, haben dreimal häufiger Erfolg als Menschen, die es allein mit Willenskraft versuchen. Aber auch Unterstützung durch den Hausarzt, die Familie und Freunde kann hilfreich sein.

Die Raucherquote befindet sich in England zurzeit auf einem historischen Tief von 14,4 % in der erwachsenen Bevölkerung (Männer 16,4 %; Frauen 12,6 %).

DEUTSCHLAND

Bluttest auf Trisomie 21 wird Kassenleistung

Medizinisch ist es heute möglich, mittels eines ungefährlichen Bluttests festzustellen, ob das ungeborene Kind das Down-Syndrom hat. Dieses Testverfahren wirft auch ethische Bedenken auf, wurde jetzt in Deutschland aber für bestimmte Ausnahmefälle als Kassenleistung beschlossen.

Bereits seit 2012 können Schwangere auf Privatkosten das Testverfahren nutzen: Durch eine Blutabnahme bei der Mutter, in dem sich auch Zellen des Kindes finden, kann festgestellt werden, ob das Ungeborene Trisomie 21 hat. Das gilt im Vergleich zu der seit mehr als 30 Jahren üblichen Fruchtwasseruntersuchung, die Kassenleistung ist, als risikolos. Beim Down-Syndrom liegt das 21. Chromosom dreimal statt doppelt vor. Die Folge ist eine verzögerte Entwicklung, die sehr unterschiedlich ausfallen kann.

Die Untersuchung auf die Chromosomenauffälligkeit soll nun in begründeten Einzelfällen von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden, das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von Ärzten, Kassen und Kliniken als oberstes Entscheidungsgremium in Berlin beschlossen. Frauen mit Risikoschwangerschaften sollen davon profitieren – nach einer ärztlichen Beratung und bestimmten verpflichtenden Informationen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der Bluttest nicht als „ethisch unvertretbares Screening“ missbraucht wird. Ziel sei laut G-BA-Vorsitzendem Josef Hecken, bei Risikoschwangerschaften eine invasive Fruchtwasseruntersuchung zu vermeiden, die im schlimmsten Fall mit einer Fehlgeburt enden kann. Die Beratung durch den Arzt soll ausdrücklich „ergebnisoffen“ geführt werden und es soll auch auf das Recht auf Nichtwissen von Testergebnissen hingewiesen werden.

Voraussichtlich soll es die Bluttests auf Kassenleistung ab Ende 2020 geben. Bis dahin müssen noch Informationsbroschüren gestaltet werden und das Bundesgesundheitsministerium muss den Beschluss noch billigen.

ÖSTERREICH**Neues Gutachten zur Krankenkassenfusion**

Ein im Auftrag der Arbeiterkammer erstelltes Gutachten attestiert den Berechnungen des Sozialministeriums zur Krankenkassenfusion methodische und inhaltliche Schwächen. Potentiale sollen darin überbewertet und mögliche Kosten kleingeredet worden sein.

Zentrum der Kritik ist das von der ehemaligen Sozialministerin Hartinger-Klein (FPÖ) in Auftrag gegebene Gutachten von Hoffmann/Knoll. Darin fände sich eine „Unausgewogenheit in der Argumentation“, Potentiale wären überbewertet und mögliche Kosten bzw. negative Effekte kleingeredet worden, so die vernichtende Bewertung durch Universitätsprofessor Otto Krickl vom Institut für Organisation und Institutionenökonomik der Uni Graz.

Die vom Gutachten des Ministeriums errechneten möglichen Ersparnisse durch die Fusion werden von Krickl relativiert: Statt den 100 Millionen Euro im Jahr an Verwaltung ersparnissen rechnet er etwa nur mit einem Drittel dieser Summe. Die Einsparungen durch die Zentralisierung sind Krickls Expertise nach völlig vernachlässigbar. Dafür hält der Uniprofessor die Kosten der Fusion für viel zu niedrig angesetzt und schätzt darüber hinaus das Risiko des Scheiterns als äußerst hoch ein. Außerdem komme es durch die Fusion zu einer Verschärfung der Leistungsunterschiede zwischen Arbeitnehmern, Selbstständigen und Beamten.

Wolfgang Panhölzl, der Leiter der Abteilung Sozialversicherung in der Arbeiterkammer Wien, betont, dass die vielen Fehler, die das Gutachten der AK aufdeckt, ein klarer Hinweis darauf sind, wie überhastet und unvorbereitet die Fusion der Krankenkassen durchgeführt wurde und dass Kosten kleingeredet wurden. Seiner Ansicht nach werden beide Ziele der Sozialversicherungsreform, nämlich die Senkung von Verwaltungskosten und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, verfehlt.

NIEDERLANDE**Versicherer informieren zu wenig**

Die Zahnärztereinigung ANT in den Niederlanden prangert an, dass Versicherungen zu wenig kommunizieren, dass die zahnärztliche Versorgung von Kindern in der Basisversicherung kostenlos enthalten ist. Die Folge: Viele Kinder sehen nie einen Zahnarzt.

Eigentlich läge es in der Verantwortung der Krankenversicherung, dass ihre Versicherten gut mit ihrer Gesundheit umgehen. Im Falle der zahnärztlichen Versorgung wurde dies jedoch bisher von der Großzahl der Träger sträflich vernachlässigt, sodass viele Kinder von ihren Eltern nie beim Zahnarzt vorgestellt wurden.

In den Niederlanden ist der Zahnarztbesuch für Erwachsene nicht in der Basisversicherung inkludiert und daher kostenpflichtig. Darum glauben Eltern oft, dass dies auch für ihre Sprösslinge gilt, bei denen die zahnärztliche Versorgung jedoch bis zum 18. Lebensjahr in der Basisversicherung enthalten ist. Warum informieren die Versicherungen ihre Versicherten also nicht, wenn doch Zahlen vorliegen, die deutlich zeigen, dass Zahnärzte zu selten konsultiert werden? Böse Zungen behaupten, den Versicherungen ginge es mehr um ihre Finanzen als um die Gesundheit ihrer kleinen Versicherten. Die Versicherungen rechtfertigen sich damit, dass es nicht ihr Job sei, die Menschen zum Arztbesuch zu motivieren, oder sie führen Datenschutzbestimmungen als Grund an.

Der Vorstand von ANT, Ravin Raktoe, ist hingegen davon überzeugt, dass Versicherer damit hadern, in junge Menschen zu investieren, die dann vielleicht mit 18 Jahren die Versicherung wechseln. Die Zahnärztereinigung meint, es sei am effektivsten, wenn Eltern, deren Kind(er) noch nie beim Zahnarzt war, einen Brief von ihrer Versicherung bekommen, der sie zu einem kostenlosen Zahnarztbesuch einlädt. Ein Versuch der Krankenversicherung DSW zeigte, dass die Hälfte aller Eltern nach einem solchen Schreiben ihre Kinder zum Zahnarzt brachte. DSW war allerdings die einzige Versicherung, die auf die Aufforderung der Zahnärztereinigung reagierte.

SCHWEIZ**Neun Maßnahmen für mehr Kosteneffizienz**

Im August 2019 hat der Bundesrat das erste von zwei Maßnahmenpaketen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beschlossen. Es beinhaltet ganz konkret neun Punkte, die in Summe mehrere Hundert Millionen Franken im Jahr einsparen sollen.

Folgende neun Maßnahmen sollen das Schweizer Gesundheitswesen massiv entlasten:

1. Experimentierartikel

Der Experimentierartikel soll es den Kantonen und Tarifpartnern über die Krankenversicherungen künftig erlauben, neue Versicherungsmodelle und Maßnahmen zur Integrierten Versorgung auch außerhalb des Rahmens des Bundesgesetzes zu erproben. Der Bundesrat regelt das Verfahren, die Umsetzung, die Auswertung und die Weiterverfolgung der Pilotprojekte.

2. Nationale Tariforganisation

Wie bisher schon im stationären Bereich, soll es bald auch im ambulanten ärztlichen Bereich eine durch die Tarifpartner paritätisch besetzte Tariforganisation geben. Dies soll die Tarifpartnerschaft stärken und bestehende Blockaden aus dem Weg räumen. Durch die bessere Arbeitsweise sollen Tarife rascher aktualisiert und damit Effizienzgewinne generiert werden.

3. Tarifstruktur aktuell halten

Die Tariforganisation wird gesetzlich dazu verpflichtet, die zugrundeliegenden Daten für eine aktuelle Tarifstruktur bei Anfrage durch den Bundesrat oder die zuständige Kantonsregierung kostenlos zur Verfügung zu stellen. Dies soll die Kontrolle über das Mengenwachstum von ambulanten Leistungen fördern und sie im Rahmen der medizinischen Erfordernisse halten.

4. Pauschalen im ambulanten Bereich fördern

Auch Patientepauschaltarife sollen, wie auch schon die Einzelleistungstarife, auf der national einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Dafür zuständig ist die Nationale Tariforganisation.

5. Tarifpartner zur Steuerung der Kosten

Die Leistungserbringer bzw. ihre Vertreter und die Versicherer bzw. deren Verbände werden gesetzlich dazu verpflichtet, vertraglich Maßnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren.

6. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Ein Referenzpreissystem soll bei Medikamenten künftig dafür sorgen, dass für wirkstoffgleiche Präparate nur noch ein festgelegter Preis (Auslandsvergleich inkl. angemessener Preisabstände) existiert, den die Obligatorische Krankenversicherung maximal vergütet. Den Rest muss der Patient selbst bezahlen. Damit soll der Einsatz von Generika und patentabgelaufenen Originalpräparaten gefördert werden.

7. Rechnungskopie für Versicherte

Der Leistungserbringer ist künftig gesetzlich (nicht nur nach Verordnung) dazu verpflichtet, die Rechnung der versicherten Person in Kopie zuzustellen. Dies kann auch elektronisch erfolgen und soll das Kostenbewusstsein der Patienten stärken.

8. Bußgelder für Leistungserbringer

Gesetzlich wird auch ein Bußgeld in der Höhe von bis zu CHF 20.000.- festgelegt, sollten sich Leistungserbringer nicht an die festgelegten Regeln zu Wirtschaftlichkeit, Leistungsqualität oder Rechnungsstellungserfordernissen halten.

9. Beschwerderecht der Versicherer

In Bezug auf die Planung und die Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime, die in die Versorgung durch die Obligatorische Krankenversicherung inkludiert sind, erhalten die Versicherungen ein gesetzlich festgelegtes Beschwerderecht. Es soll so einer kostspieligen Überversorgung vorgebeugt werden.

GROßBRITANNIEN

Community-Apotheken bieten Früherkennungscheck

Der NHS ist davon überzeugt, dass viele Herzinfarkte und Schlaganfälle vermieden werden könnten, wenn Risikofaktoren frühzeitig erkannt werden würden. Dazu bieten Community-Apotheken ab Oktober Früherkennungs-Checks an.

Ab Oktober 2019 ist es so weit: 320 Community-Apotheken bieten einen Test zu verschiedenen Risikofaktoren an, der viele Schlaganfälle und Herzinfarkte vermeiden soll. Untersucht werden dabei Blutdruck, Cholesterin und die Regelmäßigkeit des Herzschlags per EKG. Diese Gesundheitsindikatoren stellen Risikofaktoren für Herzinfarkte, Schlaganfälle und Demenz dar. Bei Auffälligkeiten werden die Patienten an ihren Hausarzt (GP) weitervermittelt.

Sollte der Versuch in den 320 Testapotheken positive Ergebnisse erzielen, werden die Gesundheits-Checks bis 2022 auf alle Community-Apotheken ausgeweitet. Dafür stellt der NHS England 13 Milliarden Pfund zur Verfügung. Prof. Stephen Powis, der medizinische Direktor von NHS England, meint, dass diese Maßnahme eine gewaltige Auswirkung haben wird, denn Herzinfarkte und Schlaganfälle würden jährlich tausende Menschen zu Pflegefällen machen und viele Leben abrupt beenden. Die Änderung von Lebensstilrisiken wie dem Rauchen, Übergewicht oder Bewegungsarmut sei hier ausschlaggebend und soll vom NHS langfristig verfolgt werden. „Potentiell tödliche Krankheiten können so schon früher entdeckt werden“, ist sich auch der für die Apotheker zuständige Beamte im NHS, Keith Ridge, sicher.

DEUTSCHLAND**Bundesweite Initiativen ließen Antibiotikaeinnahmen sinken**

Die bundeweiten Initiativen in Deutschland zu einem bedachteren Einsatz von Antibiotika scheinen gefruchtet zu haben. Im vergangenen Jahr haben Ärzte das Medikament viel seltener verschrieben als noch 2010 – besonders bei Kindern.

Lebensrettend, aber ein übermäßiger Einsatz kann gefährlich werden: Antibiotika sind ein sehr wirksames Mittel im Einsatz gegen verschiedene Bakterien, können aber auch zu gefährlichen Resistenzen führen. Deshalb gab es auch in Deutschland bundesweite Initiativen für einen maßvolleren Einsatz – mit Erfolg. Insgesamt wurden 2010 je 1.000 Versicherte noch 562 Antibiotika-Verordnungen gezählt, 2018 nur mehr 446. Das entspricht einem Rückgang von 21 %.

Unter Kindern ließen sich noch deutlichere Erfolge verzeichnen. Bei Säuglingen bis zu einem Jahr belief sich die Reduktion auf beinahe die Hälfte, Kleinkindern zwischen zwei und fünf Jahren wurden 44 % weniger häufig Antibiotika verschrieben und bei den 10- bis 14-jährigen reduzierten sich die Verordnungen um 41 %. Regional gibt es allerdings Unterschiede in der Häufigkeit der Antibiotika-Verschreibungen.

GROßBRITANNIEN**Personalmangel erfordert bessere Arbeitsbedingungen**

Im NHS England sind derzeit 10.000 Stellen unbesetzt. Um eine weitere Verschärfung der Krise abzuwenden, sieht sich der NHS-England zum Handeln gezwungen und setzt Schritte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Man erhofft sich davon, dass das Personal in den Versorgungseinheiten, den sogenannten Trusts, bleibt.

Eislutscher, Zumba-Stunden, Improvisationstheater und Tee-Trolleys sind die Waffen im Kampf gegen den zunehmenden Stress und den herausfordernden Alltag des Gesundheitspersonals in England. Man setzt mehr auf Wellbeing und eine gute Work-Life-Balance denn je. Lange Dienste und sich verändernde Anforderungen, die sich schwer mit der Familie und einer gesunden Schlafroutine vereinbaren lassen, sollen damit etwas ausgeglichen werden.

Diese Maßnahmen werden allerdings nicht aus lauter Gutmütigkeit getroffen, sondern vielmehr aus der Notwendigkeit heraus, freie Stellen wieder besetzen zu können bzw. das verbliebene Personal zu halten. Die Probleme der Mitarbeiter sind durchaus nicht neu, aber das schiere Ausmaß des derzeitigen Personalrückgangs zwingt die Arbeitgeber dazu, neue und kreative Wege zu gehen, um das Personal zu motivieren.

Jüngste Umfragen zeigten, dass sich zwei von fünf NHS-Angestellten im letzten Jahr aufgrund arbeitsbedingten Stresses schlecht gefühlt haben – ein Negativrekord. Ein Drittel der Befragten gab an, immer unter extremem Zeitdruck zu arbeiten. Mehr als die Hälfte gab an, an einen Jobwechsel gedacht zu haben, und 21 % überlegten überhaupt, den NHS zu verlassen. Das erschöpfte Personal klagte über unbezahlte Überstunden und berufsbedingte Rückenschmerzen.

Ziel des NHS ist es, durch viele Maßnahmen der beste Arbeitgeber zu werden. Danny Mortimer, Chef von NHS-Employer, ist sich aber sicher, dass alle diese durchaus positiven Bausteine alleine nicht zum ersehnten Ziel führen werden. Er hofft zusätzlich noch auf Unterstützung durch die Politik in Form einer förderlichen Migrationspolitik, flexiblerer Ausbildungsmodelle und einer Reform des Pensions- und Sozialsystems.

ÖSTERREICH

Gesunde Steigerung bei der Prävention

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wird Österreich in Ländervergleichen immer als entwicklungsbedürftig dargestellt, denn der Anteil der Gesundheitsausgaben für diesen Bereich ist vergleichsweise gering. Doch eine neue Erhebung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) zeigt, dass es eine Bewegung in die richtige Richtung gibt, denn die Ausgaben für Prävention steigen.

Mehr Prävention

Für die Studie zu den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der öffentlichen Hand wurden alle Aufwendungen des Bundes einschließlich des Fonds Gesundes Österreich, der Bundesländer, der Gemeinden und der Sozialversicherung für das Jahr 2016 erhoben. Die Erhebung fand zum vierten Mal statt. Im Vergleich zu 2012 zeigte sich, dass die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention um 21,3 % gestiegen sind, während die Gesundheitsausgaben in Österreich im selben Zeitraum nur um 12,6 % gewachsen sind. 8,9 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben werden damit für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben, das sind 280 Euro pro Kopf der Bevölkerung.

Teilbereiche der Prävention

Innerhalb der Prävention ist ebenfalls eine erfreuliche Entwicklung zu beobachten. Diese lässt sich nämlich in vier Teilbereiche untergliedern:

- Gesundheitsförderung: Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, Aktionen in Schulen und kommunale Aktivitäten
- Primärprävention: Förderung eines gesunden Lebensstils und die Verhinderung von Unfällen
- Sekundärprävention: Vorsorgeuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass
- Tertiärprävention: medizinische Rehabilitationen, Gesundheitsfestigung und Kuren

Traditionell fallen im Bereich der Tertiärprävention die meisten Kosten an, 70 % aller öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention fielen 2016 hier an. In die Primär- und Sekundärprävention wird in etwa gleich

viel investiert: je etwas über 13 % wurden hier verzeichnet. Die Gesundheitsförderung war mit 3,2 % aller Ausgaben vergleichsweise gering.

Die erfreuliche Entwicklung: Die Ausgaben für den vernachlässigten Bereich der Gesundheitsförderung wuchsen zwischen 2012 und 2016 am stärksten (+47,8 %), gefolgt von jenen der Primärprävention (+36,2 %). Auch die Ausgaben für Sekundärprävention stiegen um 33,9 % an, die der Tertiärprävention hingegen nur um 22 %.

Finanziers

Der Löwenanteil der Gesundheitsförderung wird durch die Gemeinden finanziert (36,4 %), die Primärprävention ebenso (44,7 %). Die Kosten der Sekundärprävention werden hingegen hauptsächlich vom Bund und dem Fonds Gesundes Österreich getragen (60,2 %), bei der Tertiärprävention ist die Sozialversicherung der Hauptfinanzier (78,2 %).

In Summe trägt die Sozialversicherung 87 % der gesamten Kosten für Gesundheitsförderung und Prävention, der Bund inkl. FGÖ 5,5 %, die Bundesländer 6,7 % und die Gemeinden 0,7 %.

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna



VALUES WORTH SHARING

«Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009



Private
Banking

lgt.at/values

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekoee.at

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekoee Ärztekammer
für Oberösterreich

Sonderdruck
zu Ausgabe 02/2019

Privatpatienten für Kassenärzte – cui bono?

Antworten auf eine Studie im Auftrag der Ärztekammer für OÖ

Die Ärztekammer für OÖ (ÄK) hat eine Ärztebefragung (LIG 2019) und eine Studie (Haigner/Jenewein 2019) zum Potenzial von mehr Privatpatienten für Kassenärzte beauftragt. Das Ergebnis der Studie forciert dabei die offensichtliche Intention der Standesvertretung, ihren Mitgliedern zusätzliche Quellen für Einkünfte zu erschließen. Analog zum Spitalsbereich, wo neben öffentlich bzw. kassenfinanzierten Gehältern und Zulagen von den Ärzten auch Privathonorare für Zusatzversicherte Patienten lukriert werden, solle auch in der niedergelassenen vertragsärztlichen Versorgung der privat finanzierte Anteil erhöht werden. Dadurch würden – so die Erwartungen der ÄK – Kassenverträge wieder attraktiver, und auch die Kassenpatienten würden von mehr Investitionen profitieren.

Doch Vorsicht! Die suggestiven Fragen der ÄK bringen widersprüchliche Antworten, kritische Aspekte werden in der Studie ausgeblendet und Potenziale überschätzt. In der Folge werden die wichtigsten Argumente für alle Betroffenen aus Sicht eines sozialen Krankenversicherungsträgers geprüft und die Studienergebnisse kritisch hinterfragt.

Profitieren die Patienten von mehr Privatleistungen?

Vertragsärzte der OÖGKK dürfen gemäß § 10a des OÖ Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Leistungen, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung darstellen, grundsätzlich keine direkten Zahlungen von Anspruchsberechtigten oder Dritten (z.B. Privatversicherungen) verlangen oder entgegennehmen. Somit gibt es beim zentralen Aufgabenbereich der Vertragsärzte, der Krankenbehandlung, *keine Unterscheidung* zwischen einzelnen OÖGKK-versicherten Patienten nach ihrer Zahlungsfähigkeit. Mit dieser Regelung verbunden ist beim Vertragsarzt der Anspruch auf eine Vollversorgung mit Sachleistungen zur Krankenbehandlung für alle Versicherten. Abseits der Krankenbehandlung steht es Vertragsärztinnen und -ärzten zu, Privatleistungen anzubieten. Diese Möglichkeit wird in der

Praxis auch genutzt: Das Angebot reicht dabei von Impfungen und Führerschei-
untersuchungen über Ernährungsberatung und sportmedizinische Diagnostik bis hin
zu allerlei alternativmedizinischen Praktiken und kosmetischen Behandlungen.

Die Autoren der Studie argumentieren nun damit, dass alle Patienten von mehr
Privatpatienten beim Kassenarzt profitieren würden:

- **Privatpatienten** könnten von *zusätzlichen Zeitfenstern* bei Kassenärzten profi-
tieren. Das käme gleich drei Wünschen von Patienten entgegen, denen Ärzte
dann eher nachkommen könnten: flexiblere Terminvereinbarung, kürzere Warte-
zeiten und mehr Zeit für Arztgespräch und Behandlung. Außerdem würden sie
von einem breiteren Angebot an Behandlungs- und Untersuchungsmethoden
profitieren, das die Ärzte mangels Kassenfinanzierung bisher nicht anbieten.
- **Kassenpatienten** würden zu Nutznießern zusätzlicher Investitionen der Kas-
senärzte, die diese aus den zusätzlichen Privathonoraren finanzieren könnten.
Die Autoren gehen dabei von einem zusätzlichen *Prämienvolumen* von jährlich
826,6 Mio. Euro bis 1.125,2 Mio. Euro aus, das die privaten Krankenversicherer
für eine ambulante Zusatzversicherung erzielen könnten. Fließen 80 % davon in
die Kassenordinationen und würden bis zu 25 % des Zusatzeinkommens in die
Ordination investiert werden, dann stünden durchschnittlich bis zu € 31.000,- je
Kassenordination jährlich zur Verfügung, so die Autoren.

Dem stehen jedoch folgende Fakten entgegen:

- **Flexiblere Terminvereinbarung & mehr Zeit?** Dieser *Patientenwunsch* steht
dem Wunsch vieler Ärztinnen und Ärzte in Wirklichkeit diametral entgegen: Be-
reits jetzt klagen viele Kassenärzte über eine hohe Arbeitsbelastung. Ein häufiger
Vorbehalt gegen den Kassenvertrag betrifft die Einhaltung von Mindestordina-
tionszeiten bzw. die Verpflichtung, auch Nachmittagsordinationen anzubieten.
Eine hohe Bereitschaft der Kassenärzte, zusätzliche Zeitfenster und flexible
Termine zu ermöglichen – womöglich abends oder Freitagnachmittags – ist un-
wahrscheinlich. Mehr Zeit für Privatpatienten würde daher die verfügbare Zeit
für Kassenpatienten dezidiert reduzieren, wodurch sich für diese die Wartezeit
verlängern und die Terminmöglichkeiten drastisch verringern würden.
- **Zusätzliche Behandlungs- und Untersuchungsmethoden?** Im Bereich der
Krankenbehandlung leisten Kassenordinationen in Oberösterreich eine Vollver-
sorgung. Neue, evidenzbasierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
werden von ÄK und Kasse laufend in den Leistungskatalog aufgenommen.
Außerhalb der Krankenbehandlung bieten einige Vertragsärzte bereits jetzt ver-

schiedene Privatleistungen an. Eine Ausweitung des Privatleistungsangebotes ohne maßgebliche Ausweitung der Ordinationszeiten kann wiederum nur in Form einer Einschränkung des Kassenleistungsangebotes erfolgen. Das ist weder für Privatpatienten und schon gar nicht für Kassenpatienten von Vorteil, weil sie eine ehemals günstige, via e-card nutzbare Leistung dann privat oder über eine Zusatzversicherung bezahlen müssten. Der Nutzen einer Ausweitung des alternativmedizinischen Angebotes für die Patienten ist mangels Evidenz und Qualitätsprüfung fragwürdig.

- **Zusätzliche Investitionen?** Die Investitionen in eine vertragliche Arztpraxis sind aus den Honoraren der Kassen zu finanzieren. Die jährlichen Abschreibungen für die Investitionen (AfA) stellen Praxiskosten dar und reduzieren klarerweise das Einkommen der Vertragsärzte, was von diesen vielfach beklagt wird. Es ist daher davon auszugehen, dass zusätzliche Zahlungen für Privatleistungen in erster Linie zur Erhöhung des Einkommens und in zweiter Linie für Investitionen verwendet werden würden, die unmittelbar für die Erbringung der Privatleistungen erforderlich sind. Der Nutzen dieser privaten Zusatzhonorare für Kassenpatienten (z.B. durch modernere Geräte und Ausstattungen, die ohne Privatmittel nicht finanziert worden wären) wäre wohl nur marginal. Im Übrigen wurde von den Studienautoren ein völlig unrealistisches Investitionspotenzial errechnet. Setzt man nämlich die in der Studie ausgewiesenen Verwaltungskosten der privaten Versicherer von 33,1% und die Differenz aus Prämienhöhe und Mittelverwendung (ca. 10 % Gewinnanteil) an, ergibt sich je nach Szenario ein Investitionspotenzial von € 6.500,- bis € 22.200,- je Ordination, wobei angesichts der ebenfalls zitierten Investitionselastizität von 1,11 eher vom niedrigeren Wert auszugehen ist.

Daraus folgt: Die Patientinnen und Patienten sind sicher keine Gewinner von mehr Privatleistungen in Kassenordinationen. Mehr Privatpatienten reduzieren die Betreuungszeit für Kassenpatienten, und mit größter Wahrscheinlichkeit wird auch das kassenfinanzierte Leistungsspektrum zu Gunsten von Privatleistungen geschmälert. Privatpatienten erhalten tatsächlich mehr Zeit und mehr Versorgung – jedoch zu deutlich höheren Kosten. Denn mit ihren privaten Prämien finanzieren sie neben den (medizinisch womöglich nicht nötigen) Privatleistungen die exorbitanten Verwaltungskosten und die Gewinne der privaten Versicherungsindustrie. Mögen sich Zusatzversicherte im Vorteil fühlen - ein guter Deal sieht anders aus.

Profitieren die Ärzte von mehr Privatleistungen?

Eine zentrale These der Studie ist, dass die Möglichkeit, mehr Privatpatienten behandeln zu können, den Kassenvertrag attraktiver mache. Kassenärzte würden von mehr Privatpatienten profitieren, weil

- sie mehr Möglichkeit erhielten, **Spezialisierungen** außerhalb des kassenfinanzierten Leistungsspektrums zur Krankenbehandlung anzuwenden;
- dies auch zusätzliche **Einkommenspotenziale** eröffne und
- man sich auch **mehr Zeit** für deren Behandlung nehmen könne.

Die Autoren versuchen ihre Thesen mit den Ergebnissen der Kassenärztebefragung (LIG 2019) zu untermauern: Demnach geben sich rund 80 % der befragten Ärzte grundsätzlich sehr bzw. eher interessiert an der Möglichkeit, in ihrer eigenen Praxis zusätzlich „völlig unkompliziert“ Privatpatienten zu behandeln. Fragen zu ihrer Zufriedenheit beantworten die Kassenärzte wie in der Grafik dargestellt.

Befragt zu den größten Vorteilen einer Wahlarztstätigkeit bzw. eines Kassenvertrages zeigt sich folgendes Bild: Als größter Vorteil der Wahlarztstätigkeit wird „mehr Zeit für die Patientenbehandlung“ (85 % Zustimmung) genannt, als größte Vorteile eines Kassenvertrages ein „regelmäßiges Einkommen“ (77 % Zustimmung) und „kein Problem mit der Zahlungsmoral der Patienten“ (65 % Zustimmung). Signifikant ist auch, dass sich 77 % der Befragten von mehr Privatpatienten in der Kassenpraxis den Vorteil der „Anwendung von Spezialisierungen, die von der Kasse nicht bezahlt werden“ erwarten.

Vor dem Hintergrund dieser Befragungsergebnisse ist stark zu bezweifeln, dass eine Ausweitung von Privatpatienten in Kassenpraxen tatsächlich zu einer Attraktivierung des Kassenvertrages führen würde.

- Zum Anreiz von mehr **Spezialisierungsmöglichkeiten** wurde unter Punkt 1 bereits dargelegt, dass im Bereich der Krankenbehandlung das medizinisch anerkannte Leistungsspektrum vollumfänglich von der Kasse honoriert wird. Spezialisierungsmöglichkeiten außerhalb der Krankenbehandlung sind bereits jetzt möglich. Eine Ausweitung dieser Spezialisierungsmöglichkeiten wird von den Kassenärzten zwar einerseits als Vorteil gesehen, andererseits geht dies aber – wie oben dargelegt – bei gleichbleibender Arbeitszeit nur, indem Kassenleistungen eingeschränkt werden. Diese Verlagerung von „kassenfinanziert“ zu

„privatfinanziert“ steht dem ebenfalls sehr deutlichen Wunsch der Kassenärzte nach regelmäßigem und gesichertem Einkommen ohne Probleme mit der Zahlungsmoral der Patienten entgegen. Eine Ausweitung der Arbeitszeit würde die geäußerte Unzufriedenheit mit der Arbeitsbelastung noch erhöhen und ist demnach wohl keine Alternative, um dem Wunsch der Vertragsärzte nach mehr Spezialisierungen Rechnung zu tragen.

- **Zusätzliche Einkommenspotenziale** würden sich – bei insgesamt gleichbleibender Arbeitszeit – nur dann ergeben, wenn man davon ausgeht, dass Privatleistungen insgesamt lukrativer sind als Kassenleistungen. Nachdem das Honorar für die Kassenleistungen auf kalkulatorischer Basis mit der Ärztekammer vereinbart wird, wird die Gewinnkomponente bei Privatleistungen nicht sehr viel höher sein als bei den Kassenleistungen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass Privatleistungen erst einmal „verkauft“ werden müssen und dass das Honorar dafür unter Umständen eingetrieben werden muss. Aus der Befragung zeigt sich zudem, dass nur 22 % der Kassenärzte mit ihrem Einkommen eher bzw. sehr unzufrieden sind. In der Einkommenssteigerung durch Privathonorare dürfte daher nicht das größte Attraktivierungspotenzial für einen Kassenvertrag liegen.
- Zum Wunsch der Vertragsärzte nach **mehr Zeit für Behandlungen**: Es ist evident, dass zusätzliche Privatpatienten zusätzliche Zeit in Anspruch nehmen. Nachdem sich ja die Verpflichtung zur Behandlung von Kassenpatienten durch eine solche Ausweitung nicht reduzieren würde, ist völlig klar, dass insgesamt der Zeitdruck und die Arbeitsbelastung steigen würden. Jener Faktor, mit dem die Kassenärzte am unzufriedensten sind – die Arbeitsbelastung –, würde also durch diese Maßnahme noch verschärft werden.

Daraus folgt: Die von den Studienautoren beworbenen Vorteile von mehr Privatpatienten für Vertragsärzte werden – sofern es diese Vorteile tatsächlich gibt – durch damit zwingend verbundene Nachteile aufgehoben. Darüber hinaus bergen mehr Privatpatienten bei Kassenärzten die Gefahr einer „Spaltung“ bzw. ungerechten Belastung der Ärzteschaft: Denn jene Kassenpatienten, die aus Ordinationen mit einem stärkeren Fokus auf Privatpatienten verdrängt werden, müssen irgendwo versorgt werden. Diese Patienten – vermutlich überwiegend sozial Schwächere und chronisch Kranke – setzen ihre Hoffnung auf sozial besonders engagierte Ärzte, deren Belastung zugunsten der „Rosinenpicker“ steigen würde. Auch ein Ausweichen auf die Ambulanzen der öffentlichen Krankenhäuser könnte erfolgen, was nicht nur von Gesundheitspolitikern, sondern auch von der Ärztekammer als unerwünschte Patientenfehlsteuerung angesehen wird.

Profitiert die öffentliche Gesundheitsversorgung von mehr Privatleistungen?

Nein! Das Hauptinteresse des primär kassenfinanzierten öffentlichen Versorgungssystems besteht in der umfassenden, qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Sachleistungsversorgung für die Versicherten und ihre Angehörigen. Eine Ausweitung von Privatleistungen bei Vertragsärzten ist vor allem mit Nachteilen verbunden:

- Wie dargestellt sind mehr Privatpatienten nur zulasten von Kassenpatienten möglich. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Ungleichbehandlung bei Terminvergaben, Wartezeiten und bei der Zeit am Patienten. Dies führt bei den Kassenpatienten zu einer Unzufriedenheit mit der Krankenversicherung und schwächt die Akzeptanz des Solidarsystems.
- Mehr private Mittel bergen ein hohes Risiko von Fehlanreizen für die Gestaltung des Versorgungsangebotes. Sie erhöhen die Gefahr von medizinischer Überversorgung für Privatpatienten. Darauf weisen auch die Studienautoren in ihren Ausführungen zur angebotsinduzierten Nachfrage in Verbindung mit hoher Informationsasymmetrie zwischen Anbieter (Arzt) und Nachfrager (Patient) hin. Die Überversorgung von Zusatzversicherten Spitalspatienten haben Aigner/Mair/Rothmayer (2011) nachgewiesen.
- Zum Risiko der Überversorgung auf der einen Seite kommt das Risiko einer Mangelversorgung auf der anderen Seite: chronisch Kranke und sozial Schwächere, für die Privatmedizin und Zusatzversicherungen aus finanziellen Gründen nicht in Frage kommen, sehen sich einem reduzierten Angebot und einer Ungleichbehandlung in der Kassenordination gegenüber.
- Mehr Privatleistungen eignen sich kaum dazu, Kassenverträge attraktiver zu machen. Sie wirken sich im Gegenteil sogar negativ auf die Attraktivität von Kassenstellen jedenfalls in sozioökonomisch benachteiligten Regionen aus, mit denen ein geringeres Potenzial an Privatpatienten verbunden ist. Solche Kassenstellen werden unzweifelhaft schwerer besetzbar, worunter die medizinische Versorgung in diesen Sprengeln leiden würde. Der dort ansässigen Bevölkerung bliebe bei Vakanzen nichts Anderes übrig, als auf andere Versorgungsangebote wie z.B. die Ambulanzen auszuweichen.

Daraus folgt: Mehr Privatpatienten in Kassenordinationen erhöhen das Risiko von Überversorgung und Unterversorgung und führen zu Fehlanreizen bei der Gestal-

tung des Versorgungsangebotes: weg von medizinischer Bedarfsgerechtigkeit und hin zu Vermarktbarkeit. Eine solche Entwicklung ist verbunden mit einer höheren Ungleichheit nicht nur zwischen Privat- und Kassenpatienten, sondern auch zwischen Kassenärzten in wohlhabenden Sprengeln und jenen in sozial benachteiligten Regionen. Kassenstellen in diesen „weniger lukrativen Sprengeln“ würden unattraktiv und wären kaum zu besetzen. All das wirkt sich negativ auf die oben genannten Ziele eines kassenfinanzierten öffentlichen Versorgungssystems aus, sodass von Vorteilen für die öffentliche Gesundheitsversorgung ebenfalls keine Rede sein kann.

Aber wer profitiert dann?

Aus der Studie ergibt sich vor allem ein Profiteur: die private Versicherungswirtschaft. Über deren Erträge gibt die Studie Auskunft: 2016 wurde ein Prämienvolumen von 2,1 Mrd. Euro erwirtschaftet. Aus Zusatzversicherungen für den niedergelassenen Bereich erwarten die Autoren zusätzliche Prämieinnahmen von bis zu 1,125 Mrd. Euro – ein Plus von über 50 %. Dass diese Gelder, die von den Privatversicherten aufzubringen wären, allen Patienten, den Kassenärzten und der öffentlichen Gesundheitsversorgung zugutekämen, ist eine Illusion. Dass die Privatversicherten selbst einen entsprechenden Gegenwert für diese Prämienzahlungen erhielten, ebenfalls.

Autoren:

Mag. Franz Kiesl, MPM, ist Ressortdirektor für den Vertragspartnerbereich in der OÖ Gebietskrankenkasse und designierter Fachbereichsleiter für den Bereich Versorgungsmanagement I in der Österreichischen Gesundheitskasse.

Mag. Katharina Siegl ist Referentin in der Abteilung Vertragspartner I in der OÖ Gebietskrankenkasse.

Quellen:

- Aigner, Iris/Mair, Alfred/Rothmayer, Christian (2011): Sonderklasse in OÖ Fondsspitalern: Fluch oder Segen? Seminararbeit, LIMAK Austrian Business School, Linz.
- Haigner, Stefan D./Jenewein, Stefan (2019): Privatpatienten für Kassenärzte: Mehr Geld im Gesundheitssystem? Studie im Auftrag der Ärztekammer für OÖ, GAW, Innsbruck.
- LIG (2019). Kassenärztebefragung, Ärztliches Qualitätszentrum und Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Befragungszeitraum: 13. Juni bis 8. Juli 2019, Linz.