



**Privat-Versicherungen  
als Finanziere von  
Gesundheitsleistungen**

# **Der ökonomische Fußabdruck der Sonderklasse- Versicherung**

Schwerpunktthema

**Der ökonomische Fußabdruck der Sonderklasse-Versicherung**

Z  
GP



**Schwerpunktthema**

# Der ökonomische Fußabdruck der Sonderklasse- Versicherung

## Privat-Versicherungen als Finanziere von Gesundheitsleistungen

**Ausgabe 3/2020**

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](http://www.lig-gesundheit.at)

Coverfoto: petrmalinak (Shutterstock)

Redaktion: Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

# Liebe Leserin, lieber Leser!

Kaum ein Thema erfährt im österreichischen Gesundheitssystem eine solch kontroverse Aufmerksamkeit wie jenes der Sonderklasse in den öffentlichen Krankenhäusern. In der Öffentlichkeit ist die Diskussion rund um die Zusatzversicherung meist eine rein politische und wird zudem häufig nicht ehrlich geführt. Vielmehr ist die Thematik geprägt von Annahmen und Voreingenommenheit, denn kaum jemand kennt die wirtschaftlichen Zahlen dahinter. Was den Umgang mit dem Thema nicht wirklich einfacher macht.

Im Rahmen öffentlicher Auseinandersetzungen taucht diesbezüglich schnell der Begriff einer „Zwei-Klassen-Medizin“ auf. Klar ist, eine Bevorzugung für Privatpatienten im medizinischen und pflegerischen Bereich darf es nicht geben. Gerne wird in öffentlichen Auseinandersetzungen verschwiegen, dass private Krankenversicherungen auch positive Effekte für alle Versicherten haben.

So betragen 2019 die Leistungen der privaten Versicherungen für den stationären Bereich rund 920 Millionen Euro (Fondskrankenanstalten und Privatkrankenanstalten). Geld, welches ansonsten von der öffentlichen Hand aufgebracht werden müsste. Es ist deshalb an der Zeit, bei diesem Thema endlich eine Versachlichung der öffentlichen Diskussion einzuleiten, weg von ARD (Alle reden davon) hin zu ZDF (Zahlen, Daten und Fakten).

Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Ausgabe dem ökonomischen Fußabdruck privater Krankenversicherungen nachgegangen. Sie finden in der Ausgabe eine Analyse der Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftsforschung, welche die ökonomischen Auswirkungen einer steuerlichen Absetzbarkeit und staatlicher Bezuschussung zeigt, sowie einen Artikel über die rechtlichen Überlegungen zur Zukunft der Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten. Abschließend wird die Frage erörtert, wie ethisch eine Sonderklasse in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten tatsächlich ist und ob ein Abschluss einer privaten Versicherung ethisch vertretbar ist.

Viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner  
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser  
Obmann LIG



# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung und Kontext</b>	<b>9</b>
<i>Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA</i>	
<b>Maßnahmen zur Attraktivierung von Zusatzkrankenversicherungen Wirkungen steuerlicher Absetzbarkeit und staatlicher Bezuschussung</b>	<b>15</b>
<i>em. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider, Mag. Stefan Jenewein</i>	
<b>Rechtspolitische Überlegungen zur Zukunft der Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten</b>	<b>81</b>
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
<b>Ist die Führung einer Sonderklasse in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten ethisch vertretbar?</b>	<b>117</b>
<i>Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll, LL.M, MA, PM.ME</i>	



# Einleitung und Kontext

*Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA*

*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung*

<b>1. Die private Sonderklasse-Versicherung</b>	<b>10</b>
<b>2. Die private Krankenversicherung in ihren Ursprüngen</b>	<b>11</b>
<b>3. Die private Krankenversicherung als Finanzier</b>	<b>12</b>

*Um einen Überblick in die Struktur der Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten zu erhalten, wird auf den folgenden Seiten kurz auf die Rahmenbedingungen der Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten eingegangen und es werden die Ursprünge der privaten Versicherungen in Österreich dargelegt.*

*Zu Beginn möchte ich noch darauf hinweisen, dass in dieser Ausgabe mit dem Begriff Krankenhäuser immer Krankenanstalten der Akutversorgung gemeint sind. Die Begriffe Krankenhaus, Krankenanstalt und Spital werden in der Arbeit synonym verwendet.*

# 1. Die private Sonderklasse-Versicherung

Aufgrund der verpflichtenden gesetzlichen Krankenversicherung hat die private Krankenversicherung in Österreich nur eine Komplementärfunktion (Neudeck 2002, 37). Die häufigsten Varianten einer privaten Krankenversicherung sind die Krankenhaus-Kostenversicherung (besser bekannt als „Sonderklasse-Versicherung“) und die Krankenhaus-Taggeld-Versicherung.<sup>1</sup> 2019 hatten rund zwei Millionen Versicherte eine private Versicherung für den stationären Bereich (Sonderklasse). Dies entspricht in etwa 23 % der österreichischen Bevölkerung<sup>2</sup>, wobei zu beachten ist, dass in den 23 % sowohl Versicherte mit Vollkostendeckung als auch mit Ausschnittsdeckung (zum Beispiel nur Unfallprodukte) zusammengerechnet sind.

Die Gründe, warum Personen in Österreich, einem Land mit einer hochwertigen Gesundheitsversorgung, eine Sonderklasse-Versicherung abschließen, sind bisher kaum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Letztendlich ist die öffentliche Diskussion meist eine politische mit undefinierten Schlagworten und Mythen. Was bisher kaum existiert, ist eine ehrliche Diskussion über den Nutzen und die Grenzen von privaten Krankenversicherungen. Anlass genug, um in dieser Ausgabe die volkswirtschaftlichen, rechtlichen und ethischen Aspekte der privaten Krankenversicherung einer differenzierten Analyse zu unterziehen.

---

1 Hofmarcher, Rack, 2006, S. 101; Url, 2006, S. 17

2 VVA Jahresbericht 2019

## 2. Die private Krankenversicherung in ihren Ursprüngen

Die Sonderklasse in öffentlichen Krankenhäusern kann auf eine lange Geschichte zurückblicken und hatte ihren Ursprung lange vor der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1889. Wesentliche Weichenstellungen dazu gab es bereits im 18. Jahrhundert unter Kaiser Joseph II. Mit der Eröffnung des „Wiener Allgemeinen Krankenhauses“ 1784 kam es erstmals zur Trennung der Abteilungen je nach Kategorie.

„Die Tagessätze betragen je nach Klasse:

- erste Klasse ein Gulden (Einzelzimmer)
- zweite Klasse 30 Kronen (Mehrbettzimmer)
- dritte Klasse Bezahlung durch Stiftungen
- vierte Klasse Armut, durch Pfarrer oder Grundrichter bestätigt, daher kostenlos“<sup>3</sup>

Bereits zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung existierte die Möglichkeit einer privaten Zusatzversicherung. Diese hatte aufgrund der wirtschaftlichen Situation in der damaligen Zeit nur eine geringe Bedeutung. Mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs erfolgte die Gründung von fünf privaten Krankenversicherungen, welche in den 1950er Jahren einen starken Anstieg erlebten.<sup>4</sup> Dies waren

- der Austria-Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit,
- die Collegialität Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit,
- die Merkur Wechselseitige Versicherungsanstalt,
- die Wiener Wechselseitige Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
- und die Versicherungsanstalt der österreichischen Bundesländer.

Gegenwärtig gibt es in Österreich sieben Anbieter von privaten Krankenversicherungen:

- Allianz Versicherung AG,
- Donau Versicherung AG,

<sup>3</sup> Wien Geschichte Wiki, 2018)

<sup>4</sup> Dickinger, 1999, zit. aus Url, 2006, S. 17

- Generali Versicherung AG,
- Merkur Versicherung AG,
- MuKi Versicherung AG,
- Uniqa Versicherung AG,
- Wiener Städtische – Vienna Insurance Group.

### 3. Die private Krankenversicherung als Finanzier

Die Finanzierung der österreichischen öffentlichen Akut-Krankenhäuser ist mindestens so komplex wie die gesetzlichen Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich in ihrer Gesamtheit. Die Finanzierung erfolgt durch Mittel der gesetzlichen Krankenversicherungen, Beiträge der öffentlichen Hand (Bund, Länder und Gemeinden) und von privater Hand. Rund 10 % der Finanzmittel öffentlicher Krankenanstalten stammen von private Zahlungen (Privatversicherungen und private Haushalte) sowie von Zahlungen direkt von Patienten (Spitalkostenbeitrag).<sup>5</sup>

Grundsätzlich ist die Zahl der Sonderklasse-Betten, welche ein öffentliches Krankenhaus führen darf, schon alleine durch die Gemeinnützigkeit öffentlicher Krankenhäuser gesetzlich beschränkt (§ 16 Abs. 1 lit. g KAKuG).

Gesetzlich verankert ist auch, dass in der medizinischen Behandlung und Betreuung Unterschiede zwischen Sonderklasse und allgemeiner Gebührenklasse nicht zulässig sind. Versicherte mit einer privaten Krankenversicherung haben einen Anspruch auf die oft zitierte Hotelkomponente (Zimmergröße, Ausstattung, Lage der Zimmer) und auf bestimmte zusätzliche Serviceleistungen (Zeitungen und Menüauswahl, ...).

Für die Unterbringung auf der Sonderklasse darf der Spitalsträger zusätzliche Gebühren in Rechnung stellen. Diese Gebühren bestehen in der Regel aus Anstalts- und Arztgebühren.

---

5 Czypionka, et. al., 2009, S. 51

### 3.1. Anstaltsgebühr

Für den erhöhten Sach- und Personalaufwand in der Sonderklasse dürfen öffentliche Krankenanstalten zusätzliche Entgelte einheben (§ 27 Abs. 4 KAKuG). Die Höhe der täglichen Anstaltsgebühr wird durch die Anstaltsgebührenverordnungen der einzelnen Länder festgesetzt.

### 3.2. Arzthonorare – Arztgebühren – Behandlungsgebühren

In öffentlichen Krankenanstalten erhalten die Ärzte für ihre ärztlichen Leistungen in der Sonderklasse ein gesondertes Arzthonorar (dies wird in der Steiermark als Arztgebühr bzw. in Kärnten als Behandlungsgebühr bezeichnet), welches mit den anspruchsberechtigten Ärzten im Rahmen eines Aufteilungsschlüssels je nach Bundesland verschieden aufzuteilen ist.<sup>6</sup>

### 3.3. Hausrücklass bzw. Hausanteil

Für die Bereitstellung der Infrastruktur erhalten Krankenanstalten zudem noch Erträge aus den Arzthonoraren. Dieser Anteil wird je nach Bundesland als Hausrücklass, Hausanteil bzw. Infrastrukturbeitrag bezeichnet. Der genaue Prozentsatz des Hausrücklasses variiert je nach Bundesland.

2019 gaben die privaten Krankenversicherungen insgesamt 920 Millionen Euro für Behandlungen der stationären Krankenversorgung aus. Anzumerken ist, dass dieser Betrag sowohl Zahlungen an Fondskrankenanstalten als auch an Privatkrankenanstalten beinhaltet.

Unbestritten ist, dass diese zusätzlichen Gebühren für Fondskrankenanstalten ein wichtiger Faktor sind und die öffentliche Hand entlasten.

---

<sup>6</sup> Neudeck, 2002, S. 151

## Literaturverzeichnis

Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. StF: BGBl. Nr. 1/1957

Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling G., & Eichwalder, S. (2009). Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien.

Hofmarcher, M.M., & Rack, H.M. (2006). Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Berlin: MWW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Neudeck, W. (2002). Das österreichische Gesundheitssystem: Eine ökonomische Analyse. Wien: Manz.

Url, T. (2006). Auswirkungen der Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf die private Krankenversicherung. Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs. Wien: WIFO.

# Maßnahmen zur Attraktivierung von Zusatzkrankenversicherungen

## Wirkungen steuerlicher Absetzbarkeit und staatlicher Bezuschussung

*em. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider*

*Mag. Stefan Jenewein*

*Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftsforschung (GAW), Innsbruck*

Executive Summary	16
1. Motivation	20
2. Ausgangslage	22
3. Potenzial durch pekuniäre Anreize	31
4. Kosten und Nutzen für die öffentliche Hand	38
Quellen	53
Anhang	55

## Executive Summary

Mit 2,0 Milliarden Euro leisten private Zusatzkrankenversicherungen einen bedeutenden Beitrag zur Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich. Soll dieser Beitrag erhöht und sollen damit verstärkt private Mittel für das österreichische Gesundheitssystem lukriert werden, so kommen dazu verschiedene Maßnahmen in Frage. Eine Möglichkeit besteht etwa darin, den Einsatz- und Anwendungsbereich von Zusatzkrankenversicherungen auf den Kassenarztbereich auszuweiten. Diese Option sowie die mit dieser Option verbundenen Auswirkungen wurden von der GAW bereits in einer ersten Studie (GAW, 2019a) analysiert.

Eine zweite Option besteht in der staatlichen Förderung privater Zusatzkrankenversicherungen. Um die Auswirkungen einer derartigen Förderung, deren Kosten sowie deren Nutzen geht es in der vorliegenden Studie.

Basis der im Folgenden ausgewiesenen Ergebnisse sind dabei Berechnungen, die auf den Ergebnissen einer repräsentativen market-Umfrage vom März 2019 aufbauen. An Fördervarianten wurden den Befragten dabei die steuerliche Absetzbarkeit der Prämien in Höhe von 20 % in den ersten fünf Jahren sowie ein staatlicher Zuschuss in Höhe von 20 % in den ersten fünf Jahren zur Wahl gestellt.

### **Hohes Potenzial durch Förderung von Zusatzkrankenversicherungen**

Werden Zusatzkrankenversicherungen durch die öffentliche Hand gefördert, geben 48 % der Befragten an, eine derartige Zusatzkrankenversicherung „auf jeden Fall“ oder „eher schon“ abschließen zu wollen. Basierend auf den dabei geäußerten Zahlungsbereitschaften ergibt sich österreichweit ein Potenzial von bis zu 1,2 Milliarden Euro an Zusatzkrankenversicherungen, die ohne Förderung nicht abgeschlossen würden. Da sich die Präferenzen der Befragten hinsichtlich den beiden abgefragten Fördervarianten (steuerliche Absetzbarkeit und staatliche Bezuschussung) nur wenig voneinander unterscheiden, kann bei beiden Fördervarianten mit einem ähnlich hohen Potenzial an zusätzlichem Volumen an Zusatzkrankenversicherungen gerechnet werden.

Das heißt, dass durch eine staatliche Förderung von Zusatzkrankenversicherungen das Prämienvolumen im Vergleich zum Status quo um mehr als die Hälfte

gesteigert werden kann, betrug doch das gesamte Prämienvolumen privater Krankenversicherungen in Österreich im Jahr 2018 rund 2,2 Milliarden Euro.

## Kosten der Fördermaßnahmen ...

Naturgemäß ist eine staatliche Förderung zunächst einmal mit Kosten für die öffentliche Hand verbunden. Kosten in Form von Steuer-Mindereinnahmen, wenn die Förderung über eine steuerliche Absetzbarkeit erfolgt, bzw. Kosten in Form von höheren Ausgaben im Falle einer Förderung mittels eines staatlichen Zuschusses.

### Geförderte Zusatzkrankenversicherungen: Jährliche Kosten

	Jährliche Kosten bis zu ...
Kosten bei Fördervariante „steuerliche Absetzbarkeit“	€ 78,1 Mio.
Kosten bei Fördervariante „staatlicher Zuschuss“	€ 70,5 Mio.

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

Die Kosten sind jährliche Durchschnittskosten im Untersuchungszeitraum 2020 bis 2035

Für den Untersuchungszeitraum 2020 bis 2035 belaufen sich die durchschnittlichen jährlichen Kosten auf bis zu 78,1 Millionen Euro, wenn die Förderung über eine steuerliche Absetzbarkeit erfolgt, bzw. auf bis zu 70,5 Millionen Euro, wenn Zusatzkrankenversicherungen über einen staatlichen Zuschuss gefördert werden.

## ... und Nutzen der Fördermaßnahmen

Allerdings ist die Förderung nicht nur mit Kosten verbunden, sondern es kommt vielmehr auch zu entsprechenden Rückflüssen in die öffentlichen Budgets. Dies sind zum einen die Versicherungssteuer, die auf die Prämien von Zusatzkrankenversicherungen zu entrichten sind. Zum Zweiten sind dies die Hausrücklässe, das ist jener Teil der Zahlungen der Zusatzversicherungen an die Krankenanstalten, die diese von den Ärztehonorenaren einbehalten. Zusätzliche Zusatzkrankenversicherungen bedeuten also auch zusätzliche Mittel für die Krankenanstalten. Mittel, die die Krankenanstalten ohne Zusatzkrankenversicherungen nicht erhielten. Und zum Dritten kommt es auch zu fiskalischen Rückflüssen aus den Förderungen selbst. Denn staatliche Förderungen erhöhen die verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte und bewirken somit eine höhere Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen wie eben etwa auch nach Zusatzkrankenversicherungen. In Summe belaufen sich die durchschnittlichen jährlichen Rückflüsse je nach Fördervariante auf 90,1 bis 99,9 Millionen Euro.

### Geförderte Zusatzkrankenversicherungen: Jährliche Rückflüsse/Nutzen

	Förderung durch steuerliche Absetzbarkeit	Förderung durch staatlichen Zuschuss
Versicherungssteuer	€ 8,9 Mio.	€ 8,0 Mio.
Hausrücklässe	€ 49,2 Mio.	€ 44,4 Mio.
Fiskalische Rückflüsse	€ 41,8 Mio.	€ 37,7 Mio.
<b>Summe</b>	<b>€ 99,9 Mio.</b>	<b>€ 90,1 Mio.</b>

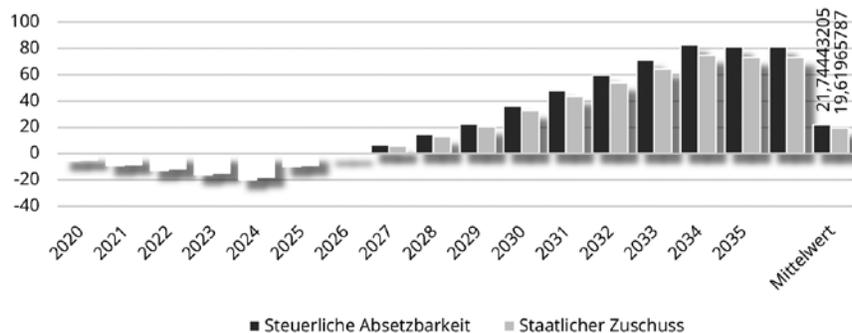
Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

### Unter dem Strich bleibt für die öffentliche Hand ein Plus

In der Zusammenschau von Kosten und Nutzen zeigt sich, dass in den ersten Jahren die Kosten die Nutzen übersteigen. Dies deshalb, da sich die Förderungen auf die ersten fünf Jahre der Laufzeit von Zusatzkrankenversicherungen beschränken. Nach einigen Jahren dreht sich das Bild und die Nutzen beginnen die Kosten zu übersteigen. Dies deshalb, da sich – sobald das gesamte Potenzial an Zusatzkrankenversicherungen erreicht ist – die Kosten zu reduzieren beginnen, ein Großteil der Nutzen jedoch weiterhin anfällt.

So übersteigen die Kosten die Nutzen zunächst um bis zu 19,8 Millionen Euro im fünften Jahr, bevor diese Differenz immer kleiner wird und ab dem Jahr 2027 schließlich ins Positive dreht. Über den gesamten Untersuchungszeitraum beläuft sich das Plus aus Sicht des Staates auf durchschnittlich 21,7 (Förderung über steuerliche Absetzbarkeit) bzw. 19,6 Millionen Euro (Förderung über staatlichen Zuschuss).

### Geförderte Zusatzkrankenversicherungen: Nettobetrachtung von Kosten und Nutzen



Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

## Fazit: Der Staat gewinnt

Die Förderung von Zusatzkrankenversicherungen ist somit für den Staat aus fiskalischer Sicht ein Gewinn, übersteigen doch die Nutzen schon nach wenigen Jahren die Förderkosten.

### Geförderte Zusatzkrankenversicherungen: Kosten und Rückflüsse

	Steuerliche Absetzbarkeit	Staatlicher Zuschuss
Kosten	- € 78,1 Mio.	- € 70,5 Mio.
Rückflüsse	€ 99,9 Mio.	€ 90,1 Mio.
<b>Summe</b>	<b>€ 21,7 Mio.</b>	<b>€ 19,6 Mio.</b>

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

**Potenzial von geförderten Zusatzkrankenversicherungen in Österreich  
bis zu 1,2 Mrd. € jährlich  
Gewinn für die öffentliche Hand  
bis zu 21,7 Mio. € jährlich**

# 1. Motivation

Private Zusatzkrankenversicherungen. Man mag zu ihnen stehen, wie man mag. Egal, ob sie einem alternativlos scheinen und ein Leben ohne private Zusatzkrankenversicherung nicht vorstellbar ist, weil eben zu riskant. Oder ob man sie für überflüssig hält, wo doch der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem für alle – auch für Personen ohne private Zusatzkrankenversicherung – offen ist. Wie auch immer man dazu stehen mag, über eines herrscht landauf landab Einigkeit: Private Zusatzkrankenversicherungen leisten schon heute ihren Beitrag zur Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben, sei es im Spitalsbereich (Stichwort: Krankenhauskostenersatz), im Bereich der besonderen Untersuchungen und Heilbehelfe oder auch im Bereich der niedergelassenen Wahlärzte.

Ob private Zusatzkrankenversicherungen eine Zweiklassen-Medizin befeuern oder aber genau im Gegenteil, das Entstehen einer Zweiklassen-Medizin verhindern helfen, dazu gibt es unterschiedliche Ansichten. Doch eines steht auch fest: Die Mittel, die über die privaten Krankenversicherungen etwa in die öffentlichen Spitäler fließen, kommen auch all jenen zugute, die nicht privat versichert sind. Denn seien es entsprechende medizinische Instrumente und Ausrüstungen, die mithilfe der Gelder privater Zusatzkrankenversicherungen in den Spitälern mit finanziert werden, oder sei es die Tatsache, dass die Ärzteschaft aufgrund dieses zusätzlichen Einkommens an öffentlichen Spitälern gehalten werden kann – in allen Fällen kommt dies der gesamten Bevölkerung, und eben nicht nur den privat Versicherten, zugute.

Vor diesem Hintergrund gibt es verschiedene Überlegungen und Möglichkeiten, verstärkt private Mittel über Zusatzkrankenversicherungen für das Gesundheitssystem „anzuzapfen“. Eine Option ist es dabei, den Anwendungs- bzw. Einsatzbereich privater Zusatzkrankenversicherungen auf den niedergelassenen Kassenarztbereich auszuweiten (sogenannte „ambulante“ Zusatzkrankenversicherungen). Diese Option wurde bereits im vergangenen Jahr in einer Studie der GAW im Detail analysiert. Dabei konnte unter anderem gezeigt werden, dass durch die Ausweitung des Anwendungs- bzw. Einsatzbereichs privater Zusatzkrankenversicherungen auf den niedergelassenen Kassenarztbereich spürbare zusätzliche Mittel für das Gesundheitssystem lukriert werden können. Ebenso wird durch diese Ausweitung des Anwendungs- bzw. Einsatzbereichs eine Attraktivierung von Kassenarztstellen erwartet (GAW, 2019a).

Eine weitere Option, verstärkt private Mittel für das Gesundheitssystem zu lukrieren, besteht in der staatlichen Förderung von privaten Zusatzkrankenversicherungen. Welche Mittel dabei lukriert werden können und was das für die öffentlichen

Haushalte bedeutet, ist Gegenstand der vorliegenden Studie. Dabei werden zwei Fördervarianten untersucht – zum einen eine Förderung in Form einer steuerlichen Absetzbarkeit und zum anderen in Form eines staatlichen Zuschusses wie bei einem Bausparvertrag. Grundlage für die vorliegende Studie bilden dabei unter anderem die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Österreichs Bevölkerung ab 16 Jahren, die market im Frühjahr 2019 durchführte (market, 2019). In dieser Umfrage wurde unter anderem das Interesse an sowie die Zahlungsbereitschaft für eine geförderte private Zusatzkrankenversicherung abgefragt.

Ohne die Ergebnisse an dieser Stelle vorwegzunehmen: Durch eine staatliche Förderung privater Zusatzkrankenversicherungen könnten bedeutende zusätzliche Mittel für das österreichische Gesundheitssystem lukriert werden – und der Staat steht am Ende des Tages als Gewinner da.

Die Studie gliedert sich dabei wie folgt. Der unmittelbar folgende Abschnitt 0 stellt die Ausgangslage dar. Dabei werden die Bedeutung und der Stellenwert privater Zusatzkrankenversicherungen im österreichischen Gesundheitssystem beleuchtet. Anschließend werden in Abschnitt 0 die mit den beiden Fördervarianten verbundenen Potenziale an zusätzlichem Volumen privater Zusatzkrankenversicherungen ausgewiesen. In Abschnitt 4 werden die Kosten sowie die Nutzen und Rückflüsse, die mit einer Förderung privater Zusatzkrankenversicherungen einhergehen, quantifiziert und abschließend gegenübergestellt.

Für die Beschreibung der Rahmenbedingungen des österreichischen Gesundheitssystems wie die Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben, die Mittelherkunft und -verwendung sowie die Leistungen der privaten Krankenversicherungen wird an dieser Stelle auf die Studie der GAW (GAW, 2019a) verwiesen, in der diese Rahmenbedingungen bereits detailliert dargestellt wurden.

## 2. Ausgangslage

2,2 Milliarden Euro: Das waren Österreicherinnen und Österreicher 2018 bereit, zusätzlich zu ihrer gesetzlichen Krankenversicherung an Prämien für private Zusatzkrankenversicherungen zu leisten. Und diese Summe wird jedes Jahr mehr, denn das jährliche Prämienwachstum lag seit 2010 stets über 3,4 % und erreichte im Jahr 2016 mit 4,7 % einen Höhepunkt.

Mit jährlich durchschnittlich 3,9 % fiel das Prämienwachstum der privaten Krankenversicherungen dabei nicht nur stärker aus als die Inflation (1,9 %), sondern auch als das reale Wachstum des Bruttoinlandsproduktes, das sich in diesem Zeitraum auf jährlich durchschnittlich 1,5 % belief. Tabelle 1 fasst diese Zahlen für die Jahre 2010 bis 2018 zusammen. Somit kann festgehalten werden, dass das Prämienvolumen privater Zusatzkrankenversicherungen nicht nur absolut stetig ansteigt, sondern gemessen an der Wirtschaftsleistung überproportional wächst.

**Tabelle 1: Prämien privater Krankenversicherungen, BIP und Inflation: 2010–2018**

	2010	2011	2012	2013	2014
Prämienvolumen privater Krankenversicherungen	€ 1,6 Mrd.	€ 1,7 Mrd.	€ 1,7 Mrd.	€ 1,8 Mrd.	€ 1,9 Mrd.
Wachstum Versicherungsprämienvolumen		3,6 %	3,4 %	3,8 %	3,2 %
Wachstum reales BIP		2,9 %	0,7 %	0,0 %	0,7 %
Inflation (VPI)		3,3 %	2,4 %	2,0 %	1,7 %
	2015	2016	2017	2018	Durchschnitt
Prämienvolumen privater Krankenversicherungen	€ 2,0 Mrd.	€ 2,1 Mrd.	€ 2,1 Mrd.	€ 2,2 Mrd.	
Wachstum Versicherungsprämienvolumen	4,2 %	4,7 %	3,8 %	4,3 %	3,9 %
Wachstum reales BIP	1,0 %	2,1 %	2,5 %	2,4 %	1,5 %
Inflation (VPI)	0,9 %	0,9 %	2,1 %	2,0 %	1,9 %

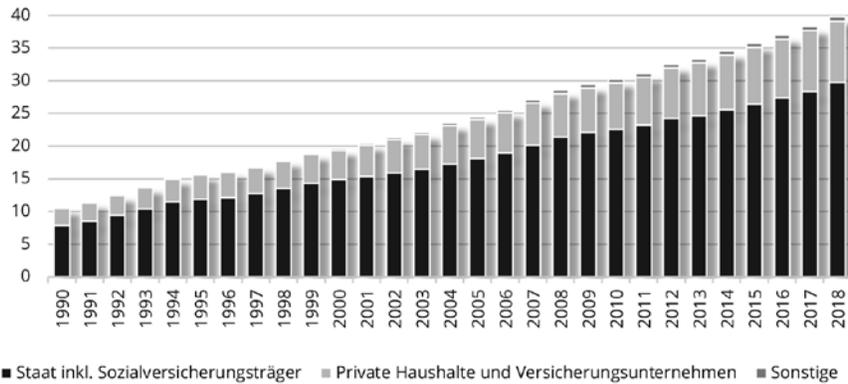
Quelle: Statistik Austria, 2019 und 2019a. VVO, 2013, 2015 und 2018. Wachstum jeweils in % zum Vorjahr.

Doch wie sind die aus diesem Prämienvolumen finanzierten Beiträge zu den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben zu sehen? Welchen Stellenwert haben also die aus diesen Prämien finanzierten Leistungen im österreichischen Gesundheitssystem? Die folgenden Abschnitte beantworten diese Fragen.

## 2.1. Laufende Gesundheitsausgaben

Die laufenden Gesundheitsausgaben beliefen sich in Österreich im Jahr 2018 auf 39,8 Milliarden Euro (ohne Investitionen). Verglichen mit dem Jahr 1990 (10,6 Milliarden Euro) bedeutet dies einen jährlichen durchschnittlichen Anstieg von 4,8 %. Seit 2010 war der Anstieg der laufenden Gesundheitsausgaben mit jährlich durchschnittlich 3,5 % hingegen um 1,3 Prozentpunkte geringer als in der langfristigen Betrachtung seit 1990.

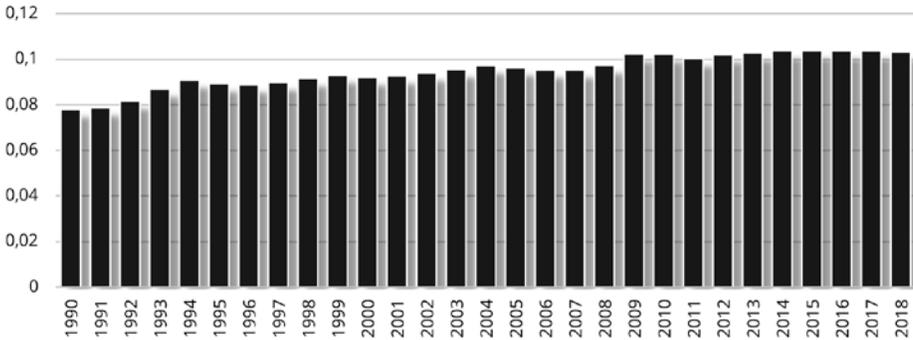
**Abbildung 1: Laufende Gesundheitsausgaben seit 1990**



Quelle: Statistik Austria, 2020.  
 Sonstige: Private Organisationen ohne Erwerbszweck sowie betriebsärztliche Leistungen.

Der Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am BIP ist seit 1990 von 7,8 % auf 10,3 % gestiegen.

**Abbildung 2: Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am BIP**

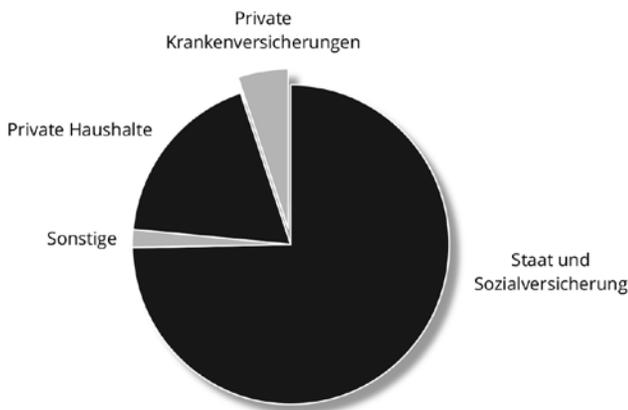


Quelle: Statistik Austria, 2020.

Der vergleichsweise stärkste Anstieg war dabei zu Beginn der 1990er Jahre zu verzeichnen, wohingegen sich der Anstieg in den letzten Jahren verlangsamte bzw. es zu keinem Anstieg mehr kam. So stieg der Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am BIP in den letzten zehn Jahren lediglich von 10,2 auf zuletzt 10,3 % (Statistik Austria, 2020).

Finanziert werden die laufenden Gesundheitsausgaben von unterschiedlichen Akteuren. Zuletzt finanzierten 29,7 Milliarden Euro der Staat inkl. Sozialversicherungen, 7,3 Milliarden Euro private Haushalte (sogenannte Out-of-pocket-Zahlungen), 2,0 Milliarden Euro private Versicherungsunternehmen sowie 0,7 Milliarden Euro sonstige Akteure (private Organisationen ohne Erwerbszweck bzw. Betriebsärzte).

**Abbildung 3: Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben, 2018**



Quelle: Statistik Austria, 2020.

Sonstige: Private Organisationen ohne Erwerbszweck sowie betriebsärztliche Leistungen.

Das heißt, dass mit 2,0 Milliarden Euro immerhin 5,1 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich durch private Krankenversicherungen finanziert werden.

## 2.2. Stellenwert privater Krankenversicherungen

Private Krankenversicherungen tragen in Österreich somit einen bedeutenden Teil zur Finanzierung der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben bei. Bevor darauf im Detail eingegangen wird, wird die Bedeutung privater Krankenversicherungen in ausgewählten europäischen Ländern dargestellt.

### 2.2.1. Stellenwert im europäischen Vergleich

In einem Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt sich dabei, dass der Stellenwert privater Krankenversicherungen im Gesundheitssystem durchaus sehr unterschiedlich ist. So leisten private Krankenversicherungen etwa in Deutschland (1,4 %), Italien (1,8 %) und Schweden (0,6 %) einen wesentlich geringeren Beitrag zur Finanzierung der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben als dies in den Niederlanden (5,9 %), Frankreich (6,6 %) oder der Schweiz (6,6 %) der Fall ist. Österreich liegt mit 4,9 % hier im oberen Bereich.

**Tabelle 2: Stellenwert privater Krankenversicherungen in ausgewählten Ländern**

	BE	DE	FR	ITA	NL	AUT	SWE	UK	CH
Gesundheitsausgaben in % des BIP	10,3 %	11,3 %	11,3 %	8,8 %	10,1 %	10,4 %	11,0 %	9,6 %	12,4 %
Anteil der Ausgaben privater Krankenversicherungen an gesamten Gesundheitsausgaben	5,1 %	1,4 %	6,6 %	1,8 %	5,9 %	4,9 %	0,6 %	3,1 %	6,6 %
Anteil der Ausgaben privater Krankenversicherungen am BIP	0,5 %	0,2 %	0,8 %	0,2 %	0,6 %	0,5 %	0,1 %	0,3 %	0,8 %

Quelle: Eurostat, 2019.  
Zahlen für 2017.

Wofür private Krankenversicherungen ihre Mittel im Rahmen des jeweiligen Gesundheitssystems einsetzen, unterscheidet sich zwischen den einzelnen Ländern sehr stark. Um die Zahlen zwischen den Ländern vergleichen zu können, werden die Ausgaben in Euro je Einwohner ausgewiesen. Wie aus der folgenden Tabel-

le ersichtlich wird, geben in Österreich die privaten Krankenversicherungen im Schnitt 215,2 Euro je Einwohner und Jahr aus.

Neben den Ausgaben für Governance sowie Verwaltung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung (71,2 Euro) fließt der größte Teil der Mittel der privaten Krankenversicherungen in Österreich in die stationäre Gesundheitsversorgung (104,5 Euro). Mit 18,1 Euro je Einwohner kommt hingegen lediglich ein vergleichsweise geringer Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung zugute.

Ein Blick auf andere ausgewählte europäische Länder zeigt, dass der Anteil der Ausgaben für den stationären Bereich an den Gesamtausgaben in Österreich mit 48,6 % ähnlich hoch ist wie in der Schweiz (49,7 %) und in Belgien (53,3 %), jedoch wesentlich höher als in den anderen ausgewählten Ländern.

**Tabelle 3: Ausgaben privater Krankenversicherungen in Euro je Einwohner**

	BE	DE	FR	ITA	NL	AUT	UK	CH
Ausgaben je Einwohner	€ 203,6	€ 63,5	€ 256,4	€ 45,3	€ 258,1	€ 215,2	€ 105,1	€ 573,3
Davon für ...								
stationäre Gesundheitsversorgung	€ 108,6	€ 17,5	€ 30,7	€ 1,6	€ 2,6	€ 104,5	€ 22,7	€ 284,8
ambulante Gesundheitsversorgung	€ 9,1	€ 22,7	€ 70,7	€ 15,0	€ 197,3	€ 18,1	€ 27,6	€ 132,1
medizinische Güter	€ 0,5	€ 3,9	€ 71,1	€ 3,5	€ 20,5	€ 19,4	€ 1,5	€ 73,8
Governance sowie Verwaltung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung	€ 43,1	€ 13,3	€ 61,6	€ 21,4	€ 29,4	€ 71,2	€ 26,9	€ 72,5
Sonstiges	€ 42,4	€ 6,1	€ 22,4	€ 3,7	€ 8,2	€ 2,0	€ 26,4	€ 10,2
Anteil ambulanter Gesundheitsversorgung	4,5 %	35,8 %	27,6 %	33,1 %	76,5 %	8,4 %	26,3 %	23,0 %
Anteil stationärer Gesundheitsversorgung	53,3 %	27,5 %	12,0 %	3,6 %	1,0 %	48,6 %	21,6 %	49,7 %

Quelle: Eurostat, 2019.

Zahlen für 2017.

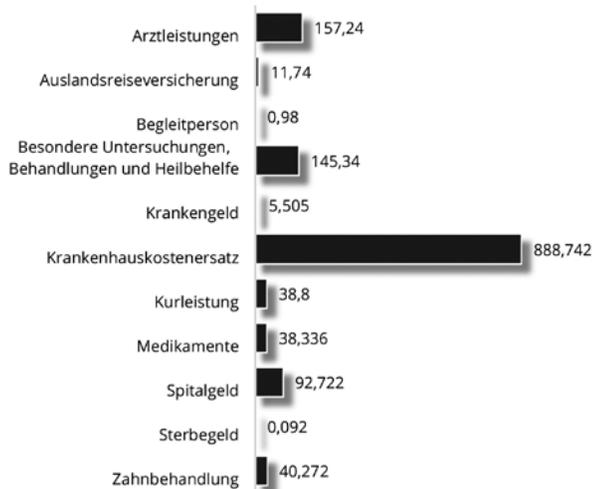
Für Schweden ist keine Aufteilung der Gesundheitsausgaben verfügbar, daher wird Schweden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

## 2.2.2. Stellenwert im österreichischen Gesundheitssystem

Aus dem Prämienvolumen der privaten Krankenversicherungen wurden im Jahr 2018 in Österreich Leistungen im Umfang von 1,4 Milliarden Euro<sup>1</sup> durch die privaten Krankenversicherungen finanziert. Mit 888,7 Millionen Euro entfielen knapp zwei Drittel davon auf den Krankenhauskostenersatz. Die ersetzten Arztleistungen betragen 157,2 Millionen Euro, die Leistungen für besondere Untersuchungen, Behandlungen und Heilbehelfe weitere 145,3 Millionen Euro. Sämtliche anderen erbrachten bzw. ersetzten Leistungen beliefen sich auf unter 100 Millionen Euro (VVO, 2018).

Dabei ist ein wesentlicher Punkt, der einleitend bereits ausgeführt wurde, angesprochen. Denn die 888,7 Millionen Euro, die die privaten Krankenversicherungen in Form des Krankenhauskostenersatzes leisten, kommen zum Teil auch den nicht privat versicherten Personen zugute. Dies deshalb, da mit dem Krankenhauskostenersatz auch medizinisches Gerät in den Spitälern mitfinanziert werden kann, das allen Patienten und Patientinnen und damit auch nicht privat versicherten Personen, zugutekommt. Und auch, da die Ärzteschaft aufgrund zusätzlicher Verdienstmöglichkeiten einen Anreiz vorfindet, weiter an öffentlichen Krankenhäusern tätig zu bleiben und damit ihre Dienstleistung allen Versicherten anbietet.

**Abbildung 4: Leistungen privater Krankenversicherungen in Österreich**



Quelle: VVO, 2018. Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2018. Ohne Rückstellungen für künftige Leistungen bzw. Gewinnbeteiligungen.

<sup>1</sup> In den Leistungen der Krankenversicherung nicht erfasst sind die Zuführungen zu Rückstellungen für künftige Leistungen bzw. Gewinnbeteiligungen (VVO, 2018). Dies erklärt die Abweichung zu den zuvor genannten Zahlen von Statistik Austria.

Aus obiger Abbildung ist weiter ersichtlich, dass die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen für Arztleistungen vergleichsweise gering sind, machen sie doch mit 157,2 Millionen Euro lediglich 11,1 % der gesamten Leistungen privater Krankenversicherungen aus. Doch nicht nur im Leistungsspektrum der privaten Krankenversicherungen spielen diese Ausgaben für Arztleistungen eine untergeordnete Rolle. Vielmehr zeigt sich bei der Analyse der Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern, dass gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben für den niedergelassenen Bereich die privaten Krankenversicherungen lediglich einen Anteil von 2,0 % übernehmen<sup>2</sup>. Im Bereich der Krankenanstalten, für die in Summe jährlich 15,4 Milliarden Euro ausgegeben werden, finanzieren die privaten Krankenversicherungen mit 6,0 % hingegen einen wesentlich größeren Teil als im niedergelassenen Bereich.<sup>3</sup>

**Abbildung 5: Ausgaben privater Krankenversicherungen nach Leistungserbringer**



Quelle: Statistik Austria, 2020.

Lesebeispiel: Von den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben für Apotheken und Einzelhandel finanzieren private Krankenversicherungen einen Anteil von 3,0 %.

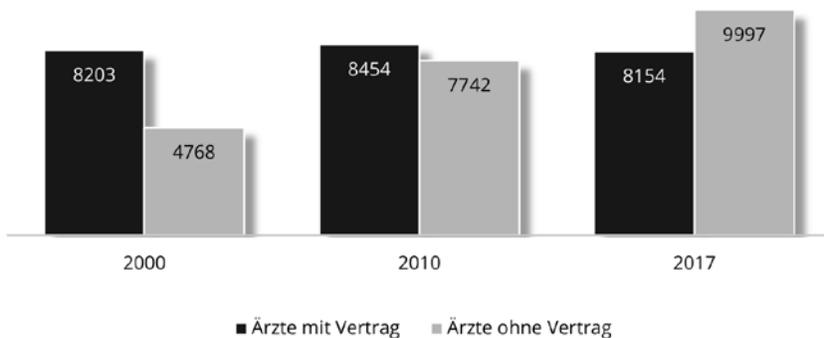
- 2 Mehr als 96 % der Gesundheitsausgaben im niedergelassenen Bereich werden durch Staat/ Sozialversicherung sowie durch die privaten Haushalte finanziert (Statistik Austria, 2020).
- 3 Vgl. dazu auch GAW (2019a). In dieser Studie vom August 2019 werden die laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern und Finanzierungssystemen im Detail analysiert.

## 2.3. Entwicklung der Anzahl an Ärzten

In den letzten Jahren stagnierte die Anzahl an Kassenärzten und Kassenärztinnen in Österreich, während die Anzahl an Wahlärzten stark stieg. Details zur Entwicklung der Anzahl an Kassenärzten und Wahlärztinnen sowie die demografische Zusammensetzung der Ärzteschaft sind der Studie der GAW (2019a) zu entnehmen.

Hier nur die zentralen Entwicklungen: Die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit einem Kassenvertrag ist in den letzten nahezu zwei Jahrzehnten de facto unverändert geblieben. Demgegenüber steigt die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen ohne Vertrag stark an. Allein seit dem Jahr 2000 verdoppelte sich deren Anzahl.

**Abbildung 6: Anzahl an Ärzten und Ärztinnen in Österreich**



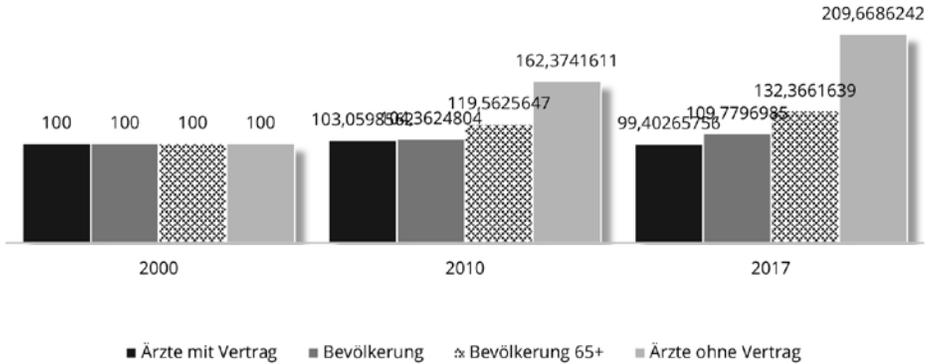
Quelle: ÖÄK, 2019

Hinzu kommt, dass das demografische Umfeld nicht stagniert. So wächst etwa die Bevölkerung Österreichs stetig. Aber nicht nur die Anzahl an Personen steigt dabei, sondern es verändert sich auch die Zusammensetzung der Bevölkerung, so etwa hinsichtlich der Altersstruktur. Aus der folgenden Abbildung ist für den Zeitraum 2000 bis 2017 die relative Veränderung der Anzahl an Ärzten und Ärztinnen (mit und ohne Vertrag) sowie der Bevölkerung (gesamt und 65+) ersichtlich. Dabei zeigt sich klar, dass nicht nur Österreichs Bevölkerung wächst, sondern der Anteil der Personen mit 65 Jahren und mehr stärker steigt als die Gesamtbevölkerung.

In der folgenden Abbildung ist diese Entwicklung grafisch dargestellt, wobei das Jahr 2000 das Bezugsjahr darstellt, in dem alle Größen auf 100 normiert wurden. Wie ersichtlich stagniert die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit einem Kassenvertrag im Betrachtungszeitraum (bzw. sinkt sie sogar leicht auf 99), während alle anderen Größen teils stark steigen. So ist die Gesamtbevölkerung um 10 % auf 110 und die Anzahl an Personen im Alter von 65 Jahren und mehr um 32 % auf 132 gestiegen. Noch wesentlich stärker, nämlich auf 210 und damit auf mehr als das

Doppelte, ist die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen ohne Kassenvertrag (Wahlärzteschaft) gestiegen.

**Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl an Ärzten und Ärztinnen sowie der Bevölkerung**



Quelle: ÖÄK, 2019. Statistik Austria, 2019c.

## 3. Potenzial durch pekuniäre Anreize

Im März 2019 führte market eine Umfrage unter Österreichs Bevölkerung zur Frage der Bedeutung von Zusatzkrankenversicherungen durch. Neben der Einschätzung der Attraktivität einer ambulanten Zusatzkrankenversicherung wurde dabei auch abgefragt, wie die Österreicherinnen und Österreicher zu einer geförderten Zusatzkrankenversicherung stehen und wie groß ihre Bereitschaft ist, eine Zusatzkrankenversicherung im Falle einer Förderung abzuschließen.

### 3.1. Verbreitung privater Krankenversicherungen

Als ein erstes Ergebnis brachte diese Umfrage zu Tage, dass aktuell mit 19 % rund jede fünfte befragte Person über eine Zusatzkrankenversicherung verfügt. Von diesen Personen verfügen weniger als die Hälfte über Krankenversicherungen mit einer vollen, sondern vielmehr mit einer teilweisen Kostendeckung.

**Tabelle 4: Verbreitung privater Krankenversicherungen**

	Antworten			
	Ja, volle Deckung	Ja, teilweise Deckung	Nein, keine Deckung	Weiß nicht/ k. A.
Deckung durch private Krankenversicherung	8 %	11 %	78 %	2 %

Quelle: market, 2019.

Die Frage lautete: Haben Sie eine private Krankenversicherung, die den Besuch bei einem Wahlarzt abdeckt, oder nicht?

In weiterer Folge wurden die Personen befragt, ob sie Interesse an einer Krankenversicherung haben, wenn diese staatlich gefördert wird und welche Zahlungsbereitschaft dabei besteht. Wie eingangs bereits kurz erwähnt, wurden von market (2019) dazu zwei Fördervarianten abgefragt. Bei Variante 1 können die geleisteten Versicherungsprämien fünf Jahre lang im Ausmaß von 20 % von der Steuer abgesetzt werden.<sup>4</sup> Bei Variante 2 gibt es fünf Jahre lang einen staatlichen Zuschuss zur Versicherungsprämie, und zwar ebenfalls in Höhe von 20 %.

<sup>4</sup> Es handelt sich hierbei um einen Steuerabsetzbetrag. Durch diesen wird die vorhandene Steuerlast direkt reduziert.

### 3.2. Fördervariante 1: Steuerliche Absetzbarkeit

Im Rahmen von Fördervariante 1 wurde abgefragt, ob und in welchem Ausmaß Interesse an und Zahlungsbereitschaft für eine Zusatzkrankenversicherung besteht,

*„wenn 20 % der Kosten für eine private Zusatzkrankenversicherung für die ersten fünf Jahre steuerlich abgesetzt werden könnten“ (market, 2019).*

Auf diese Frage antworteten 13 % mit „auf jeden Fall“ und 35 % mit „eher schon“. Demgegenüber würden 44 % der Befragten „eher“ bzw. „sicher nicht“ eine Zusatzkrankenversicherung abschließen, auch wenn diese steuerlich gefördert würde. Hinsichtlich der Zahlungsbereitschaft, die von jenen 48 %, die eine Zusatzkrankenversicherung auf jeden Fall bzw. eher schon abschließen würden, abgefragt wurde, gaben 50 % an bereit zu sein, einen Betrag von bis zu 50 Euro monatlich zu zahlen, 33 % 50 bis 100 Euro, 8 % 100 bis 150 Euro und 4 % mehr als 150 Euro.

**Tabelle 5: Interesse und Zahlungsbereitschaft bei steuerlicher Absetzbarkeit**

Antworten					
Interesse / Abschlussbereitschaft					
	Auf jeden Fall	Eher schon	Eher nicht	Sicher nicht	Weiß nicht/k. A.
Abschluss, wenn steuerlich absetzbar*	13 %	35 %	30 %	14 %	9 %
Zahlungsbereitschaft					
	Bis 50 Euro	50–100 Euro	100–150 Euro	Mehr als 150 Euro	k. A.
Zahlung**	50 %	33 %	8 %	4 %	5 %

Quelle: market, 2019.

\* Angenommen Sie könnten 20 % der Kosten für eine private Zusatzversicherung für die ersten 5 Jahre steuerlich absetzen: Würden Sie dann eine Zusatzkrankenversicherung abschließen oder eher nicht?

\*\* Und wie viel wären Sie in diesem Fall bereit für eine Zusatzkrankenversicherung, bei der die Kosten für den Wahlarzt und Kassenarzt als Privatpatient, sowie Physiotherapie, Medikamente, Alternativmedizin abgedeckt wären, monatlich auszugeben?

Zur Abschätzung des damit zusammenhängenden Potenzials werden zwei Szenarien entwickelt. In Szenario 1 wird angenommen, dass neben all jenen, die angaben, eine Zusatzkrankenversicherung „auf jeden Fall“ abzuschließen zu wollen, auch 25 % all jener, die eine Zusatzkrankenversicherung „eher schon“ abzuschließen gedenken, berücksichtigt. Szenario 2 liegt die Annahme zugrunde, dass 50 % all jener, die angaben, eine Zusatzkrankenversicherung „eher schon“ abzuschließen, auch tatsächlich einen Abschluss tätigen (sowie all jene, die „auf jeden Fall“

abschließen).<sup>5</sup> In beiden Szenarien wurde jeweils die Mitte der abgefragten monatlichen Zahlungsbereitschaften (also 25, 75 sowie 125 Euro) bzw. 150 Euro für das letzte, offene Intervall zugrunde gelegt.

Aus Tabelle 6 wird ersichtlich, dass für Gesamtösterreich in Szenario 1 mit einem Prämienvolumen von 0,9 Milliarden Euro und in Szenario 2 mit gut 1,2 Milliarden Euro gerechnet werden kann. Umgelegt auf Oberösterreich bedeutet dies ein Potenzial von 151,7 Millionen Euro in Szenario 1 und 207,0 Millionen Euro in Szenario 2. In diesem potenziellen Prämienvolumen ist bereits berücksichtigt, dass ein Teil der Befragten angab, auch ohne Fördermaßnahmen eine Zusatzkrankenversicherung abschließen zu wollen. Somit ist hier und in allen folgenden Ausführungen jeweils der „Nettoeffekt“ der abgefragten Fördervarianten dargestellt.

**Tabelle 6: Potenzial einer Zusatzkrankenversicherung bei steuerlicher Absetzbarkeit**

Szenario 1	Jährliches Potenzial				
	bei einer Monatsprämie in Höhe von ...				
	25 Euro	75 Euro	125 Euro	150 Euro	Summe
Österreich	€ 215,1 Mio.	€ 425,9 Mio.	€ 172,1 Mio.	€ 103,2 Mio.	€ 916,2 Mio.
Oberösterreich	€ 35,6 Mio.	€ 70,5 Mio.	€ 28,5 Mio.	€ 17,1 Mio.	€ 151,7 Mio.
Szenario 2	bei einer Monatsprämie in Höhe von ...				
	25 Euro	75 Euro	125 Euro	150 Euro	Summe
	Österreich	€ 293,4 Mio.	€ 580,9 Mio.	€ 234,7 Mio.	€ 140,8 Mio.
Oberösterreich	€ 48,6 Mio.	€ 96,2 Mio.	€ 38,9 Mio.	€ 23,3 Mio.	€ 207,0 Mio.

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

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

Szenario 1: Alle Personen, die „auf jeden Fall“ und 25% der Personen, die „eher schon“ angaben, sind berücksichtigt.

Szenario 2: Alle Personen, die „auf jeden Fall“ und 50% der Personen, die „eher schon“ angaben, sind berücksichtigt.

5 Mit diesem vergleichsweise konservativen Vorgehen soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass nicht sämtliche Personen, die angaben, „eher schon“ eine Versicherung abzuschließen, auch tatsächlich einen Abschluss tätigen. Und auch, dass erfahrungsgemäß einige Personen einen bereits getätigten Abschluss nach wenigen Jahren kündigen und nicht bis zum Laufzeitende halten.

### 3.3. Fördervariante 2: Staatlicher Zuschuss

Als Alternative zur steuerlichen Förderung wurde von market abgefragt, wie die Befragten auf eine staatliche Bezuschussung der Prämie reagieren würden. Die Frage dazu lautete:

*„Angenommen, Sie würden wie bei einem Bausparer vom Staat einen Zuschuss von 20 % der für Sie anfallenden Kosten über die ersten 5 Jahre bekommen; würden Sie dann eine Zusatzkrankenversicherung abschließen oder eher nicht?“ (market, 2019)*

Auf diese Frage antworteten 12 % mit „auf jeden Fall“ und 36 % mit „eher schon“. Demgegenüber würden 40 % der Befragten „eher“ bzw. „sicher nicht“ eine Zusatzkrankenversicherung abschließen, auch wenn diese mittels eines staatlichen Zuschusses gefördert würde. Damit zeigen sich unter den Befragten vergleichsweise geringe Unterschiede in den Präferenzen für eine der beiden Fördervarianten.

**Tabelle 7: Interesse und Zahlungsbereitschaft bei staatlichem Zuschuss**

Antworten					
Interesse / Abschlussbereitschaft					
	Auf jeden Fall	Eher schon	Eher nicht	Sicher nicht	Weiß nicht/k. A.
Abschluss, wenn staatlich bezuschusst*	12 %	36 %	28 %	12 %	11 %
Zahlungsbereitschaft					
	Bis 50 Euro	50–100 Euro	100–150 Euro	Mehr als 150 Euro	k. A.
Zahlung**	52 %	32 %	6 %	3 %	6 %

Quelle: market, 2019.

\* Angenommen Sie würden wie bei einem Bausparer vom Staat einen Zuschuss von 20 % der für sie anfallenden Kosten über die ersten 5 Jahre bekommen: Würden Sie dann eine Zusatzkrankenversicherung abschließen oder eher nicht?

\*\* Und wie viel wären Sie in diesem Fall bereit pro Monat für eine Zusatzkrankenversicherung, bei der Sie einen Zuschuss vom Staat bekommen, zu bezahlen?

Hinsichtlich der Zahlungsbereitschaft, die von jenen 48 %, die eine Zusatzkrankenversicherung „auf jeden Fall“ bzw. „eher schon“ abschließen würden, abgefragt wurde, gaben 52 % an bereit zu sein, einen Betrag von bis zu 50 Euro monatlich zu zahlen, 32 % 50 bis 100 Euro, 6 % 100 bis 150 Euro und 3 % mehr als 150 Euro. So zeigen sich auch hinsichtlich der Zahlungsbereitschaft lediglich geringe Unterschiede zwischen den beiden abgefragten Fördervarianten.

**Tabelle 8: Potenzial einer Zusatzkrankenversicherung bei staatlicher Bezuschussung**

Jährliches Potenzial					
Szenario 1	bei einer Monatsprämie in Höhe von ...				Summe
	25 Euro	75 Euro	125 Euro	150 Euro	
Österreich	€ 215,0 Mio.	€ 396,8 Mio.	€ 124,0 Mio.	€ 74,4 Mio.	€ 810,2 Mio.
Oberösterreich	€ 35,6 Mio.	€ 65,7 Mio.	€ 20,5 Mio.	€ 12,3 Mio.	€ 134,2 Mio.
Szenario 2	bei einer Monatsprämie in Höhe von ...				Summe
	25 Euro	75 Euro	125 Euro	150 Euro	
Österreich	€ 299,3 Mio.	€ 552,5 Mio.	€ 172,7 Mio.	€ 103,6 Mio.	€ 1.128,1 Mio.
Oberösterreich	€ 49,6 Mio.	€ 91,5 Mio.	€ 28,6 Mio.	€ 17,2 Mio.	€ 186,8 Mio.

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

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

Szenario 1: Alle Personen, die „auf jeden Fall“ und 25% der Personen, die „eher schon“ angaben, sind berücksichtigt.

Szenario 2: Alle Personen, die „auf jeden Fall“ und 50% der Personen, die „eher schon“ angaben, sind berücksichtigt.

In Summe liegt bei der Variante der staatlichen Bezuschussung das zu erwartende Prämienvolumen etwas unter jenem Volumen, das sich bei einer steuerlichen Förderung (Absetzbetrag) ergibt. So kann im Falle einer staatlichen Bezuschussung mit 0,8 bis 1,1 Milliarden Euro für Gesamtösterreich bzw. mit 134,2 bis 186,8 Millionen Euro für Oberösterreich gerechnet werden.

### 3.4. Vergleich der beiden Fördervarianten

**Tabelle 9: Interesse und Zahlungsbereitschaft geförderter Zusatzkrankenversicherungen**

Antworten					
Interesse / Abschlussbereitschaft					
	Auf jeden Fall	Eher schon	Eher nicht	Sicher nicht	Weiß nicht/k. A.
Steuerliche Absetzbarkeit*	13 %	35 %	30 %	14 %	9 %
Staatlicher Zuschuss**	12 %	36 %	28 %	12 %	11 %
Zahlungsbereitschaft					
	Bis 50 Euro	50–100 Euro	100–150 Euro	Mehr als 150 Euro	k. A.
Steuerliche Absetzbarkeit*	50 %	33 %	8 %	4 %	5 %
Staatlicher Zuschuss**	52 %	32 %	6 %	3 %	6 %

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

\* Angenommen Sie könnten 20 % der Kosten für eine private Zusatzversicherung für die ersten 5 Jahre steuerlich absetzen: Würden Sie dann eine Zusatzkrankenversicherung abschließen oder eher nicht?

\*\* Angenommen Sie würden wie bei einem Bausparer vom Staat einen Zuschuss von 20 % der für sie anfallenden Kosten über die ersten 5 Jahre bekommen: Würden Sie dann eine Zusatzkrankenversicherung abschließen oder eher nicht?

k. A. ... keine Angabe.

Tabelle 9 weist die Antworten der Befragten für diese beiden Fördervarianten nochmals zusammengefasst aus. Dabei zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen den beiden abgefragten Fördervarianten gering sind, und zwar sowohl was das Interesse an als auch die Zahlungsbereitschaft für eine derartige Versicherung betrifft. Offensichtlich weisen die Befragten keine Präferenzen hinsichtlich der Art der Förderung von Zusatzkrankenversicherungen auf.

### 3.5. Potenzial geförderter Zusatzkrankenversicherungen

Wie die obigen Ausführungen zeigen konnten, besteht ein erhebliches Potenzial an Zusatzkrankenversicherungen, sofern diese seitens des Staates gefördert werden. Tabelle 10 zeigt, dass das Potenzial für eine geförderte Zusatzkrankenversicherung bei 0,9 (Szenario 1) bis 1,2 Milliarden Euro (Szenario 2) liegt, wenn die Förderung durch eine steuerliche Absetzbarkeit erfolgt. Werden Zusatzkrankenversicherungen alternativ durch einen staatlichen Zuschuss gefördert, so beträgt das Potenzial 0,8 Milliarden Euro in Szenario 1 und 1,1 Milliarden Euro in Szenario 2.

**Tabelle 10: Potenziale von Zusatzkrankenversicherungen nach Fördervarianten**

	Szenario 1	Szenario 2
Potenzial im Falle steuerlicher Absetzbarkeit	€ 916,2 Mio.	€ 1.249,8 Mio.
Potenzial im Falle staatlicher Bezuschussung	€ 810,2 Mio.	€ 1.128,1 Mio.

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

Szenario 1: Alle Personen, die „auf jeden Fall“ und 25% der Personen, die „eher schon“ angaben, sind berücksichtigt.

Szenario 2: Alle Personen, die „auf jeden Fall“ und 50% der Personen, die „eher schon“ angaben, sind berücksichtigt.

Dies bedeutet, dass hier unter Österreichs Bevölkerung offensichtlich ein großes Interesse an Zusatzkrankenversicherungen besteht, sofern diese gefördert werden. Um die Größenordnung und damit die Bedeutung dieses Potenzials einordnen zu können, sind in der folgenden Tabelle ausgewählte Kennzahlen des österreichischen Gesundheitssystems aufgelistet.

**Tabelle 11: Einordnung des Potenzials von geförderten Zusatzkrankenversicherungen**

Prämienvolumen Zusatzkrankenversicherungen 2018 in Österreich	€ 2,2 Mrd.
Mittel von Zusatzkrankenversicherungen im Rahmen der laufenden Gesundheitsausgaben, 2017	€ 1,9 Mrd.
Krankenhauskostenersatz durch private Zusatzkrankenversicherungen 2018	€ 0,9 Mrd.
Abgeltung Arztleistungen durch private Zusatzkrankenversicherungen, 2018	€ 0,2 Mrd.
<b>Potenziale ambulanter und geförderter Zusatzkrankenversicherungen</b>	
Potenzial ambulanter Zusatzkrankenversicherungen (GAW, 2019a), ohne Förderung	Bis zu € 1,1 Mrd.
Potenzial geförderter Zusatzkrankenversicherungen (steuerliche Absetzbarkeit)	Bis zu € 1,2 Mrd.
Potenzial geförderter Zusatzkrankenversicherungen (staatlicher Zuschuss)	Bis zu € 1,1 Mrd.

Quelle: market, 2019. Statistik Austria, 2019b. GAW, 2019a.

So beläuft sich das Prämienvolumen der Zusatzkrankenversicherungen derzeit auf 2,2 Milliarden Euro. Knapp 0,9 Milliarden Euro fließen derzeit unter dem Titel Krankenhauskostenersatz von diesen Zusatzkrankenversicherungen in die Spitäler, weitere 157,2 Millionen Euro werden an Arztleistungen abgegolten.

Werden Zusatzkrankenversicherungen von der öffentlichen Hand gefördert, sei es im Rahmen einer steuerlichen Absetzbarkeit, sei es in Form eines staatlichen Zuschusses, so kann mit zusätzlichen Mitteln von bis zu 1,2 Milliarden Euro gerechnet werden.

Zu beachten dabei sind jedenfalls zwei Dinge: Zum einen umfasst dieses Potenzial auch Rückstellungen für künftige Leistungen bzw. Gewinnbeteiligungen auf Seiten der Krankenversicherungen, so dass nicht das gesamte Potenzial sofort und zur Gänze dem österreichischen Gesundheitssystem zur Verfügung steht. Zum anderen wird es selbst im Falle einer Einführung der Förderung von Zusatzkrankenversicherungen einige Jahre dauern, bis das Potenzial zur Gänze ausgeschöpft ist. Doch trotz dieser beiden Punkte kann als Fazit festgehalten werden, dass die Mittel, die für das österreichische Gesundheitssystem durch die Förderung einer Zusatzkrankenversicherung „gewonnen“ werden können, von entsprechendem Gewicht sind.

Dass sich die Kosten der Förderung für die öffentliche Hand mehr als nur rentieren, zeigt das nun folgende Kapitel, in dem die Kosten und die Nutzen der Förderung einander gegenübergestellt werden.

## 4. Kosten und Nutzen für die öffentliche Hand

Des einen Freud, des anderen Leid. Naturgemäß bedeutet eine Förderung für die Geförderten eine finanzielle Erleichterung und für die (vermeintlich) anderen, den Staat, einen Mittelabfluss bzw. Mindereinnahmen. Zunächst. Denn über diverse Wege fließt ein Teil der zuvor ausgegebenen Mittel wieder zurück in die öffentlichen Budgets bzw. entlastet, wie gezeigt werden wird, an anderer Stelle die öffentlichen Kassen.

Im vorliegenden Kapitel werden daher die gesamten Nutzen und Kosten für die öffentliche Hand für die beiden in der Umfrage abgefragten Fördervarianten quantifiziert. Angemerkt sei dabei, dass diese Quantifizierung auf den Ergebnissen der Umfrage von market (2019) beruht. Nicht Gegenstand der folgenden Überlegungen ist die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die abgefragten Fördervarianten. So wird etwa nicht hinterfragt, ob für die abgefragten Fördervarianten möglicherweise die gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen.

Die Berechnungen gehen weiter davon aus, dass das gesamte Prämienvolumen, das aus den Antworten der Befragten abgeleitet werden kann, gefördert wird. Hingegen bleiben bereits bestehende Zusatzkrankenversicherungsverträge in den folgenden Berechnungen unberücksichtigt. Als Betrachtungszeitraum wurden die Jahre 2020 bis 2035 gewählt, da anzunehmen ist, dass im Falle einer Förderung von Zusatzkrankenversicherungen das gesamte Potenzial nicht sofort und zur Gänze im ersten Jahr ausgeschöpft wird, sondern dass es vielmehr einige Jahre dauern wird.

### 4.1. Kosten der Fördervarianten

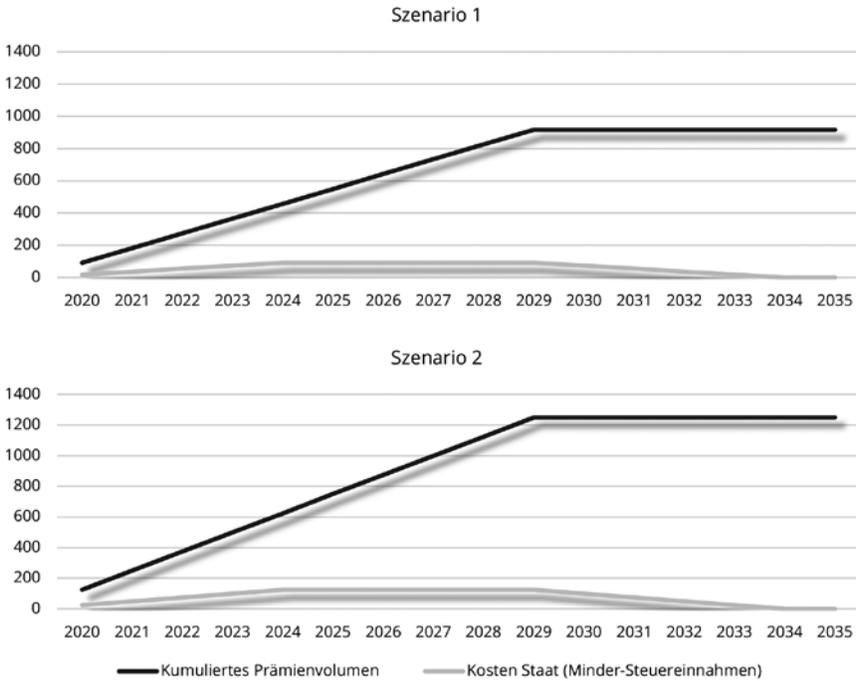
Die Kosten der beiden abgefragten Fördervarianten umfassen jene Mittel, die der Staat im Rahmen der Förderung aufzubringen hat. Im Fall der steuerlichen Absetzbarkeit von Versicherungsprämien sind dies Minder-Steuereinnahmen, im Fall eines staatlichen Zuschusses sind es zusätzliche Ausgaben.

Die erste in der Umfrage abgefragte Fördervariante war eine Zusatzkrankenversicherung, für die 20 % der Kosten für die ersten fünf Jahre steuerlich abgesetzt werden können. Die zweite Fördervariante bestand in einer staatlichen Bezu-

schussung (analog zur Bausparprämie) in Höhe von 20 % in den ersten fünf Jahren. Um die Kosten dieser beiden Maßnahmen in Form von geltend gemachten Absetzbeträgen bzw. in Form von staatlichen Zuschüssen und damit aus Sicht des Staates in Form von Steuermindereinnahmen bzw. höheren Ausgaben quantifizieren zu können, werden folgende Annahmen getroffen:

- Das errechnete Potenzial an Prämienvolumen baut sich sukzessive in den ersten zehn Jahren auf, wobei ein linearer Anstieg unterstellt wird.
- Der Absetzbetrag in Höhe von 20 % wird von allen Personen, die eine Zusatzkrankenversicherung neu abschließen in voller Höhe in Anspruch genommen. Somit stellen die Berechnungen aus Sicht des Staates ein Worstcase Szenario dar. Denn wenn die Absetzbeträge nicht in voller Höhe in Anspruch genommen werden (können), sind auch die Steuer-Mindereinnahmen geringer als hier unterstellt.
- Es werden keine Verträge storniert bzw. innerhalb der ersten fünf Jahre ab Abschluss aufgelöst. Dies bedeutet, dass die im Folgenden ausgewiesenen Zahlen auch aus dieser Perspektive jeweils das Worstcase Szenario darstellen. Denn stornierte bzw. vorzeitig aufgelöste Verträge würden eine Verringerung der Förderkosten bedeuten.

**Abbildung 8: Prämienvolumen und Kosten für Fördervariante steuerliche Absetzbarkeit**



Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf Neuabschlüsse von Zusatzkrankensicherungen. Aktueller Bestand nicht berücksichtigt.

Im Falle einer Förderung über eine steuerliche Absetzbarkeit der Versicherungsprämien beläuft sich in Szenario 1 das zusätzliche jährliche Potenzial an Prämien von Zusatzkrankensicherungen auf 91,6 Millionen Euro, so dass nach zehn Jahren, im Jahr 2029, das Potenzial zur Gänze (916,2 Millionen Euro) erreicht ist. In Szenario 2 beläuft sich das gesamte Potenzial auf 1,2 Milliarden Euro, womit das jährliche Potenzial 125,0 Millionen Euro beträgt.

Die Kosten der Förderung erreichen jeweils im fünften Jahr, also im Jahr 2024, ihr Maximum und bleiben anschließend fünf Jahre lang unverändert. Dies deshalb, da zunächst im Jahr 2024 für sämtliche bis dahin abgeschlossenen Zusatzversicherungen der Absetzbetrag in Anspruch genommen werden kann. In den Jahren 2025 bis 2029 kommen zwar jährlich stets neue Verträge hinzu, allerdings entfällt für andere aufgrund der Überschreitung der 5-Jahres-Grenze die Förderung. So kommen etwa im Jahr 2025 neue Verträge im Ausmaß von 91,6 Millionen Euro hinzu (Neuabschlüsse 2025), gleichzeitig können jedoch die Prämien jener Verträge, die 2020 abgeschlossen wurden, nicht mehr steuerlich abgesetzt werden, da

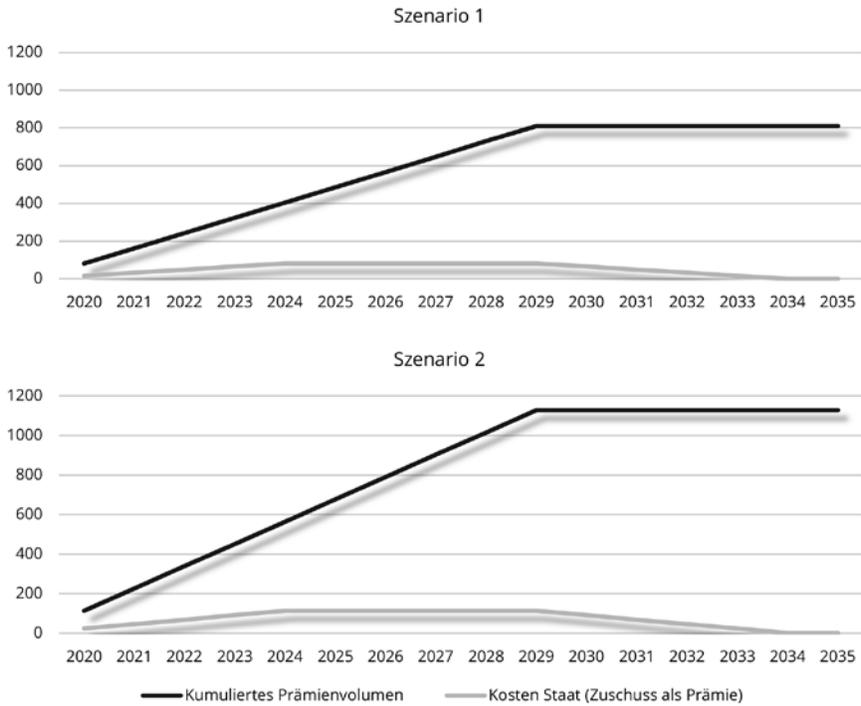
ihr Förderzeitraum (2020 bis 2024) bereits abgelaufen ist. Das bedeutet, dass das zu fördernde Volumen und damit die Kosten für den Staat von 2025 bis zum Jahr 2029 unverändert bleiben. Ab dem Jahr 2030 sinken die Kosten für den Staat, da ab diesem Jahr keine neuen Verträge mehr abgeschlossen werden (da das Potenzial annahmegemäß in zehn Jahren, also im Jahr 2029, zur Gänze erreicht ist). Die Förderkosten ab dem Jahr 2030 beziehen sich somit nur mehr auf Verträge, die ab dem Jahr 2026 abgeschlossen wurden. Ab dem Jahr 2034 entstehen dem Staat keine Kosten mehr, da sämtliche Verträge des gesamten Potenzials bereits gefördert wurden und ab dem Jahr 2030 keine neuen Verträge mehr abgeschlossen werden.

Die jährliche Kosten steigen in Szenario 1 bis zum Jahr 2024 sukzessive auf 91,6 Millionen Euro jährlich (Szenario 2: 125,0 Millionen Euro) und bleiben bis 2029 konstant. Anschließend fallen sie auf 18,3 Millionen Euro (Szenario 2: 25,0 Millionen Euro) im Jahr 2033 und schließlich auf null ab dem Jahr 2034. In Summe entsprechen die Kosten der Förderung für den Staat jeweils dem Potenzial von 916,2 Millionen Euro in Szenario 1 bzw. 1,2 Milliarden Euro in Szenario 2.

Im Falle einer Förderung über einen staatlichen Zuschuss beläuft sich in Szenario 1 das zusätzliche jährliche Potenzial an Prämien von Zusatzkrankenversicherungen auf 81,0 Millionen Euro, so dass nach zehn Jahren, im Jahr 2029, das Potenzial zur Gänze (810,2 Millionen Euro) erreicht ist. In Szenario 2 beläuft sich das gesamte Potenzial auf 1,1 Milliarden Euro, womit das jährliche Potenzial 112,8 Millionen Euro beträgt.

Die Ausführungen hinsichtlich der Kosten für diese Fördervariante gelten analog zu den oben angestellten Überlegungen im Falle der Förderung einer steuerlichen Absetzbarkeit. Dabei steigen hier die jährlichen Kosten für den Staat in den ersten fünf Jahren in Szenario 1 auf 81,0 Millionen Euro (Szenario 2: 112,8 Millionen Euro), bleiben dann bis 2029 konstant und sinken dann bis zum Jahr 2033 auf 16,2 Millionen Euro (Szenario 2: 22,6 Millionen Euro). Ab dem Jahr 2034 fallen auch hier für den Staat keine Kosten mehr an, da das Potenzial zur Gänze bereits bis zum Jahr 2029 ausgeschöpft ist.

**Abbildung 9: Prämienvolumen und Kosten für Fördervariante staatlicher Zuschuss**



Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.  
 Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf Neuabschlüsse von Zusatzkrankenversicherungen. Aktueller Bestand nicht berücksichtigt.

Soweit die Kosten für den Staat, die sich im Fall einer Förderung von Zusatzkrankenversicherungen ergeben. Im nun unmittelbar folgenden Abschnitt 4.2. werden die Nutzen dieser Fördervarianten analysiert und in Abschnitt 4.3. schließlich den hier ausgewiesenen Kosten gegenübergestellt.

## 4.2. Nutzen der Fördervarianten

Unter „Nutzen“ der Fördervarianten werden in diesem Zusammenhang all jene Mittel subsumiert, die sich aufgrund von Rückflüssen in die staatlichen Budgets bzw. in Form von Minderausgaben an anderer Stelle ergeben. Dazu zählen

- Rückflüsse in Form der Versicherungssteuer der geförderten Zusatzkrankenversicherungsverträge
- Zusätzliche Mittel für die öffentlichen Krankenanstalten in Form von Hausrücklässen
- Rückflüsse in Form von Steuern und Abgaben, die sich aufgrund der Förderung selbst ergeben. Denn aus einer ökonomischen Perspektive stellen diese Fördermittel zusätzliche Nachfrage dar, die zu entsprechenden volkswirtschaftlichen und somit auch fiskalischen Effekten in Form von Steuer- und Abgabenaufkommen führt.

### 4.2.1. Rückflüsse in Form der Versicherungssteuer

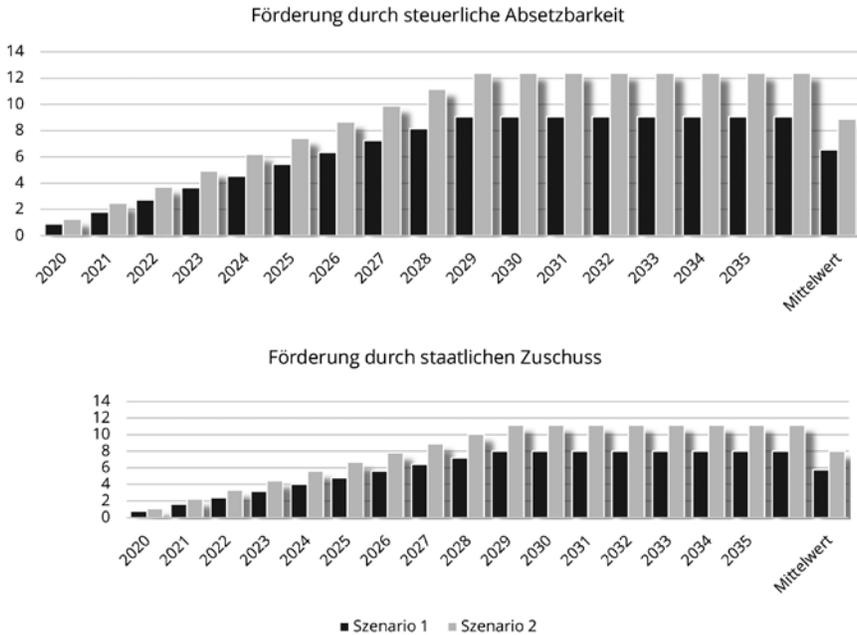
Zusatzkrankenversicherungen unterliegen wie andere Versicherungen einer Steuerpflicht in Form der Versicherungssteuer. Diese Steuer knüpft an die Zahlung des Versicherungsentgeltes an und beläuft sich für Krankenversicherungen auf ein Prozent.<sup>6</sup> Basierend auf dem oben ausgewiesenen Potenzial an zusätzlichem Prämienvolumen ergeben sich somit folgende Rückflüsse an Versicherungssteuer.

Im Fall der Förderung in Form der steuerlichen Absetzbarkeit fließen in Szenario 1 im Untersuchungszeitraum durchschnittlich 6,5 Millionen Euro (Szenario 2: 8,5 Millionen Euro) in den Staatshaushalt zurück. Erfolgt die Förderung über einen staatlichen Zuschuss, so betragen diese Rückflüsse 5,8 (Szenario 1) bzw. 8,0 Millionen Euro (Szenario 2).

Wie in Abbildung -3 ersichtlich ist, steigt das Aufkommen an Versicherungssteuer jeweils bis zum Jahr 2029 und bleibt dann unverändert. Dies deshalb, da im Jahr 2029 das Potenzial an zusätzlichem Volumen an Versicherungsprämien jeweils zur Gänze ausgeschöpft ist.

<sup>6</sup> „Besteuert wird die Zahlung des Versicherungsentgeltes für ein durch Vertrag oder auf sonstige Weise entstandenes Versicherungsverhältnis“ (BMF, 2020).

**Abbildung 10: Aufkommen an Versicherungssteuer**



Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf Neuabschlüsse von Zusatzkrankenversicherungen. Aktueller Bestand nicht berücksichtigt.

#### 4.2.2. Zusätzliche Mittel in Form von Hausrückläsen

Ein Großteil der Leistungen privater Zusatzkrankenversicherungen fließt in Form von Krankenhauskostensersatz an die Krankenhäuser (vgl. dazu auch Abbildung -4). Diese Zahlungen umfassen dabei neben den Anstaltsgebühren auch die Ärztehonore. Ein Teil dieser Ärztehonore wiederum fließt in Form von sogenannten Hausrückläsen an die Krankenanstalten.

Zur Berechnung jener Mittel, die aufgrund einer staatlichen Förderung von Zusatzkrankenversicherungen dem Gesundheitssystem zusätzlich zugutekommen, werden in der vorliegenden Studie ausschließlich die Hausrückläse herangezogen. Die Anstaltsgebühren werden deshalb nicht berücksichtigt, da diese de jure keine zusätzlichen Einnahmen für die Krankenanstalten darstellen, sondern lediglich die mit der Behandlung privat versicherten Personen verbundenen Zusatzkosten abdecken.<sup>7</sup> Ebenso unberücksichtigt bleibt jener Teil der Ärztehonore, der bei

<sup>7</sup> Gespräche mit Experten lassen den Schluss zu, dass diese Mittel (Anstaltsgebühren) tatsächlich sehr wohl Zusatzmittel für die Krankenanstalten darstellen und nicht ausschließlich die Zusatzkosten privat versicherter Personen abdecken.

den Ärztinnen und Ärzten verbleibt. Denn in einem ersten Schritt entlastet dieses zusätzliche (Privat)Einkommen der Ärzteschaft das Gesundheitssystem nicht. Allerdings kann darüber diskutiert werden, ob ohne diese Zusatzverdienstmöglichkeiten nicht die von den Krankenanstalten (und damit der öffentlichen Hand) bezahlten Ärztehonorare höher sein müssten als sie es derzeit aktuell sind, um diese Ärztinnen und Ärzte an den öffentlichen Krankenanstalten halten zu können.

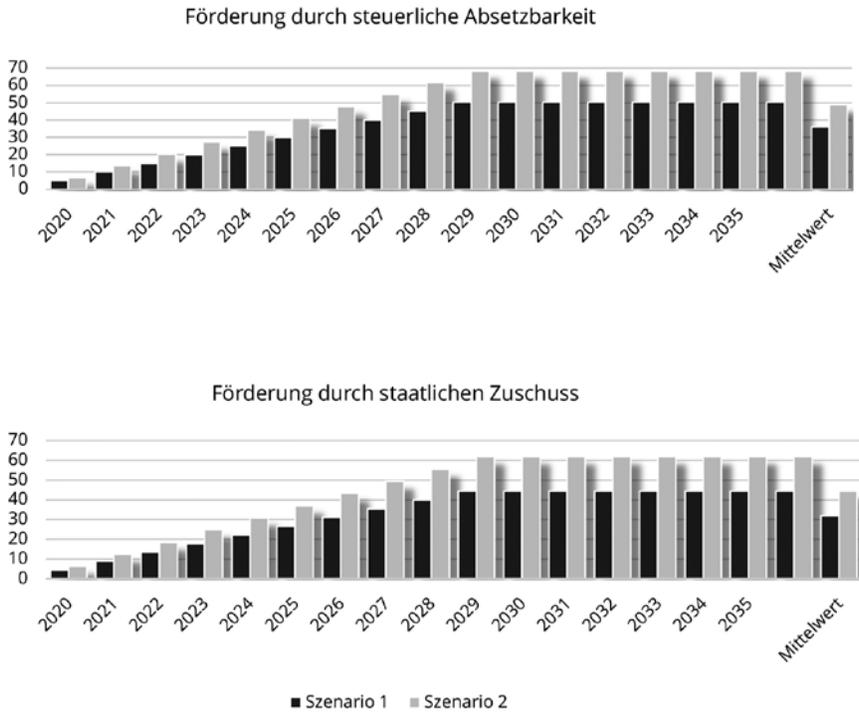
Dies bedeutet, dass die folgenden Ausführungen ein konservatives Szenario darstellen. Denn so werden weder die Anstaltsgebühren noch die bei der Ärzteschaft verbleibenden Ärztehonorare berücksichtigt, sondern wie erwähnt ausschließlich die Hausrücklässe.

Zur Höhe der Hausrücklässe wird das oberösterreichische Modell zugrunde gelegt. Dabei fließt von einem Euro, den private Krankenversicherungen an die Krankenanstalten zahlen, ein Drittel in Form von Anstaltsgebühren an die Krankenanstalten. Von den verbleibenden zwei Dritteln, die in Form von Honoraren an die Ärzteschaft fließen, kommt den Krankenanstalten ein Viertel in Form von Hausrücklassen zugute. Somit belaufen sich die Hausrücklässe auch ein Sechstel bezogen auf die Zahlungen der privaten Krankenversicherungen an die Krankenanstalten.

Als Basis zur Berechnung dieser zusätzlichen Hausrücklässe wird das Potenzial an zusätzlichem Volumen von Zusatzkrankenversicherungen weiter um jenen Teil bereinigt, der an private Krankenanstalten fließt. Wird dieser Anteil anhand der systemisierten Betten berechnet, so heißt das, dass von diesem Potenzial 30,0 % (BMASGK, 2020) in Abzug gebracht werden müssen.

Somit verbleiben als Basis für die anzustellenden Berechnungen 70,0 % des Potenzials an zusätzlichem Volumen von Zusatzkrankenversicherungen, das an öffentliche Krankenanstalten fließt.

**Abbildung 11: Zufluss an zusätzlichen Hausrücklässen**



Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.  
 Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf Neuabschlüsse von Zusatzkrankenversicherungen. Aktueller Bestand nicht berücksichtigt.

Unter den getroffenen Annahmen bedeutet dies, dass unter einem Förderregime via steuerliche Absetzbarkeit mit zusätzlichen Hausrücklässen von jährlich durchschnittlich 36,1 (Szenario 1) bzw. 49,2 Millionen Euro (Szenario 2) gerechnet werden kann. Im Falle einer Förderung mittels eines staatlichen Zuschusses belaufen sich diese zusätzlichen Mittel auf 31,9 (Szenario 1) bzw. 44,4 Millionen Euro (Szenario 2). Der zeitliche Verlauf dieser Zahlungsströme ist der obigen Abbildung zu entnehmen, wobei auch hier die Rückflüsse ab dem Jahr 2029 konstant bleiben, da ab diesem Jahr das Potenzial zur Gänze ausgeschöpft ist.

### 4.2.3. Fiskalische Effekte der Förderung selbst

Die Förderung selbst stellt zunächst Kosten für den Staat dar – sei es in Form von Minder-Steuereinnahmen im Falle einer steuerlichen Absetzbarkeit von Versicherungsprämien oder sei es in Form zusätzlicher Ausgaben im Falle eines staatlichen Zuschusses. Aber nicht nur. Denn generell gilt, dass zusätzliche Ausgaben

des Staates zusätzliche gesamtwirtschaftliche Nachfrage darstellen, die ihrerseits neben volkswirtschaftlichen auch zu fiskalischen Effekten führt. Dies deshalb, da de facto jede wirtschaftliche Tätigkeit Steuer- und Abgabenaufkommen nach sich zieht.

Zur Quantifizierung dieser fiskalischen Effekte werden ausschließlich die Förderungen selbst herangezogen, nicht jedoch die gesamten Ausgaben in Form des zusätzlichen Potenzials an Zusatzkrankenversicherungen. Aus einer makroökonomischen Perspektive stellt die zusätzliche Nachfrage nach Zusatzkrankenversicherungen zunächst lediglich eine Verschiebung innerhalb der Konsumausgaben der privaten Haushalte dar. Ein Mehr an Nachfrage nach Zusatzkrankenversicherungen geht auf Seiten der Haushalte einher mit einem Weniger an Nachfrage nach anderen Konsumgütern. Hingegen stellt jener Teil der Nachfrage nach zusätzlichen Zusatzkrankenversicherungen, der auf die staatliche Förderung zurückgeführt werden kann, tatsächlich eine *zusätzliche* Nachfrage dar, die es ohne Förderung nicht gegeben hätte.

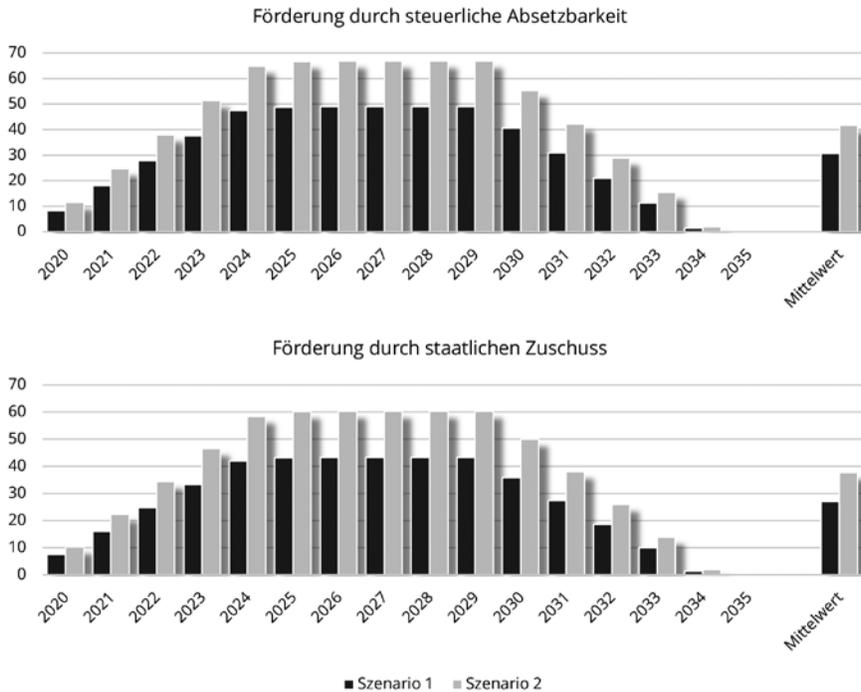
Zur Berechnung der fiskalischen Effekte, die mit diesen zusätzlichen staatlichen Ausgaben einhergehen, wird angenommen, dass diese Mittel die Einkommen der Haushalte entsprechend erhöhen und somit die Konsumausgaben der Haushalte um die Höhe ebendieser Förderungen steigen. Die anderen Rahmenbedingungen werden dabei konstant gehalten.<sup>8</sup> So wird etwa unterstellt, dass die Sparquote der Haushalte durch die Förderung von Zusatzkrankenversicherungen unverändert bleibt.

Die folgenden Abbildungen zeigen die fiskalischen Effekte für beide Fördervarianten und die beiden Szenarien. Bei der Fördervariante der steuerlichen Absetzbarkeit steigen die fiskalischen Rückflüsse in den ersten Jahren an, bis sie im Jahr 2026 mit 49,0 Millionen Euro (Szenario 1) bzw. 66,9 Millionen Euro (Szenario 2) ihren Höhepunkt erreichen. Ab dem Jahr 2030 verringern sich die Rückflüsse, da ab diesem Jahr auch die Kosten für den Staat zurückgehen. Dies deshalb, da wie ausführlich beschrieben im Jahr 2029 das Prämienvolumen zur Gänze erreicht ist und in den Folgejahren konstant bleibt, die Förderungen jedoch zurückgehen. In den Jahren 2034 und 2035 fallen für den Staat keine Förderkosten mehr an, allerdings ergeben sich noch geringe fiskalische Rückflüsse aus den Förderungen der Vorjahre. Denn Förderungen, die bis zum Jahr 2033 gewährt werden, führen zeitverzögert auch noch in den Folgejahren zu – wenn auch geringer – zusätzlicher Nachfrage und damit eben auch fiskalischen Effekten.

---

8 In der Ökonomik als *Ceteris-paribus*-Klausel bekannt.

**Abbildung 12: Fiskalische Rückflüsse der Förderungen**



Quelle: market, 2019, Berechnungen GAW.

Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf Neuabschlüsse von Zusatzkrankenversicherungen. Aktueller Bestand nicht berücksichtigt.

Für die Fördervariante des staatlichen Zuschusses gilt Analoges. Hier ist im Jahr 2026 mit 43,3 (Szenario 1) bzw. 60,4 Millionen Euro (Szenario 2) jeweils das Maximum an fiskalischen Rückflüssen erreicht.

Im Schnitt über den Untersuchungszeitraum 2020 bis 2035 kann für die Fördervariante der steuerlichen Absetzbarkeit mit fiskalischen Rückflüssen in Höhe von 30,6 (Szenario 1) bzw. 41,8 Millionen Euro (Szenario 2) jährlich gerechnet werden. Erfolgt die Förderung mittels eines staatlichen Zuschusses, so sind es 27,1 bzw. 37,7 Millionen Euro.

Mit dieser auf die staatliche Förderung zurückzuführenden zusätzlichen Nachfrage sind neben fiskalischen naturgemäß auch volkswirtschaftliche Effekte verbunden bzw. sind die fiskalischen Effekte Folge volkswirtschaftlicher Effekte. Denn durch diese zusätzlichen Mittel werden positive Effekte auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung hervorgerufen und damit auch fiskalische Effekte, in dem Steuer- und Abgabenaufkommen generiert wird. Die zentralen volkswirtschaftli-

chen Ergebnisse sind dabei der folgenden Tabelle zu entnehmen. Details zu den Ergebnissen wie etwa deren sektorale Verteilung sind im Anhang zu finden.

**Tabelle 12: Volkswirtschaftliche Effekte durch die Fördermittel**

	Steuerliche Absetzbarkeit		Staatliche Prämie	
	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 1	Szenario 2
<b>Wertschöpfung</b>				
Bruttowertschöpfung	€ 65,8 Mio.	€ 89,7 Mio.	€ 58,2 Mio.	€ 81,0 Mio.
Bruttoinlandsprodukt	€ 77,3 Mio.	€ 105,4 Mio.	€ 68,3 Mio.	€ 95,1 Mio.
<b>Beschäftigung</b>				
Unselbständig Beschäftigte	633	865	559	780
<b>Einkommen</b>				
Lohnsumme	€ 28,9 Mio.	€ 39,5 Mio.	€ 25,5 Mio.	€ 35,6 Mio.

Quelle: GAW, 2020.

Beschäftigte in Ganzjahresvollzeitäquivalenten. Lohnsumme zu Dienstgeberkosten.

Die Zahlen sind Jahresdurchschnittswerte der Jahre 2020 bis 2035.

Wie aus Tabelle 12 ersichtlich ist, führen die Förderungen im Fall einer steuerlichen Absetzbarkeit im Durchschnitt des Untersuchungszeitraums 2020 bis 2035 zu einem zusätzlichen Bruttoinlandsprodukt in Höhe von 77,3 (Szenario 1) bis 105,4 Millionen Euro (Szenario 2) jährlich. Damit werden durchschnittlich 633 bis 865 Jobs (Ganzjahresvollzeitäquivalente) geschaffen und die damit einhergehenden Einkommen belaufen sich auf 28,9 bis 39,5 Millionen Euro. Die Werte für die Fördervariante eines staatlichen Zuschusses sind den letzten beiden Spalten der Tabelle zu entnehmen.

#### 4.2.4. Nutzen: Zusammenfassung

In der vorangegangenen Abschnitten wurden die Nutzen in Form von finanziellen Rückflüssen in die öffentlichen Budgets im Detail dargestellt. Es waren dies Rückflüsse in Form der Versicherungssteuer, in Form von Hausrücklässen sowie in Form fiskalsicher Rückflüsse, die durch die Förderung selbst ausgelöst werden. Die folgenden Tabellen fassen die Ergebnisse zusammen und weisen die Nutzen sowohl summiert über den gesamten Untersuchungszeitraum als auch als jährlichen Durchschnitt aus.

Aus Tabelle 13 sind die Rückflüsse bei der Fördervariante der steuerlichen Absetzbarkeit der Versicherungsprämien ersichtlich. Diese betragen in Szenario 1 durchschnittlich 73, 2 Millionen Euro, in Szenario 2 knapp 100 Millionen Euro jährlich.

**Tabelle 13: Rückflüsse bei Fördervariante steuerliche Absetzbarkeit**

	Szenario 1		Szenario 2	
	Summe	Durchschnitt	Summe	Durchschnitt
Versicherungssteuer	€ 104,3 Mio.	€ 6,5 Mio.	€ 142,3 Mio.	€ 8,9 Mio.
Hausrücklässe	€ 576,9 Mio.	€ 36,1 Mio.	€ 786,9 Mio.	€ 49,2 Mio.
Fiskalische Rückflüsse	€ 489,9 Mio.	€ 30,6 Mio.	€ 668,5 Mio.	€ 41,8 Mio.
<b>Summe</b>	<b>€ 1.171,1 Mio.</b>	<b>€ 73,2 Mio.</b>	<b>€ 1.597,7 Mio.</b>	<b>€ 99,9 Mio.</b>

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

Bei der Förderung über einen staatlichen Zuschuss sind die Rückflüsse etwas geringer als bei der Förderung über die steuerliche Absetzbarkeit, da die erstgenannte Variante geringfügig weniger stark von den Befragten präferiert wird.

Hier reicht die Bandbreite an durchschnittlichen jährlichen Rückflüssen von 64,7 Millionen Euro in Szenario 1 bis 90,1 Millionen Euro in Szenario 2.

**Tabelle 14: Rückflüsse bei Fördervariante staatlicher Zuschuss**

	Szenario 1		Szenario 2	
	Summe	Durchschnitt	Summe	Durchschnitt
Versicherungssteuer	€ 92,3 Mio.	€ 5,8 Mio.	€ 128,4 Mio.	€ 8,0 Mio.
Hausrücklässe	€ 510,1 Mio.	€ 31,9 Mio.	€ 710,3 Mio.	€ 44,4 Mio.
Fiskalische Rückflüsse	€ 433,1 Mio.	€ 27,1 Mio.	€ 603,3 Mio.	€ 37,7 Mio.
<b>Summe</b>	<b>€ 1.035,5 Mio.</b>	<b>€ 64,7 Mio.</b>	<b>€ 1.442,0 Mio.</b>	<b>€ 90,1 Mio.</b>

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

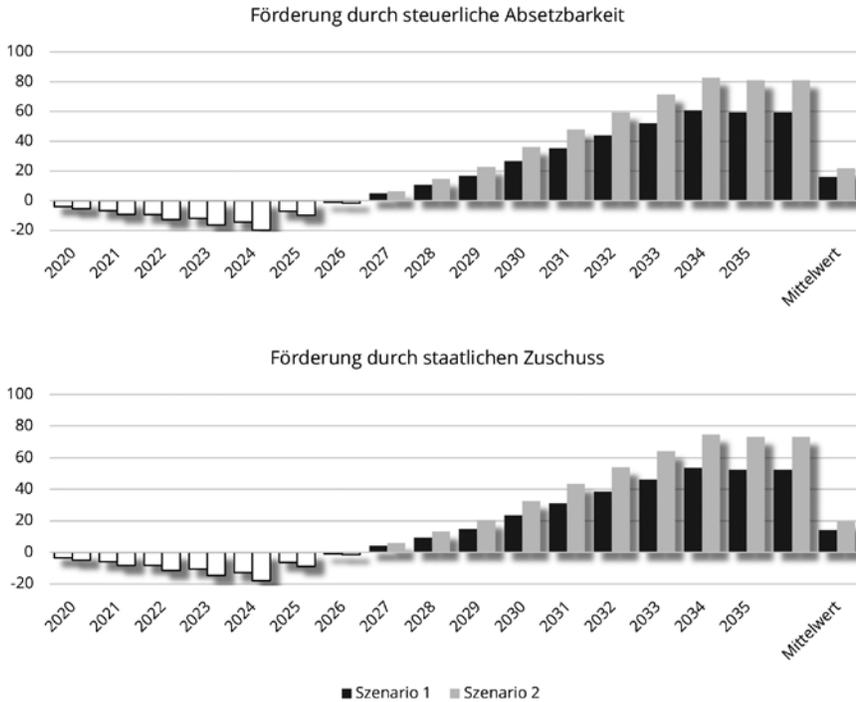
### 4.3. Kosten und Nutzen der Fördervarianten

In einer Zusammenschau der Kosten der Fördervarianten und deren Nutzen in Form finanzieller Rückflüsse (Nettoeffekte) ergibt sich folgendes Bild:

In den ersten Jahren sind die jährlichen Kosten der Förderungen (in Form geringerer Steuereinnahmen bei der Fördervariante der steuerlichen Absetzbarkeit bzw. in Form höherer Ausgaben bei der Fördervariante eines staatlichen Zuschusses) höher als die mit den Förderungen zusammenhängenden jährlichen Rückflüssen. Diese Rückflüsse umfassen wie in den vorangegangenen Abschnitten dargelegt die Versicherungssteuer, die Hausrücklässe sowie die fiskalischen Rückflüsse, die sich aufgrund der ökonomischen Effekte der Förderungen selbst ergeben.

Allerdings dreht sich das Bild nach einigen Jahren im Jahr 2027, wenn ab diesem Zeitpunkt die jährlichen Rückflüsse die jährlichen Kosten übersteigen.

**Abbildung 13: Nettoeffekte beider Fördervarianten**



Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf Neuabschlüsse von Zusatzkrankenversicherungen. Aktueller Bestand nicht berücksichtigt.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum 2020 bis 2035 ergibt sich in einer Durchschnittsbetrachtung für die jeweiligen Szenarien ein Plus (Rückflüsse höher als Kosten) in Höhe von 15,9 bis 21,7 Millionen Euro für die Fördervariante der steuerlichen Absetzbarkeit bzw. von 14,1 bis 19,6 Millionen Euro für die Fördervariante eines staatlichen Zuschusses.

**Tabelle 15: Durchschnittliche Kosten und Rückflüsse**

	Steuerliche Absetzbarkeit		Staatlicher Zuschuss	
	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 1	Szenario 2
Kosten	- € 57,3 Mio.	- € 78,1 Mio.	- € 50,6 Mio.	- € 70,5 Mio.
Rückflüsse	€ 73,2 Mio.	€ 99,9 Mio.	€ 64,7 Mio.	€ 90,1 Mio.
<b>Summe</b>	<b>€ 15,9 Mio.</b>	<b>€ 21,7 Mio.</b>	<b>€ 14,1 Mio.</b>	<b>€ 19,6 Mio.</b>

Quelle: market, 2019. Berechnungen GAW.

Auf den Punkt gebracht heißt das, dass sich eine staatliche Förderung von Zusatzkrankenversicherungen für den Staat lohnt. Denn in Summe übersteigen in einer mehrjährigen Betrachtung die Kosten die Rückflüsse.

Auf einen wichtigen Punkt soll an dieser Stelle explizit hingewiesen werden. In den hier angestellten Berechnungen sind von den Zahlungen, die von den Zusatzkrankenversicherungen an die Krankenanstalten fließen, lediglich die Hausrücklässe berücksichtigt. Tatsächlich erhält jedoch auch die Ärzteschaft Mittel in Form von Zahlungen (Honorare) seitens der Zusatzkrankenversicherungen und erhöht somit deren Einkommen. Diese Mittel fließen somit an die Ärzteschaft und nicht in öffentliche Budgets und sind daher in den hier angestellten Berechnungen nicht berücksichtigt.

Da diese Mittel allerdings einen teils nicht vernachlässigbaren Einkommensbestandteil für Ärztinnen und Ärzte darstellen, müssten diese Mittel, wenn diese nicht mehr (in diesem Umfang) von den Zusatzkrankenversicherungen fließen, zumindest zum Teil von der öffentlichen Hand zur Verfügung gestellt werden, um Ärztinnen und Ärzte an öffentlichen Spitälern zu halten.

Das heißt, dass diese Mittel der Zusatzkrankenversicherungen an die Ärzteschaft mitverantwortlich dafür sind, dass die öffentliche Hand nicht mehr Mittel in die Hand nehmen muss, um die Einkommen der Ärzteschaft zu sichern. Umgekehrt formuliert: Es steht zu vermuten, dass die Einkommen der Ärzteschaft, die diese von der öffentlichen Hand erhalten, höher sein müssten, wenn es keine Zusatzkrankenversicherungen gäbe. Dies wiederum bedeutet, dass Zusatzkrankenversicherungen auch aus dieser Perspektive einen weiteren Nutzen darstellen. Dieser ist in den obigen Berechnungen jedoch nicht berücksichtigt, da eine Quantifizierung allfälliger höherer Kosten für den Staat (in Form höherer Lohnkosten für die Ärzteschaft) den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen würde. Dazu sind weitere Untersuchungen notwendig.

## Quellen

- Anderson, J., van Wincoop, E. (2003).** Gravity with Gravititas: A Solution to the Border Puzzle. *American Economic Review* 93. ff. 170-192.
- BMASGK (2020).** Krankenanstalten in Zahlen. Krankenanstalten. <http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/krankenanstalten.html>. Zuletzt abgerufen am 12.03.2020.
- BMF (2020).** Bemessungsgrundlage und Steuersätze. <https://www.bmf.gv.at/themen/steuern/steuern-von-a-bis-z/versicherungssteuer/bemessungsgrundlage-steuer-saetze.html>. Zuletzt abgerufen am 12.03.2020.
- Bonfiglio, A. (2009).** On the parametrization of Techniques for Representing Regional Economic Structures. *Economic Systems Research* 21. 115-127.
- Bonfiglio, A., Chelli, F. (2009).** Assessing the Behaviour of Non-survey Methods for Constructing Regional Input-Output Tables through a Monte Carlo Simulation. *Economic Systems Research* 20. 243-258.
- Eurostat (2019).** Symmetric input-output table at basic prices (industry by industry). Eurostat-Datenbank, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/esa-supply-use-input-tables/data/database>.
- Eurostat (2019a).** Kombinierte Nomenklatur und Korrespondenztabelle zu CPA. Eurostat RAMON – Reference and Management of Nomenclatures.
- Flegg, A. T., Tohmo, T. (2013).** Regional Input-Output Tables and the FLQ Formula: A case study of Finland. *Regional Studies* 47. 703-721.
- Flegg, A. T., Tohmo, T. (2016).** Estimating Regional Input Coefficients and Multipliers: The Use of FLQ is not a Gamble. *Regional Studies* 50. 310-325.
- GAW (2019 und 2020).** Wertschöpfungsmodelle der GAW. Innsbruck.
- GAW (2019a). Privatpatienten für Kassenärzte. Mehr Geld im Gesundheitssystem? Innsbruck, Linz.
- Hauptverband (2019).** Mikrodaten der Arbeitsmarktdatenbank. Tagesgenaue Erfassung der Sozial-Versicherungsverhältnisse 2000 – 2019. [www.arbeitsmarktdatenbank.at](http://www.arbeitsmarktdatenbank.at).
- Holub, H.-W., Schnabl, H. (1994).** Input-Output-Rechnung: Input-Output-Analyse. Oldenbourg Verlag. Oldenbours Lehr- und Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.
- KLEMS (2018).** EU KLEMS Growth and Productivity Accounts: Statistical Module, ESA 2010 and ISIC Rev. 4 industry classification. 2017 release. revised July 2018.
- Kowalewski, J. (2015).** Regionalization of National Input-Output Tables: Empirical Evidence on the Use of the FLQ Formula. *Regional Studies* 49. 240-250.
- Kronenberg, T. (2009).** Construction of Regional Input-Output Tables using Nonsurvey Methods. The Role of Cross-Hauling. *International Regional Science Review* 32. 40-64.

- Kronenberg, T. (2012).** Regional Input-Output Models and the Treatment of Imports in the European System of Accounts (ESA). *Jahrbuch für Regionalwissenschaft* 32. 175-191.
- Krugman, P. R., Obstfeld, M., Melitz, M. J. (2012).** *International Economics – Theory & Policy*. Pearson Education Limited.
- Lehtonen, O., Tykkyläinen, M. (2014).** Estimating Regional Input coefficients and Multipliers: Is the Choice of a Non-Survey Technique a Gamble? *Regional Studies* 48. 382-399.
- Mahalanobis, P. C. (1936).** On the generalised distance in statistics. *Proceedings of the National Institute of Sciences in India* 2. 49-55.
- market (2019).** Die Attraktivität einer ambulanten Zusatzkrankenversicherung. Interesse & Zahlungsbereitschaft in der österreichischen Bevölkerung. Linz.
- McCallum, J. (1995).** National Borders Matter: Canada-U.S. Regional Trade Patterns. *American Economic Review* Vol. 85/ 3. 615-23.
- Nitsch, V., (2000).** National Borders and International Trade: Evidence from the European Union. *Canadian Journal of Economics* 33, Vol. 33/4. ff. 1091-1105.
- ÖÄK (2019).** Entwicklung der Ärzte (Allgemeinmediziner / Fachärzte) mit Ordinationen nach Vertragsausstattung 1999 – 2017. Informationen erhalten per E-Mail von der Pressestelle der Österreichischen Ärztekammer. 20.03.2019.
- OENB (2019).** Statistik über den Dienstleistungshandel. Import- und Exportvolumina nach Dienstleistungs-Kategorien und Ziel- bzw. Herkunftsländern. Österreichische Nationalbank. Wien.
- OENB (2019a).** Einkommen und Sparen der Privaten Haushalte und Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck. Österreichische Nationalbank. Wien.
- Statistik Austria (2016).** Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. VGR-Jahresrechnung. Bearbeitungsstand: 29.07.2016. Statistik Austria. Wien.
- Statistik Austria (2018).** Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen 1995-2017 – Hauptergebnisse, Statistik Austria, Wien.
- Statistik Austria (2019).** Inflationsraten und Indizes des VPI von 1999 bis 2018. Wien.
- Statistik Austria (2019a).** Bruttoinlandsprodukt und Hauptaggregate. Jahresdaten. Wien.
- Statistik Austria (2019c).** Jahresdurchschnittsbevölkerung 1981-2018 nach Geschlecht, breiten Altersgruppen und Staatsangehörigkeit. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand\\_und\\_veraenderung/bevoelkerung\\_im\\_jahresdurchschnitt/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/index.html) Abgerufen zuletzt am 02.12.2019.
- Statistik Austria (2020).** Überblick – Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA). Wien.
- Statistisches Bundesamt (2010).** Input-Output-Rechnung im Überblick. Wiesbaden.
- Többen, J., Kronenberg, T. (2015).** Construction of multi-regional Input-Output-Tables using the CHARM-Method. *Economic Systems Research* 27. 487-507.

**Tohmo, T. (2004).** New Developments in the Use of Location Quotients to Estimate Regional Input-Output Coefficients and Multipliers. *Regional Studies* 38. 43-54.

**United Nations et al. (2010).** Tourism Satellite Account: Recommended Methodological Framework 2008.

**VVO (2013).** Versicherungsverband Österreich. Zweitausenddreizehn in Zahlen und Worten. Jahresbericht 2013. Datenteil. Wien.

**VVO (2015).** Versicherungsverband Österreich. 2015 in Zahlen und Worten. Jahresbericht 2015. Datenteil. Wien.

**VVO (2018).** Versicherungsverband Österreich. Jahresbericht 2018. Datenteil. Wien.

## Anhang

Die folgenden Begriffsklärungen basieren auf der Standarddokumentation der Statistik Austria zur Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (2016) sowie einem Überblicksartikel des Statistischen Bundesamtes (2010) in Deutschland. Die Ausführungen stellen eine stark gekürzte Zusammenfassung der ebendortigen Ausführungen dar, wobei einzelne Passagen zum Teil als Ganzes – etwa in jenen Fällen, in denen Definitionen oder taxative Aufzählungen wiedergegeben werden – wortgleich übernommen sind.

### Begriffsklärungen

#### **Bruttowertschöpfung**

Der Begriff der Bruttowertschöpfung ist ein Begriff aus der Entstehungsrechnung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung und stellt den Produktionswert abzüglich der Vorleistungen dar. Das Präfix Brutto bezieht sich dabei auf die Wertschöpfung vor Abzug der Abschreibungen.

– Produktionswert

– Vorleistungen

---

---

Bruttowertschöpfung

#### **Produktionswert**

Der Produktionswert bezeichnet dabei den Wert aller produzierten Güter, Waren und Dienstleistungen. Er setzt sich aus der Marktproduktion, der Produktion für die Eigenverwendung (für eigenen Konsum oder eigene Investitionen) sowie der Nichtmarktproduktion (betrifft ausschließlich die Produktion des Sektors Staat sowie die Produktion Privater Organisationen ohne Erwerbszweck) zusammen.

### **Vorleistungen**

Vorleistungen umfassen die im Produktionsprozess verbrauchten, verarbeiteten oder umgewandelten Waren und Dienstleistungen. Explizit nicht zu den Vorleistungen zählt die Nutzung von Anlagegütern, da diese anhand der Abschreibungen gemessen wird. Zu den Vorleistungen zählen beispielhaft Güter, die für Hilfstätigkeiten wie Einkauf, Verkauf, Marketing, Buchhaltung, Datenverarbeitung, Transport, Lagerung, Instandhaltung und Sicherheit verbraucht werden, die Nutzung gemieteter Anlagegüter, z.B. Mieten (Operational Leasing) von Maschinen, Kraftfahrzeugen, Software und Urheberrechten oder dauerhafte Güter von geringem Wert, die für verhältnismäßig einfache Arbeitsgänge verwendet werden, wie etwa Sägen, Spaten, Messer, Äxte, Hämmer, Schraubendreher, Schraubenschlüssel und andere Handwerkzeuge, sowie kleine Geräte wie etwa Taschenrechner.

### **Herstellungspreise**

Die Bruttowertschöpfung wird zu Herstellungspreisen bewertet. Der Herstellungspreis stellt dabei jenen Betrag dar, den der Produzent bzw. Verkäufer vom Käufer abzüglich der Gütersteuern zuzüglich der empfangenen Subventionen erhält.

### **Gütersteuern**

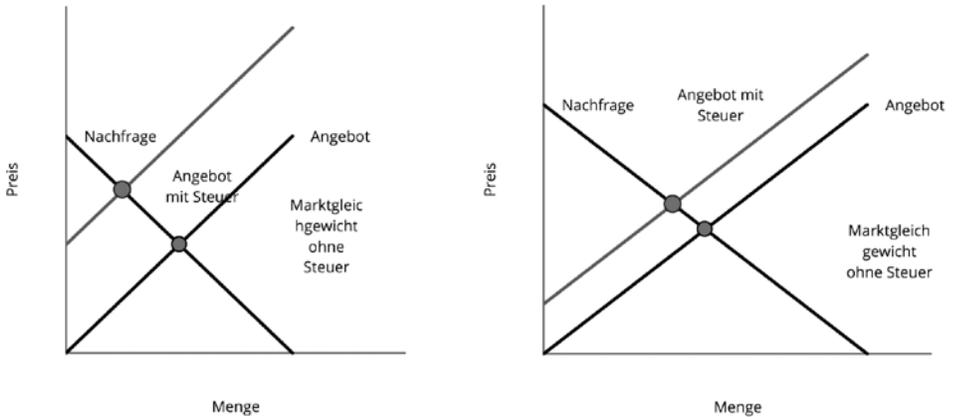
Gütersteuern können Mengen- oder Wert- bzw. sogenannte Ad-valorem-Steuern sein. Zu den Gütersteuern zählen etwa die Mehrwertsteuer oder Importabgaben bis hin zu sonstigen Gütersteuern wie die Mineralölsteuer oder auch die Tabaksteuer. Gütersteuern und sonstige Produktionsabgaben firmieren auch unter dem Überbegriff Produktions- und Importabgaben. Produktions- und Importabgaben sind unabhängig vom betrieblichen Ergebnis – analog zu den Subventionen ohne (direkte) Gegenleistung – zu entrichten.

### **Gütersubventionen**

Subventionen im Allgemeinen und damit auch Gütersubventionen im Besonderen stellen grundsätzlich laufende Zahlungen des Staates oder Zahlungen durch Organe der Europäischen Union dar. Wie bei den Gütersteuern auch, stehen diesen Zahlungen keine (direkten) Gegenleistungen gegenüber. Gütersubventionen umfassen in Österreich theoretisch Importsubventionen und sonstige Subventionen.

Die Bewertung der Bruttowertschöpfung zu Herstellungspreisen kann insofern argumentiert werden, als dass solcherart der Einfluss des Steuer- und Subventionsregimes eines Landes „herausgerechnet“ wird und dadurch zumindest theoretisch die internationale Vergleichbarkeit erhöht wird. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht dies im Kern, wenn zwei (nationale) Märkte dargestellt sind, deren Marktpreise sich ausschließlich aufgrund der unterschiedlichen steuerlichen Belastungen unterscheiden. Ohne steuerliche Belastung wären die Preise in den beiden Märkten gleich hoch (Marktgleichgewicht ohne Steuer).

Abbildung A 1: Einfluss der Steuerbelastung auf die Marktpreise



Quelle: GAW, 2019.

### Marktpreise

Wird die Bruttowertschöpfung zu den am Markt beobachtbaren Preisen bewertet, so ist von der Bruttowertschöpfung zu Marktpreisen die Rede. Die Bruttowertschöpfung zu Marktpreisen inkludiert damit den Saldo aus Gütersteuern und Gütersubventionen.

### BIP/BRP

Die Summe der Bruttowertschöpfungen zu Marktpreisen wird Bruttoinlandsprodukt (BIP) bzw. – das regionale Pendant – Bruttoregionalprodukt (BRP) genannt.

### Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente der Erwerbstätigkeit entsprechen der Zahl der auf Normalarbeitszeit umgerechneten Beschäftigungsverhältnisse. Sie ergeben sich, indem das Arbeitsvolumen durch die Stundenzahl dividiert wird, die normalerweise im Durchschnitt je Vollarbeitsplatz im Wirtschaftsgebiet geleistet wird.

## Ergebnisse der Simulationsberechnungen

Im Folgenden sind die ökonomischen Effekte, die durch die Förderungen selbst ausgelöst werden, im Detail dargestellt. Methodische Erläuterungen finden sich im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse.

Wie im Hauptteil bereits ausgeführt, werden die von den privaten Haushalten aus ihren Einkommen bezahlten Versicherungsprämien nicht berücksichtigt, da angenommen wird, dass diese aus Umschichtungen ihrer Konsumausgaben stammen. In anderen Worten verändern zusätzliche private Ausgaben für Zusatzkrankenversicherungen lediglich die Zusammensetzung der Konsumausgaben der österreichischen Haushalte, nicht jedoch das Niveau ihrer Konsumausgaben. Ein Mehr an geleisteten Prämien für Zusatzkrankenversi-

cherungen bedeutet also gleichzeitig ein Weniger bei anderen Konsumausgaben. Daher sind die volkswirtschaftlichen Effekte, die durch die privaten Ausgaben für Zusatzkrankenversicherungen hervorgerufen werden, keine zusätzlichen Effekte, da Ausgaben an anderer Stelle sinken und dort die Effekte entsprechend geringer ausfallen.<sup>9</sup>

Zur Berechnung der volkswirtschaftlichen Effekte der Förderung von Zusatzkrankenversicherungen wird daher auf die beiden oben ausgearbeiteten Szenarien für die beiden Fördervarianten zurückgegriffen. Konkret werden die jährlichen Kosten (vgl. dazu auch Abbildung 8 und in Abbildung 9) als Eingangsdaten für die Berechnungen herangezogen. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Förderung die verfügbaren Einkommen der Haushalte erhöht und den Haushalten damit mehr Mittel für ihre Konsumausgaben zur Verfügung stehen.

In Bezug auf die Interpretation der nun folgenden Ergebnisse ist Folgendes zu beachten. Die ausgewiesenen Ergebnisse stellen Simulationsergebnisse dar. Die Simulationsergebnisse sind dabei als Differenz zu einem Referenzszenario zu verstehen, in dem die einmal gesetzten Nachfrageimpulse nicht – auch nicht in anderen Bereichen bzw. Sektoren – gesetzt worden sind. Die Ergebnisse zeigen demnach die zeitlichen und sektoralen Wirkungen von zusätzlichen Nachfrageimpulsen, die unter ansonsten gleichen Bedingungen gesetzt worden sind. Die Simulationen erfolgen damit unter der in der Ökonomik üblichen *ceteris-paribus*-Klausel, welche besagt, dass die Analyse unter der Annahme ansonsten konstanter Bedingungen erfolgt. Dergestalt können die Ergebnisse auch als die mit dem analysierten Nachfrageimpuls kausal verbundenen Effekte interpretiert werden. In anderen Worten: Die präsentierten Ergebnisse sind im Vergleich zu einem Szenario zu sehen, in dem der Staat keine Förderung von Zusatzkrankenversicherungen vornimmt und die Mittel auch nicht anderweitig einsetzt.

### **Steuerliche Absetzbarkeit: Ergebnisse im Überblick**

Im Schnitt über die Jahre 2020 bis 2035 kann im Falle der Förderung über die steuerlichen Absetzbarkeit mit einem positiven Effekt auf die Bruttowertschöpfung in Österreich in Höhe von 65,8 bis 89,7 Millionen Euro jährlich gerechnet werden.

---

9 Ein spürbarer volkswirtschaftlicher Effekt würde sich etwa dann ergeben, wenn die Haushalte die Prämien für die Zusatzkrankenversicherung mit geringeren Ausgaben für Importe (etwa importierte Konsumgüter, Auslandsreisen etc.) kompensieren. In diesen Fällen wären im Inland zusätzliche Wertschöpfungs-, Beschäftigungs- und Einkommenseffekte zu beobachten, was im Falle importierter Güter nicht bzw. nur sehr untergeordnet der Fall ist. Von derartigen Fällen wird jedoch abgesehen.

**Tabelle A 1: Steuerliche Absetzbarkeit: Hauptergebnisse**

	Szenario 1	Szenario 2
<b>Wertschöpfung</b>		
Bruttowertschöpfung	€ 65,8 Mio.	€ 89,7 Mio.
Bruttoinlandsprodukt	€ 77,3 Mio.	€ 105,4 Mio.
<b>Beschäftigung</b>		
Unselbständig Beschäftigte	633	865
<b>Einkommen</b>		
Lohnsumme	€ 28,9 Mio.	€ 39,5 Mio.

Quelle: GAW, 2020.

Jährliche Durchschnittswerte der Jahre 2020 bis 2035.

Wird zu diesem Ergebnis noch der Saldo aus Gütersteuern und -subventionen<sup>10</sup> hinzugezählt, so ergibt sich das österreichische Bruttoinlandsprodukt, das durch die Förderung im Untersuchungszeitraum im Durchschnitt um 77,3 bis 105,4 Millionen Euro jährlich steigt.

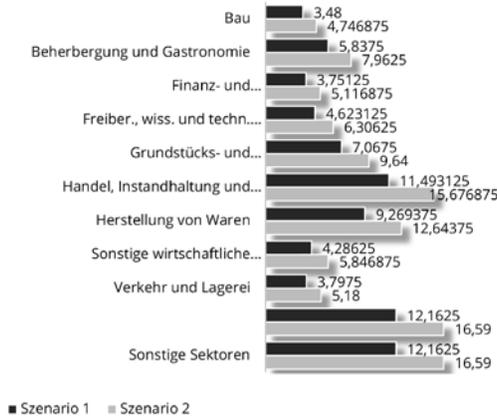
Weiter erhöht die staatliche Förderung die Lohnsumme zu Dienstgeberkosten in Österreich im Schnitt um 28,9 bis 39,5 Millionen Euro jährlich. Direkt, indirekt und induziert werden dabei durchschnittlich 633 bis 865 Jobs (Jahresvollzeitäquivalente) in Österreich geschaffen.

### Steuerliche Absetzbarkeit: Ergebnisse im Detail

Hinsichtlich der sektoralen Verteilung der Wertschöpfungseffekte zeigt sich, dass es vor allem die Sektoren Handel, Herstellung von Waren (Sachgütererzeugung), das Grundstücks- und Wohnungswesen sowie die Beherbergung und Gastronomie sind, die von dieser zusätzlichen Nachfrage basierend auf der staatlichen Förderung profitieren.

<sup>10</sup> Zu den Gütersteuern zählen die Mehrwertsteuer, Importabgaben sowie sonstige Gütersteuern. Sonstige Gütersteuern sind Steuern auf Waren und Dienstleistungen, die aufgrund der Produktion, des Exports, des Verkaufs, der Übertragung, des Leasings oder der Lieferung dieser Waren und Dienstleistungen oder aufgrund ihrer Verwendung für den Eigenverbrauch oder für die Produktion von selbsterstellten Anlagen zu entrichten sind. Beispiele dafür sind Stempelgebühren auf den Verkauf bestimmter Güter (alkoholische Getränke oder Tabak) oder auf Urkunden, Steuern auf Versicherungsprämien und Kraftfahrzeugzulassungssteuern. Zu den Gütersubventionen zählen Importsubventionen und sonstige Gütersubventionen wie direkte Exportsubventionen, die unmittelbar an gebietsansässige Produzenten geleistet werden, aber auch Subventionen, die an öffentliche Kapital- und Quasi-Kapitalgesellschaften gezahlt werden, um anhaltende Verluste aus ihrer Produktionstätigkeit auszugleichen, die darauf zurückzuführen sind, dass die von diesen Gesellschaften verlangten Preise aufgrund einer bewussten staatlichen oder europäischen Wirtschafts- oder Sozialpolitik unter ihren durchschnittlichen Produktionskosten liegen (ESVG, 2014).

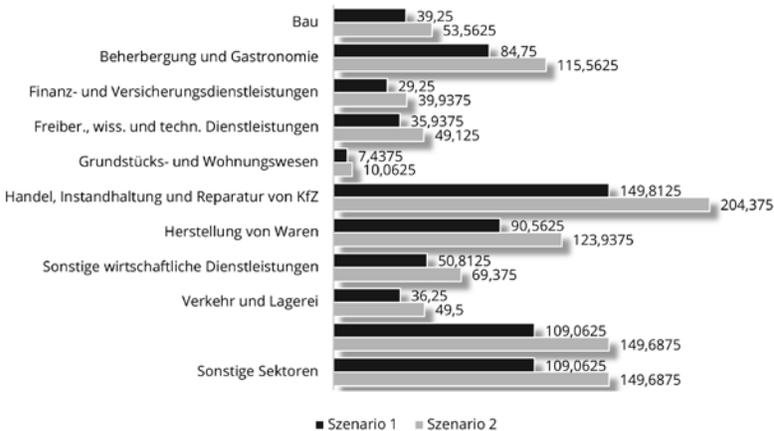
**Abbildung A 2: Jährliche Wertschöpfungseffekte nach Sektoren**



Quelle: GAW, 2020.  
 Jährliche Durchschnittswerte der Jahre 2020 bis 2035.

Ähnlich die Beschäftigungseffekte. Auch hier profitieren der Handel und die Sachgütererzeugung am stärksten. Allerdings profitieren weitere Dienstleistungssektoren wie sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen und freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen ebenfalls vergleichsweise stark. Dies deshalb, da diese Sektoren relativ beschäftigungsintensiv sind und mehr Beschäftigte notwendig sind, um eine gegebene Wertschöpfung zu erwirtschaften als dies etwa beim Grundstücks- und Wohnungswesen der Fall ist

**Abbildung A 3: Jährliche Beschäftigungseffekte nach Sektoren**



Quelle: GAW, 2020.  
 Jährliche Durchschnittswerte der Jahre 2020 bis 2035.

Eine getrennte Betrachtung der direkten, indirekten und induzierten Effekten gibt weitere Einblicke in die Bedeutung und das Ausmaß der volkswirtschaftlichen Verflechtungen.

**Tabelle A 2: Volkswirtschaftliche Effekte nach Art des Effektes**

	Bruttowertschöpfung		Beschäftigung		Lohnsumme	
	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil
Direkter Effekt	€ 21,4 Mio.	32,6 %	237	37,5 %	€ 9,7 Mio.	33,6 %
Indirekter Effekt	€ 19,4 Mio.	29,4 %	156	24,6 %	€ 7,8 Mio.	27,1 %
Induzierter Effekt	€ 25,0 Mio.	38,0 %	240	38,0 %	€ 11,4 Mio.	39,4 %
<b>Gesamteffekt</b>	<b>€ 65,8 Mio.</b>	<b>100,0 %</b>	<b>633</b>	<b>100,0 %</b>	<b>€ 28,9 Mio.</b>	<b>100,0 %</b>

Quelle: GAW, 2020.

Beschäftigung in Jahresvollzeitäquivalenten. Lohnsumme zu Dienstgeberkosten inkl. Lohnnebenkosten.

Absolute Zahlen sind jährliche Durchschnittswerte der Jahre 2020 bis 2035.

Zahlen betreffen das Szenario 1. Die relativen Anteile sind jedoch in Szenario 2 gleich groß.

So zeigen sich dabei vergleichsweise große Unterschiede in den Aggregaten, was die Bedeutung der einzelnen Effekte für den jeweiligen Gesamteffekt betrifft. So spielt etwa der direkte Effekt bei der Bruttowertschöpfung mit 32,6 % am gesamten Bruttowertschöpfungseffekt eine geringere Bedeutung als dies bei der Beschäftigung der Fall ist. Denn bei letzterer trägt der direkte Effekt 37,5 % zum gesamten Beschäftigungseffekt bei. Umgekehrtes gilt für den indirekten Effekt. Dieser summiert sich bei der Bruttowertschöpfung auf vergleichsweise hohe 29,4 % gemessen am gesamten Bruttowertschöpfungseffekt, während er bei der Beschäftigung mit 24,6 % gemessen am gesamten Beschäftigungseffekt weniger stark zu Buche schlägt. Der indirekte Effekt trägt sowohl bei der Bruttowertschöpfung als auch bei der Beschäftigung und bei der Lohnsumme jeweils 38,0 % zum entsprechenden Gesamteffekt bei.

Schließlich sind mit den ausgewiesenen ökonomischen Effekten auch entsprechende fiskalische Effekte verbunden.

**Tabelle A 3: Steuerliche Absetzbarkeit: Fiskalische Effekte**

	Szenario 1	Szenario 2
Sozialversicherungsbeiträge inkl. Lohnnebenkosten	€ 10,2 Mio.	€ 13,9 Mio.
Lohn- und Einkommensteuer inkl. KÖSt. und KEST.	€ 7,4 Mio.	€ 10,2 Mio.
Umsatzsteuer	€ 9,4 Mio.	€ 12,9 Mio.
Sonstige Steuern (MÖSt., Tabaksteuer u. a.)	€ 3,6 Mio.	€ 4,9 Mio.
<b>Summe</b>	<b>€ 30,6 Mio.</b>	<b>€ 41,8 Mio.</b>

Quelle: GAW, 2020.

Jährliche Durchschnittswerte der Jahre 2020 bis 2035.

Das Aufkommen an Sozialversicherungsbeiträgen inkl. weiterer Lohnnebenkosten, das letztlich auf die durch die Förderung ausgelösten wirtschaftlichen Aktivitäten zurückgeführt werden kann, beläuft sich auf jährlich durchschnittlich 10,2 (Szenario 1) bzw. 13,9 Millionen Euro (Szenario 2). An Lohn- und Einkommensteuer inkl. KEST. und KÖSt. fallen jährlich durchschnittlich weitere 7,4 bzw. 10,2 Millionen Euro an. Das Aufkommen an Umsatzsteuer beträgt im Schnitt 9,4 bzw. 12,9 Millionen Euro jährlich und beträgt im Schnitt 15,8 bzw. 23,1 Millionen Euro jährlich und schließlich schlägt das Aufkommen an sonstigen Steuern wie der MÖSt. oder der Tabaksteuer mit durchschnittlich 3,6 bzw. 4,9 Millionen Euro jährlich zu Buche. In Summe beläuft sich somit das gesamte Ausmaß der fiskalischen Effekte auf jährlich durchschnittlich 30,6 bis 41,8 Millionen Euro. Ein Aufkommen, das auf all jene Aktivitäten zurückzuführen ist, welche durch die staatliche Förderung von Zusatzkrankenversicherungen in Form einer steuerlichen Absetzbarkeit der Prämien ausgelöst werden.

### Staatlicher Zuschuss: Ergebnisse im Überblick

Die volkswirtschaftlichen Effekte, die durch die Fördervariante eines staatlichen Zuschusses ausgelöst werden, ähneln in ihrer Größenordnung den soeben dargestellten Effekten, die durch eine steuerliche Absetzbarkeit ausgelöst werden. Dies deshalb, da sich die beiden Fördervarianten wie oben bereits dargestellt lediglich in geringem Ausmaß voneinander unterscheiden und daher auch die Förderkosten des Staates, die den Nachfrageimpuls darstellen, ähnlich hoch sind.

Daher werden im Folgenden lediglich die zentralen Ergebnisse für die Fördervariante des staatlichen Zuschusses ausgewiesen.

**Tabelle A 4: Staatlicher Zuschuss: Hauptergebnisse**

	Szenario 1	Szenario 2
<b>Wertschöpfung</b>		
Bruttowertschöpfung	€ 58,2 Mio.	€ 81,0 Mio.
Bruttoinlandsprodukt	€ 68,3 Mio.	€ 95,1 Mio.
<b>Beschäftigung</b>		
Unselbständig Beschäftigte	559	780
<b>Einkommen</b>		
Lohnsumme	€ 25,5 Mio.	€ 35,6 Mio.

Quelle: GAW, 2020.  
Jährliche Durchschnittswerte der Jahre 2020 bis 2035

Im Schnitt über die Jahre 2020 bis 2035 kann im Falle der Förderung über einen staatlichen Zuschuss mit einem positiven Effekt auf die Bruttowertschöpfung in Österreich in Höhe von 58,2 bis 81,0 Millionen Euro jährlich gerechnet werden. Wird zu diesem Ergebnis noch der Saldo aus Gütersteuern und -subventionen hinzugezählt, so ergibt sich das österreichische Bruttoinlandsprodukt, das durch die Förderung im Untersuchungszeitraum im Durchschnitt um 68,3 bis 95,1 Millionen Euro jährlich steigt.

Die Beschäftigungseffekte betragen jährlich durchschnittlich 559 bis 780 Jahresvollzeitäquivalente, die Effekte auf die Lohnsumme 25,5 bis 35,6 Millionen Euro.

Hinsichtlich der fiskalischen Effekte zeigt sich, dass auch im Falle einer Förderung von Zusatzkrankenversicherungen mittels eines staatlichen Zuschusses durch die zusätzlichen Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte mit entsprechenden Rückflüssen in die öffentlichen Budgets gerechnet werden kann. In Summe beläuft sich das gesamte Ausmaß der fiskalischen Effekte auf jährlich durchschnittlich 27,1 bis 37,7 Millionen Euro.

**Tabelle A 5: Staatlicher Zuschuss: Fiskalische Effekte**

	Szenario 1	Szenario 2
Sozialversicherungsbeiträge inkl. Lohnnebenkosten	€ 9,0 Mio.	€ 12,5 Mio.
Lohn- und Einkommensteuer inkl. KÖSt. und KEST.	€ 6,6 Mio.	€ 9,2 Mio.
Umsatzsteuer	€ 8,3 Mio.	€ 11,6 Mio.
Sonstige Steuern (MÖSt., Tabaksteuer u. a.)	€ 3,2 Mio.	€ 4,4 Mio.
<b>Summe</b>	<b>€ 27,1 Mio.</b>	<b>€ 37,7 Mio.</b>

Quelle: GAW, 2020.

Jährliche Durchschnittswerte der Jahre 2020 bis 2035.

## Methodischer Hintergrund

Modelle haben in den Wirtschaftswissenschaften einen hohen Stellenwert. Ziel der Modellbildung ist es dabei, die hoch komplexen Zusammenhänge der wirtschaftlichen Wirklichkeiten in vereinfachender Form abzubilden. Ziel der Modellbildung ist damit die Komplexitätsreduktion, weshalb Modelle qua definitionem niemals vollumfänglich die wirtschaftlichen Wirklichkeiten abbilden können. Ziel und Sinn der Modelle ist also die Abstraktion. Die Wertschöpfungsmodelle der GAW stellen hiervon keine Ausnahme dar.

Die GAW-Wertschöpfungsmodelle sind dabei multiregionale makroökonomische Modelle. Sie bilden die

- die Produktions- und Vorleistungsverflechtungen der verschiedenen Wirtschaftssektoren innerhalb der österreichischen Bundesländer,

- die Import- und Exportverflechtungen zwischen den österreichischen Bundesländern (interregionale Verflechtungen) und
- die Import- und Exportverflechtungen der österreichischen Bundesländer mit dem Ausland (internationale Verflechtungen)

und somit die regionalwirtschaftlichen Zusammenhänge innerhalb der und zwischen den österreichischen Bundesländern detailliert ab.

Die GAW-Wertschöpfungsmodelle erlauben dadurch die regional- und volkswirtschaftliche Bedeutung von Nachfrageimpulsen, die bspw. von Investitionsprojekten, den Aktivitäten einzelner Unternehmen oder auch von (wirtschafts-)politischen Maßnahmen ausgehen, im Hinblick auf deren Auswirkungen auf

- Wertschöpfung,
- Beschäftigung,
- Einkommen sowie
- Steuer- und Abgabenaufkommen

objektiv und datenbasiert zu untersuchen.

Die Analyse der Effekte erfolgt dabei

- sowohl zeitlich als auch
- sektoral differenziert.

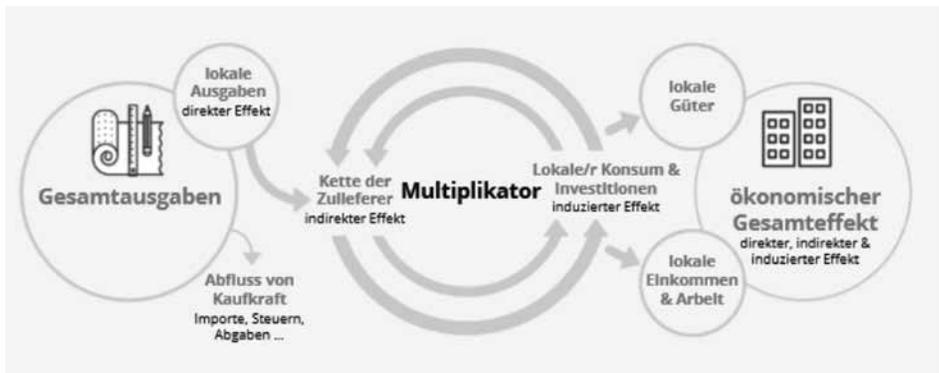
Infografik

## DIE GROSSEN DREI

### Direkte, indirekte und induzierte Effekte

#### Direkte, indirekte und induzierte Effekte als tangible Wirkungen

Wertschöpfungsanalysen, auch Impact-Analysen genannt, zeigen je nach Definition von der betrachteten Region die volks- bzw. regionalwirtschaftlichen Wirkungen auf, die von Nachfrageimpulsen auf die definierte Region ausgehen. Über die ökonomischen Verflechtungen der einzelnen Wirtschaftseinheiten innerhalb der betrachteten Region aber auch durch die Verflechtungen mit Wirtschaftseinheiten außerhalb der betrachteten Region entfalten einmal gesetzte Nachfrageimpulse dabei immer direkte, indirekte sowie induzierte Effekte. Effekte, die durch die Wertschöpfungsmodelle der GAW quantifiziert und damit sichtbar gemacht werden.



Die GAW-Wertschöpfungsmodelle berücksichtigen dabei bei allen Analysen sowohl

- direkte Effekte  
(Nachfrage nach Endgütern im Rahmen eines interessierenden Projektes),
- indirekte Effekte  
(Nachfrage nach Vorleistungsgütern im Rahmen eines interessierenden Projektes) als auch
- induzierte Effekte  
(zusätzlicher Konsum und zusätzliche Investitionen aus den gestiegenen Einkommen der Anbieter von End- und Vorleistungsgütern)

und bilden damit bei ihren Analysen die Wertschöpfungseffekte in einem umfassenden Sinne ab, wie dies etwa auch im methodischen Referenzrahmen der Vereinten Nationen im Anhang im Detail ausgeführt ist (United Nations et al., 2010).

Die ausgewiesenen Ergebnisse sind dabei stets die Differenz aus einem Status-Quo-Szenario und einem Simulationsszenario. Das Status-Quo-Szenario ist dabei jene Situation, in der es zu keiner zusätzlichen Nachfrage gekommen wäre. Das Simulations-szenario bildet dementsprechend die Situation mit zusätzlicher Nachfrage ab. Die Differenz in den solcherart berechneten Aggregaten unter dem Simulations- und Status-Quo-Szenario kann damit als der mit dem interessierenden Projekt kausal ausgelöste Effekt interpretiert werden (sog. *ceteris-paribus*-Klausel).

In Bezug auf die spätere Interpretation beachtenswert ist dabei, dass die Simulationsergebnisse auf (1) Daten basieren, die mittels (2) statistisch-ökonomischer Methoden (3) theoriegeleitet analysiert wurden – mit den für die empirisch arbeitende, angewandte Wirtschaftsforschung typischen Folgen. Dazu zählen unter anderem:

- (1) Die zugrundeliegenden Daten sind nicht immer statistisch befriedigend. Gründe dafür können sein, dass die (Primär)Daten selbst nicht in einer befriedigenden Qualität erhoben bzw. erfasst werden, dass die Anzahl an Beobachtungen gering ist, dass Daten fehlen oder aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht werden, dass Daten aus unterschiedlichen Quellen zu nicht deckungsgleichen Ergebnissen führen und oder selbst Ergebnis von Zuschätzungen sind.
- (2) Im Rahmen der Datenanalyse ist zu entscheiden, welche von mehreren in Frage kommenden statistisch-ökonomischen Methoden zum Einsatz kommen sollen. Die faktische Methodenwahl hat jedoch zum Teil auch Einfluss auf die Simulationsergebnisse.
- (3) Zum Themenkranz Theorie zählt etwa, dass in den Input-Output-Tabellen standardmäßig eine limitationale Produktionsfunktion unterstellt ist, dass es annahmegemäß keine Angebotsbeschränkungen gibt oder dass die Analyse unter der Annahme konstanter Preise erfolgt.

Ausgangspunkt der multiregionalen Wertschöpfungsmodelle sind dabei die neun (regional) + eins<sup>11</sup> (national) Input-Output-Tabellen, wobei erstere aus der und von Statistik Austria bzw. Eurostat (2019) bereitgestellten nationalen Input-Output-Tabelle erzeugt werden.

---

11 Eine Tabelle für jedes Bundesland und eine Tabelle für Österreich.

*„Input-Output-Tabellen lassen sich [dabei] in der allgemeinsten Form als ein Ex-post-Kreislauf charakterisieren, der zwischen zu Sektoren zusammengefassten Produktionseinheiten fließt. Dabei wird das Augenmerk auf die Flussrichtung der realen Ströme gerichtet und es werden im Wesentlichen diejenigen Ströme abgebildet, die mit der Produktion von Gütern und Dienstleistungen zusammenhängen [...]. Der in der Input-Output-Tabelle somit im Mittelpunkt stehende Produktionsprozess wird ganz allgemein als Transformation von Inputs in Outputs verstanden. Die Inputs werden dabei in Vorleistungen, welche ihrerseits in Vorleistungsoutputs und Endnachfrageoutputs unterteilt werden können, und Primärinputs unterteilt“ (Holub und Schnabl, 1994).*

Input-Output-Tabellen bilden dabei die Produktions- und Dienstleistungsverflechtungen innerhalb einer Region oder Nation, Angebot, Nachfrage sowie Importe und Exporte ab. Sie können im Wesentlichen in drei Teile gegliedert werden, die in Abbildung A 4 dargestellt sind. Die dort enthaltenen Buchstaben bzw. Buchstabenkombinationen bezeichnen Waren- und Dienstleistungsströme, die typischerweise und daher auch in den GAW-Wertschöpfungsmodellen zu Herstellungspreisen bewertet werden. Die Bewertung zu Herstellungspreisen bedeutet, dass in den Preisen Produktionssteuern (beispielsweise Kommunalsteuer) und Produktionssubventionen (beispielsweise Agrarsubventionen) berücksichtigt sind, nicht jedoch Gütersteuern und Gütersubventionen (auch nicht die Gütersteuern und Gütersubventionen auf Vorleistungen) und auch keine Umsatzsteuer. Die Gütersteuern mit dem größten Aufkommen sind dabei die Umsatzsteuer, die Mineralölsteuer und die Tabaksteuer.

VORLEISTUNGSMATRIX			VERWENDUNG						
	Sektor 1	...	Sektor 87	Vorleistungs-nachfrage	privater Konsum	staatlicher Konsum	Investitionen	Exporte	Nachfrage = Angebot
Gut 1	a	b	c	a+b+c	j	k	l	m	a+b+c+j+k+l+m
...	d	e	f	d+e+f	n	o	p	q	a+d+g+v+y+ab
Gut 87	g	h	i	g+h+i	r	s	t	u	d+e+f+n+o+p+q
<b>AUFKOMMEN</b>									
Summe Vorleistungsbezug	a+d+g	b+e+h	c+f+i						b+e+h+w+z+ac
Wertschöpfung	v	w	x						b+e+h+w+z+ac
davon Arbeitnehmerentgelte	v1	w1	x1						d+e+f+n+o+p+q
davon Betriebsüberschüsse	v2	w2	x2						b+e+h+w+z+ac
davon Produktionssteuern – Produktionssubventionen	v3	w3	x3						g+h+i+r+s+t+u
Gütersteuern – Gütersubventionen	y	z	aa						c+f+i+x+aa+ad
Produktionswert	a+d+g+v+y	b+e+h+w+z	c+f+i+x+aa						a+b+c+j+k+l+m
Importe	ab	ac	ad						
Angebot = Nachfrage	a+d+g+v+y+ab	b+e+h+w+z+ac	c+f+i+x+aa+ad						

Abbildung A 4: Schematische Darstellung einer Input-Output-Tabelle

Darstellung: GAW, 2019.

Die GAW-Wertschöpfungsmodelle bilden dabei die Verflechtungen grundsätzlich auf Ebene der ÖNACE-Zweisteller-Klassifikation (Statistik Austria, 2019) der Wirtschaftssektoren ab.<sup>12</sup> Die ÖNACE-Zweisteller-Klassifikation ist eine Systematik von insgesamt 88 Wirtschaftssektoren, die in nachfolgender Tabelle gelistet sind.<sup>13</sup>

**Tabelle A 6:      Sektorale Gliederung der Dateneingabe**

ÖNACE 2008 Zweisteller	Kurztitel
A01	Landwirtschaft und Jagd
A02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
A03	Fischerei und Aquakultur
B05	Kohlenbergbau
B06	Gewinnung v. Erdöl- und Erdgas
B07	Erzbergbau
B08	Gewinnung v. Steinen; sonst. Bergbau
B09	Dienstleistungen für den Bergbau
C10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
C11	Getränkeherstellung
C12	Tabakverarbeitung
C13	Herstellung von Textilien
C14	Herstellung von Bekleidung
C15	H. v. Leder-/waren und Schuhen
C16	Herstellung von Holzwaren; Korbwaren
C17	Herstellung von Papier/Pappe und Waren daraus
C18	Herstellung von Druckerzeugnissen
C19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
C20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
C21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
C22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
C23	Herstellung von Glas-/waren, Keramik u.Ä.

12 Die ÖNACE 2008, kurz ÖNACE, ist die österreichische Version der NACE (Nomenclature Générale des Activités Économiques dans les Communautés Européennes). Bis zur Ebene der Viersteller (und damit auch auf der Ebene, die den GAW-Wertschöpfungsmodellen zugrunde liegt) sind NACE und ÖNACE ident.

Die Bezeichnung Einsteller / Zweisteller ist gebräuchlich und wird im vorliegenden Dokument durchgehend verwendet. Als „Einsteller“ werden die 21 sogenannten „Abschnitte“ bezeichnet. Es handelt sich hierbei um eine grobe Kategorisierung, in der die Abschnitte typischerweise mit den Buchstaben A – T bezeichnet werden. Die „Zweisteller“ sind die 88 „Abteilungen“, wobei zu einem bestimmten Abschnitt typischerweise eine oder mehrere „Abteilungen“ gehören.

13 Die GAW-Wertschöpfungsmodelle bilden 87 dieser 88 Sektoren ab. Der Sektor U99 (Exterritoriale Organisationen und Körperschaften) kann in den Modellen nicht abgebildet werden, da dieser Abschnitt auch in den zugrunde liegenden Eingangsdaten nicht enthalten ist.

ÖNACE 2008 Zweisteller	Kurztitel
C24	Metallerzeugung und -bearbeitung
C25	Herstellung von Metallerzeugnissen
C26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten
C27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
C28	Maschinenbau
C29	Herstellung von Kraftwagen und -teilen
C30	Sonst. Fahrzeugbau
C31	Herstellung von Möbeln
C32	Herstellung von sonst. Waren
C33	Reparatur/Installation v. Maschinen
D35	Energieversorgung
E36	Wasserversorgung
E37	Abwasserentsorgung
E38	Abfallbehandlung
E39	Beseitigung v. Umweltverschmutzungen
F41	Hochbau
F42	Tiefbau
F43	Sonst. Bautätigkeiten
G45	Kfz-Handel und -reparatur
G46	Großhandel
G47	Einzelhandel
H49	Landverkehr
H50	Schifffahrt
H51	Luftfahrt
H52	Dienstleistungen für den Verkehr
H53	Post- und Kurierdienste
I55	Beherbergung
I56	Gastronomie
J58	Verlagswesen
J59	Filmherstellung/-verleih; Kinos
J60	Rundfunkveranstalter
J61	Telekommunikation
J62	IT-Dienstleistungen
J63	Informationsdienstleistungen
K64	Finanzdienstleistungen
K65	Versicherungen und Pensionskassen
K66	Sonst. Finanz-/Versicherungsleistungen
L68	Grundstücks- und Wohnungswesen
M69	Rechtsberatung und Wirtschaftsprüfung
M70	Unternehmensführung, -beratung

ÖNACE 2008 Zweisteller	Kurztitel
M71	Architektur- und Ingenieurbüros
M72	Forschung und Entwicklung
M73	Werbung und Marktforschung
M74	Sonstige freiberufliche / technische Tätigkeiten
M75	Veterinärwesen
N77	Vermietung v. beweglichen Sachen
N78	Arbeitskräfteüberlassung
N79	Reisebüros und Reiseveranstalter
N80	Private Wach- und Sicherheitsdienste
N81	Gebäudebetreuung; Gartenbau
N82	Wirtschaftliche Dienstleistungen a.n.g.
O84	Öffentliche Verwaltung
P85	Erziehung und Unterricht
Q86	Gesundheitswesen
Q87	Alten- und Pflegeheime
Q88	Sozialwesen
R90	Künstlerische Tätigkeiten
R91	Bibliotheken und Museen
R92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
R93	Dienstleistungen Sport/Unterhaltung
S94	Interessenvertretungen und Vereine
S95	Reparatur v. Gebrauchsgütern
S96	Sonst. Dienstleistungen a.n.g.
T97	Private Haushalte mit Hauspersonal
T98	Waren/Dienstleistungen - Eigenbedarf

Quelle: Statistik Austria, 2019.

Sektor U99 (Exterritoriale Organisationen und Körperschaften) aufgrund fehlender Daten nicht berücksichtigt.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt sektoral differenziert nach bis zu 20 Sektoren, welche in Tabelle A 7 ausgewiesen sind. Wie aus dieser Tabelle ersichtlich wird, ist die Ergebnisdarstellung in die ÖNACE-Einsteller-Klassifikation gegliedert. Diese fasst die Wirtschaftssektoren auf Zweisteller-Ebene („Abschnitte“) zu größeren Sektorengruppen („Abteilungen“) zusammen. Die Buchstaben A – T in den Zweisteller-Indikatoren bezeichnen dabei die Einsteller-Gruppe, der der jeweilige Zweisteller-Sektor angehört.

**Tabelle A 7: Sektorale Gliederung der Datenausgabe**

ÖNACE 2008 Einsteller	Kurztitel
A	Land- und Forstwirtschaft
B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
C	Herstellung von Waren
D	Energieversorgung
E	Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung
F	Bau
G	Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz
H	Verkehr und Lagerei
I	Beherbergung und Gastronomie
J	Information und Kommunikation
K	Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
L	Grundstücks- und Wohnungswesen
M	Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen
N	Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen
O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
P	Erziehung und Unterricht
Q	Gesundheits- und Sozialwesen
R	Kunst, Unterhaltung und Erholung
S	Sonstige Dienstleistungen
T	Dienstleistungen durch private Haushalte

Quelle: Statistik Austria, 2019.

Sektor U99 (Exterritoriale Organisationen und Körperschaften) aufgrund fehlender Daten nicht berücksichtigt.

Die Rechartiefe ist damit größer als die Ergebnistiefe.

Eine der zahlreichen Herausforderungen in der konkreten Modellbildung stellt dabei neben der Bildung der korrekten Schätzfunktionen die Abbildung der internationalen und insbesondere der interregionalen Import- und Exportverflechtungen dar. Internationale Importe und Exporte bezeichnen dabei Waren- und Dienstleistungsströme aus dem Ausland in die jeweiligen Bundesländer bzw. aus den jeweiligen Bundesländern ins Ausland. Interregionale Importe und Exporte sind hingegen Waren- und Dienstleistungsströme aus dem übrigen österreichischen Bundesgebiet in die jeweils betrachteten Bundesländer bzw. aus den jeweils betrachteten Bundesländern ins übrige österreichische Bundesgebiet.

Internationale Warenströme aus den bzw. in die österreichischen Bundesländer können dabei, gegliedert in Produktgruppen, der kombinierten Nomenklatur (Eurostat, 2019a), der von Statistik Austria (2019c) bereitgestellten Außenhandelsstatistik entnommen werden. Entsprechende Korrespondenztabelle (Eurostat, 2019a) zwischen kombinierter Nomenklatur (KN) und ÖNACE existieren zwar, allerdings ist die Zuordnung der in KN-Zweisteller vorliegenden Außenhandelsdaten in ÖNACE-Zweisteller nicht eindeutig möglich. Daher werden Importe jeder KN-Zweisteller-Kategorie in jedem Bundesland gemäß der Verteilung der Inlandsnachfrage auf die infrage kommenden ÖNACE-Zweisteller-Kategorien verteilt. Exporte jeder KN-Zweisteller-Kategorie werden für jedes Bundesland gemäß der Verteilung der Produktionswerte auf die infrage kommenden ÖNACE-Zweisteller-Kategorien verteilt.

$$IM_{i,r} = \frac{IM_{k,r} \cdot ILN_{i,r}}{\sum_{i=1}^K ILN_{i,r}}$$

$$EX_{i,r} = \frac{EX_{k,r} \cdot PW_{i,r}}{\sum_{i=1}^K PW_{i,r}}$$

$IM_{i,r}$  und  $EX_{i,r}$  bezeichnen in den oben angeführten Formeln die internationalen Importe und Exporte von Gütern des ÖNACE-Zweisteller-Sektors  $i$  im Bundesland  $r$ .  $IM_{k,r}$  und  $EX_{k,r}$  bezeichnen hingegen die Importe und Exporte von Gütern der KN-Zweisteller-Kategorie  $k$  im Bundesland  $r$ . Dabei umfasst eine KN-Zweisteller-Kategorie typischerweise Güter einer Anzahl  $K > 1$  von ÖNACE-Zweisteller-Sektoren  $i$ .  $ILN_{i,r}$  und  $PW_{i,r}$  bezeichnen die Inlandsnachfrage bzw. Produktionswerte des ÖNACE-Zweisteller-Sektors  $i$  im Bundesland  $r$ .

Internationale Dienstleistungsexporte und -importe werden in größerer Kategorisierung und – anders als Warenexporte – ausschließlich österreichweit erfasst (OENB, 2019). Die größere Kategorisierung wird auf ÖNACE-Zweisteller-Kategorien wiederum gemäß der österreichweiten Inlandsnachfrage (Importe) und Produktionswerte (Exporte) umgelegt. In den untenstehenden Formeln bezeichnet der Kleinbuchstabe  $k$  eine Kategorie von Dienstleistungsexporten gemäß OENB (2019) und der Großbuchstabe  $K$  jeweils die Anzahl an ÖNACE-Zweisteller-Sektoren  $i$ , deren Güter zur übergeordneten Kategorie  $k$  gehören.

$$IM_{i,NAT} = \frac{IM_{k,NAT} \cdot ILN_{i,NAT}}{\sum_{i=1}^K ILN_{i,NAT}}$$

$$EX_{i,NAT} = \frac{EX_{k,NAT} \cdot PW_{i,NAT}}{\sum_{i=1}^K PW_{i,NAT}}$$

Innerhalb der im Dienstleistungshandel relevanten ÖNACE-Zweisteller-Kategorien werden die österreichweiten Importe gemäß der Verteilung der Inlandsnachfrage über die Bundesländer und die österreichweiten Exporte gemäß der Verteilung der Produktionswerte über die Bundesländer den neun Bundesländern zugewiesen.

$$IM_{i,r} = \frac{IM_{i,NAT} \cdot ILN_{i,r}}{\sum_{r=1}^R ILN_{i,r}}$$

$$EX_{i,r} = \frac{EX_{i,NAT} \cdot PW_{i,r}}{\sum_{r=1}^R PW_{i,r}}$$

Neben den internationalen Importen und Exporten sind in den kleinräumigen Betrachtungen zusätzlich interregionale Importe und Exporte von hoher und höchster Relevanz.

Für derartige interregionale Import- und Exportbeziehungen zwischen den österreichischen Bundesländern existieren jedoch keine Daten. Daher müssen diese Beziehungen und die sich daraus entstehenden Volumina geschätzt werden. Zur Schätzung existieren dabei verschiedene Verfahren, wobei für die GAW-Wertschöpfungsmodelle die „Modified Cross-Hauling Adjusted Regionalization Method (CHARM)“ herangezogen wird (Többen und Kronenberg, 2015). Weitere verfügbare Methoden sind die Handelsbilanz-Methode (CB-Methode), die allerdings den Nachteil aufweist, dass in einem bestimmten ÖNACE-Zweisteller-Sektor für ein betrachtetes Bundesland entweder positive (interregionale) Exporte und keine Importe, oder umgekehrt, ausgeworfen werden. Dadurch wird vernachlässigt, dass Güter, die von einem bestimmten Sektor produziert werden, sowohl importiert als auch exportiert werden (vgl. Kronenberg, 2009). Darüber hinaus existiert die zuletzt häufiger verwendete FLO-Methode („Flegg’s Location Quotient“). Die FLO-Methode zielt jedoch auf Input-Output-Tabellen des Typs B ab, bei denen in der ausgewiesenen Vorleistungs- und Endnachfrage keine Importe enthalten sind. Die CHARM-Methode zielt hingegen auf Input-Output-Tabellen des Typs E ab, bei denen in der Vorleistungs- und Endnachfrage Importe enthalten sind (Flegg und Tohmo, 2013, Kronenberg, 2012). In den GAW-Wertschöpfungsmodellen werden die von Eurostat (2019) publizierten Typ E-Tabellen verwendet.

Das Kernstück der CHARM ist eine Schätzung des sogenannten Cross-Haulings. Damit ist das gleichzeitige (interregionale) Importieren und Exportieren von Gütern gemeint, die von einem bestimmten ÖNACE-Zweisteller-Sektor produziert werden.

Formal kann das Cross-Hauling  $q_i$  im Sektor  $i$  als Differenz zwischen dem Handelsvolumen und dem Absolutbetrag der Handelsbilanz definiert werden.

$$q_i = ex_i + im_i - |ex_i - im_i| = hv_i - |hb_i|$$

wobei  $ex_i$  und  $im_i$  das Export- und Importvolumen,  $hv_i$  das Handelsvolumen (Exporte + Importe) und  $hb_i$  die Handelsbilanz (Exporte – Importe) des Sektors  $i$  bezeichnet.

In weiterer Folge wird im Rahmen von CHARM die Annahme getroffen, dass mit  $h_{i,nat}$  das Ausmaß des Cross-Haulings im Sektor  $i$  auf nationaler Ebene als Anteil des (nationalen) Cross-Haulings  $q_{i,nat}$  an Produktion und Nachfrage des Sektors  $i$  geschätzt werden kann.

$$h_{i,nat} = \frac{q_{i,nat}}{(pw_{i,nat} + vln_{i,nat} + en_{i,nat})}$$

Dabei bezeichnet  $pw_{i,nat}$  den Produktionswert des Sektors  $i$ ,  $vln_{i,nat}$  die Vorleistungsnachfrage nach Gütern des Sektors  $i$  und  $en_{i,nat}$  die Endnachfrage (Summe aus privatem Konsum, staatlichem Konsum, Konsum der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck und Investitionsnachfrage). Die Anteile  $h_{i,nat}$  werden in weiterer Folge auf die Regionalebene übertragen. Dabei betrifft die Schätzung des Cross-Haulings in den GAW-Wertschöpfungsmodellen ausschließlich den interregionalen Handel, da der internationale bundeslandspezifische Handel vollständig durch administrative Daten abgebildet wird.

Dazu muss zunächst das Potenzial des interregionalen Handels eines betrachteten Bundeslandes  $r$  und Restösterreich  $o$  bestimmt werden. Dabei gilt, dass maximal jener Teil der Nachfrage (Summe aus Vorleistungsnachfrage und Endnachfrage) interregional importiert wird, der nicht schon durch internationale Importe bedient wird. Gleichermaßen gilt, dass maximal jener Teil der Produktion interregional exportiert wird, der nicht schon international exportiert wird. Dies gilt jeweils für das betrachtete Bundesland  $r$  und Restösterreich  $o$ . Da der interregionale Handel insofern beschränkt ist, als beispielsweise ein hohes Exportpotenzial nicht ausgeschöpft werden kann, wenn es nicht auf ausreichend Importnachfrage des Ziellandes trifft, entspricht das Maximum des interregionalen Cross-Haulings zwischen betrachtetem Bundesland  $r$  und Restösterreich  $o$  dem Minimum der zuvor definierten Maxima. Formal lässt sich dies folgendermaßen notieren.

$$\max \left[ \frac{q_{i,r,o}}{2} \right] = \min [pw_{i,r} - ex_{i,r}; pw_{i,o} - ex_{i,o}; vln_{i,r} + en_{i,r} - im_{i,r}; vln_{i,o} + en_{i,o} - im_{i,o}]$$

Die auf nationaler Ebene geschätzten Cross-Hauling-Ausmaße  $h_i$  werden nun auf die regionale Ebene (betrachtetes Bundesland  $r$ , Restösterreich  $o$ ) folgendermaßen übertragen.

$$q_{i,r,o} = 2 h_{i,nat} \min[pw_{i,r} - ex_{i,r}; pw_{i,o} - ex_{i,o}; vln_{i,r} + en_{i,r} - im_{i,r}; vln_{i,o} + en_{i,o} - im_{i,o}]$$

Aus den nun für alle Sektoren errechneten Cross-Hauling-Volumina  $q_{i,r,o}$  des interregionalen Handels zwischen dem betrachteten Bundesland  $r$  und Restösterreich  $o$  lassen sich abschließend die interregionalen Import- und Exportvolumina berechnen,

$$\begin{aligned} ex_{i,r-o} &= im_{i,o-r} = \frac{q_{i,r,o} + |hb_{i,r,internat}| + hb_{i,r,internat}}{2} \\ ex_{i,o-r} &= im_{i,r-o} = \frac{q_{i,o,r} + |hb_{i,o,internat}| + hb_{i,o,internat}}{2} \end{aligned}$$

wobei  $hb_{i,internat}$  die jeweiligen Handelsbilanzen aus dem internationalen Handel bezeichnen. Mit den auf die beschriebene Weise berechneten interregionalen Import- und Exportvolumina werden die regionalisierten IOT der GAW-Wertschöpfungsmodelle vervollständigt. Die bei Simulationsrechnungen relevanten Importquoten werden dann folgendermaßen bestimmt ( $iq_{i,r,internat}$  und  $iq_{i,r,interreg}$  bezeichnen die internationalen und interregionalen Importquoten des Sektors  $i$  im Bundesland  $r$ ).

$$\begin{aligned} iq_{i,r,internat} &= \frac{im_{i,r,internat}}{pw_i + im_{i,r,internat} + im_{i,r,interreg}} = \frac{im_{i,r,internat}}{vln_{i,r} + en_{i,r} + ex_{i,r,internat} + ex_{i,r,interreg}} \\ iq_{i,r,interreg} &= \frac{im_{i,r,interreg}}{pw_i + im_{i,r,internat} + im_{i,r,interreg}} = \frac{im_{i,r,interreg}}{vln_{i,r} + en_{i,r} + ex_{i,r,internat} + ex_{i,r,interreg}} \end{aligned}$$

Internationale Importe stellen in den GAW-Wertschöpfungsmodellen vollständige Wertschöpfungsabflüsse dar, während interregionale Importe regionalwirtschaftliche Effekte in Österreich, jedoch außerhalb des betrachteten Bundeslandes, also in Restösterreich, bewirken. Diese werden daher quantifiziert und ausgewiesen.

Sind solcherart die regionalisierten IO-Tabellen ermittelt, können die daraus gewonnenen Ergebnisse in die weiteren Schätzfunktionen eingespeist werden. Im Kern sind dies Beschäftigungsfunktionen, Investitionsfunktionen und Konsumfunktionen, welche jeweils bezogen auf eine konkrete Region die empirischen Wirkungszusammenhänge abbilden.

Die Beschäftigungsfunktion gibt dabei die Zusammenhänge zwischen Beschäftigung (gemessen als Anzahl vollzeitbeschäftigter Personen) und (realer) Wertschöpfung sowie Beschäftigung und (realen) Stundenlöhnen an. Zur Schätzung werden dazu die Mikrodaten der Arbeitsmarktdatenbank (Hauptverband, 2019), Daten aus der regionalen volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (Statistik Austria, 2019a) sowie Mikrodaten des österreichischen Mikrozensus (Statistik Austria, 2019d) verwendet.

Die Mikrodaten der Arbeitsmarktdatenbank beinhalten dabei neben Jahreslöhnen zusätzlich soziodemographische Charakteristika wie Alter, Geschlecht, Branche (ÖNACE-Viersteller), Arbeitsort (auf Bezirksebene) und die Anzahl Mitversicherter. Nicht enthalten sind jedoch das Stundenausmaß (gemessen in Stunden pro Woche) und das Bildungsniveau. Da die beiden Charakteristika für die Schätzungen in hohem Maße relevant sind, werden in einem ersten Schritt in einem Matching-Verfahren Paare aus jeweils einer Beobachtung aus der Arbeitsmarktdatenbank und einer Beobachtung aus dem Mikrozensus gebildet. Die Beobachtung aus dem Mikrozensus weist dabei ähnliche Charakteristika wie die Beobachtung aus der Arbeitsmarktdatenbank auf.

Danach werden die im Mikrozensus enthaltenen Charakteristika (Stundenausmaß und Bildungsniveau) übertragen.

Die Investitionsfunktion dient der Schätzung der Zusammenhänge zwischen (realen) Nettoinvestitionen und (realer) Nettowertschöpfung sowie (realen) Nettoinvestitionen und (realen) Arbeitskosten. Zur Schätzung werden die EU-KLEMS-Daten (KLEMS, 2018) verwendet, die auf Branchen- sowie Nationalniveau (reale und nominelle) Investitionsvolumina, Investitionsgüterpreise, Produktionspreise, Vorleistungsgüterpreise, (reale und nominelle) Kapitalstöcke, Abschreibungsraten, Anteile an Beschäftigten unterschiedlicher Charakteristika (Alter, Geschlecht und Bildungsniveau), Wertschöpfung, Produktionswerte sowie Lohnsummen beinhalten.

Analog zur Schätzung der Beschäftigungsfunktion wird auch für die Reaktion der Investitionen auf Veränderungen in der Bruttowertschöpfung ein Fehlerkorrekturmodell geschätzt. Auf Basis der Schätzergebnisse werden auf Nationalniveau Investitionsgütergruppen spezifische Investitions-Wertschöpfungs-Elastizitäten berechnet, aus denen gemäß der in den EU-KLEMS-Daten enthaltenen branchenspezifischen Verteilung der Investitionsgüternachfrage branchenspezifische Investitions-Wertschöpfungs-Elastizitäten abgeleitet werden. Diese werden in den GAW-Wertschöpfungsmodellen auf die bundeslandspezifischen Daten zu Bruttowertschöpfung und Bruttoanlageinvestitionen (Statistik Austria, 2019a) angewendet.

Die aus den Schätzungen ableitbaren Anpassungskoeffizienten legen dabei nahe, dass zusätzliche Nachfrageimpulse im Zeitraum von etwa drei Jahren zusätzliche Investitionsnachfrage induzieren, wobei der induzierte Effekt im Zeitverlauf abnimmt. Die aus den Schätzungen ableitbare Verteilung des induzierten Effektes über die Zeit wird in den GAW-Wertschöpfungsmodellen im Rahmen der sogenannten induzierten Effekte angewendet.

Die Konsumfunktion dient zur Schätzung der Reaktion des (realen) privaten Konsums auf Veränderungen des (realen) verfügbaren Einkommens der privaten Haushalte. Bei der Schätzung dieses Zusammenhangs wird für Veränderungen des Realzinssatzes kontrolliert, da Zinsveränderungen potenziell den privaten Konsum beeinflussen können. In den GAW-Wertschöpfungsmodellen wird die Konsum-Verfügbares Einkommen-Elastizität auf Nationalniveau geschätzt. Die Daten entstammen der nationalen volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (Statistik Austria, 2018), wobei jährliche Zeitreihendaten von 1995 – 2017 zur Anwendung kommen. Anschließend wird die geschätzte Elastizität auf regional differenzierte Konsumvektoren angewendet. Die entsprechende regional differenzierte Verteilung der Konsumausgaben über Gütergruppen wird dabei den Mikrodaten der Konsumerhebung (Statistik Austria, 2019b) entnommen.

Bei der Schätzung der Konsumfunktion wird ebenfalls ein Fehlerkorrekturmodell verwendet. Die Schätzung erfolgt in restringierter Form (Generalisierte Momentenmethode), wobei die Differenz zwischen den verfügbaren Einkommen der Jahre  $t$  und  $t-1$  wegen möglicher Endogenität durch die Differenz in den verfügbaren Einkommen zwischen den Jahren  $t-1$  und  $t-2$ , d.h. der um ein Jahr verzögerten Differenz, instrumentiert wird. Im Ergebnis kann aus den Schätzungen wiederum eine Konsum-Verfügbares Einkommen-Elastizität sowie ein Anpassungskoeffizient abgeleitet werden. Letzterer zeigt im konkreten Fall, dass zusätzliche Nachfrageimpulse aufgrund gestiegener Haushaltseinkommen (gemessen am verfügbaren Einkommen privater Haushalte) im Zeitraum von etwa zwei Jahren zusätzliche Konsumimpulse induzieren, wobei der Effekt im ersten Jahr stärker ist als im zweiten. Der induzierte Konsumeffekt wird in den GAW-Wertschöpfungsmodellen daher auf das Jahr, in dem ein zusätzlicher Nachfrageimpuls ausgelöst wird, und das Folgejahr entsprechend verteilt.

Die ausführliche technische Dokumentation zu den Wertschöpfungsmodellen der GAW wird gerne auf Anfrage zugesandt.

VALUES WORTH SHARING

«Die LGT hilft uns,  
mehr aus unserem  
Talent zu machen.»

LGT Young Soloists, unterstützt von LGT seit 2013



Private  
Banking



# Rechtspolitische Überlegungen zur Zukunft der Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten

*Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner*

*Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich*

<b>1. Rechtliche Grundlagen</b>	<b>82</b>
<b>2. Wirtschaftliche Bedeutung der Sonderklasse</b>	<b>87</b>
<b>3. Politische Einwände gegen die Arzthonorare</b>	<b>89</b>
<b>4. Zukunftsthemen der Sonderklasse – rechtspolitische Überlegungen zur Förderung der Sonderklasse</b>	<b>90</b>
<b>5. Zusammenfassung – 13 Forderungen zur Stärkung der Sonderklasse</b>	<b>110</b>

*Im vorliegenden Beitrag werden zunächst die rechtlichen Grundlagen der Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten mit ihren länderweisen Unterschieden dargestellt. Die Sonderklasse in der öffentlichen Krankenanstalt ist eine Erfolgsgeschichte, weil sie in hohem Ausmaß dazu beiträgt, das Auseinanderfallen in einen öffentlichen und privaten Spitalssektor zu hemmen und damit auch einer Zwei-Klassen-Medizin gegensteuert. Der Artikel enthält eine Reihe von Vorschlägen, wie die Akzeptanz der Sonderklasse erhöht und die Inanspruchnahme – letztlich im Interesse des gesamten Gesundheitssystems – gefördert werden könnte.*

# 1. Rechtliche Grundlagen

Schon das erste moderne Krankenanstaltengesetz Österreichs, das KAG 1920, sah vor, dass öffentliche Krankenanstalten bis zu einem Fünftel der Betten für Privatpatienten vorsehen konnten, von denen auch besondere ärztliche Gebühren eingehoben wurden.<sup>1</sup> Auch das derzeit gültige KAKuG 1957 hat diese Regelungen übernommen und gestattet es grundsatzgesetzlich (genauso wie die ausführenden Landeskrankenanstaltengesetze) öffentlichen Krankenanstalten, Privatpatienten als sogenannte „Pfleger der Sonderklasse“ bis zu einem Höchstausmaß von einem Viertel der Gesamtbettenanzahl aufzunehmen (§ 16 Abs. 1 lit g KAKuG).

Das Krankenanstaltenwesen ist nach Art. 12 B-VG in der Gesetzgebungskompetenz zwischen Bund und Ländern geteilt. Während dem Bund die Grundsatzgesetzgebung zukommt, haben die Länder das Krankenanstaltenwesen durch Ausführungsgesetze im Rahmen der Bundesvorgaben zu regeln. Das Krankenanstaltenrecht in Österreich ist zwar, weil das Grundsatzgesetz in der Regel wenig Spielraum zulässt, durch eine sehr hohe Homogenität geprägt. Bei der Ausgestaltung der Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten zeigen sich aber doch zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den Landes-Krankenanstaltengesetzen.

Einheitlich ist überall, dass die Aufnahme in die Sonderklasse ein in der Regel schriftliches Verlangen des Patienten erfordert sowie sich die Sonderklasse durch eine bessere Ausstattung, geringere Bettenanzahl und eine andere Art der Verpflegung von der allgemeinen Klasse zu unterscheiden hat. In der ärztlichen Behandlung und Pflege darf allerdings kein Unterschied gemacht werden (§ 45 Abs. 2, 3 Oö. KAG; § 73 Abs. 1, 2 VbgSpG; § 32 Abs. 2, 4 WrKAG; §§ 29 Abs. 2, 30 TirKAG; § 66 Abs. 1, 3 StKAG; § 53 Abs. 3, 4 SKAG; § 33 Abs. 1, 2 NÖ KAG; § 50 Abs. 3, 4 K-KAO; § 49 Abs. 3, 4 BgldKAG).<sup>2</sup>

Einheitlich ist ferner in allen Bundesländern, dass von Patienten der Sonderklasse zusätzliche Entgelte verlangt werden können, nämlich einerseits die sogenannte Anstaltsgebühr (zur Abdeckung der „Hotelkomponente“, die in der besonderen Ausstattung und Verpflegung besteht) und zum anderen das Arzthonorar, das den betreuenden Ärzten neben der Entlohnung aus dem Dienstverhältnis zukommt.<sup>3</sup>

1 Wallner, Zivilrechtliche Aspekte der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten, RdM 2015/140, 228.

2 Wallner, Medizinrecht (2019) Rz 285.

3 Wallner, Medizinrecht (2019) Rz 286.

Die Anstaltsgebühr wird naturgemäß in allen Bundesländern vom Rechtsträger einhoben. Hingegen werden die Arzthonorare nur in der Steiermark und Kärnten vom Rechtsträger eingenommen und erst dann an die beteiligten Ärzte weitergegeben (§ 75 Abs. 1 StKAG; § 58 Abs. 3 lit b K-KAO), während in den meisten Bundesländern ein unmittelbarer Anspruch der Abteilungsleiter bzw. der beteiligten Ärzte gegenüber dem Patienten besteht (§ 59 Abs. 1 BgldKAG; § 54 Abs. 1 Oö. KAG; § 61 Abs. 3 SKAG; § 41 Abs. 5 TirKAG; § 86 Abs. 1 VbgSpG; § 45a Abs. 1 WrKAG). Ebenso ist ein direkter Honoraranspruch der Abteilungsleiter in Universitätskliniken gegenüber den Sonderklassepatienten vorgesehen (§ 46 KAKuG).<sup>4</sup>

Die Anstaltsgebühr wird in allen Bundesländern durch Verordnung der Landesregierung festgesetzt (§ 53 Abs. 6 Oö. KAG, § 46 Abs. 1 WrKAG; § 58 BgldKAG, § 60 Abs. 1 K-KAO; § 49g Abs. 3 NÖ KAG; § 64 Abs. 1 SKAG; § 76 Abs. 4 StKAG; § 42 Abs. 5 TirKAG; § 84 Abs. 1 VbgSpG).<sup>5</sup> Demgegenüber werden die Arzthonorare nur ausnahmsweise – und zwar in jenen Bundesländern, in denen diese vom Rechtsträger und nicht von den Ärzten eingenommen werden – durch Verordnung der Landesregierung bestimmt (§ 60 Abs. 3 K-KAO; § 76 Abs. 4 StKAG bzw. Sondergebührenverordnung 2019 für die Steiermark LGBl 2019/28). In den meisten Bundesländern hingegen ist vorgesehen, dass die Höhe der Arzthonorare zwischen den behandelnden Ärzten und dem Patienten vereinbart wird (§ 59 Abs. 1 BgldKAG; § 45a Abs. 1 WrKAG; § 49g Abs. 5 NÖ KAG; § 54 Abs. 1 Oö. KAG; § 61 Abs. 3 SKAG; § 41 Abs. 5 TirKAG; § 86 Abs. 1 VbgSpG). Faktisch werden allerdings die Tarife in allen diesen Bundesländern von Vertretern der Ärzte (überwiegend von den Landesärztekammern) mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs/ Sektion Krankenversicherung verhandelt.<sup>6</sup>

Die Arzthonorare werden in den Bundesländern, in denen das Arzthonorar nicht an den Rechtsträger, sondern an die Ärzte bezahlt wird, in der Regel vom Abteilungsleiter eingenommen (außer in Oberösterreich, wo das Arzthonorar von allen Ärzten der jeweils betreuenden Abteilungen gemeinsam verrechnet wird). Es wird in weiterer Folge auf die Ärzte der beteiligten Abteilungen aufgeteilt. Diese Honoraraufteilung erfolgt entweder durch den Abteilungsleiter (§ 86 Abs. 2 VbgSpG; § 45 Abs. 4 NÖ KAG), in den meisten Bundesländern aber durch Vereinbarung zwischen Vertretern der betroffenen Arztgruppen (Abteilungsleiter, nachgeordnete Ärzte; so § 41 Abs. 7 TirKAG; § 5 Sondergebührenverordnung Salzburger Landeskliniken, LGBl 2018/35), in einigen Bundesländern sogar durch eine Vereinbarung, der alle beteiligten Ärzte zustimmen müssen (§ 54 Abs. 2 Oö. KAG; § 59 Abs. 2 BgldKAG; § 45a Abs. 3 WrKAG). Teilweise ist auch eine Zustimmung des

---

4 Wallner, *Medizinrecht* (2019) Rz 288.

5 Wallner, *Medizinrecht* (2019) Rz 546.

6 Wallner, *Medizinrecht* (2019) Rz 547.

Rechtsträgers erforderlich (§ 54 Abs. 2 Oö. KAG; § 86 Abs. 2 VbgSpG; § 45a Abs. 3 WrKAG). Für diese Vereinbarung bestehen in einigen Bundesländern Richtlinien, die entweder bereits im Krankenanstaltenrecht festgelegt (§ 41 Abs. 7 TirKAG; § 59 Abs. 2 BldgKAG; § 45 Abs. 3 NÖ KAG; § 5 Sondergebühren Verordnung Salzburger Landeskliniken, LGBl 2018/35; § 45a Abs. 3 WrKAG) oder durch die jeweilige Landesärztekammer (allenfalls auch zusätzlich zu den gesetzlichen Vorgaben) beschlossen werden (Tirol, Oberösterreich). Für den Fall der Nichteinigung über die Aufteilung ist in einigen Bundesländern eine Entscheidung durch die Landesregierung vorgesehen (§ 54 Abs. 2 Oö. KAG; § 86 Abs. 2 VbgSpG), im Burgenland durch den Anstaltsträger (§ 59 Abs. 4 BldgKAG), in Salzburg durch eine aus Ärzte- und Anstaltsträgervertretern bestehende Kommission (§ 5 Abs. 5 Sondergebührenverordnung Salzburger Landeskliniken, LGBl 2018/35). In den Bundesländern, in denen die Arzthonorare vom Rechtsträger eingenommen werden, ist die Abgabe von Anteilen an die jeweils beteiligten Ärzte in einer Verordnung der Landesregierung geregelt (für die Landesbediensteten in der Steiermark: § 80 StKAG bzw. Honorarpunkte-Verordnung 2016, LGBl 2016/72; für Landes- und Gemeindebedienstete in Kärnten: § 61 K-KAO).<sup>7</sup>

Von den durch die Ärzte vereinnahmten Arzthonoraren wird ein Hausrücklass für die Inanspruchnahme der Spitalinfrastruktur abgegeben (vgl. § 59 Abs. 3 BldgKAG; § 45 Abs. 2 NÖ KAG; § 54 Abs. 3 Oö. KAG; § 5 Sondergebührenverordnung Salzburger Landeskliniken, LGBl 2018/35; § 86 Abs. 3 VbgKAG). In zwei Bundesländern wird die genaue Höhe des Hausrücklasses vom Rechtsträger mit den liquidationsberechtigten Ärzten vereinbart (§ 41 Abs. 4, 6 TirKAG bzw. in Wien für Spitäler, die nicht von der Gemeinde betrieben werden, § 45a Abs. 1 WrKAG, während für Gemeindespitäler der Hausrücklass nach § 45a Abs. 4 WrKAG gesetzlich festgelegt ist).<sup>8</sup>

Ungeachtet dieser ausführlichen Regelungen in den Landes-Krankenanstaltengesetzen gibt es allerdings eine ganze Reihe von Rechtsfragen in Zusammenhang mit den Arzthonoraren auf der Sonderklasse, die noch immer nicht vollständig geklärt erscheinen:

- Rechtlich geklärt ist zwar mittlerweile, dass die Landesgesetzgeber die Option haben, entweder die Vereinnahmung der Arzthonorare durch die Krankenanstaltenträger oder aber auch durch die Ärzte selbst vorzusehen.<sup>9</sup> Unklar ist allerdings, inwieweit Regelungen über die Weitergabe von Arzthonoraren an die einzelnen Ärzte in den Krankenanstaltengesetzen geregelt werden können, weil es sich dabei um eine Frage des Dienst- bzw. Arbeitsrechts

7 Wallner, Medizinrecht (2019) Rz 548.

8 Wallner, Medizinrecht (2019) Rz 549.

9 VfGH 17.03.2007, G119/06 ZfVB 2007/2048.

handeln könnte, für das dem Landesgesetzgeber Regelungskompetenz nur für Gemeinde- und Landesbedienstete zusteht, nicht aber etwa für die Ärzte in den öffentlichen Ordenskrankenanstalten. Wenn, so wie in Oberösterreich, der Landesgesetzgeber die Vereinnahmung der Arzthonorare durch alle Ärzte vorsieht, wäre vermutlich auch eine landesgesetzliche Festsetzung von Aufteilungsgrundsätzen möglich.<sup>10</sup>

- Nicht endgültig geklärt ist auch, inwieweit die zwischen den Ärztevertretern (in der Regel den Landesärztekammern) und dem Versicherungsverband abgeschlossenen Direktverrechnungsübereinkommen (einschließlich der darin enthaltenen Honorarordnungen) für die Versicherungen sowie die betroffenen Ärzte tatsächlich rechtlich verbindlich ist.<sup>11</sup>
- Klar ist, dass die derzeit zur Bereinigung von Abrechnungsstreitigkeiten zwischen den Ärzten und der jeweiligen privaten Krankenversicherung durch die Direktverrechnungsvereinbarungen eingerichteten Schiedsstellen keine Schiedsgerichte im Sinne des § 577 ZPO sind, die verbindlich entscheiden könnten. Eine verbindliche Ausgestaltung der Schiedsstellen wäre, so sie von der Ärztekammer und dem Versicherungsverband gewünscht würde, auf dem Boden der geltenden Rechtsgrundlage nur sehr schwer konstruierbar.<sup>12</sup>
- Vor allen Dingen aber ist derzeit unter Juristen umstritten, welche Gegenleistung die behandelnden Ärzte dem Sonderklassepatient für das Arzthonorar schulden. Klar, weil gesetzlich ausdrücklich verboten, ist lediglich, dass der Leistungsinhalt nicht in einer besseren qualitativen Behandlung des Sonderklassepatienten bestehen kann (§ 16 Abs. 1 lit d KAKuG). In der Vergangenheit gab es rechtsdogmatische Versuche, die Konstruktion des Sonderklassevertrages mit einem „gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag“ zu erklären und daraus abzuleiten, dass die ärztlichen Leistungen am Sonderklassepatienten nicht vom Spitalsträger selbst, sondern aufgrund des Sondergebührenvertrages nur von den behandelnden Ärzten geschuldet würden.<sup>13</sup> Gegen diese Auffassung wurde aber zu Recht eingewandt, dass die Leistungen am Sonderklassepatienten von den Rechtsträgern mit denselben Tarifen wie auf der allgemeinen Klasse (heute: gegenüber dem Gesundheitsfonds) abgerechnet

---

10 *Wallner*, Zivilrechtliche Aspekte der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten, RdM 2015/140, 232f.

11 Dafür: *Wallner*, Zivilrechtliche Aspekte der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten, RdM 2015/140, 230 ff.; a.M. *Holzgruber*, Rechtsprobleme und Rechtswirkung besonderer Verträge von Ärztekammern anhand von ausgewählten Beispielen (1999) 11 ff. (33, 35); *Pircher*, Honorarberechtigungen der Sonderklasse öffentlicher Heilanstalten, 205.

12 *Wallner*, Zivilrechtliche Aspekte der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten, RdM 2015/140, 235 f.

13 *F. Bydliński*, Verträge über ärztliche Leistungen, in FS Kralik, 367 ff.

werden und kein Grund besteht, den Aufnahmevertrag des Krankenhauses mit dem Patienten dahingehend umzudeuten, dass er die ärztliche Leistung nicht mitumfasse.<sup>14</sup> In der jüngeren Literatur wird häufig versucht, die Arzthonorare als Gegenleistung für die freie Arztwahl zu erklären, die dem Patienten einen persönlichen Ansprechpartner verschafft.<sup>15</sup> Aber auch diese Theorie überzeugt nicht völlig. Sie erklärt nicht, weshalb die Höhe der Arzthonorare mit dem Schwierigkeitsgrad der Operation korreliert oder weshalb bei den diagnostischen Fächern Arzthonorare verrechnet werden, obwohl diese Fächer teilweise mit dem Patienten gar nicht in persönlichen Kontakt kommen.<sup>16</sup> Der Auslegung, dass Vertragsgegenstand der Sonderklassevereinbarung hinsichtlich der ärztlichen Leistung ausschließlich die freie Arztwahl ist, steht auch entgegen, dass diese in Akutfällen aus organisatorischen Gründen stark eingeschränkt ist. Vor allen Dingen aber widerspricht sie den Direktverrechnungsübereinkommen zwischen den Kammern und dem Versicherungsverband, die eine freie Arztwahl nur „nach Möglichkeit“ zusagen, also klarstellen, dass Arzthonorar auch dann zu bezahlen ist, wenn der spezifische Arztwunsch des Patienten nicht erfüllt werden kann. Plausibler wäre daher wohl anzuerkennen, dass mit der Erwartung, als „Privatpatient“ behandelt zu werden, die Vorstellung verbunden ist, dass die an der Behandlung beteiligten Ärzte ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit bieten, das über das medizinisch Notwendige hinausgeht. Dieser – durchaus gut argumentierbare – Lösungsansatz hätte den Vorzug, dass er wohl tatsächlich dem entspricht, was die Vertragspartner, nämlich Ärzte und Patienten selbst, als Vertragsinhalt betrachten.<sup>17</sup>

Einräumt werden muss allerdings, dass die juristische Diskussion über den von den behandelnden Ärzten auf der Sonderklasse geschuldeten Vertragsinhalt nur in den wenigen Fällen eine Bedeutung hat, wo es tatsächlich zu einer Auseinandersetzung über die Bezahlung des Arzthonorars kommt. In der Regel decken sich die Erwartungen der Patienten an die ärztliche Betreuung in der Sonderklasse mit den Vorstellungen der Ärzteschaft, was sich schlicht schon daraus erweist, dass Sonderklassevereinbarungen seit Jahrzehnten abgeschlossen werden. Das ist wohl nur so erklärbar, dass in der Realität die Erwartungen der zusatzversicherten Patienten regelmäßig in Übereinstimmung mit den Bemühungen der Ärzte auf der Sonderklasse stehen.

14 vgl. *Mazal*, Die Behandlung in der Sonderklasse, in *Schrammel* (Hrsg), Rechtsfragen der ärztlichen Behandlung (1992) 79.

15 *Eberhard*, Wofür wir die Sonderklasse bezahlt?, RdM 2012/134, 212; *Födermayr*, Sonderklasse auf Intensivstationen und im Rahmen diagnostischer Maßnahmen in OÖ, RdM 201/33,56 ff.; vgl. auch VfGH 17.03.2007, G119/06.

16 *Steiner*, Arzthonorare in der Sonderklasse (2004), 35.

17 *Wallner*, Zivilrechtliche Aspekte der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten, RdM 2015/140, 237 ff.

## 2. Wirtschaftliche Bedeutung der Sonderklasse

Die Zahlungen der Sonderklassepatienten in den öffentlichen Krankenanstalten sind für diese von großer wirtschaftlicher Bedeutung. Die öffentlichen Krankenanstalten erwirtschaften aufgrund der vorgegebenen Finanzierungsstruktur notwendigerweise Defizite, die von der öffentlichen Hand (den Ländern, teilweise auch den Gemeinden) abzudecken sind. Die Einnahmen der öffentlichen Krankenanstalten aus der Sonderklasse reduzieren dieses Defizit und entlasten daher in weiterer Folge die öffentlichen Haushalte. Im Jahr 2017 verfügten 21,2 % der Bevölkerung über eine Krankenhauskostenversicherung, zwei Drittel davon mit Vollkostendeckung, ein Drittel mit Ausschnittsdeckung.<sup>18</sup> Im Jahr 2016 gaben die privaten Krankenversicherungen rund 885 Millionen Euro für die intramurale Versorgung aus, was etwa 7,1 % der Gesamtkosten in den öffentlichen und privaten Spitälern bzw. 5,7 % der Gesamtkosten der Fondsspitäler ausmacht.<sup>19</sup>

Dazu kommt, dass die Gehälter der Ärzte in den öffentlichen Krankenanstalten am Arbeitsmarkt nicht wettbewerbsfähig sind. Das ist umso problematischer, als gerade in den öffentlichen Krankenanstalten Patienten mit komplexen und besonders bedrohlichen Krankheitsgeschehen behandelt werden, deren Behandlung einer hochspezialisierten Expertise bedarf. Es wäre auch aus Sicht der Gesundheitspolitik alles andere als wünschenswert, wenn Ärzte mit besonderer fachlicher Reputation weitgehend von Privatspitälern abgeworben werden und den in den öffentlichen Krankenanstalten behandelten Patienten nicht mehr zur Verfügung stünden.

Würde die Möglichkeit für Ärzte in den öffentlichen Krankenanstalten wegfallen, das Einkommen durch die Behandlung von Privatpatienten und dadurch lukrierte Arzthonorare zu verbessern, hätte dies daher auch für die Rechtsträger empfindliche Konsequenzen. Um weiterhin entsprechend qualifizierte Ärzte gewinnen zu können, müssten entweder weitgehende Nebenbeschäftigungen zugelassen und eine entsprechende Reduktion der Anwesenheitszeiten im öffentlichen Spital in Kauf genommen oder das Gehalt entsprechend aufgestockt werden. Dass der Arbeitsmarkt derartige Maßnahmen verlangt, zeigt sich auch empirisch. In Bundesländern, in denen in den öffentlichen Krankenanstalten wenig Arzthonorare erzielt werden können, bestätigt sich eine deutliche Tendenz, in höherem Aus-

---

<sup>18</sup> Wieser, Ökonomische Effekte der privaten Krankenversicherung, ZGP 2/2018, 23.

<sup>19</sup> Wieser, Ökonomische Effekte der privaten Krankenversicherung, ZGP 2/2018, 24.

maß Nebenbeschäftigungen in Ordinationen oder Privatkrankenanstalten zuzulassen. In Fächern, in denen wenig Arzthonorare anfallen, werden – vor allem für Führungskräfte – regelmäßig Sondervereinbarungen abgeschlossen, die über das regulär vorgesehene Gehalt hinausgehen oder eine bestimmte Arzthonorarsumme garantieren. Natürlich ist nicht exakt zu bewerten, wie weit die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten die – derzeit üblicherweise an die Gehälter im öffentlichen Dienst angelehnten – Spitalsarztgehälter aufstocken müssten, sollten die Einkünfte aus den Arzthonoraren wegfallen. Sicher ist aber, dass es zu erheblichen Belastungen käme, sodass die tatsächliche Ersparnis der öffentlichen Hand durch die Sonderklasse deutlich höher ist, als sich das aus den derzeitigen Einnahmen aus Anstaltsgebühr und den Hausrücklässen von den Arzthonoraren ablesen lässt.

### 3. Politische Einwände gegen die Arzthonorare

Die Gesundheitspolitik hat eine sehr indifferente Haltung zur Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten. Auf der einen Seite ist zumindest jenen politischen Entscheidungsträgern, denen die Fakten bekannt sind, bewusst, dass der Wegfall der Sonderklasse zu einer erheblichen Mehrbelastung des öffentlichen Haushaltes führen würde. Auf der anderen Seite gibt es politisches Unbehagen darüber, dass in öffentlichen Krankenanstalten Privatpatienten behandelt werden, die natürlich auch Sonderleistungen gegenüber einem Aufenthalt auf der allgemeinen Klasse erwarten, weil es sonst keinen Grund gäbe, als Privatpatient eine öffentliche Krankenanstalt aufzusuchen. Gesundheitspolitiker fürchten aber wenig mehr, als sich dem Vorwurf auszusetzen, eine Zwei-Klassen-Medizin zu tolerieren.

Tatsächlich stellt sich aber die Frage, ob die private Inanspruchnahme von ärztlichen Behandlungen zugelassen werden soll, von vornherein nicht. Abgesehen davon, dass es schon grundrechtlich bedenklich wäre, wäre es politisch wohl auch nicht durchsetzbar, Patienten zu verbieten, private Mittel für ihre Gesundheit auszugeben. Die Frage ist daher nicht, ob Privatmedizin an sich in einem demokratischen Staat zugelassen werden kann. Die Frage ist vielmehr, ob private und öffentliche Medizin völlig getrennt werden sollen. Tatsächlich würde aber genau diese Segmentierung in private und öffentliche Medizin die befürchtete Zwei-Klassen-Medizin nach sich ziehen. Würde man so wie in vielen anderen Staaten Privatpatienten nur mehr außerhalb von öffentlichen Einrichtungen behandeln, hätte dies zur Folge, dass wegen der weit besseren finanziellen Ausstattung der Privatsektor eine deutlich bessere Versorgung bieten könnte. Die Möglichkeit, auch in öffentlichen Krankenanstalten Privatpatienten zu behandeln, forciert daher nicht die Zwei-Klassen-Medizin, sondern entschärft die Gefahr, dass das Wohlstandsgefälle zu unterschiedlicher Behandlungsqualität führt. Indem man den öffentlichen Spitälern gestattet, auch Privatpatienten zu behandeln, erschließt man diesen Einnahmen, die Investitionen für alle Patienten, damit sogar überwiegend für die Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, ermöglichen. Und man erreicht damit, dass Ärzte, die sonst in den rein privaten Bereich abwandern würden, den öffentlichen Krankenanstalten und damit auch jenen, die sich eine Behandlung als Privatpatient nicht leisten können, zur Verfügung stehen. Würde man daher den öffentlichen Krankenanstalten die Behandlung von Privatpatienten verbieten, würde die Schere zwischen privater und öffentlicher Medizin signifikant aufgehen. Die Abschaffung der Sonderklasse in den öffentlichen Spitälern würde daher die Zwei-Klassen-Medizin nicht verhindern, sondern im Gegenteil fördern.

## **4. Zukunftsthemen der Sonderklasse – rechtspolitische Überlegungen zur Förderung der Sonderklasse**

### **4.1. Klares politisches Bekenntnis zur Sonder- klasse in den öffentlichen Krankenanstalten**

Wenn die Gesundheitspolitik den hohen Standard der öffentlichen Krankenanstalten – gerade angesichts der durch den Fortschritt der Medizin und die Demografie zu erwartenden finanziellen Mehrbelastungen – weiterhin gewährleisten möchte, muss sie sich klar dazu bekennen, dass Privatpatienten auch in öffentlichen Krankenanstalten behandelt werden sollen. Weder die Struktur der Sonderklasse noch die Menschen, die bereit sind, über ihre Steuern und gesetzlichen Versicherungsbeiträge hinaus in ihre gesundheitliche Betreuung privat zu investieren, dürfen dafür diskreditiert werden. Es muss vielmehr umgekehrt ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass es sich für Menschen, die dazu finanziell in der Lage sind, gehört, auch aus privaten Mitteln in die Gesundheit zu investieren und sich nicht nur auf die Absicherung durch die Gesellschaft zu verlassen. Es muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass die Gesellschaft nur dafür verantwortlich gemacht werden kann, dass eine notwendige medizinische Behandlung nicht an den fehlenden finanziellen Mitteln des Kranken scheitern darf, dass aber alles, was über das unbedingt Notwendige hinausgeht, nicht mehr von der Gesellschaft bzw. öffentlichen Hand erwartet werden kann, sondern dass über das Notwendige hinausgehende Erwartungen an das Gesundheitssystem auch durch jeden Einzelnen selbst zu finanzieren sind.

## **4.2. Prämien für Zusatzversicherungen begünstigen**

Eine Stützung der Prämien für eine private Zusatzkrankenversicherung zur Abdeckung von Aufenthalten auf der Sonderklasse hat für den Staat einen erheblichen finanziellen Mehrwert (siehe auch den Artikel von Schneider und Jenewein in dieser Ausgabe). Wie die Erhebungen zeigen, würde eine Begünstigung von Prämienzahlungen tatsächlich zu einer deutlich erhöhten Bereitschaft zum Abschluss privater Krankenzusatzversicherungen führen. Damit hätte aber eine staatliche Unterstützung eine Hebelwirkung. Da ein hoher Anteil der Leistungen, die die privaten Krankenversicherungen ausschütten, letztendlich wieder die öffentliche Hand entlasten, wäre eine staatliche Förderung von Zusatzkrankenversicherungsprämien eine lohnende Investition, die dem Gesundheitssystem deutlich mehr Mittel bringen würde, als sie den Staat kostet.

## **4.3. Bei geförderten Zusatzkrankenversicherungen darf es kein Ersatztagegeld geben**

Die Versicherungsbedingungen sehen in der Regel die Möglichkeit vor, dass Patienten, die – obwohl zusatzversichert – auf die Aufnahme in die Sonderklasse verzichten, zum Ausgleich ein Ersatztagegeld von der Zusatzkrankenversicherung beanspruchen können. Würde man – wie hier vorgeschlagen – die Prämien für private Zusatzkrankenversicherungen von Seiten des Staates mit dem Ziel fördern, über diesen Weg entsprechende Einnahmen in den öffentlichen Krankenanstalten und damit eine finanzielle Entlastung des Staates zu erreichen, wäre die Option eines Ersatztagegeldes natürlich kontraproduktiv. Es wäre daher sinnvoll, eine staatliche Förderung für den Abschluss privater Zusatzkrankenversicherungen davon abhängig zu machen, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Ersatztagegeldes ausgeschlossen wird.

## **4.4. Präzisierung des Leistungsinhaltes der Sonderklasse**

Aus verschiedenen Gründen, nicht zuletzt deshalb, weil Sonderleistungen für Sonderklassepatienten politisch tabuisiert werden, wird der Diskussion um die Leistungen, die Sonderklassepatienten auf der Sonderklasse zukommen sollen, zu sehr ausgewichen. Dass die Verkaufbarkeit eines Versicherungsproduktes da-

runter leidet, dass die damit verbundenen Leistungen nicht klar feststehen, liegt auf der Hand. Einzufordern wäre daher von allen Seiten, der Politik, den Ärzten und den Versicherungen, der Mut, sich auf klare Leistungsbeschreibungen festzulegen.

Das bedeutet einerseits, dass den öffentlichen Krankenanstalten zur Aufgabe gemacht werden muss, in die Ausstattung der Sonderklasse entsprechend zu investieren. Es ist nachvollziehbar, dass die Privatversicherungen auf eine definierte Mindestausstattung drängen, die sie dem zusatzversicherten Kunden versprechen können. Dabei muss allerdings auch von Seiten der Versicherungen das Augenmaß erwartet werden, keine Anforderungen zu stellen, die über das hinausgehen, was vernünftige Sonderklassepatienten erwarten (so ist es etwa nicht nachvollziehbar, dass derzeit bei Aufhalten in der Intensivstation von den Privatversicherten häufig verlangt wird, dass ein Bett auf der Sonderklassestation freigehalten wird, obwohl der Sonderklasseversicherte davon überhaupt keinen Nutzen hat).

Eine andere Herausforderung ist es, die besondere ärztliche Behandlungsleistung auf der Sonderklasse genau zu definieren. Diese Sonderleistung kann und darf natürlich auch nicht darin liegen, dass dem Sonderklassepatienten eine qualitativ bessere Behandlung als auf der allgemeinen Klasse zugesagt wird. Die Definition ist deshalb schwierig, weil die im Kern vom Sonderklassepatienten erwartete Leistung in einer besonderen, über das Notwendige hinausgehenden Aufmerksamkeit besteht, die inhaltlich naturgemäß schwer zu definieren ist. Natürlich wäre es aber denkbar, auch von ärztlicher Seite Zusatznutzen zu definieren. Dazu gehört natürlich die freie Arztwahl, die allerdings in öffentlichen Krankenanstalten und damit unter ganz anderen Bedingungen als in Belegspitälern immer eine eingeschränkte, von den jeweiligen organisatorischen Bedingungen abhängige sein wird. Dazu gehören aber auch zügige Behandlungen ohne unnötige Wartezeiten, tägliche Visiten vom Abteilungsleiter oder die Zurverfügungstellung von zeitlichen Mehrressourcen für den Patienten und dessen Angehörige bei der Kommunikation.

## **4.5. Mehr Augenmerk auf die ambulante Sonderklasse legen**

Welche Versicherungsfälle die private Zusatzkrankenversicherung abdeckt, wird in den jeweiligen Versicherungsbedingungen definiert. Beim Großteil handelt es sich um Versicherungen zur Deckung stationärer Aufenthalte. Für diese sehen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Kran-

kenhaustagegeldversicherung eine Leistungspflicht nur dann vor, wenn die Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Dieses Bild der Sonderklasse, das vom Regelfall des stationären Aufenthaltes ausgeht, entspricht aber immer weniger der Realität. Der rasante medizinische Fortschritt hat es möglich gemacht, viele in Krankenanstalten erbrachte medizinische Leistungen ambulant in dem Sinn erbringen zu können, dass eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus nicht mehr notwendig ist. Das gilt für viele operative Eingriffe, die zunehmend tagesklinisch erbringbar sind und dem Patienten den Komfort bieten, noch am Tag der Aufnahme zur Operation auch wieder entlassen zu werden. Aber auch etliche konservative Therapien, die in der Vergangenheit ausschließlich stationär erbracht werden konnten, können mittlerweile ohne stationäre Aufnahme des Patienten durchgeführt werden. Dies trifft etwa für chemotherapeutische Leistungen zu, die mittlerweile in vielen Fällen auch ambulant erbringbar sind. Schließlich können auch diagnostische Maßnahmen, z.B. endoskopische Leistungen, die früher im Rahmen von stationären Aufenthalten durchgeführt wurden, heute auch ohne stationären Aufenthalt angeboten werden. Die Erfahrung zeigt, dass es Patienten gibt, die auch bei derartigen ambulanten Eingriffen die Vorzüge der Sonderklasse in Anspruch nehmen möchten, sowohl was die räumlichen Verhältnisse anlangt, als auch die Privatbetreuung durch Ärzte, allenfalls auch die Möglichkeit, sich den Operateur auswählen zu können.

Die privaten Krankenversicherungen haben auf diese Bedürfnisse dadurch reagiert, dass sie in ihren spezifischen ergänzenden Versicherungsbedingungen für die üblichen Tarife auch die Deckung tagesklinischer Behandlungen vorsehen bzw. einen umfangreichen Katalog solcher Leistungen in die Direktverrechnungsübereinkommen mit den Krankenanstalten bzw. den leistungserbringenden Ärzten aufgenommen und sich damit verpflichtet haben, die Kosten dieser Leistungen verweildauerunabhängig, also auch dann zu übernehmen, wenn sie nicht mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind.

Dass das KAKuG als Bundesgrundsatzgesetz prinzipiell die Einrichtung einer ambulanten Sonderklasse zulässt, wird vom juristischen Schrifttum bejaht.<sup>20</sup> Die für die konkrete Beurteilung der rechtlichen Situation in den Bundesländern maßgeblichen Ausführungsgesetze (Landeskrankenanstaltengesetze) erhärten diesen Standpunkt und gestatten wohl im Wege der Interpretation in allen Bundesländern das Angebot einer ambulanten Sonderklasse. Auch wenn dies politisch offensichtlich wenig opportun sein mag, wäre es allerdings wünschenswert, ein klares politisches Bekenntnis zur ambulanten Sonderklasse in den öffentlichen

---

<sup>20</sup> Vgl. *Stöger*, Sonderklassegebühren für ambulante Leistungen – Unzulässiger Systemwechsel oder konsequente Nutzung des landesgesetzlichen Spielraums?, RdM 2019/33

Krankenanstalten durch explizite Regelungen in den Landeskrankenanstaltengesetzen zu bestätigen.

Für die bestehenden Krankenversicherungspolizzen gelten ähnlich „schlampige“ Verhältnisse. Faktisch werden viele dieser Leistungen von der Zusatzversicherung gedeckt (und auch in die Direktverrechnungsabkommen mit den Krankenanstalten und Ärzten aufgenommen), die Versicherungsbedingungen hinken aber diesbezüglich nach. Tagesklinische Leistungen werden zwar wie ausgeführt in spezifischen Ergänzenden Versicherungsbedingungen zugesagt, die verweildauerunabhängige Abdeckung diagnostischer und konservativer Leistungen bleibt aber, soweit überschaubar, unklar. Vor allen Dingen aber hat der einzelne Versicherungsnehmer auf die Gestaltung der Versicherungsbedingungen praktisch keinen Einfluss. Wünschenswert wäre daher schon aus Gründen des Konsumentenschutzes die Übernahme derartiger tagesklinischer, aber auch aufenthaltsersetzender diagnostischer und konservativer Behandlungen (z.B. endoskopische Leistungen, Chemotherapie) gesetzlich zwingend vorzuschreiben. Abgesehen davon, dass es für private Krankenversicherer wohl selbstverständlich sein muss, ihren Versicherten jeden medizinischen Fortschritt, der zu einer Kürzung der Verweildauer führt, zugänglich zu machen, ist auch die Attraktivität und Verkaufbarkeit dieses Versicherungsproduktes für die Zukunft wohl nur dann gewährleistet, wenn dem Versicherten die Übernahme solcher Leistungen unabhängig von der Verweildauer zugesagt wird.

Dieses Bekenntnis zur verweildauerunabhängigen Übernahme der Kosten von Sonderklasseleistungen sollte angesichts des medizinischen Fortschritts und der Zuverlässigkeit des Leistungsversprechens nicht nur punktuell abgegeben werden, sondern verlangt die prinzipielle Zusage der Abdeckung solcher Sonderklasseleistungen. Natürlich bedeutet das auch, dass eine Abgrenzung zwischen den Sonderklasse-Tarifen zu den von den Privatversicherungen ebenfalls angebotenen ambulanten Tarifen gefunden werden muss. Krankenversicherungen für ambulante Heilbehandlungen dienen vor allem dazu, bei Inanspruchnahme von Wahlärzten die von den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern nicht gedeckte Differenz auszugleichen. Wegen der gesetzlichen Verpflichtung öffentlicher Krankenanstalten, unter bestimmten Bedingungen auch ambulante Leistungen anzubieten, überschneidet sich allerdings das Leistungsspektrum von niedergelassenen Ärzten mit den Leistungen, die in den Spitalsambulanzen angeboten werden. Der Aufwand für solche ambulante Leistungen wird derzeit von den privaten Versicherungen nicht erfasst. Die Zusatzkrankenversicherung für stationäre Heilbehandlungen übernimmt ambulante Leistungen nur dann, wenn sie stationäre Heilbehandlungen ersetzen. Die Versicherungsdeckung aus dem Tarif für ambulante Heilbehandlungen ist derzeit nur für niedergelassene Ärzte vorge-

sehen und hätte für Spitalambulanzen keinen Sinn, weil nach geltender Rechtslage keine Ambulanzgebühren vorgesehen sind und daher ambulante Leistungen in öffentlichen Krankenanstalten für den Patienten kostenlos erbracht werden. Es ist aber wohl davon auszugehen, dass es prinzipiell auch eine Nachfrage danach geben würde, spitalsambulante Leistungen als Privatpatient in Anspruch nehmen zu können, etwa mit dem Vorteil der freien Arztwahl oder einer besonderen räumlichen Ausstattung. Gelöst werden könnte dies wohl am einfachsten dadurch, dass interessierte Ärzte der in Frage kommenden Abteilungen in der Krankenanstalt Privatpraxen betreiben, die dann natürlich auch von den Patienten als Wahlärzte aufgesucht werden können. Aus wettbewerbsrechtlichen Gründen, aber auch aus EU-beihilfenrechtlichen Gründen müsste zwar für die Anmietung von Räumlichkeiten von den Ärzten an die öffentliche Krankenanstalt eine entsprechende Miete bezahlt werden.<sup>21</sup> Prinzipiell ist aber nach heutiger Auffassung die Einmietung von Privatordinationen in Krankenanstalten zulässig.<sup>22</sup> Diese könnten, vor allem wenn sie von mehreren Ärzten einer Abteilung gemeinsam als Gruppenpraxis betrieben würden, auch Akutleistungen anbieten und damit ambulante Sonderklasseleistungen erbringen, die durch den Wahlartzkostenrückerersatz und über die entsprechenden Ambulanztarife der privaten Krankenversicherer finanziert werden könnten.

#### **4.6. Einbindung der Leistungserbringer in die Erstellung von Versicherungspaketen**

Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung, die inhaltlich durch die einschlägigen Sozialversicherungsgesetze genau determiniert ist, gilt für private Zusatzkrankenversicherungen das Prinzip der Privatautonomie. Prinzipiell ist es daher möglich, dass sich der private Krankenversicherer und der Versicherte auf beliebige Produktinhalte verbindlich verständigen können. Aus Konsumentenschutzgründen greift allerdings der Gesetzgeber im Rahmen des Versicherungsvertragsgesetzes in diese Vertragsfreiheit ein. Der vierte Abschnitt des Versicherungsvertragsgesetzes enthält gesetzliche Vorgaben, die die Vertragsfreiheit beim Abschluss privater Krankenversicherungen einschränken. Dazu gehört etwa, dass Wartezeiten nur unter bestimmten Bedingungen und in einem maximalen Ausmaß zulässig sind oder vor allem, dass das Kündigungsrecht des Krankenversicherers auf bestimmte Kündigungsgründe eingeschränkt und Prämienerrhöhun-

---

21 Vgl. dazu *Eilmansberger/Rüffler*, Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen aus Sicht des nationalen und EU-Beihilferechts, RdM 2011/142.

22 *Völkel*, Die Ordination in der Krankenanstalt, ZfG 2016, 78.

gen von bestimmten, durch verschiedene Institutionen überprüfbare Parameter abhängig gemacht werden.

Was aber aus Konsumentenschutzgründen ebenfalls erforderlich wäre und derzeit im Versicherungsvertragsgesetz nicht verhindert wird, ist, dass sozusagen „die Rechnung ohne den Wirt gemacht wird“. Faktisch liegt es weiterhin allein in der Hand der privaten Krankenversicherer, ein bestimmtes Versicherungsprodukt zu entwickeln. Das ist deshalb unbefriedigend, weil die vom Versicherten in Anspruch genommene Leistung nur vordergründig einer Geldzahlung durch den Versicherer ist. Gerade im Bereich der Krankenversicherung strebt der Versicherte mit dem Erwerb des Versicherungsproduktes nicht primär eine Geldleistung an, sondern vom Versicherer bezahlte medizinische Leistungen, idealerweise sogar in Form einer Sachleistung, wie dies über Direktverrechnungsverträge mit den Leistungserbringern auch erreicht wird. Um zu verhindern, dass von den privaten Krankenversicherungen die Finanzierung von Leistungspaketen versprochen wird, die faktisch gar nicht angeboten werden oder wenig Sinn machen, wäre es dringend angeraten, private Versicherungen zu zwingen, in Aussicht gestellte Leistungsinhalte mit den Leistungserbringern abzustimmen. Wünschenswert – vor allem im Interesse der Versicherten – wären daher Beteiligungsrechte im Sinne von zumindest konstituierten Äußerungsrechten der Leistungserbringer, etwa im medizinischen Bereich der Rechtsträger der Krankenanstalten und der Ärzte. Dies könnte in der Form erfolgen, dass immer dann, wenn private Krankenversicherungen neue Tarife auf den Markt bringen bzw. Versicherungsbedingungen hinsichtlich der Leistungsinhalte ändern, gesetzlich die Verpflichtung zur Einholung von Stellungnahmen durch die Ärztekammern als Vertreter der Ärzte oder durch entsprechend legitimierte Vertreter der Rechtsträger von Krankenanstalten eingeführt würde.

#### **4.7. Streitigkeiten über die gerechtfertigte Aufenthaltsdauer vermeiden**

Ein besonderes Ärgernis für alle Beteiligten und die häufigste Ursache für Honorarstreitigkeiten zwischen Krankenanstalten/Ärzten und privatem Krankenversicherer sind Auffassungsunterschiede über die gerechtfertigte Dauer des Spitalsaufenthaltes. Die in vielen Bundesländern eingerichteten Schlichtungsstellen zur Überprüfung von Honorarstreitigkeiten sind überwiegend mit Einwänden der Privatversicherer gegen die Dauer des Aufenthaltes befasst. Es kommt immer wieder vor, dass Versicherungen ex post die Auffassung vertreten, der Patient hätte aufgrund seines Zustandes schon früher aus der Anstaltspflege entlassen

werden können. Diese Streitigkeiten sind für die Ärzte ärgerlich, weil sie Sonderklasseleistungen erbringen, die dann vom privaten Krankenversicherer gar nicht bezahlt werden. Und sie sind für den versicherten Patienten unangenehm, weil die Inanspruchnahme der Sonderklasse rechtlich gesehen nur von seiner Aufnahmeerklärung abhängt und nicht davon, ob seine Krankenversicherung den Aufenthalt deckt. Der Versicherte muss daher damit rechnen, dass die von der Versicherung nicht übernommenen Sonderklasseleistungen von ihm selbst zu bezahlen sind, auch wenn vielfach Ärzte und Krankenanstalten auf die Geltendmachung dieser Differenz gegenüber dem Versicherten verzichten. Dieses faktische Entgegenkommen der Leistungserbringer im Streitfall mag aber tatsächlich auch dazu führen, dass Privatversicherungen dazu neigen, die Aufenthaltsdauer in Frage zu stellen, weil sie im Vertrauen darauf, dass die nicht bezahlte Differenz nicht weiter geltend gemacht wird, damit eine Preisreduktion erreichen.

Dass eine derartige Vorgangsweise unfair und im normalen Wirtschaftsleben unüblich ist, ist evident. Fairerweise sollten natürlich sowohl Behandler als auch Patient vorweg von der Versicherung darüber informiert werden, ob diese die Kosten der Inanspruchnahme der Sonderklasse übernimmt. Dies geschieht nach den Direktverrechnungsübereinkommen zumindest insofern, als die Versicherer sich verpflichten, innerhalb einer festgesetzten knappen Frist eine Übernahmeerklärung abzugeben, mit der zumindest bestätigt wird, ob der Versicherte in Hinblick auf die Aufnahmediagnose tatsächlich Versicherungsschutz genießt. Eine Zusage des Versicherers, damit alle künftigen Leistungen widerspruchlos zu übernehmen, ist damit aber nicht verbunden, was insofern verständlich ist, als eben im Unterschied zu vielen sonst im Wirtschaftsleben erbrachten Leistungen Inhalt und Umfang der zu erbringenden Behandlungsleistungen bei Aufnahme des Patienten vielfach noch gar nicht feststehen. Hinzu kommt, dass Krankenhausaufenthalte oft mehr oder weniger akut erfolgen und daher auch ein großer Zeitdruck besteht, Entscheidungen zur Kostenübernahme zu treffen.

Es gibt bisher keine Patentrezepte, wie diese Problematik entschärft werden könnte, obwohl allen Beteiligten klar ist, dass eine Auseinandersetzung über die Deckung bereits erbrachter Leistungen im Nachhinein höchst problematisch ist.

Für die Zukunft gäbe es verschiedene, teilweise auch bereits angedachte und erprobte Lösungsansätze:

- *Vereinbarung von Pauschalien*: Streitigkeiten über die Rechtfertigung von medizinischen Leistungen ex post gibt es primär bei konservativen Aufenthalten. Für Operationen sehen die Honorarordnungen in der Regel weitgehende Pau-

schalierungen vor, die nicht nur den Operationseingriff selbst, sondern auch die erforderliche Nachbehandlung unabhängig von der Dauer miteinschließen, sodass sich dort die Frage des gerechtfertigten Entlassungszeitpunktes gar nicht stellt. Aber auch für diagnostische Leistungen gibt es mittlerweile weitgehend Pauschallösungen, die natürlich auch ihre Schwächen haben, aber zumindest verhindern, dass ex post über die Berechtigung einzelner erbrachter diagnostischer Leistungen gestritten werden muss. Ein Ansatz zur Vermeidung der derzeitigen Auseinandersetzungen wäre es daher, auch bei konservativen Behandlungen verstärkt über etwa diagnoseabhängige Pauschalzahlungen nachzudenken und damit, ähnlich den Überlegungen bei der Einführung des LKF-Systems, die Bezahlung nicht mehr von der Aufenthaltsdauer abhängig zu machen.

- *Deckungszusage für bestimmte Zeiträume*: Eine andere Lösung, die differenzierter sein könnte als Pauschalien, würde darin bestehen, abhängig von der Aufnahmediagnose von vornherein bestimmte Zeiträume von Seiten der Versicherung zu garantieren. Im Unterschied zu einem Pauschalssystem könnte vereinbart werden, dass bei gegebener medizinischer Begründung Verlängerungen des Zeitraums vor Fristablauf beantragt werden können, die allerdings dann rechtzeitig, also in sehr knapper Frist, von der Versicherung geprüft werden müssten. Im Hinblick darauf, dass es sowohl aus dem LKF-System als auch aus der praktischen Tätigkeit der Schiedsstellen bereits umfangreiche Erfahrungswerte gibt, wäre zumindest für häufige Aufnahmediagnosen eine derartige Vorgangsweise nicht völlig unpraktikabel.
- *Kriterienkatalog*: Die Festlegung von Pauschalien oder von verlängerungsfähigen Garantiezeiträumen ist natürlich wegen der extremen Kasuistik sehr aufwändig. Eine einfachere Möglichkeit bestünde darin, zwischen den Vertretern der Ärzteschaft und den Vertretern der Versicherungen einen Kriterienkatalog zu definieren, der den behandelnden Ärzten eine einigermaßen sichere Leitlinie dafür gibt, woran die Erforderlichkeit der Aufenthaltsdauer gemessen wird. Versuche zur Erstellung eines derartigen Kriterienkataloges hat es bereits gegeben, allerdings gab es dazu meines Wissens noch keine abschließend befriedigenden Ergebnisse.

## 4.8. Bei elektiven Spitalsaufenthalten klare Deckungszusagen abgeben

Für die Inanspruchnahme der Sonderklasse ist aus Sicht des Patienten natürlich in der Regel entscheidend, dass seine private Zusatzkrankenversicherung die Deckung übernimmt. Die Bedingungen, unter denen Versicherungsdeckung übernommen wird, ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag und dabei insbesondere aus den vereinbarten Versicherungsbedingungen. Diese Versicherungsbedingungen enthalten Ausschlüsse, etwa dort, wo es um nicht medizinisch indizierte Eingriffe geht. In der Praxis gibt es immer wieder Unklarheiten, ob bestimmte Krankenhausaufenthalte in den Deckungsbereich der Sonderklasseversicherung fallen. Es geht dabei um elektive Eingriffe, sodass die Versicherten Zeit haben, vorweg eine Auskunft ihrer Versicherung einzuholen. Die Praxis zeigt, dass es dabei immer wieder zu Problemen kommt, weil die Krankenversicherungen die Anfragen zunächst nur ungenügend geprüft und keine verbindliche Auskunft gegeben haben und im Nachhinein die Deckungsankündigung zurückziehen. Hier wäre unbedingt eine Verpflichtung der privaten Krankenversicherung zu fordern, Deckungsanfragen des Versicherten verbindlich innerhalb einer angemessenen Frist zu beantworten.

## 4.9. Vertragsformulare für die Sonderklasseaufnahme ergänzen

Die Krankenanstaltengesetze der Länder sehen überall vor, dass eine Aufnahme in die Sonderklasse nur über schriftliches Verlangen des Patienten erfolgen kann (in einigen Ländern sind auch gesetzliche Vertreter bzw. bestimmte nahe Angehörige aufgeführt). § 11b Versicherungsvertragsgesetz sieht außerdem vor, dass der Patient, der eine Direktabrechnung mit seiner privaten Krankenversicherung wünscht, darüber aufzuklären ist, dass die vom privaten Krankenversicherer benötigten Gesundheitsdaten weitergeleitet werden.

Aufgrund dieser Bestimmungen werden von den öffentlichen Krankenanstalten Aufnahmeformulare für die Sonderklasse verwendet. Überlegenswert wäre, in diesen Aufnahmeformularen jedenfalls zwei Punkte klarzustellen:

- **Leistungsinhalt:** Die auf der Sonderklasse zu Verfügung gestellten Leistungen sind derzeit, wenn auch nur rudimentär, in der Direktverrechnungsvereinbarung zwischen dem Privatversicherungsverband und den Rechtsträgern bzw. den Ärztevertretungen beschrieben und damit den Patienten typischerwei-

se gar nicht bekannt. Sinnvoll wäre es wohl, diese Leistungsbeschreibung auch in die Aufnahmeanzeige einzuarbeiten. So ist etwa in der Direktverrechnungsvereinbarung ausdrücklich festgehalten, dass eine freie Arztwahl unter der Bedingung besteht, dass diese organisatorisch möglich ist. Auch im Hinblick auf die einschlägige Judikatur erschiene es sinnvoll, derartige Klarstellungen in die formularmäßige Aufnahmeerklärung, die der Patient unterfertigt, aufzunehmen.<sup>23</sup>

- Hinweise auf den Tarif: Das Krankenanstaltenrecht sieht in Umsetzung der EU-Patientenrichtlinie 2011/24/EU eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht in der Form vor, dass dem Patienten klare Preisinformationen zur Verfügung zu stellen sind, soweit sie im Zeitpunkt der Aufnahme vorhersehbar sind und die Leistungen nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden (§ 5a Abs. 4 KAKuG). Da die Honorierung der Sonderklasseleistungen hinsichtlich der Anstaltsgebühr von der Aufenthaltsdauer abhängig ist bzw. das Arzthonorar von den erbrachten Leistungen, lässt sich gewöhnlich natürlich a priori nicht sagen, welche genauen Kosten der Sonderklasseaufenthalt verursachen wird. In der Regel spielt diese Information für den Patienten auch keine Rolle, weil der Sonderklasseaufenthalt durch seine private Zusatzversicherung abgedeckt wird und diese natürlich über die in der Direktverrechnungsvereinbarung festgelegten Honorare Bescheid weiß. Die Aufnahmeformulare sehen allerdings sinnvollerweise eine Bestimmung vor, dass sich der Patient selbst zur Übernahme der Gebühren auf der Sonderklasse verpflichtet, falls die von ihm angegebene Privatversicherung die Deckung ablehnt. Für diesen Ausnahmefall der Deckungablehnung verlangt der Verwaltungsgerichtshof in mehreren Entscheidungen, dass vor Aufnahme in die Sonderklasse eine entsprechende Preisinformation erfolgt.<sup>24</sup> Die Aufnahmeformulare sollten daher nicht nur einen Hinweis darauf enthalten, nach welcher Tarifordnung der Sonderklasseaufenthalt abgerechnet wird (also in der Regel einen Hinweis auf die Verordnung der Landesregierung, mit der die Anstaltsgebühr festgesetzt wird, sowie einen Hinweis auf die Direktverrechnungsübereinkommen zwischen den Ärztevertretern und dem Privatversicherungsverband, mit dem die Arzthonorare tarifiert werden). Im Sinne der Judikatur müsste es dem Patienten auch möglich gemacht werden, diese Honorarordnung einzusehen. Auch die Eröffnung dieser Möglichkeit sollte zweckmäßigerweise im Aufnahmeformular dokumentiert werden.

23 Vgl. OGH 02.09.2015, 7 Ob 51/15y, RdM 2015/159, wo der akut operierte Patient die Bezahlung des Arzthonorars deshalb verweigert hat, weil er nicht vom Abteilungsleiter operiert wurde.

24 VwGH 16.06.2014, 2014/11/0032; VwGH 18.12.2006, 2003/11/0267.

## 4.10. Beseitigung der verfassungsrechtlichen Probleme

Obwohl die Sonderklasse für die öffentlichen Krankenanstalten eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung hat, sind die Rechtsgrundlagen aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht vollständig abgesichert.

In der Vergangenheit gab es im Zusammenhang mit den Arzthonoraren vor allem zwei Problemkreise:

- Das Krankenanstaltenwesen ist eine Materie nach Art. 12 B-VG. Der Bund hat daher ein Grundsatzgesetz zu erlassen, das den Rahmen für Ausführungsgesetze vorgibt, für die die Länder zuständig sind. Daraus folgt, dass ein Landeskrankenanstaltengesetz, sofern soweit es in Widerspruch zum Bundeskrankenanstaltengesetz steht, vom Verfassungsgerichtshof als verfassungswidrig aufzuheben ist. Höchst umstritten war lange Zeit die Frage, ob es – wie in den meisten Bundesländern vorgesehen – überhaupt grundsatzgesetzlich zulässig ist, einen direkten Anspruch der Ärzte gegenüber den Patienten zu normieren, bzw. die Tarifvereinbarung diesen zu überlassen und nicht durch Verordnung der Landesregierung zu regeln. Diese Diskussion hat sich zwar durch eine Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes erledigt.<sup>25</sup> Der Verfassungsgerichtshof ist der Auffassung, dass die Arzthonorare im Grundsatzgesetz gar nicht angesprochen sind und daher im grundsatzfreien Raum geregelt werden, weshalb die Länder bei deren Ausgestaltung freie Hand haben. Es wäre allerdings zu überlegen, ob es nicht doch sinnvoll wäre, einen einheitlichen Rahmen für die Arzthonorare im Bundesgrundsatzgesetz zu beschreiben. Dabei müsste natürlich das bewährte System des Direktanspruches der Ärzte gegenüber den Patienten (der wiederum Grundlage für die Tarifvereinbarungen mit den privaten Krankenversicherungen ist) übernommen werden. Auch wären allgemeine grundsatzgesetzliche Vorgaben zur Aufteilung der Arzthonorare innerhalb der Ärzteschaft an der Abteilung bzw. zu den sogenannten Hausrückläsen (zu beiden Themen siehe unten) durchaus zu erwägen.
- Ein verfassungsrechtlich wesentlich größeres Problem ergibt sich daraus, dass der Verfassungsgerichtshof aus dem Kompetenztatbestand „Krankenanstaltenwesen“ in Art. 12 B-VG nur die Zuständigkeit zur strukturellen Regelung der Sonderklasse ableitet, hingegen Vorschriften, die sich direkt auf die Ansprüche der Ärzte beziehen, als verfassungsrechtlich problematisch sieht. Dies deshalb, weil er Arzthonorare zu den Angelegenheiten des Arbeits- bzw. Dienstrechts zählt, weshalb er den Landeskrankenanstaltengesetzen nur für

---

<sup>25</sup> VfGH 17.03.2007, G119/06.

Landes- und Gemeindebedienstete eine Regelungskompetenz zubilligt, nicht aber hinsichtlich der Ärzte, die dem Arbeitsrecht des Bundes unterliegen (wie z.B. die Ärzte in den Ordenskrankenanstalten). Der Verfassungsgerichtshof gesteht dem Krankenanstaltengesetzgeber daher nur zu, Ermächtigungsvorschriften für die Einhebung von Arzthonoraren auf der Sonderklasse vorzusehen, die dann vom Arbeits- bzw. Dienstrecht zur konkreten Ausgestaltung des Anspruchs auf Arzthonorare genutzt werden können.<sup>26</sup> Eine entsprechende Sanierung der Krankenanstaltengesetze ist allerdings bisher nur in Wien erfolgt.<sup>27</sup> Die Sanierung ist naturgemäß in jenen Bundesländern nicht notwendig, in denen in öffentlichen Krankenanstalten ohnehin nur Landes- und Gemeindebedienstete tätig sind, für die der Landeskrankenanstaltengesetzgeber auch gleichzeitig Dienstrechtsgesetzgeber ist. In den Bundesländern, in denen öffentliche Krankenanstalten auch von anderen Rechtsträgern als dem Land oder Gemeinden betrieben werden, wäre hingegen eine Sanierung durchaus wünschenswert. Um die Funktionalität der Sonderklasse aufrecht zu erhalten, müsste dabei jedenfalls im Krankenanstaltenrecht die Sonderklasse genau umschrieben werden. Diese besteht eben nicht nur aus der Zurverfügungstellung der Hotelkomponente, sondern auch aus der „Privatbehandlung“ der Sonderklassepatienten durch Ärzte, womit zwingend die Möglichkeit verbunden ist, Arzthonorare einzuheben. Der Landesgesetzgeber müsste daher die Errichtung einer Sonderklasse in einem öffentlichen Spital davon abhängig machen, dass der jeweilige Rechtsträger den Ärzten die Ermächtigung zur Einhebung von Arzthonoraren erteilt. Im Ergebnis dürfte der Landesgesetzgeber den öffentlichen Krankenanstalten nur die Option freistellen, entweder gar keine Sonderklasse anzubieten oder die Aufnahmen von Privatpatienten mit der Ermächtigung an die Ärzte zu verbinden, Arzthonorare einzuheben.

#### 4.11. Gesetzliche Vorgaben für die Direktverrechnungsvereinbarungen

Der Abschluss von Privatversicherungen zielt gewöhnlich nicht auf die Verschaffung von Sachleistungen ab, sondern auf die Auszahlung von Geldleistungen. Bei privaten Krankenversicherungen ist dies allerdings differenzierter zu sehen.

Es gibt durchaus Leistungen der privaten Krankenversicherung, die von vornherein auf eine Geldleistung ausgerichtet sind, wie die Krankenhaustagegeldversicherung, bei der der Versicherer verpflichtet ist, im Falle stationärer Heilbehand-

<sup>26</sup> VfGH 17.03.2007, G119/06.

<sup>27</sup> weil von der zitierten VfGH-Entscheidung betroffen

lung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten, oder bei Krankengeldversicherungen, bei der der durch Arbeitsunfähigkeit verursachte Verdienstausschlag durch das vereinbarte Krankengeld ersetzt wird.

Anders liegen die Dinge bei der Krankheitskostenversicherung, die den Zweck hat, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen abzudecken. Hier ist zu unterscheiden: Tarife, die die ambulante Heilbehandlung erfassen, werden derzeit mit der Absicht abgeschlossen, bei Aufsuchen von Wahlärzten die Differenz zwischen dem Wahlarztkostenrückersatz der Kasse und den in der Regel deutlich höheren Honoraren des Wahlarztes abzudecken. Da bei der gesetzlichen Krankenversicherung nur saldierte, also bereits bezahlte Honorarnoten eingereicht werden können, werden im Rahmen dieses Versicherungsmodells auch gegenüber dem privaten Krankenversicherer nur Geldleistungen beansprucht, um einen Rückersatz für die bereits getätigten Auslagen zu erreichen. Ganz anders stellt sich die Situation bei der Zusatzversicherung für Aufenthalte auf der Sonderklasse dar. Die Kosten stationärer Krankenhausaufenthalte werden für Sonderklassepatienten zum einen genauso wie Leistungen auf der allgemeinen Klasse mit dem jeweiligen Landes-Gesundheitsfonds abgerechnet. Darüber hinaus fallen allerdings die Anstaltsgebühr und das Arzthonorar für die Zusatzleistungen der Sonderklasse an. Da es sich dabei um verhältnismäßig hohe Summen handeln kann, hat sich in der Praxis die Vorgangsweise etabliert, dass die privaten Krankenversicherungen mit praktisch allen öffentlichen und einem Teil der privaten Krankenanstalten bzw. den dort tätigen Ärzten privatrechtliche Direktverrechnungsvereinbarungen abschließen. Diese Direktverrechnungsvereinbarungen verpflichten und berechtigen die Leistungserbringer dazu, die Kosten der Sonderklasse unmittelbar mit der zuständigen privaten Krankenversicherung abzurechnen, ohne dass es zu einer Kostenbelastung für den versicherten Patienten kommt. Diese Direktverrechnungsverträge werden auf Bundesländerebene zwischen dem Verband der privaten Versicherungen, Sektion Krankenversicherung, und, was die Anstaltsgebühr anlangt, mit den Rechtsträgern der Krankenanstalt bzw., was die Arzthonorare anlangt, mit Vertretern der Ärzte (in der Regel den Landesärztekammern) vereinbart.

Da die Anstaltsgebühr, die die Hotelkomponente auf der Sonderklasse abdeckt und dem Rechtsträger zusteht, in allen Bundesländern durch eine Verordnung der Landesregierung tarifmäßig festgesetzt wird, beschränken sich die Direktverrechnungsabkommen mit den Rechtsträgern darauf, die Verpflichtung und Berechtigung zur Direktverrechnung festzuhalten und die Abrechnungsmodalitäten zu beschreiben. Demgegenüber werden die Tarife der Arzthonorare auf der Sonderklasse nur noch in der Steiermark durch Verordnung der Landesregierung festgelegt, während die Tarifvereinbarung in den anderen Bundesländern nach dem Krankenanstaltenrecht zwischen Ärzten und Patienten getroffen werden soll. Die

Direktverrechnungsübereinkommen über die ärztlichen Leistungen sehen daher (ausgenommen Steiermark) nicht nur die Festlegung der Abrechnungsmodalitäten, sondern auch eine Tarifordnung vor.

Diese Systematik ähnelt daher dem Vertragspartnerrecht, das die Rechtsbeziehungen zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern und den Kassenärzten regelt. Im Unterschied zum Vertragspartnerrecht gibt es aber für diese Direktverrechnungsübereinkommen keine gesetzliche Grundlage, da es sich um private Versicherungen handelt. Wohl sieht das Versicherungsvertragsgesetz aus Konsumentenschutzgründen einige Vorgaben für den Abschluss der einzelnen Krankenversicherungsverträgen mit dem Versicherungskunden vor. Allerdings sind darin keine Vorgaben für die Wirksamkeit oder den Inhalt von Direktverrechnungsvereinbarungen enthalten. Diesbezüglich wäre das Versicherungsvertragsgesetz durchaus ergänzungsbedürftig:

- Die Versicherungsverträge enthalten eine Aufstellung, in welchen Krankenanstalten der Versicherte aufgrund abgeschlossener Direktverrechnungsvereinbarungen direkte Kostendeckung hat, also die Sicherheit, dass die Krankenanstalt nicht mit dem Versicherten selbst, sondern unmittelbar mit der Zusatzkrankenversicherung abrechnet. Das Versicherungsvertragsgesetz sieht dazu vor, dass der Versicherer diese Kostendeckungszusage schriftlich widerrufen kann und dieser Widerruf nach Ablauf von drei Wochen wirksam wird (§ 168c VersVG). Diese Bestimmung ist aus zwei Gründen zu kritisieren. Zum einen ist es nicht verständlich, wozu die Versicherung die Zusage während eines aufrechten Direktverrechnungsübereinkommens widerrufen können sollte. Zum anderen erscheint die Frist von drei Wochen als viel zu kurz, wenn man etwa vergleicht, dass Gesamtverträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern nach den jeweiligen Gesamtverträgen nur zum Kalenderhalbjahr unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden können.
- Dazu kommt, dass die Versicherer die gewöhnlich vom Sonderklasseversicherten gewünschte Direktverrechnung nicht garantieren können, weil diese von einer Einigung mit den Leistungserbringern über den Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung abhängt. Für den Fall, dass keine derartige Vereinbarung zustande kommt, hat der Versicherte Anspruch auf eine Geldleistung, die in seinem Versicherungsvertrag definiert ist. Im Sinne des Versicherten wäre es natürlich sinnvoll, wenn der Versicherte seinen Anspruch auf Geldleistung zahlungshalber an die behandelnde Krankenanstalt bzw. die behandelnden Ärzte zedieren könnte, um zu vermeiden, dass er in Vorleistung treten muss. Das Versicherungsvertragsgesetz sollte daher allfällige Zessionsverbote, wie sie in manchen Versicherungsbedingungen vorgesehen sind, im Interesse des Versicherten verbieten.

- Rechtlich unklar ist derzeit, wie die Direktverrechnungsübereinkommen und die darin enthaltenen Tarifordnungen überhaupt Wirksamkeit entfalten. Was die Versicherungen anlangt, ist die Situation relativ einfach, weil es sich um eine überschaubare Anzahl von Anbietern handelt, die – ausgenommen ausländische Versicherungen – auch Mitglieder im Privatversicherungsverband und daher in der Lage sind, diesem rechtsgeschäftlich Vertretungsbefugnis zu erteilen. Schwieriger ist es auf Seiten der Ärzte, weil es praktisch unmöglich ist, von jedem einzelnen der beteiligten Ärzte eine Vertretungsvollmacht zu erhalten. Im Schrifttum wird jedenfalls die Auffassung vertreten, dass die Landesärztekammern durch das ÄrzteG berechtigt sind, für ihre Mitglieder verbindliche Tarifvereinbarungen über die Arzthonorare mit den privaten Krankenversicherungen abzuschließen.<sup>28</sup> Wünschenswert wäre diesbezüglich eine klare gesetzliche Regelung, z.B. im Versicherungsvertragsgesetz, um hinsichtlich des Vertretungsmandates Rechtssicherheit zu erreichen.

## 4.12. Hausrücklässe nur in adäquater Höhe

In allen Bundesländern ist von den durch die Ärzte vereinnahmten Arzthonoraren ein Hausrücklass für die Inanspruchnahme der Spitalsinfrastruktur an den Rechtsträger abzugeben, der überwiegend in den Landeskrankenanstaltengesetzen (in allerdings völlig unterschiedlicher Höhe) bestimmt wird. In zwei Bundesländern wird die Höhe des Hausrücklasses zwischen den Ärzten und dem Rechtsträger vereinbart (in Tirol nach § 41 Abs. 4, 6 TirKAG; in Wien für Spitäler, die nicht von der Gemeinde betrieben werden, nach § 45a Abs. 1 WrKAG).

Tatsächlich sind diese Hausrücklässe verfassungsrechtlich fragwürdig. Da es sich um gesetzlich vorgesehene Gebühren handelt, unterliegt die Festsetzung des Hausrücklasses dem verfassungsrechtlichen Sachlichkeitsgebot nach Art. 7 B-VG. Die Hausrücklässe als Gegenleistung für die zur Verfügung gestellte Spitalsinfrastruktur sind deshalb problematisch, weil der Rechtsträger ohnehin über die Abrechnung mit dem Gesundheitsfonds den Sachaufwand bzw. über die von ihm gegenüber dem Sonderklassepatienten vereinnahmte Anstaltsgebühr den Sach-Mehraufwand der Sonderklasse ersetzt erhält. In Wirklichkeit handelt es sich daher beim Hausrücklass, soweit er mit der Inanspruchnahme der Infrastruktur begründet wird, um eine verfassungsrechtlich bedenkliche doppelte Verrechnung von Aufwendungen.

<sup>28</sup> Dafür: *Wallner*, Zivilrechtliche Aspekte der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten, RdM 2015/140, 230 ff.; a.M. *Holzgruber*, Rechtsprobleme und Rechtswirkung besonderer Verträge von Ärztekammern anhand von ausgewählten Beispielen (1999) 11 ff. (33, 35); *Pircher*, Honorarberechtigungen der Sonderklasse öffentlicher Heilanstalten, 205.

Verfassungsrechtlich sauber könnte ein Hausrücklass nur aus zwei Gründen in Rechnung gestellt werden, nämlich

- als Abgeltung für die mit der Einhebung der Arzthonorare verbundene Mühe-  
waltung, wie in Niederösterreich argumentiert (§ 45 Abs. 2 NÖ KAG), oder
- als Solidaritätsbeitrag für sondergebührenschwache Fächer (so wird zumin-  
dest ein Teil des in Oberösterreich vereinnahmten Hausrücklasses argumen-  
tiert, der auch tatsächlich von den Rechtsträgern in den von der Ärztekammer  
verwalteten Solidarpool einbezahlt wird).

Schon aus verfassungsrechtlichen Gründen müssten daher die derzeit in den Ländern bestehenden Regelungen über den Hausrücklass überarbeitet werden. Diese Hausrücklässe müssten im Hinblick darauf, dass damit nicht die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, sondern nur allenfalls die Kosten für die Einhebung der Arzthonorare abgegolten werden dürfen, deutlich reduziert werden. Ein höherer Anteil am Hausrücklass als mit dem Einhebungsaufwand verbunden wäre nur dann rechtfertigbar, wenn dieser zur Stützung anderer sondergebührenschwacher Abteilungen dient und damit nicht vom Rechtsträger selbst endgültig einbehalten, sondern innerhalb der Ärzteschaft umgeschichtet wird.

### **4.13. Aufteilung der Arzthonorare in Verantwortung der Ärzteschaft**

In den öffentlichen Krankenanstalten werden die Arzthonorare im Unterschied zu Belegkrankenanstalten nicht einfach dem behandelnden Arzt zugerechnet, sondern sind auf alle Ärzte der beteiligten Abteilungen aufzuteilen. Dahinter steht die Überlegung, dass die Einkünfte durch Arzthonorare nicht nur dem jeweils behandelnden Arzt zugutekommen, sondern es der öffentlichen Krankenanstalt ermöglichen sollen, im Wettbewerb mit Privatkrankenanstalten marktkonforme Einkommen für das gesamte Ärzteteam einer Abteilung bieten zu können. Anders ausgedrückt: An den Arzthonoraren sollen auch jene Ärzte beteiligt werden, die die Versorgung der allgemeinen Klasse übernehmen, weil sie damit den behandelnden Ärzte auf der Sonderklasse die notwendige Zeitrressource für die Betreuung der Privatpatienten verschaffen.

Die Arzthonorare werden daher nicht an einzelne Ärzte ausbezahlt, sondern an die Abteilungsleiter, abweichend davon in Oberösterreich sogar an alle Ärzte der jeweils betreuenden Abteilungen gemeinsam. Die Honoraraufteilung erfolgt entweder durch den Abteilungsleiter (§ 86 Abs. 2 VbgSpG; § 45 Abs. 4 NÖ KAG), in den meisten Bundesländern aber durch Vereinbarung zwischen Vertretern

der betroffenen Arztgruppen (Abteilungsleiter und nachgeordnete Ärzte; so § 41 Abs. 7 TirKAG; § 5 Sondergebührenverordnung Salzburger Landeskliniken, LGBl 2018/35), in einigen Bundesländern sogar durch eine Vereinbarung, der alle beteiligten Ärzte zustimmen müssen (§ 54 Abs. 2 Oö. KAG; § 59 Abs. 2 BgldKAG; § 45a Abs. 3 WrKAG). Teilweise ist überdies eine Zustimmung des Rechtsträgers zur Aufteilung erforderlich (§ 54 Abs. 2 Oö. KAG; § 86 Abs. 2 VbgSpG; § 45a Abs. 3 WrKAG). Für die Honoraraufteilung bestehen in einigen Bundesländern Richtlinien, die entweder bereits im Krankenanstaltenrecht festgelegt (§ 41 Abs. 7 TirKAG; § 59 Abs. 2 BgldKAG, § 45 Abs. 3 NÖ KAG; § 5 Sondergebührenverordnung Salzburger Landeskliniken, LGBl 2018/35; § 45a Abs. 3 WrKAG) oder durch die jeweilige Landesärztekammer (allenfalls auch zusätzlich zu den gesetzlichen Vorgaben) beschlossen werden (Tirol, Oberösterreich). Für den Fall der Nichteinigung über die Aufteilung ist in einigen Bundesländern eine Entscheidung durch die Landesregierung vorgesehen (§ 54 Abs. 2 Oö. KAG, § 86 Abs. 2 VbgSpG), im Burgenland durch den Anstaltsträger (§ 59 Abs. 4 BgldKAG), in Salzburg durch eine aus Ärzte- und Anstaltsträgervertretern bestehende Kommission (§ 5 Abs. 5 Sondergebührenverordnung Salzburg Landeskliniken, LGBl 2018/35).<sup>29</sup>

Am plausibelsten sind die Modelle, die eine Aufteilung der Arzthonorare innerhalb der Ärzteschaft vorsehen. Immerhin handelt es sich bei den Arzthonoraren nach der krankenanstaltenrechtlichen Konzeption um Einnahmen, die die Ärzte gegenüber den Sonderklassepatienten geltend machen können. Da die Konzeption der Vereinnahmung der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten auf die Abgeltung der Leistung eines Teams abzielt, erscheint die Lösung, dass die Aufteilung dann im Einvernehmen aller beteiligten Ärzte getroffen werden muss, sachgerecht.

Natürlich kann dabei nicht übersehen werden, dass diese Vereinbarung über mehrere Hierarchieebenen und damit in Abhängigkeitsverhältnissen getroffen werden muss. Um das dadurch entstehende Konfliktpotenzial zu entschärfen, wäre es wohl, was in einigen Bundesländern auch derzeit schon der Fall ist, wünschenswert, dass sich dieses herzustellende Einvernehmen innerhalb eines Rahmens bewegt, der durch kollektiv vorgegebene Richtlinien festgelegt wird. Zur Erlassung derartiger Richtlinien scheint wohl nur die Ärztekammer in Frage zu kommen, da es sich um eine innerhalb der Ärzteschaft zu beantwortende Fragestellung handelt. Eine Kompetenz der Landesärztekammern zur Erlassung derartiger Richtlinien ist dem ÄrzteG durchaus zu entnehmen.<sup>30</sup> Es wäre daher durchaus vorstellbar, nicht nur Empfehlungen, sondern tatsächlich verbindliche

---

<sup>29</sup> Wallner, *Medizinrecht* (2019) Rz 548).

<sup>30</sup> § 66a ÄrzteG, vgl. dazu Wallner, *Zivilrechtliche Aspekte der Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten*, RdM 2015/140, 232 f.

Richtlinien für die Aufteilung der Arzthonorare mittels Verordnung der Ärztekammer zu statuieren. Problematischer ist die standespolitische Seite. Natürlich kann eine derartige Richtlinie nicht der einfachen Mehrheitsentscheidung der Kurienversammlung der angestellten Ärzte überlassen werden, weil dann zu befürchten wäre, dass die mehrheitlich vertretene Gruppe (das wären in allen Bundesländern die nachgeordneten Fachärzte) die Aufteilung der Arzthonorare inadäquat beschließen könnten. Eine derartige Verordnung könnte wohl nur im Einvernehmen von Vertretern aller beteiligten Gruppen (also der Primärärzte, der nachgeordneten Fachärzte und der Turnusärzte) beschlossen werden. Faktisch wurde dort, wo eine solche Richtlinie erarbeitet wurde, nach diesem Prinzip vorgegangen. Wünschenswert wäre aber natürlich, diese Abstimmungsmodalität auch im ÄrzteG ausdrücklich vorzusehen.

Die Anforderung eines Einvernehmens der Vertreter der beteiligten Gruppen über die Honoraraufteilung birgt naturgemäß das Risiko, dass mangels Einvernehmens keine Richtlinie zustande kommt. In diesem Fall bliebe weiterhin keine andere Möglichkeit, als die Aufteilung den Ärzten an der Abteilung (vorzugsweise der einvernehmlichen Aufteilung) zu überlassen. Da natürlich auch ein Einvernehmen an der Abteilung nicht gewährleistet werden kann, wäre es zumindest notwendig, für den Fall der Nichteinigung ex post eine Entscheidung durch eine entsprechende Schiedsstelle vorzusehen. Wieder gilt, dass, da es sich um eine Aufteilung von Arzthonoraren innerhalb der Ärzteschaft handelt, die Schiedsstelle am besten innerhalb der Ärztekammer zu platzieren und dafür eine entsprechende gesetzliche Grundlage zu schaffen wäre. Einer derartigen Schiedsstelle müssten Vertreter aller drei Gruppen, also der Primärärzte, des Mittelbaus und der Turnusärzte, angehören. Neuerlich stellt sich das Problem, dass es sachlich unbefriedigend wäre, wenn sich zwei Arztgruppen mit ihrer Stimmenmehrheit zu Lasten der dritten verbünden und eine unsachliche Aufteilung durchsetzen würden. Zu bedenken wäre auch, dass es wohl nachvollziehbare Interessen des Landes als auch der Rechtsträger an einer fairen Aufteilung der Arzthonorare gibt, weil diese ja für die Einkommenserwartungen und damit für die Marktattraktivität des jeweiligen öffentlichen Krankenhauses wichtig sind. Vorstellbar wäre daher eine Schiedsstelle, die aus je einem Mitglied der Primärärzte, des Mittelbaus und der Turnusärzte, sowie aus je einem Mitglied des Landes und der Rechtsträger besteht. Damit würde bei einer Mehrheitsentscheidung sichergestellt sein, dass im Einvernehmen aller Arztgruppen eine bestimmte Form der Arzthonoraraufteilung durchgesetzt werden kann, dass aber bei Nichteinigung zwischen den Arztgruppen auch ein gewisser Schutz dagegen besteht, dass sich zwei Arztgruppen gegen die dritte verbünden.

## 4.14. Mehr Solidarität zwischen den Fächern

Dass die Möglichkeit zur Erzielung von Arzthonoraren in der Sonderklasse ein oft wesentlicher Bestandteil der Ärzteteinkommen ist, hat zweifellos eine Reihe von Vorteilen. Nicht nur, dass dadurch die öffentliche Hand, die sonst höhere Gehälter zahlen müsste, entlastet wird. Die Einkommen aus der Sonderklasse haben auch den Charme einer gewissen Leistungstangente. Da der Sonderklassepatient mehr Wahlfreiheit hat, spielt die erworbene Reputation der jeweiligen Abteilung eine nicht unerhebliche Rolle und kann daher als wettbewerbsstimulierender Faktor positiv gesehen werden. Dass Spitalsärzte in ihrem Einkommen wesentlich von den Arzthonoraren abhängig sind, hat aber auch gewichtige Nachteile, die schwer zu rechtfertigen sind. Die Höhe der Arzthonorare bestimmt sich eben nicht nur durch die Reputation der jeweiligen Abteilung, sondern hängt schlicht auch davon ab, für welches Sonderfach die Abteilung zuständig ist. In bestimmten Sonderfächern (z.B. Psychiatrie oder Pädiatrie) ist der Anteil an Zusatzversicherten von vornherein wesentlich geringer, sodass hier auch bei bestem Bemühen der Sonderklassebelag im Vergleich zu anderen Abteilungen nachhinken muss.

In der Vergangenheit wurde daher zumindest in Kärnten sehr radikal der Weg gegangen, die vereinnahmten Sondergebühren an alle Abteilungen aufzuteilen, unabhängig davon, wo die Behandlung stattfindet. Aber auch Kärnten ist von diesem System mittlerweile abgegangen. Nachvollziehbarerweise hat dieser Ansatz dazu geführt, dass Ärzte wenig Anreiz hatten, Sonderklassepatienten in öffentlichen Krankenanstalten zu behandeln, wo der damit verbundene Mehraufwand völlig abgeschöpft wurde, was das Abwandern von Sonderklassepatienten in Privatkanneanstalten begünstigt hat. Diese Erfahrungen zeigen, dass der Erfolg der Sonderklasse voraussetzt, dass sich für die behandelnden Abteilungen ein Mehr an Klassepatienten auch finanziell rechnet. Sinnvoll wäre daher wohl ein Mittelweg, der einerseits akzeptiert, dass Abteilungen mit hohem Sonderklassebelag auch von diesem profitieren müssen, gleichzeitig aber eine Solidaritätstangente einführt, mit der strukturell benachteiligte Abteilungen unterstützt werden.

Da es wieder um die Umschichtung von Arzthonoraren innerhalb der Ärzteschaft geht, ist es auch hier naheliegend, die Verwaltung einer derartigen Solidaritätstangente der Ärzteschaft selbst zu überlassen. Tatsächlich gibt es in der Praxis Beispiele dafür. In Oberösterreich besteht etwa ein von der Ärztekammer verwalteter Solidarpool, in den ein bestimmter Prozentsatz (konkret 6 %) der Arzthonorare der öffentlichen Krankenanstalten einbezahlt wird. Die in diesem Solidarpool vereinnahmten Gelder werden dann an jene Ärzte ausgeschüttet, die eine festgelegte Mindestgrenze an Arzthonoraren nicht erreichen. Auf diesem Weg gibt es auch für sondergebührenschwache Fächer eine garantierte Höhe an das Gehalt ergänzendem Arzthonorar.

## 5. Zusammenfassung – 13 Forderungen zur Stärkung der Sonderklasse

Eine Stärkung der Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten ist ein Gebot der Stunde, wenn der derzeitige hohe Standard der öffentlichen Spitäler trotz der immer schwierigeren Budgetsituation aufrecht erhalten bleiben soll. Konkret könnte eine Stärkung der Sonderklasse durch folgende Maßnahmen bewirkt werden:

### **1. Die Gesundheitspolitik muss ein klares politisches Bekenntnis zur Sonderklasse abgeben!**

Die Behandlung von Sonderklassepatienten in öffentlichen Krankenanstalten führt nicht zu einer Zweiklassenmedizin, sondern schützt davor – die Alternative wäre echte Zweiklassenmedizin durch eine komplette Trennung des öffentlichen und privaten Spitalssektors.

### **2. Die Prämien für Zusatzversicherungen müssen steuerlich, etwa in Form einer befristeten staatlichen Prämie, gestützt werden.**

Eine staatliche Prämie wäre eine lohnende Investition, weil sich der Staat dadurch ein Mehrfaches an Finanzmitteln bei der Spitalsfinanzierung ersparen könnte. Eine Ersparnis entsteht dann, wenn die staatliche Prämie so berechnet wird, dass die Kostenentlastung der öffentlichen Hand durch die Einnahmen aus der Sonderklasse die Höhe der gewährten Prämie im Schnitt übersteigt. Die Förderung müsste – um den Einsparungseffekt auch tatsächlich zu lukrieren – allerdings an die Bedingung geknüpft werden, dass bei geförderten Versicherungsverträgen die Inanspruchnahme eines Ersatztagegeldes anstelle der Aufnahme in die Sonderklasse ausgeschlossen wird.

### **3. Die Leistungen aus der Sonderklasse sollen zwischen Versicherungen und Ärzteschaft präziser festgelegt werden.**

Eine Präzisierung des Leistungsinhaltes der Zusatzkrankenversicherung wird die Bereitschaft, eine solche abzuschließen, wahrscheinlich deutlich erhöhen.

#### **4. Die Sonderklasse muss verweildauerunabhängig angeboten werden, also auch dann, wenn kein stationärer Aufenthalt erforderlich wird!**

Der medizinische Fortschritt führt zunehmend dazu, dass diagnostische und therapeutische Eingriffe, die früher nur stationär denkbar waren, nun ohne stationäre Aufnahme durchgeführt werden können. Der schon bisher eingeschlagene Weg, Sonderklasseleistungen verweildauerunabhängig zu finanzieren, muss konsequent und dynamisch weitergegangen werden.

#### **5. Die Leistungserbringer müssen stärker in die Erstellung von Versicherungspaketen eingebunden werden!**

Versicherung und Ärzteschaft müssen intensiver als bisher zusammenarbeiten, um für die Kunden attraktive Versicherungspakete für die Sonderklasse zu entwickeln.

#### **6. Streitigkeiten zwischen Ärzten und Versicherungen über die Akzeptanz der Dauer von Sonderklasseaufenthalten müssen vermieden werden!**

Für Versicherte und Ärzte ist es unzumutbar, mit der Krankenversicherung im Nachhinein darüber streiten zu müssen, ob bereits erbrachte Sonderklasseleistungen gedeckt werden. Zumindest müsste es einen klaren Kriterienkatalog geben, der für alle Beteiligten Sicherheit schafft, dass erbrachte Leistungen auch tatsächlich von der Versicherung bezahlt und nicht dem Patienten vorgeschrieben werden müssen oder ganz unter den Tisch fallen.

#### **7. Der Gesetzgeber sollte eine Verpflichtung der privaten Krankenversicherung schaffen, Deckungsanfragen von Versicherten innerhalb angemessener Frist vor Inanspruchnahme der Sonderklasse verbindlich zu beantworten!**

In der Praxis zeigt sich, dass es für Versicherte schwierig ist, bei Zweifeln über die Versicherungsdeckung vorweg eine verbindliche Auskunft ihrer Versicherung zu erhalten. Es ist für die Krankenanstalt und die betreuenden Ärzte, vor allem aber für die Patienten unzumutbar, dass die Versicherung bei planbaren Eingriffen erst im Nachhinein entscheidet, ob die Kosten des Sonderklasseaufenthalts übernommen werden.

## **8. Die Aufnahmeformulare für die Sonderklasse sollten hinsichtlich der Leistungsinhalte und Tarife ergänzt werden!**

In die gesetzlich vorgesehenen, vom Patienten vor Aufnahme in die Sonderklasse zu unterfertigenden Aufnahmeformulare sollten Hinweise auf den Leistungsinhalt und auf die der Abrechnung zugrunde liegenden Tarife genauer als bisher aufgenommen werden, um dann, wenn der Versicherte selbst wegen einer Deckungsablehnung seiner Versicherung herangezogen werden muss, Rechtssicherheit zu haben.

## **9. Die derzeitigen verfassungsrechtlichen Probleme müssen beseitigt werden!**

Nach der Judikatur des VfGH sind einige Regelungen in Landeskrankenanstaltengesetzen, die Basis der Arzthonorare sind, dann problematisch, wenn sie sich nicht nur auf Landes- oder Gemeindebedienstete beziehen. Eine Sanierung wäre durch eine „Ermächtigungsklausel“ zur Einhebung der Arzthonorare möglich, die allerdings für den Rechtsträger gesetzlich zwingende Voraussetzung für die Einrichtung einer Sonderklasse sein muss.

## **10. Der Gesetzgeber sollte einige Vorgaben für die zwischen Krankenanstalten bzw. der Ärzteschaft und dem Versicherungsverband abzuschließenden Direktverrechnungsvereinbarungen für die Sonderklasse einführen!**

Da der Sonderklasseversicherte grundsätzlich eine Sachleistung, nämlich die Inanspruchnahme der Sonderklasse mit Verrechnung der Kosten mit seiner privaten Zusatzkrankenversicherung, anstrebt, sollten im Versicherungsvertragsgesetz einige Grundzüge für die zu diesem Zweck abgeschlossenen Direktverrechnungsverträge aufgenommen werden, wie etwa Bestimmungen zu den Abschlussbevollmächtigungen, über die Kündigung solcher Verträge oder über die im vertragslosen Zustand zu bezahlenden Geldleistungen.

## **11. Hausrücklässe dürfen nur in adäquater Höhe eingenommen werden!**

Die derzeit auf Grund der landesgesetzlichen Regelungen von den Arzthonoraren einbehaltenen Hausrücklässe sind verfassungsrechtlich problematisch, wenn sie über eine bloße Einhebungsgebühr hinausgehen, außer sie fließen als Solidaritätsbeitrag an sondergebührenschwache Abteilungen zurück.

## **12. Die Aufteilung der Arzthonorare gehört eindeutig in die Verantwortung der Ärzteschaft, allerdings sollten dafür Grundsätze vorgegeben werden!**

Arzthonorare in öffentlichen Krankenanstalten kommen nicht nur dem unmittelbar behandelnden Arzt, sondern einem ganzen Team zu. Da es um eine Aufteilung von Arzthonoraren geht, muss diese innerhalb der Ärzteschaft beschlossen werden, allerdings wären gesetzliche und ärztekammerseitige Vorgaben sinnvoll, um eine gerechte Verteilung sicherzustellen.

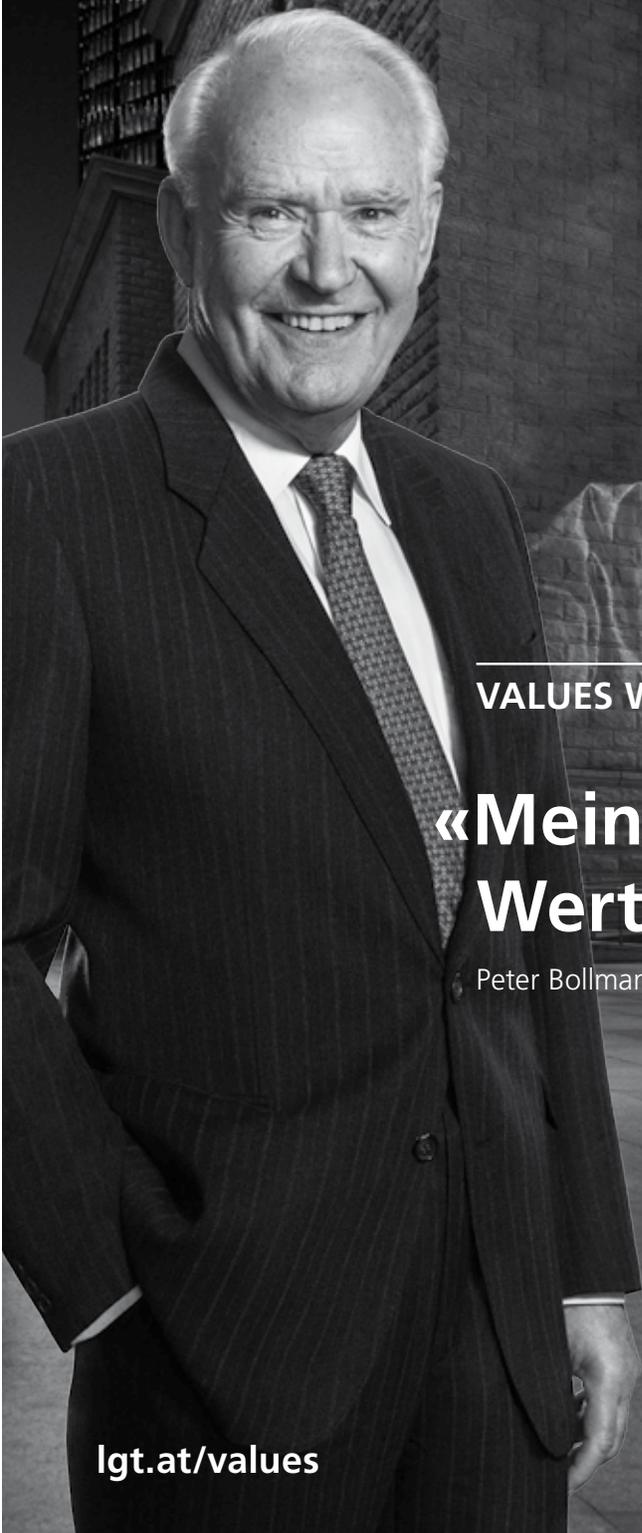
## **13. Mehr Solidarität zwischen den Abteilungen einer öffentlichen Krankenanstalt umsetzen!**

Sonderklasseerinnahmen müssen primär der Abteilung zugutekommen, die die Leistungen am Sonderklassepatienten erbringt. Allerdings besteht zur nachhaltigen Absicherung der Sondergebühren die Notwendigkeit, innerhalb des öffentlichen Spitals strukturell benachteiligte Sonderfächer (z.B. Psychiatrie, Pädiatrie) im Rahmen einer Solidaritätstangente zu unterstützen.



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](http://lgt.at/values)



# Ist die Führung einer Sonderklasse in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten ethisch vertretbar?

*Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll, LL.M, MA, PM.ME*

*Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Lehrgangleitung: Universitätslehrgang  
Medizin- und Bioethik, Johannes Kepler Universität, Linz*

1. Einleitung	118
2. Die Sonderklasse im allgemeinen öffentlichen Krankenhaus	120
3. Zwei-Klassen-Medizin	124
4. Ethisch vertretbare Überlegungen zur Zwei-Klassen-Medizin	125
5. Zusammenfassung	134

# 1. Einleitung

Durchstöbert man Publikationen populistisch agierender Medizinjournalisten oder auch von Autoren anderer Professionen zum Themenbereich „Krankenhaus“, gleichgültig, ob ihre Veröffentlichungen bereits sehr lange zurückliegen und in den Internetseiten mancher Buchhandlungen und oder anderer Anbieter nur mehr unter „derzeit nicht verfügbar“ aufscheinen, oder aber ob es sich um aktuelle Veröffentlichungen handelt, man kommt am Thema „Zwei-Klassen-Medizin“ nicht vorbei.<sup>1</sup>

Aber es ist eigentlich überhaupt nicht notwendig, den tiefen Schritt in die „Abgründe“ medizinischer Populärliteratur zu tun, es reichen auch tagesaktuelle Printmedien oder auch Periodika von Gesellschaften, welche ärztliche und/oder nicht ärztliche Gesundheitsberufe vertreten und sich gesundheitspolitisch aktuellen Fragestellungen widmen: die Zwei-Klassen-Medizin scheint immer wieder aktuell zu sein.<sup>2</sup>

Und wenn man nun persönlich überzeugt ist, mit einem Regierungsprogramm über einen Schriftsatz zu verfügen, der bestimmte Ziele objektiv verfolgt und beschreibt, dann unterliegt man auch, zumindest im Hinblick darauf, über die Zwei-Klassen-Medizin in diesem Dokument nichts zu finden, einem Irrtum, denn auch im aktuellen Regierungsprogramm findet man, wenn auch gut zwischen den Zeilen versteckt, Hinweise auf dieses ungeliebte und trotzdem immer wieder aus der Trickkiste der Argumente hervorgeholte Phänomen.<sup>3</sup>

Nun könnte der geneigte Leser dieser diversen Publikationen ja noch Verständnis aufbringen für die Tatsache, dass dieses Thema gesellschaftspolitisch immer wieder aktuell zu sein scheint, wenig Verständnis kann man aber aufbringen dafür,

- 1 Langbein K (2009) Verschlussache Medizin. Wie sie uns krank macht, wer davon profitiert und wie sie das System überleben. Ecowin; Rainer G (2017) Kampf der Klassenmedizin. Warum wir ein gerechtes Gesundheitssystem brauchen, Brandstätter; Likar R, Janig H, Pinter G, Waldenebrger (2020) Im kranken Haus. Ärzte behandeln das Gesundheitssystem, Überreuter; Schönberger A (1995) Patient Arzt. Der kranke Stand, Überreuter; Freileben E (2020) Medizin ohne Moral. Diagnose und Therapie einer Krise, Freya Verlag; Weiss H (2019) Korrupte Medizin. Ärzte als Komplizen der Konzerne, Kepenheuer & Witsch; Reuther G (2017) Der betrogene Patient2. Ein Arzt deckt auf, warum ihr Leben in Gefahr ist, wenn sie sich behandeln lassen. Riva-Verlag; London O (2014) Töte möglichst wenig Patienten, Riva Verlag; Wiedemann M (2020) Die Medizin verkauft ihre Seele, Springer Verlag.
- 2 Nicole.schuchter@salzburg24.at; Husslein P (2012) Editorial: Es gibt keine Zwei-Klassen-Medizin, Speculum-Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 30 (3) 4–5; Weber KH (1996) Wahn und Wirklichkeit der Zweiklassenmedizin, Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 20, A-1316–1318
- 3 Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020–2024

dass eigentlich keiner der zitierten Autoren weiß, worum es sich eigentlich dabei handelt. Schreiben die einen über die Unterschiede zwischen der allgemeinen Klasse und der Sonderklasse in allgemein öffentlichen Krankenanstalten, nehmen andere die Unterschiede zwischen allgemein öffentlichen Krankenanstalten und Sanatorien aufs Korn, wieder andere siedeln die Zwei-Klassen-Medizin im Bereich der Kassen- und Wahlärzte an oder sie verlagern die Unterschiede in der Behandlung in den Bereich der Terminvereinbarungen bei diversen Untersuchungen im extramuralen ambulanten Bereich.

Wie immer man es betrachte, die Spielwiese „Zwei-Klassen-Medizin“ ist sehr groß und vor allem negativ konnotiert, dennoch sollte man von kritischen und kritisierenden Autoren verlangen dürfen, dass sie vorab definieren, worüber sie publizieren möchten. Man kann unstrittig viele Aspekte im österreichischen Gesundheitswesen diskutieren, aber es muss geklärt sein, in welchem Bereich man mit einer ablehnenden oder auch zustimmenden Kritik und Argumentation ansetzen möchte.

Nun, der folgende Beitrag beschäftigt sich auch mit der „Zwei-Klassen-Medizin“, jedoch nicht mit irgendeiner nebulösen Perspektive dieses Phänomens, sondern ausschließlich mit der Thematik der Sonderklasse in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten aus ärztlicher Sicht und stellt die fraglichen resp. behaupteten Vorteile dieser in der medizinischen Behandlung unter ethischen Überlegungen der allgemeinen Gebührenklasse gegenüber.

## 2. Die Sonderklasse im allgemeinen öffentlichen Krankenhaus

Bevor man sich mit der ethischen Vertretbarkeit von Sonderklassebetten in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten auseinandersetzt, muss man vorerst darstellen, welche Rahmenbedingungen rund um die Sonderklasse in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten überhaupt existieren und welche Privilegien Patienten auf einer Sonderklassestation tatsächlich besitzen bzw. welche Privilegien falsch vermutet und dennoch oder vielleicht gerade deswegen in die gesellschaftspolitische Diskussion eingebracht werden.

### 2.1. Gesetzliche und private Krankenversicherung<sup>4, 5</sup>

Grundsätzlich ist die gesamte österreichische Bevölkerung in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung versichert und diese erbringt nun für jeden Bürger unseres Staates, die Überlegungen des Sozialrechts im Hinblick auf eine angemessene, zweckmäßige und notwendige Behandlung (§ 133 ASVG) umsetzend, ein breites Spektrum an Leistungen im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung.

Das Leistungsspektrum der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung umfasst dabei präventive Aufgaben zur **Früherkennung** von Krankheiten, die **Behandlung** kranker Menschen durch **ärztliche Hilfe**, aber auch die **Bereitstellung von Medikamenten und Heilbehelfen**. Einen wesentlichen Teil der erbrachten Leistungen stellt die **Anstaltspflege** sowie erforderlichenfalls auch die medizinische **Hauskrankenpflege** dar. Schließlich werden aus der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung die **Zahnbehandlungen**, aber auch die Finanzierung des **Krankengeldes** zur finanziellen Absicherung des Erkrankten im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, aber auch das **Rehabilitationsgeld** aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit sowie das **Wiederherstellungsgeld** aus dem Versicherungsfall der Wiedereingliederung nach einem langen Krankenstand geleistet. Im Falle einer Mutterschaft schließlich erhält die

4 Resch R (2020) Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung. In: Resch R, Wallner F (Hrsg.) Handbuch Medizinrecht3, LexisNexis, Kapitel XVII, 657–686

5 Fischl W (2020) Das Recht der privaten Krankenversicherung. In: Resch R, Waller F (Hrsg.) Handbuch Medizinrecht3, LexisNexis, Kapitel XIX, 731–750

gesetzlich versicherte Mitbürgerin Sach- und Geldleistungen, wie z.B. das **Wochengeld**.

Im Jahr 2019 waren 8.730.841 Personen in der allgemeinen Krankenversicherung anspruchsberechtigt, 1.958.311 waren als Angehörige versichert und 6.772.350 Personen leisteten Beiträge. Hingegen sind in Österreich etwas mehr als 3 Millionen Menschen zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung privat Zusatzversichert. Grundsätzlich erbringen auch die privaten Versicherungsgesellschaften für ihre Versicherungsnehmer ähnliche resp. gleiche Leistungen wie die gesetzliche Krankenversicherung, d.h., es erfolgen Zuzahlungen zu den Krankenhauskosten sowie auch zu den diversen Arztleistungen, zu Behandlungen mit diversen Heilbehelfen sowie die Auszahlung des Spitalsgeldes.<sup>6</sup>

## 2.2. Welche Leistungen erwachsen aus einer privaten Zusatzkrankenversicherung?<sup>7, 8</sup>

### 2.2.1. Die Lokalisation der Sonderklasse, Ausstattung des Krankenzimmers<sup>9</sup>

Der österreichische Gesetzgeber ermöglicht es dem Rechtsträger einer Krankenanstalt, in einer Abteilung bzw. in einem Krankenhaus eine bestimmte Anzahl an sog. Sonderklassebetten einzurichten (vgl. dazu § 16 KAG sowie die einzelnen Ausführungsgesetze der Länder). Die Anzahl an solchen Betten ist festgesetzt und darf 25 % der systemisierten Betten einer Abteilung bzw. einer Krankenanstalt nicht überschreiten.<sup>10, 11</sup>

Diese Sonderklassebetten dürfen in gewisser Hinsicht etwas „Besonderes“ sein bzw. sind es auch faktisch: Eine Sonderklassestation hat durch eine besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen. D.h., es ist vorgesehen, dass Krankenzimmer der Sonderklasse einerseits getrennt von den Krankenzimmern der Allgemeinklasse in einem Krankenhaus zu verorten sind (eine Vorgabe, die insbesondere in Krankenanstalten

---

6 [www.statistik.austria.at](http://www.statistik.austria.at)

7 Fördermayr B (2012) Sonderklasse auf Intensivstationen und im Rahmen diagnostischer Maßnahmen in Oberösterreich. RdM (Heft 2) 53

8 Eberhard H (2012) Wofür wird die Sonderklasse bezahlt? RdM (Heft 5a) 204

9 Stöger K (2016) Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten. In: Neumayr M, Resch R, Wallner F (Hrsg) Grundriss Kommentar zum Gesundheitsrecht, Manz Verlag, 1523–1725

10 Stöger K (2008) Krankenanstaltenrecht. Schriftenreihe Recht der Medizin Band 26, Manz Verlag

11 Stärker L (2020) Krankenanstaltenrecht. In: Resch R, Waller F (Hrsg.) Handbuch Medizinrecht3, LexisNexis, Kapitel XI, 465–532

älteren Baudatums nicht überall eingehalten werden [kann]), die Zimmer der Sonderklasse haben eine geringere Anzahl an Betten aufzuweisen [wobei sich dies insbesondere bei Neubauten von Krankenanstalten auch in der Allgemeinklasse relativiert, wenn auch nicht so deutlich wie in der Sonderklasse, aber es gibt auch in der allgemeinen Gebührenklasse keine Krankensäle mehr und auch die Zeit, wo sechs und mehr Betten in einem Krankenzimmer lokalisiert waren, sind vorbei] und es sind auch zusätzliche Leistungen der Krankenanstalt zu erbringen, etwa eine mögliche Menüwahl im Rahmen der Verpflegung<sup>12</sup> der Pfleglinge der Sonderklassestation.

Der Gesetzgeber hält aber auch dezidiert fest, dass es keinen Unterschied geben darf hinsichtlich der Behandlung der Pfleglinge in der Allgemeinklasse und den Pfleglingen der Sonderklasse.<sup>13</sup>

Die Vorteile, die zusatzversicherte Patienten auf einer Normalstation in Anspruch nehmen können, diese Vorteile können sie, sollte bei ihnen eine intensivmedizinische Überwachung und/oder Behandlung erforderlich werden, auf einer Intensivstation nicht nutzen bzw. auch nicht in Anspruch nehmen. Intensivstationen dienen der Behandlung schwerkranker Menschen und bereits aus diesem Titel ist nachvollziehbar, dass es auf einer Intensivstation keine Einbettzimmer für die zu Behandelnden im Allgemeinen gibt und geben kann. Denn eine Überwachung solcher Patienten wäre zwar technisch möglich, ließe sich aber aufgrund der knappen Personalressourcen nicht realisieren und würde zudem (aufgrund des zusätzlich einzustellenden Personals) zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen führen. Ein Faktum, welches ethisch sicherlich nicht vertretbar wäre.

Dennoch ist es möglich, zusatzversicherte Patienten auch auf Intensivstationen in kleineren Krankenzimmern unterzubringen und zu behandeln; einerseits dann, wenn es zu Neubauten von Intensivstationen bzw. Krankenanstalten gekommen ist bzw. wenn in einer Intensivstation Isolierzimmer für die Behandlung von hoch infektiösen Menschen vorgesehen sind. Stehen solche Einzel-(Isolier-)zimmer frei, dann ist es durchaus möglich, privat zusatzversicherte Patienten, solange kein Bedarf für eine andere Belegung durch Patienten der allgemeinen Gebührenklasse vorliegt, in einem solchen Einzelzimmer zu behandeln. Aber dies stellt im klinischen Alltag die Ausnahme dar. Zudem muss auch festgehalten werden, dass Intensivpatienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kaum, zumindest solange sie nicht ansprechbar oder im künstlichen Tiefschlaf gehalten werden, ein Interesse an einer entsprechenden Umgebung und Ausstattung eines

12 Fischl W (2020) Private Krankenanstalten. In: Resch R, Waller F (Hrsg.) Handbuch Medizinrecht3, LexisNexis, Kapitel XII, 533–547

13 Stärker L (2020) Krankenanstaltenrecht. In: Resch R, Waller F (Hrsg.) Handbuch Medizinrecht3, LexisNexis, Kapitel XI, 465–532

Krankenzimmers haben werden bzw. wenn schon Interesse an der Ausstattung eines Intensivzimmers besteht, dann wohl darin, dass eine Intensivstation dem Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechend adaptiert ist. Und auch die Frage einer Menüwahl wird einen Intensivpatienten nicht wirklich tangieren, denn Speisen werden bei der Behandlung von intensivpflichtigen Patienten doch eher intravenös oder durch eine Magensonde verabreicht. Da bleiben wohl auch der Geschmack und die Aufbereitung der Speisen zweitrangig.

### **2.2.2. Die freie Arztwahl in der Sonderklasse**

Ein weiterer Vorteil, den privat- resp. zusatzversicherte Patienten in der Sonderklasse genießen resp. erkaufen können, ist die freie Arztwahl. Grundsätzlich sieht das Krankenanstaltenrecht nicht vor, dass sich ein Patient einen Arzt frei wählen kann; die private Zusatzkrankenversicherung jedoch erlaubt dem Patienten, durch Erstattung eines entsprechenden Honorars an den behandelnden Arzt, sich einen Vertrauensarzt zu erwählen. Dieser Arzt ist berechtigt, ein entsprechendes Honorar zu fordern, muss aber dann als Vertrauensarzt dem Patienten auch jederzeit zur Verfügung stehen bzw. muss dafür sorgen, dass er im Falle einer Verhinderung durch einen anderen, ebenso kompetenten Facharzt vertreten wird. Dies stellt somit eine Zusatzoption in der Behandlung in der Sonderklasse dar.

Festzuhalten ist jedoch, dass diese Leistung eines Arztes keine medizinisch bessere Behandlung gewährleistet, sondern dass der privat zusatzversicherte Patient von einem Arzt behandelt wird, den er möglicherweise besser kennt, resp. dem er mehr vertraut.<sup>14, 15</sup>

Grundsätzlich wäre eine solche freie Arztwahl auch in der allgemeinen Gebührenklasse denkbar; diesem Denkmodell widersprechen jedoch einerseits die gesetzlichen Regelungen, andererseits die Kosten, die vom Patienten für eine solche Zusatzoption aufgewendet werden müssen – dies ist wahrscheinlich kaum möglich, denn könnte bzw. wollte der allgemein versicherte Patient diese Kosten aufwenden, dann wäre es wahrscheinlich kostengünstiger, sich privat- resp. zusatzversichern zu lassen, und als drittes Argument sprechen die knappen Ressourcen an ärztlichem Personal dagegen.<sup>16</sup>

---

14 Fördermayr B (2012) Sonderklasse auf Intensivstationen und im Rahmen diagnostischer Maßnahmen in Oberösterreich. RdM (Heft 2) 53

15 Eberhard H (2012) Wofür wird die Sonderklasse bezahlt? RdM (Heft 5a) 204

16 Kröll W (2018) Allokationsentscheidungen am täglichen Arbeitsplatz. In: Platzer J, Kröll W (Hrsg.) Gerechte Medizin. Analysen und Impulse aus Theorie und Praxis. Nomos Verlag, 111–130

### 3. Zwei-Klassen-Medizin

Was wird nun von denen, die behaupten, dass es in Österreich eine Zwei-Klassen-Medizin gäbe, dieser potenziellen Zwei-Klassen-Medizin im Speziellen vorgehalten?

Dieser Zwei-Klassen-Medizin wird vorgeworfen, dass im Gegensatz zu Patienten der Sonderklasse Patienten, die in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, folgende Nachteile, zumindest teilweise, in Kauf nehmen müssen:

- längere Wartezeiten auf einen Arzttermin resp. Operationstermin für elektive chirurgische Interventionen,
- Durchführung weniger aussagekräftiger Diagnostik,
- Verwendung schlechterer Medikamente,
- weniger aufwendig ausgestaltete und ausgestattete Wartezimmer,
- Betreuung durch unfreundliche und überlastete Ärzte.

Davon bleibt der Privatversicherte hingegen in jeder Hinsicht verschont.<sup>17, 18</sup>

Je intensiver man sich mit den vermeintlichen Unterschieden von Patienten der allgemeinen Krankenversicherung und jenen Privatversicherten auseinandersetzt, desto weniger wird verständlich, wie man eigentlich mit solch absurden Behauptungen in der Bevölkerung einen „Klassenkampf“ der Patienten initiieren kann, wissend, dass es eine Ungleichheit in der medizinischen Behandlung und Betreuung zwischen den unterschiedlich versicherten Menschen tatsächlich nicht gibt und auch nicht geben darf.<sup>19</sup> Vielmehr versuchen politische Systeme einen Keil in die Gesellschaft zu treiben, eine Gesellschaft, die im Wesentlichen keinen Anstoß daran nimmt, dass es, um ein Beispiel zu nennen, möglicherweise längere Wartezeiten auf einen Arzttermin oder auf eine elektiv geplante Operation gibt. Nach Untersuchungen der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an mehr als 6000 Befragten, äußerten nur 8 % Klagen über längere Wartezeiten bei Ärzten und/oder in Krankenanstalten.<sup>20</sup>

17 Weber KH (1996) Wahn und Wirklichkeit der Zweiklassenmedizin. Deutsches Ärzteblatt, Heft 20, 17. Mai 1996, A -1316

18 Costa SD (2007) Der Zweiklassenstaat: Feindbilder. Deutsches Ärzteblatt 104/30 A - 2114

19 Gerst T (2008) „Die Wissenschaft hat festgestellt ....“ Deutsches Ärzteblatt Jg 105, Heft 15, 11. April 2008, A 765

20 Hillenhop A (2011) Kritik an SPD-Vorschlag. Deutsches Ärzteblatt Jg 108, Heft 7, 18. Februar 2011, A - 306

Was es hingegen unbestritten im Rahmen medizinischer Versorgung der BürgerInnen gibt, ist ein „Zweiklassenservice“<sup>21</sup>.

## 4. Ethisch vertretbare Überlegungen zur Zwei-Klassen-Medizin

Im Folgenden soll nun versucht werden aus ethischer Perspektive auf die unterschiedlichen Argumente einzugehen, die einer möglichen Zwei-Klassen-Medizin in der Sonderklasse von allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten vorgeworfen werden:

### 4.1. Was ist eine ethische Überlegung?<sup>22</sup>

Ethische Überlegungen beschäftigen sich mit der Frage, ob eine Handlung als moralisch gut eingestuft werden kann. Es geht also um die Summe an Normen, nach denen eine Handlung als richtig und/oder gut begründet angesehen werden kann. Auch wenn Standards und Normen das Handeln von Menschen als sehr kontrovers erscheinen lassen, so gibt es dennoch verbindende und verbindliche Begriffe wie Gerechtigkeit, Ungleichbehandlung, Willkürlichkeit, die Würde des und die Achtung vor dem menschlichen Leben. Diese Begriffe sollten als minimaler Konsens akzeptiert werden, wenn es Fragen der Gesundheit resp. der Gesundheitspolitik betrifft.

Ein zentraler Begriff im Zusammenhang mit der Frage einer Zwei-Klassen-Medizin ist die Gerechtigkeit. Grundsätzlich geht es dabei im Kontext der sozialen Gerechtigkeit um die Frage, wie die Vorzüge und Lasten einer Gesellschaft unter

---

21 Gerst T (2008) „Die Wissenschaft hat festgestellt ....“ Deutsches Ärzteblatt Jg 105, Heft 15, 11. April 2008, A 765

22 Wallner J (2018) Rechtsethik in der Medizin. Schriftenreihe Recht der Medizin, Band 41, Manz Verlag; Maio G (2017) Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin<sup>2</sup>, Schattauer Verlag, 395–406; Stoecker R, Neuhäuser C, Raters ML (2011) Gesundheit und Gerechtigkeit. In: Stoecker R, Neuhäuser C, Raters ML (Hrsg.) Handbuch Angewandte Ethik, J.B. Metzler Verlag 406–413; Pieper A (2017) Einführung in die Ethik<sup>7</sup>, UTB-Verlag; Fenner D (2010) Einführung in die Angewandte Ethik<sup>6</sup>, UTB-Verlag; Pauer-Studer H (2020) Einführung in die Ethik<sup>3</sup>, Facultas; Wallner J (2004) Ethik im Gesundheitswesen, Facultas; Stoecker R, Neuhäuser C, Raters ML (2011) Handbuch Ethik<sup>3</sup>, J.B. Metzler Verlag

ihren Mitgliedern verteilt sind. Ein wesentlicher Anwendungsbereich dieser sozialen Gerechtigkeit ist die Ausgestaltung und Ausführung der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Und dann geht es auch um die Frage der Verteilungsgerechtigkeit, denn von sozialer Gerechtigkeit kann nur dann gesprochen werden, wenn Vorzüge und Lasten einigermaßen gleich innerhalb der Gesellschaft verteilt sind.

Und wenn man nun Güter oder auch Lasten verteilt, dann muss man hinterfragen dürfen, nach welchen Gesichtspunkten nun solche Vor- und Nachteile innerhalb einer Gesellschaft verteilt werden. Dazu haben sich etliche Distributionsgrundsätze herausgebildet, von denen nun einige im Hinblick auf das Thema zu hinterfragen sind, nämlich:

- „jedem das Gleiche“,
- „jedem nach seiner Leistungsfähigkeit“,
- „jedem nach seinen Bedürfnissen“,
- „jedem nach seinen Beiträgen“.

Darauf aufbauend gilt es nun, einige Fragen, die im Zusammenhang mit der Sonderklasse in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten auftauchen, hinsichtlich der ethischen Vertretbarkeit zu diskutieren.

## **4.2. Ist der Abschluss einer Privat- / Zusatzversicherung ethisch vertretbar?**

Grundsätzlich ist in Österreich jeder Staatsbürger verpflichtend krankenversichert. Die Höhe des zu bezahlenden Beitrags richtet sich nach dem Einkommen, der zu bezahlende Beitrag wird bei Arbeitnehmern zum Teil vom Arbeitgeber übernommen. Ehegatten, eingetragene Partner und Kinder sowie auch Pflegegeld erhaltende Angehörige sind unter bestimmten Bedingungen mitversichert.

Im Rahmen dieser Pflichtversicherung erhält der Versicherte im Wesentlichen Sachleistungen, die festgelegten Kriterien zu entsprechen haben (zweckmäßig, notwendig und ein festgelegtes Maß nicht überschreitend). Das kann nun manchen Mitbürgern zu wenig sein und sie schließen daher eine private Zusatzversicherung ab, die, verglichen mit der allgemeinen Krankenversicherung, ein Mehr an Leistung bietet. Dieses Mehr an Leistung bezieht sich dabei auf die sog. „Hotelkomponente“, d.h., diese Zusatzversicherten Menschen bzw. Patienten sind hinsichtlich ihrer Unterbringung im allgemeinen öffentlichen Krankenhaus komfortabler untergebracht und versorgt; sie haben nämlich Anspruch auf Zimmer mit maximal zwei Betten oder, je nach Versicherungsvertrag, auch auf ein Ein-

bettzimmer, und sie haben auch Anspruch auf eine bessere Verpflegung während des Krankenhausaufenthaltes. Dafür aber bezahlen sie in Abhängigkeit vom Alter beim Vertragsabschluss nicht unbeträchtliche Zusatzgebühren, die sie im Falle einer nicht eintretenden Erkrankung nie ausnützen.

Ist es nun moralisch vertretbar, eine solche Zusatzleistung in Anspruch zu nehmen? Lassen sie mich das Pferd von hinten aufzäumen: Es gibt in Österreich eine ausreichende Anzahl an BürgerInnen, für die es wichtig ist, wenn sie privat und/oder beruflich in Österreich oder auch im Ausland unterwegs sind, in einem Vier-Stern-Hotel zu nächtigen, weil ihnen ein gewisser Komfort für die Zeit, die sie außerhalb der eigenen vier Wänden verbringen, in denen sie ebenfalls über diesen Komfort und diese Bequemlichkeiten verfügen, wesentlich ist. Es gibt in Österreich sicherlich ausreichend BürgerInnen, die, wenn sie beruflich und/oder privat mit einem Flugzeug ins Ausland reisen, die Business-Class oder sogar die First-Class in Anspruch nehmen. Bequemlichkeit, Komfort, aber auch die Möglichkeit, während dieses Fluges Schriftsätze zu verfassen oder dringliche Post zu erledigen, sind Argumente dafür. Es gibt in Österreich ausreichend BürgerInnen, die im Besitz teurer Luxuslimousinen sind, weil ihnen ein gewisser Komfort und eine erhöhte Sicherheit wichtig sind, wenn sie auf Europas Straßennetz unterwegs sind. Nun frage ich: Ist dies ein Verhalten, welches zu verurteilen ist und welches ethisch nicht vertretbar ist? Wohl kaum, denn wenn ein Staatsbürger sein Entgelt und/oder seine Ersparnisse oder auch ein Unternehmen seinen Gewinn in derartige Investitionen steckt, dann ist es ein autonomes, selbstbestimmtes Handeln, welches zudem auch von niemandem kritisiert wird. Vielleicht bewundert man solche Menschen, die sich einen gewissen Luxus leisten können, aber in diesem Zusammenhang auf eine „Zwei-Klassen-Gesellschaft“ zu stoßen bzw. von einer solchen Gesellschaft zu sprechen, daran denkt wohl kaum jemand.

Und vergleichbar verhält es sich auch mit dem Abschluss einer privaten Zusatzversicherung. Denn was bringt eine private Zusatzversicherung zum Ausdruck? Sie drückt eigentlich nur aus, dass dem Versicherungsnehmer ein komfortables Ambiente wichtig ist, auch dann oder gerade dann, wenn er sich in ein Krankenhaus begeben muss, um sich einer medizinischen Heilbehandlung zu unterziehen. Und im allgemeinen öffentlichen Krankenhaus kommt der Rechtsträger diesem Wunsch der Patienten entgegen, insofern Sonderklassezimmer entsprechend bequem ausgestattet sind. Somit ist es, verglichen mit anderen täglichen Handlungen von Menschen durchaus vertretbar, dass jemand, der es sich aufgrund seiner finanziellen Ressourcen leisten kann, eine private Zusatzversicherung abschließt. Die finanziellen Ressourcen sind in jeder Gesellschaft ungleichmäßig verteilt – dafür gibt es sehr viele Ursachen, die hier nicht näher ausgeführt werden sollen –, dies ist jedoch keineswegs ungerecht. Und es wird auch zum Ausdruck gebracht, dass es einem zusatzversicherten Patienten möglich ist, einen Arzt seines Ver-

trauens als Ansprechperson und als Berater zu wählen für die Zeit, die der zusatzversicherte Patient in einem Krankenhaus stationär verbringen muss. Auch dies ist kein unethisches Verhalten, denn ein derartiges Verhalten setzen Menschen täglich im Rahmen alltäglicher Praktiken: man wählt einen Rechtsanwalt des Vertrauens bzw. einen Rechtsanwalt, von dessen Kompetenz man überzeugt ist, für die persönliche rechtsfreundliche Vertretung, man wählt bei Bankgeschäften einen kompetenten Mitarbeiter seines Vertrauens, um sich beraten zu lassen, man begibt sich zu einem Autohändler seines Vertrauens beim Kauf eines PKWs bzw. man wendet sich an die KFZ-Werkstatt seines Vertrauens, falls am PKW Reparaturen anfallen. Und niemand würde auf die Idee kommen, dass dieses Verhalten unethisch sei. Und das gleiche Verhalten setzen Menschen, wenn sie sich als zusatzversicherte Patienten an einen Arzt des Vertrauens wenden.

Und es sind nicht die Patienten der Allgemeinklasse in einem Krankenhaus, die sich darüber echauffieren, es sind vielmehr politisch Verantwortliche und Funktionäre diverser Berufsvertretungen, die auf solche Vorteile hinweisen und dann eine „Zwei-Klassen-Medizin“ in den Krankenhäusern beklagen. Und schließlich sind es die Populärjournalisten, die solche teuer bezahlten Privilegien anprangern, Privilegien, die sie aber selbst, falls in Not, sicherlich gerne annehmen.

Und man darf eines nicht vergessen: Im Gegensatz zur Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse sind Behandlungen in der Sonderklasse nicht gedeckelt, d.h., hier kann der Rechtsträger höhere Gewinne lukrieren, und diese Einnahmen kommen ja nicht nur wieder der Ausstattung der Sonderklasse, sondern sie kommen dem Rechtsträger und damit dem gesamten Krankenhaus zugute, das dadurch entsprechende Investitionen durchführen kann, die bei Fehlen dieser Einnahmen nicht möglich wären.

Somit kann man zusammenfassend festhalten, dass zusatzversicherte Patienten in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses weder ein Nachteil für den Rechtsträger noch ein Nachteil für die in der allgemeinen Gebührenklasse behandelten Patienten sind, sondern zusatzversicherte Patienten bringen Vorteile: Vorteile des Rechtsträgers aus der Hotelkomponente der Sonderklasse wirken sich positiv auch auf alle anderen Bereiche der Krankenanstalt und somit auch auf alle versicherten Patienten aus. Die Errichtung einer Sonderklasse in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus ist daher ohne Einschränkungen ethisch vertretbar.

### 4.3. Bestehen Unterschiede in der öffentlichen Gesundheitsversorgung?

Ein Argument, welches immer wieder von den Proponenten einer Zwei-Klassen-Medizin ins Spiel gebracht wird, ist die Behauptung, dass in der Behandlung und Betreuung von Patienten der allgemeinen Krankenversicherung und den zusatzversicherten Pflinglingen nicht vertretbare Unterschiede bestehen. Diese Argumentation ist weder rechtlich noch faktisch haltbar und würde bei tatsächlichem Vorkommen ethisch nicht vertretbar sein.

Wie bereits ausgeführt, bestehen in der Behandlung und Betreuung von unterschiedlich krankenversicherten Patienten keine Unterschiede. Dies ist grundsätzlich rechtlich normiert, die Behandlung von Patienten muss in jeder Versorgungsklasse identisch sein.

Wonach richtet sich eine medizinische Heilbehandlung? Unabhängig von der Einwilligung eines Patienten in eine Behandlung – diese wird hier vorausgesetzt – muss vor Beginn einer medizinischen Handlung eine Indikation dazu bestehen. Die Indikation stellt den Ort der ärztlichen Ethik dar, denn alle anderen Prozesse richten sich nach einer naturwissenschaftlich definierten Vorgehensweise. Eine medizinische Indikation kann daher als jener Teil der Behandlung verstanden werden, der aus objektiver und fachlicher Perspektive gewährleisten soll, dass eine Behandlung sinnvoll und lege artis angeboten werden kann. Und dazu kommt nun die ärztliche Indikation<sup>23</sup>, die auf die speziellen Bedürfnisse eines Patienten abgestimmt werden muss, abgestimmt auf seine psychische und soziale Verfassung, aber auch auf seine Vorerfahrungen und religiösen Überzeugungen.<sup>24</sup>

Und wenn diese Indikation nun steht, der Patient eingewilligt hat, dann muss diese Heilbehandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften, also dem sog. Standard, vorgenommen werden. Und dieser bildet sich nun heraus aus den zum Behandlungszeitpunkt verfügbaren medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen, kombiniert mit den praktischen Erfahrungen der behandelnden Ärzte und der Anwendbarkeit dieses Vorgehens in der Praxis.<sup>25</sup>

---

23 Neitzke G (2008) Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. Eine ethische Analyse der Indikationsstellung. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon A (Hrsg.) Medizinische Indikation und Patientenwille. Schattauer, 53–66

24 Lanzerath D (2008) Was ist medizinische Indikation. Eine medizinische Überlegung. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon A (Hrsg.) Medizinische Indikation und Patientenwille. Schattauer, 53–66

25 Kern BR (2013) Sorgfaltsmaßstab § 2. In Ratzel R, Lissel PM (Hrsg.) Handbuch des Medizinschadensrechts, CH Beck, Rn 8 ff.

Indikation und Behandlung nach Standard vorausgesetzt, ist es dennoch möglich, dass Patienten bei Vorliegen des identischen Krankheitsbildes unterschiedlich behandelt werden. Dies ergibt sich daraus, dass einerseits die Grundlage für den medizinischen Standard von Fachgesellschaften vorgegebene Leitlinien sind, die nicht nur eine Möglichkeit der Behandlung eines Krankheitsbildes, sondern je nach Bedürfnissen mehrere Möglichkeiten vorgeben. Diese unterschiedlichen Behandlungsansätze unterscheiden sich nicht im Hinblick auf die Indikation zur Behandlung, sondern sie unterscheiden sich im Hinblick auf die Eignung für den jeweiligen Patienten. Da Patienten nicht einheitlich über einen Kamm geschoren werden können, sondern sich, zusätzlich zur behandelnden Erkrankung, mit unterschiedlichen Vor- und Begleiterkrankungen präsentieren, müssen auch Behandlungen daran adaptiert werden. Dieses Vorgehen entspricht der ärztlichen Kunst. Ein derartiges Vorgehen trifft nicht nur auf Patienten der Allgemeinklasse, sondern auch auf Zusatzversicherte Patienten zu.

Nun kann es natürlich vorkommen, dass ein in der allgemeinen Krankenversicherung versicherter Patient mit der einen, ein Zusatzversicherter Patient mit einer anderen Behandlungsmethode therapiert wird, und dann kommt das Gerücht einer ungleichen Behandlung auf. Und damit wird eine Zwei-Klassen-Medizin behauptet, die unethisch ist. Ein vollkommen falscher Ansatz. Nicht unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten, die sich an der jeweiligen Situation und an den jeweiligen Bedürfnissen eines Patienten orientieren, sind unethisch und daher nicht vertretbar, unethisch wäre ein unreflektiertes Vorgehen der Ärzte hinsichtlich der Indikation, des Gesundheitszustandes des Patienten und ohne Berücksichtigung vorliegender Erkrankungen im Hinblick auf die Kontraindikationen der angebotenen Maßnahmen.

Gleiches gilt auch im Hinblick auf die Behandlung mit unterschiedlichen Medikamenten: Auch hier wird von den Kritikern übersehen, dass es im Handel und selbstverständlich auch in den Medikamentenlagern von Krankenanstalten nicht nur Originalpräparate gibt, sondern dass auch sog. Generika verfügbar sind. Generika sind keine „schlechten“ Medikamente, Generika sind Medikamente, die von anderen pharmazeutischen Firmen produziert worden sind, die nicht alle aufwendigen Untersuchungsverfahren bis zur Freigabe des Medikaments anwenden mussten, da diese – insbesondere die Sicherheitschecks – bereits vorlagen und diese Medikamente dann eben kostengünstiger nachgebaut werden konnten. Und für die Behandlung eines Patienten kommt es nicht darauf an, welcher Name auf einer Verpackung steht, sondern es kommt nur und ausschließlich auf den wirkenden Inhaltsstoff an. Und dass Patienten unterschiedliche Medikamente hinsichtlich ihres Namens in Apotheken und/oder Krankenanstalten erhalten, hängt ausschließlich mit der Verfügbarkeit dieser Substanzen in den Apotheken zusammen. In diesem Vorgehen ist nichts Unethisches zu erkennen, denn es

geht ausschließlich um die Wirksubstanz und nicht um die Verpackung. Auch bei der Verschreibung ist der Arzt an die Indikation und an die Vorgaben in Leitlinien gebunden, sich nicht daran zu halten, wäre unethisch, sich daran zu halten – bei unterschiedlicher Bezeichnung von Medikamentenverpackungen –, entspricht einer täglichen Praxis in Klinik und Ordination und ist keinesfalls Ausdruck einer Zwei-Klassen-Medizin.

Unabhängig davon haben sich alle Ärzte und auch Rechtsträger von Krankenanstalten an die Vorgaben des Hauptverbandes der Sozialversicherungen zu halten, der Medikamente für alle Versicherten nach ökonomischen Gesichtspunkten vorgibt. Und da alle Versicherten, einschließlich der zusatzversicherten Bürger, davon betroffen sind, ist dieses Vorgehen ethisch vertretbar und führt zu keiner Privilegierung einzelner Staatsbürger.

#### 4.4. Unterschiedliche Wartezeiten auf chirurgische Interventionen

Wartezeiten auf einen elektiven chirurgischen Eingriff sind ein heikles Thema und hauptverantwortlich für die Aussage, dass es eine Zwei-Klassen-Medizin in österreichischen Krankenanstalten gäbe.

Es liegen Untersuchungen vor zum Thema Wartezeiten auf elektive Operationen in österreichischen Krankenanstalten.<sup>26, 27</sup> In diesen Befragungen der Rechtsträger österreichischer Krankenanstalten legen diese offen, wie lange Patienten auf orthopädische resp. augenchirurgische Operationen zu warten haben. Und es wird in diesen Studien auch das Thema der Zuzahlung an Chirurgen resp. die Durchführung von erforderlichen Voruntersuchungen in den Privatordinationen dieser Mediziner und die damit verbundene Vorreihung auf den Wartelisten thematisiert. Wie diese Studien ergeben, gibt es das zwar nicht allzu häufig, dennoch haben Patienten, die sich in den Privatordinationen untersuchen lassen und entsprechende Summen dem geplanten Operateur zukommen lassen, Aussichten auf einen früheren Operationstermin. Es ist unbestritten, dass ein derartiges Verhalten sich gegen jeden ethischen Kodex richtet und Ärzte, die derartiges Verhalten an den

---

26 Czypionka T, Kraus M, Fölsleitner S, Stacherl B (2020) Wartezeiten auf elektive Operationen – Beschreibung der aktuellen Lage in Österreich. SozSi Heft 1, 29; Czypionka T, Kraus M, Riedel M, Röhrling G (2007) Warten auf Elektivoperationen in Österreich: eine Umfrage: eine Frage der Transparenz. Health System Watch 4; Czypionka T, Kraus M, Stegner C (2013) Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz. Health System Watch 2;

27 Pabel K (2011) Versorgungspflichten des Landes im stationären Krankenanstaltenwesen. RdM Heft 5a, 168

Tag legen, auch wenn es möglicherweise innerhalb rechtlicher Grenzen erfolgt, zumindest ethisch zu „verurteilen“ sind. Habgier lässt sich wohl kaum mit dem ärztlichen Ethos in Einklang bringen.

Kommen Patienten der Sonderklassen eines öffentlichen Krankenhauses tatsächlich früher zu einem Termin für elektive Operationen? Nun, das ist durchaus möglich und auch wahrscheinlich. Dennoch ist darin keine ungerechtfertigte Bevorzugung der Patienten der Sonderklasse zu erkennen. Vorab: Es ist bekannt, dass die Verteilung von allgemein versicherten Patienten zu der Zahl jener Menschen, die eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben, in einem Verhältnis von 3 : 1 besteht. Dann sollte es aber auch einleuchtend sein, dass Patienten der Sonderklasse im Vergleich zu den Patienten der Allgemeingebührenklasse insgesamt früher operativ versorgt werden können. Das Operationsprogramm einer chirurgischen Abteilung ist grundsätzlich begrenzt, denn je nach chirurgischem Eingriff lässt sich pro Tag nur eine bestimmte Anzahl an operativen Interventionen durchführen. Es ist jederzeit beweisbar, dass auf einem Operationsprogramm mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mehr allgemein versicherte Patienten stehen als zusatzversicherte. Aus der Verteilung der beiden Patientengruppen ergibt sich nun einmal, dass die kleinere Zahl an Patienten insgesamt früher operiert werden kann als die dreifache Anzahl an Patienten; denn es wäre ethisch ja wohl kaum vertretbar, zusatzversicherte Patienten auf der Sonderklasse so lange liegen zu lassen und nicht zu behandeln, bis die allgemein krankenversicherten Patienten operiert worden sind. Abgesehen vom ethisch falschen Verhalten würde auch keine Versicherung Leistungen erbringen für eine fehlende medizinische Gegenleistung. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass der Aufenthalt eines Patienten nicht mit dem Ende des operativen Eingriffs beendet ist, sondern dass sich an die chirurgische Intervention auch noch die postoperative Phase anschließt. Und diese Phase dauert unterschiedlich lange und hängt wiederum von den Vor- und Begleiterkrankungen eines Patienten ab, diese haben nämlich einen wesentlichen Einfluss auf den Heilungsverlauf. Ich denke dabei nur an die höhere Inzidenz an postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit einem Diabetes mellitus. Nun ist aber auch bekannt, dass Menschen mit einem geringeren sozialen Status eher Vor- und Begleiterkrankungen aufweisen als Bürger mit einem höheren sozialen Status. Und damit kommt eine weitere Dimension zum Tragen, nämlich dass dadurch Patienten der Sonderklasse, die meisten dieser Versicherten sind einer höheren sozialen Schicht zuzurechnen, das Krankenhaus nach einem operativen Eingriff früher verlassen können als die Patienten in der Allgemeinklasse. D.h. aber mit anderen Worten: Patienten, die postoperativ lange weiterbehandelt werden müssen, führen zu einer entsprechenden Veränderung im Operationsprogramm, insofern als Wartelisten nicht abgearbeitet werden können, frühere Entlassungen jedoch ermöglichen die Abarbeitung von Wartelisten, die selbstverständlich auch

bei zusatzversicherten Patienten bestehen. Und damit genießen diese Patienten scheinbar einen Vorteil im Sinne einer Zwei-Klassen-Medizin. Zudem darf nicht übersehen werden, dass eine große Zahl zusatzversicherter Patienten auch in Sanatorien und Privatkliniken behandelt wird, dies aber in der Diskussion meist in einen Topf geworfen wird. Auch damit kommt man in der Argumentation zu einem „vorgezogenen“ Operationstermin, obwohl das eine Vorgehen nichts mit anderen zu tun hat: Sonderklasse ist nicht Privatkrankenhaus.

Es lässt sich in einem derartigen Vorgehen jedoch kein unethisches Verhalten erkennen, denn es muss auch für alle erkennbar sein, dass, auch aber nicht nur, aufgrund ökonomischer Zwänge jeder Rechtsträger einer Krankenanstalt und in dessen Verlängerung zumindest der Leiter einer Abteilung gefordert ist, wirtschaftlich zu denken. Und wirtschaftlich denken heißt, die vorhandenen Ressourcen nutzen. Und damit können eben auch zusatzversicherte Patienten zu einem früheren als dem geplanten Zeitpunkt in das Operationsprogramm kommen. Dieses Verhalten ist nicht nur gefordert, sondern auch ethisch vertretbar, nicht ethisch vertretbar wäre es vielmehr, freie Ressourcen nicht zu nutzen.<sup>28</sup>

---

28 Greiling D (2019) Das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. In: Fuchs M, Greiling D, Rosenberger M (Hrsg.) Gut versorgt. Ökonomie und Ethik im Gesundheits- und Pflegebereich. Nomos, 23 – 44; Wallner J (2018) Effizienz und Ethik sind kein Widerspruch. Ein Beitrag der erzählenden Ethik zu Fragen der Gerechtigkeit. In: Platzer H, Kröll W (Hrsg.) Gerechte Medizin, Analysen und Impulse aus Theorie und Praxis, Nomos, 85–90; Schaupp W (2018) Ressourcenknappheit. Welche Mitverantwortung gibt es für Ärztinnen und Ärzte. In: Platzer H, Kröll W (Hrsg.) Gerechte Medizin, Analysen und Impulse aus Theorie und Praxis, Nomos, 91–110; Kröll W (2018) Allokationsentscheidungen am täglichen Arbeitsplatz. In: Platzer H, Kröll W (Hrsg.) Gerechte Medizin, Analysen und Impulse aus Theorie und Praxis, Nomos, 111–130

## 5. Zusammenfassung

Der Terminus „Zwei-Klassen-Medizin“ wird viel zu oft eigentlich missbräuchlich verwendet, vor allem immer dann, wenn man versuchen will, aus gesellschaftspolitischen und/oder standespolitischen Gründen einen Keil zwischen bestimmte Bevölkerungsschichten zu treiben. Und man argumentiert damit, dass Bürger, die eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben, im Rahmen einer medizinischen Behandlung in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses ausschließlich Vorteile genießen. Und zwar bessere Untersuchungsmöglichkeiten, bessere Medikamente und vor allem raschere Operationstermine als die Allgemeinbevölkerung. Und man jammert dann herum, dass dies alles unethisch sei, dass es mit den Grundrechten nicht vereinbar sei, dass derartiges Verhalten einfach abgeschafft werden müsse.

Niemand jedoch erwähnt bei diesen Diskussionen die Tatsache, um die sich faktisch und normativ tatsächlich alles dreht, nämlich die sog. Hotelkomponente, d.h. eine komfortablere Unterkunft im Krankenhaus und eine etwas bessere Art der Verpflegung während des stationären Aufenthaltes. Nun, es ist durchaus verständlich, dass man dies nicht erwähnt, mit dieser Argumentation kann man nichts erreichen, damit lässt sich kein Keil in die Gesellschaft treiben, damit lassen sich Gesellschaftsschichten nicht spalten.

In der vorliegenden Arbeit wird aufgezeigt, dass es Unterschiede gibt zwischen den unterschiedlich versicherten Bürgern, dass diese Unterschiede jedoch ethisch vertretbar sind.

Und schließlich sollte man versuchen, von dem eher unglücklich gewählten Begriff einer Zwei-Klassen-Medizin wegzukommen und vielmehr einen Begriff wählen, der eigentlich das ausdrückt, um was es tatsächlich geht, wenn sich ein Bürger aufgrund verfügbarer finanzieller Ressourcen zusatzversichern lässt: Es geht um ein besseres Service in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus. Daher wäre der Terminus „Zwei-Klassen-Service“ der wohl geeignetere Begriff, denn ein besseres Service nehmen Bürger und Bürgerinnen auch in anderen Bereichen in Anspruch und niemand diskutiert darüber, zumindest nicht diskriminierend in der Öffentlichkeit.



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](mailto:lig@aekoee.at)

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

**LIG**  
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER  
INSTITUT  
FÜR

**aekoee** Ärztekammer  
für Oberösterreich