

# MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Krankenversicherung in Österreich –  
Struktur, Finanzierungsprobleme und Reformansätze“

Verfasserin / Verfasser

Erwin Eckhart

angestrebter akademischer Grad

Magister der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften  
(Mag. rer. soc. oec.)

Wien, im April 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 066 915
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Betriebswirtschaft
Betreuer / Betreuerin:	Univ.-Prof. DDr. Dieter Stiefel

## **Danksagung**

Zunächst möchte ich mich bei allen Menschen in meinem Verwandten-, Freundes- und Bekanntenkreis für die Unterstützung während meiner Studienzeit und insbesondere während der Erstellung dieser Magisterarbeit bedanken.

An dieser Stelle möchte ich speziell Univ. Prof. DDr. Dieter Stiefel für die Betreuung dieser Arbeit und sein jederzeitiges Entgegenkommen ebenso meinen Dank erweisen wie für sämtliche Ratschläge bei ihrer Konzeption und Umsetzung.

Besonders möchte ich mich weiters ganz herzlich bei meinen Eltern Ernst und Brigitta für ihre stetige Hilfestellung in jeder Lebenslage bedanken. Ebenso danke ich meinem Bruder Markus für seine Unterstützung und Ratschläge.

Mein ganz spezieller Dank gilt natürlich meiner Freundin Anita, die jederzeit voll und ganz unterstützend und motivierend für mich da gewesen ist und mir die nötige Kraft gegeben hat.

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1. Ziel und Aufbau der Arbeit .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Historischer Überblick .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Die Zeit bis zur gesetzlichen Regelung der Sozialversicherung 1889 .....</b>	<b>9</b>
2.1.1. Die Anfänge der sozialen Fürsorge.....	9
2.1.2. Die Regierung Taaffe.....	11
<b>2.2. Die Geburtsstunde der Sozialversicherung in Österreich.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3. Die Zeit nach dem Ersten Weltkrieg .....</b>	<b>17</b>
<b>2.4. Die Nachkriegszeit.....</b>	<b>22</b>
<b>2.5. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz.....</b>	<b>25</b>
<b>3. Der Aufbau der Sozialversicherung .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1. Rechtsquellen und Versichertenkreis .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2. Die Kernprinzipien .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3. Organisatorischer Aufbau.....</b>	<b>29</b>
<b>3.4. Aufgaben der Sozialversicherungsträger .....</b>	<b>29</b>
<b>3.5. Die Selbstverwaltung .....</b>	<b>30</b>
3.5.1. Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger .....	30
3.5.2. Verwaltungskörper des Hauptverbandes .....	30
<b>3.6. Aufgaben und Leistungen der Krankenversicherung .....</b>	<b>31</b>
3.6.1. Aufgaben der Krankenversicherung.....	31
3.6.2. Leistungen der Krankenversicherung .....	31
3.6.3. Prävention .....	32
<b>3.7. Das Ökonomiegebot in der österreichischen Gesetzgebung .....</b>	<b>35</b>
<b>3.8. Sozialversicherungsreformen .....</b>	<b>35</b>
<b>3.9. Die Krankenversicherung zwischen dem Sparpaket 1996 und 2002 .....</b>	<b>40</b>
<b>4. Finanzierungsprobleme in der Krankenversicherung .....</b>	<b>44</b>
<b>4.1. Die finanzielle Ausgangssituation in der Krankenversicherung .....</b>	<b>44</b>
<b>4.2. Ursachen für die Kostenexplosion .....</b>	<b>53</b>
4.2.1. Demographische Entwicklung .....	53
4.2.2. Medizinischer Fortschritt .....	54
4.2.3. Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer .....	55
4.2.4. Ärztedichte .....	57
4.2.5. Geänderter Anspruch .....	58

<b>4.3. Die Krankenanstaltenfinanzierung.....</b>	<b>59</b>
4.3.1. Der Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds KRAZAF .....	59
4.3.2. Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF .....	60
<b>5. Das Principal-Agent-Model im Gesundheitswesen .....</b>	<b>62</b>
<b>5.1. Die ökonomische Begründung der Krankenversicherung .....</b>	<b>63</b>
<b>5.2. Versuch des Entwurfs eines optimalen KV-Vertrages .....</b>	<b>65</b>
<b>5.3. Einzelleistungshonorierung .....</b>	<b>68</b>
<b>5.4. Alternativen zur Einzelleistungshonorierung .....</b>	<b>73</b>
<b>6. Reformansätze in der Krankenversicherung .....</b>	<b>76</b>
<b>6.1. Selbstbeteiligungen .....</b>	<b>76</b>
<b>6.2. Modelle der Selbstbeteiligung.....</b>	<b>77</b>
<b>7. Die private Krankenversicherung .....</b>	<b>78</b>
<b>7.1. Die historische Entwicklung der privaten Krankenversicherung .....</b>	<b>78</b>
<b>7.2. Begriffsdefinition .....</b>	<b>79</b>
<b>7.3. Charakteristika der privaten Krankenversicherung.....</b>	<b>80</b>
7.3.1. Unterschiede zur gesetzlichen Krankenversicherung.....	80
7.3.2. Alternative Funktionen der privaten Krankenversicherung.....	80
7.3.3. Prämie und Risiko .....	81
<b>7.4. Rechtliche Grundlagen der privaten Krankenversicherung .....</b>	<b>82</b>
<b>7.5. Leistungen der privaten Krankenversicherung.....</b>	<b>82</b>
7.5.1. Krankenhauskostentarif .....	82
7.5.2. Operationskostenversicherung.....	83
7.5.3. Privatarztversicherung .....	83
7.5.4. Unfallkostenversicherung .....	83
7.5.5. Arzneimittel .....	83
7.5.6. Zahnkostentarif.....	83
7.5.7. Krankenhaus-Taggeldversicherung.....	84
7.5.8. Krankheitskostenversicherung.....	84
7.5.9. Auslandsreiseversicherung.....	84
7.5.10. Kein Versicherungsschutz.....	84
<b>8. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens</b>	
<b>2003 .....</b>	<b>86</b>
<b>8.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2003.....</b>	<b>86</b>
<b>8.2. Steigende Medikamentenkosten und Förderung von Generika .....</b>	<b>87</b>

<b>8.3. Pläne zum Ende der Chefarztpflicht .....</b>	<b>88</b>
<b>9. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens</b>	
<b>2004 .....</b>	<b>89</b>
<b>9.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2004.....</b>	<b>89</b>
<b>9.2. Angekündigte Reformen und Fusionierungen .....</b>	<b>92</b>
9.2.1. Vorschläge zur Reorganisation.....	93
9.2.2. Die Beschlussfassung des Gesundheitspakets .....	95
<b>9.3. Studien über Entlastung und Selbstbehalte .....</b>	<b>96</b>
<b>9.4. Der Wiener Kassenstreit und seine Auswirkungen .....</b>	<b>97</b>
<b>9.5. Medikamente und Generika .....</b>	<b>99</b>
<b>9.6. Neue Vorschläge zur Chefarztpflicht .....</b>	<b>101</b>
<b>10. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens</b>	
<b>2005 .....</b>	<b>102</b>
<b>10.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2005 .....</b>	<b>102</b>
<b>10.2. Die Österreichische Strukturplan Gesundheit .....</b>	<b>103</b>
<b>10.3. Änderungen im Hauptverband und Überlegungen zu den Spitälern .....</b>	<b>104</b>
<b>10.4. Kritik an der Chefarztpflicht und E-Card .....</b>	<b>104</b>
<b>10.5. Novelle bei den Medikamenten .....</b>	<b>106</b>
<b>11. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens</b>	
<b>2006 .....</b>	<b>107</b>
<b>11.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2006 .....</b>	<b>107</b>
11.1.1. Verzögerung bei Kassenfusionierung .....	109
<b>11.2. Vorschläge des Kompetenzteams Gesundheit der SPÖ 2006.....</b>	<b>109</b>
<b>11.3. E-Card und E-Health .....</b>	<b>110</b>
<b>11.4. Anstieg im Bereich der Generika.....</b>	<b>112</b>
<b>12. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens</b>	
<b>2007 .....</b>	<b>113</b>
<b>12.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2007 .....</b>	<b>113</b>
<b>12.2. Der Rechnungshofvergleich WGKK - OÖGKK.....</b>	<b>117</b>
<b>12.3. Probleme bei der Umsetzung der Gesundheitsreform.....</b>	<b>119</b>
<b>12.4. Vorschläge zum Gesundheitssystem und den Spitälern .....</b>	<b>120</b>
12.4.1. Spitalsfinanzierung .....	121
<b>12.5. Ärzte drohen mit Streik .....</b>	<b>122</b>

<b>13. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens</b>	
<b>2008</b> .....	<b>124</b>
<b>13.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2008</b> .....	<b>124</b>
13.1.1. Probleme der Krankenkassen mit Zinszahlungen .....	124
<b>13.2. Spitalereffizienz und Arztbesuche</b> .....	<b>126</b>
<b>13.3. Medikamente und Generika</b> .....	<b>127</b>
13.3.1. Umsetzung des Sanierungspakets .....	128
<b>14. Die geplante Gesundheitsreform 2008</b> .....	<b>130</b>
<b>14.1. Vorschläge zur Gesundheitsreform von den Sozialpartnern</b> .....	<b>130</b>
14.1.1. Die Ausgangssituation .....	130
14.1.2. Vereinbarungen zwischen Hauptverband und Bund .....	131
14.1.3 . Neuausrichtung der Sozialversicherung .....	131
14.1.4 . Finanzierung aus einer Hand .....	132
14.1.5 . Ausgabenseitige Möglichkeiten im Detail .....	133
14.1.6 . Unmittelbare Reaktionen auf die Vorschläge .....	135
14.1.7 . Reformpapier der Ärzte .....	137
<b>14.2. Die Gesundheitsreform 2008</b> .....	<b>138</b>
14.2.1. Ablehnung im Vorfeld .....	138
14.2.2. Die Grundsätze der Reform .....	139
14.2.3. Reaktionen auf die Reformvorschläge .....	141
<b>14.3. Versuch der Einigung</b> .....	<b>144</b>
<b>14.4. Das Scheitern der Gesundheitsreform</b> .....	<b>146</b>
<b>14.5. Folgen aus dem Scheitern</b> .....	<b>148</b>
<b>14.6. Aktuelle Entwicklungen</b> .....	<b>150</b>
<b>15. Conclusio</b> .....	<b>152</b>
<b>16. Tabellen- und Graphikverzeichnis</b> .....	<b>154</b>
<b>17. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>156</b>
<b>18. Anhang</b> .....	<b>193</b>
<b>18.1. Zusammenfassung</b> .....	<b>193</b>
<b>18.2. Abstract</b> .....	<b>195</b>

## 1. Ziel und Aufbau der Arbeit

Österreich hat es in den letzten Jahrzehnten geschafft, in einem relativ kurzen Zeitraum ein hoch entwickeltes Gesundheitssystem aufzubauen, in dem mittlerweile praktisch die gesamte Bevölkerung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geschützt ist. Diese soziale Sicherung war zweifellos eine der größten Errungenschaften des vergangenen Jahrhunderts, Leistungen wurden lange Zeit ausgebaut, der Empfängerkreis stetig erweitert und medizinische Fortschritte erzielt.

Das damit verbundene kontinuierliche Anwachsen der Gesundheitsausgaben wurde hingegen lange Zeit ignoriert oder zumindest nicht entsprechend ihrer Bedrohung richtiggehend erkannt, obwohl seit der Einführung der Sozialversicherung in Österreich stets mahnende Stimmen auftauchten, die vor bevorstehenden Finanzierungsschwierigkeiten warnten. Reagiert wurde von politischer Seite jedenfalls lange nicht, und wenn, dann nur in eher bescheidenem Ausmaß, von wahren Strukturreformen konnte nie die Rede sein. Das Resultat war in den letzten Jahren und Jahrzehnten festzustellen, die Kosten explodierten und die Krankenversicherungsträger stehen mittlerweile vor beträchtlichen Problemen. So bilanzierte in den letzten Jahren kaum eine Gebietskrankenkasse mit einem positiven Saldo, einzelnen Kassen wie der Wiener Gebietskrankenkasse drohte bereits die Zahlungsunfähigkeit.

Ziel dieser Arbeit ist es nun, einen Überblick über die positiven wie auch die negativen Entwicklungen der Krankenversicherung seit ihrer Entstehung zu liefern, die Versuche, der tristen Finanzsituation entgegenzusteuern sowie eine intensive Betrachtung der geplanten Maßnahmen der letzten Bundesregierungen zu ermöglichen. Weiters werden einige Vorschläge und Modelle behandelt, die als Lösungsansätze für dieses Problem immer wieder ins Gespräch gebracht wurden und auch in der gegenwärtigen Diskussion eine durchaus gewichtige Rolle spielen.

Der Aufbau der Arbeit ist nun dementsprechend so gewählt, dass zuerst die geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung in Österreich in Kapitel 2 beschrieben wird, wobei auch einige Meilensteine der Historie der gesamten Sozialversicherung nicht außer Acht gelassen werden sollen.

Kapitel 3 knüpft an diesem Prinzip an und hat im historischen Kontext den Aufbau der österreichischen Sozialversicherung, ihre Organisation, Prinzipien sowie Aufgaben und Leistungen zum Thema.

Im darauf folgenden Kapitel wird speziell die Entwicklung der Krankenversicherung in Österreich nach dem ASVG behandelt. Die rasant ansteigenden Kosten im Gesundheitswesen, ihre Gründe und der erste Versuch der Politik, im Rahmen einer Organisationsreform in der Sozialversicherung sowie einer Neugestaltung der Finanzierung der Krankenanstalten der Entwicklung Rechnung zu tragen, stehen dabei in Folge im Mittelpunkt.

Kapitel 5 beschäftigt sich mit der Frage optimaler Honorierungsmodelle im Gesundheitswesen und zeigt mit Hilfe der Principal-Agency-Theorie Anreize und Fehlsteuerungen in diesem Bereich auf. Ebenso werden einige Versuche bearbeitet, effiziente Verträge zu gestalten, während Kapitel 6 auf oftmals vorgeschlagene Lösungsansätze durch Selbstbeteiligungen näher eingehen wird.

Kapitel 7 widmet sich der in Österreich vor allem als Zusatzfunktion zur gesetzlichen Versicherung vorkommenden privaten Krankenversicherung und thematisiert deren Eigenheiten sowie Unterschiede.

Ab Kapitel 8 wird ein detaillierter Überblick über die einzelnen Jahre von 2003 bis in die Gegenwart geliefert, um anhand der tages- und gesellschaftspolitischen Situationen diverse Lösungsvorschläge ebenso nachvollziehen zu können wie die aus unterschiedlichsten Motiven resultierenden Gründe, wieso sich eine nachhaltige Sanierung des Gesundheitssystems und eine von breiter Zustimmung getragene Reform der Krankenversicherungen als so schwierig erweist und letztlich auch über die Jahrzehnte keine wirklich entscheidende Verbesserung des Systems herbeigeführt werden konnte.



## **2. Historischer Überblick**

In der Historie der österreichischen Sozialversicherung gibt es zwei markante Einschnitte in die bis dahin bestehenden Regelungen, zuerst die erstmalige gesetzliche Regelung der Sozialversicherung 1889, sowie das Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes am 1. Jänner 1956. Der erste Teil dieser Arbeit liefert einen historischen Überblick über die Entwicklung der Sozialversicherung im Allgemeinen und der Krankenversicherungen im Besonderen, um die über Jahrzehnte angewachsenen Neuregelungen und Verbesserungen in diesen Bereichen nachvollziehen zu können.

### **2.1. Die Zeit bis zur gesetzlichen Regelung der Sozialversicherung 1889**

#### **2.1.1. Die Anfänge der sozialen Fürsorge**

Bevor es im Jahr 1889 erstmals zu Leistungen der Sozialversicherung kam, nachdem in beiden Jahren zuvor die entsprechenden Gesetze bezüglich der Kranken- und Unfallversicherung beschlossen worden waren, gab es in Österreich im wesentlichen drei Arten der Fürsorge für die Arbeitnehmer, nämlich:

- ◆ Selbsthilfe innerhalb von vereinsmäßiger oder genossenschaftlicher Fürsorge,
- ◆ in Form von Armenunterstützung aus öffentlichen Mitteln,
- ◆ durch den Arbeitgeber, beruhend auf dem Arbeitsvertrag,

wobei auf keine dieser Hilfen ein wirklicher Anspruch im Sinne der gegenwärtigen Betrachtungsweise bestand.<sup>1</sup>

Als direkte Vorgänger der Sozialversicherung können gegen Ende des Mittelalters von den Zünften gegründete Einrichtungen angesehen werden, die durch eingehobene Pflichtbeiträge im Krankheitsfall eine Unterstützung ermöglichten.<sup>2</sup>

Mit der Gesindeordnung von 1810 wurde erstmals eine vom Dienstgeber zu übernehmende vierwöchige Pflege des erkrankten Dienstpersonals verankert<sup>3</sup>, durch das Hofkanzleidekret vom 18. Februar 1837 mussten auch Fabrikanten, Gewerbetreibende und Kaufleute diese

---

<sup>1</sup> Vgl. Rudolf, Gert: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 9, September 1989, S.354

<sup>2</sup> Vgl. Kosicek, Peter: Das Krankenversicherungssystem in Österreich und alternative Finanzierungsmodelle im Bereich des Gesundheitssystems. Wien, Dipl., 1991, S.7

<sup>3</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O., S.354

Verpflichtung in der Verpflegungskostennormale für erkrankte Arbeitnehmer übernehmen.<sup>4</sup>

Der nächste bedeutende Schritt war das Allgemeine Berggesetz aus dem Jahr 1854, das eine einheitliche Regelung des Bruderladenwesens zur Folge hatte.<sup>5</sup> Dieses musste zwingend von den Bergwerksbesitzern gegründet werden.

Mitte des 19. Jahrhunderts wurden, nicht zuletzt ausgelöst durch die Unruhen um und nach 1848, erste Unterstützungsvereine gegründet, so etwa am 20. November 1855 der “Unterstützungsverein unverschuldet verarmter Meister, Fabrikanten oder deren Witwen, welche durch ihre Hände Arbeit nicht imstande sind, ihren Lebensunterhalt zu sichern”. Glichen diese Vereine zuerst noch eher einem freiwilligen Pensionsinstitut, so wurden in Folge die Leistungen auch in Richtung Krankenversicherung ausgedehnt.<sup>6</sup>

Durch die Gewerbeordnung 1859 wurde ein Schritt zur Krankenversicherung hin getan, sollten doch Genossenschaften die Möglichkeit bekommen, Anstalten zu gründen, um ihre Mitglieder sowie deren Angehörige im Krankheitsfall unterstützen zu können. Da aber keine Pflicht zur Mitgliedschaft herrschte, konstituierten sich, mit der Ausnahme Wiens, relativ wenige Genossenschaften.<sup>7</sup> Weiters sollten Betriebe mit mehr als 20 Mitarbeitern verpflichtet werden, diese durch eine eigens eingerichtete Unterstützungskasse oder dem Beitritt zu einer bereits existierenden Genossenschaftskasse gegen Unfälle und Krankheiten zu schützen. Die Anzahl neu eingerichteter Kassen blieb durch Lücken im Gesetz beziehungsweise Unbestimmtheiten im Gesetzestext jedoch relativ klein.<sup>8</sup>

Durch das Vereinsgesetz vom 15. November 1867 erhielten Arbeitervereine eine rechtliche Grundlage, die es ihnen ermöglichte, an einem eigenen Kassenwesen zu arbeiten. So konnte der seit Dezember 1867 tätige Wiener Arbeiterbildungsverein bereits nach einigen Monaten mit der Ausarbeitung der Statuten für die “allgemeinen Arbeiter-Kranken- und Invalidenkasse” beginnen, welche schließlich im Juni 1868 ihre Tätigkeit aufnehmen konnte und als Vorreiter für die Krankenversicherung betrachtet werden kann.<sup>9</sup> In der Folgezeit riefen auch ande-

---

<sup>4</sup> Vgl. Radner, Alfred: Strukturprobleme der Krankenversicherung. Linz, Rudolf Trauner, 1977, S.173

<sup>5</sup> Vgl. Rimpel, Robert: Die Sozialversicherung - Geschichte und Zukunftsentwicklung. In: Soziale Sicherheit, Heft 11, November 1964, S.369

<sup>6</sup> Vgl. Spitzauer, Martin: Stationen der gewerblichen Sozialversicherung. In: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, 1994, S.249-250

<sup>7</sup> Vgl. Bruckmüller, Ernst: Zur Entwicklung der Sozialversicherung für Selbständige in Gewerbe und Landwirtschaft. In: Tomandl, Theodor: 100 Jahre Sozialversicherung in Österreich. Wien, Ueberreuter, 1988, S.16

<sup>8</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard: Vom Krankenversicherer zum Gesundheitssicherer. Linz, Universitätsverlag Rudolf Trauner, 1999, S.23-24

<sup>9</sup> Vgl. Hofmeister, Herbert: Die Verbände in der österreichischen Sozialversicherung. Wien, Ueberreuter, 1989, S.15

re Bildungsvereine ähnliche Vereinskassen ins Leben, deren Ziel es war, Kassenangehörigen bei einem Ortswechsel Leistungsansprüche gegenüber jeder Kassa zu gewähren, was allerdings erst auf einem am 7. und 8. Oktober 1873 stattfindenden Kongress der Arbeiter-Kranken- und Invaliden-Unterstützungsvereine beschlossen wurde.<sup>10</sup> Zu diesem Zeitpunkt war die Welt allerdings bereits von der vom Börsenkrach am 9. Mai 1873 ausgelösten Wirtschaftskrise erfasst worden und die Vereine ihrer ersten ernsthaften Probe ausgesetzt, da viele Mitglieder ihre Arbeit verloren und die wegfallenden Beitragszahlungen ihre Auswirkungen auf die Finanzkraft der Vereine hatten.<sup>11</sup> Die gestiegene Arbeitslosigkeit und die verstärkten sozialen Gegensätze zu dieser Zeit führten in den Folgejahren nun dazu, dass die Einführung einer übergreifenden Kassa zunehmend aktueller wurde, nicht zuletzt deswegen, weil mehr Menschen gezwungen waren, Arbeit an anderen Orten anzunehmen.

Auch die liberale Regierung stand den Arbeiterkassen mit ihrem Selbsthilfemodell nicht ablehnend gegenüber, sichtbar beispielsweise in Gewerbeordnungsentwürfen zwischen 1875 und 1879, in denen etwa eine Beitragspflicht der Unternehmer für zwangsweise eingerichtete Kassen zu finden war.<sup>12</sup>

### **2.1.2. Die Regierung Taaffe**

Am 12. August 1879 übernahm die für die nächsten 14 Jahre von Eduard Graf Taaffe geführte Regierung ihr Amt, durch die es zu einigen Änderungen im sozialen Bereich kommen sollte. Ziel war es, eine staatliche Sozialpolitik zu machen, was vor allem Gegensätze zu den Arbeiterkassen heraufbeschwor, da diese mit ihren Selbsthilfeorganisationen eine gewisse Konkurrenz darstellten und ausschließlich von Arbeitnehmern getragen werden sollten.<sup>13</sup>

Als Anstoß dafür, ein Sozialversicherungssystem zu errichten, kann nicht nur für Österreich, sondern europaweit das Bismarcksche Modell im Deutschen Reich angesehen werden, auch wenn es in den einzelnen Ländern zu so mancher Abweichung kommen sollte. Den Gedanken zu staatlichen Sozialgesetzen hatte Bismarck sowohl als Resultat seiner Kontakte zu dem Sozialisten Ferdinand Lasalle sowie der Schriften Albert Schäfflers über ein umfassendes Konzept der sozialen Pflichtversicherung, als auch aus Furcht vor einer revolutionären Sozialdemokratie gefasst. Die Weichen für eine neue Gesetzgebung wurden bereits 1878 gestellt, als er sich einerseits von den Nationalliberalen abgewandt hatte und andererseits den Sozialde-

---

<sup>10</sup> Vgl. Hofmeister, Herbert, a.a.O., S.16

<sup>11</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O., S.354

<sup>12</sup> Vgl. Hofmeister, Herbert, a.a.O., S.19

mokraten jegliche politische Bestrebungen außerhalb des Parlaments untersagt wurden.<sup>14</sup>

In der Thronrede vom 25. Februar 1881 wurden zur Heilung der sozialen Schäden angekündigt, durch praktische Förderungen das Wohl der Arbeiter zu verbessern sowie das Konzept einer Kranken-, Unfall-, Alters- sowie Invaliditätssicherung skizziert, die durch die Gesetze der Jahre 1883, 1884 und 1889 realisiert werden sollten, wobei vor allem dem Unfallversicherungsgesetz große Bedeutung zukam, da statt eines Haftpflicht- nunmehr das Versicherungsprinzip festgeschrieben wurde.<sup>15</sup>

In Österreich wurden von Kaiser Franz Joseph I. in der Thronrede vom 8. Oktober 1879 umfangreiche sozialpolitische Maßnahmen angekündigt, die etwa durch Revisionen der Gewerbe Gesetze oder zeitgemäße Regelungen des Verhältnisses zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern sichergestellt werden sollten.<sup>16</sup> Die Novellierung der Gewerbeordnung im März 1883 brachte allerdings noch keine entscheidende Verbesserung der Situation, das Ziel, Genossenschaften zur Schaffung von Meisterkrankenkassen und Unterstützungsvereinen zu verpflichten, wurde verfehlt.<sup>17</sup> Die Möglichkeit, die Kassengründungsverpflichtung zu umgehen, hatte zur Folge, dass drei Jahre später von den existierenden 3810 Genossenschaften lediglich 188 Krankenkassen gegründet worden waren.<sup>18</sup>

Vor der zweiten Gewerbeordnungsnovelle, die am 8. März 1885 verabschiedet wurde, war zum ersten Mal eine Enquete mit Beteiligung von Arbeitnehmervertretern abgehalten worden. Zu den wichtigsten Bestimmungen dieser Novelle zählen etwa:<sup>19</sup>

- ◆ Regelung der Arbeitspausen
- ◆ Sonn- und Feiertagsruhe
- ◆ Verbot der Kinderarbeit unter zwölf Jahren

Des weiteren wurden Fabriken zur Errichtung von Betriebskrankenkassen verpflichtet, wobei allerdings wichtige Punkte, wie beispielsweise die Beitragspflicht der Unternehmen, der Umfang bezüglich des Anspruchs auf Unterstützung oder die Verwaltung der Kassen ungeregelt blieben.<sup>20</sup>

---

<sup>13</sup> Vgl. Hofmeister, Herbert, a.a.O., S.20

<sup>14</sup> Vgl. Fiereder, Helmut: Soziale Krankenversicherung in Oberösterreich 1869 – 1994. Linz, 1994, S.61

<sup>15</sup> Vgl. Tomandl, Theodor: 100 Jahre Sozialversicherung in Österreich. Wien, Ueberreuter, 1988, S.4-5

<sup>16</sup> Vgl. Rudolf, Gert: Eduard Graf Taaffe, Franz Kafka, Josef Resch, Lorenz Böhler, Friedrich Hillegeist. In: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, 1994, S.65

<sup>17</sup> Vgl. Spitzauer, Martin, a.a.O., S.250

<sup>18</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.25

<sup>19</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1994), a.a.O., S.65

<sup>20</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.25

## 2.2. Die Geburtsstunde der Sozialversicherung in Österreich

Das Jahr 1889 wird allgemein als das Geburtsjahr der österreichischen Sozialversicherung angesehen. Die Gründe für die Regierung, nach dem Vorbild Bismarcks Sozialgesetze zu erlassen, waren vor allem die sinkende Volksgesundheit, was sich unter anderem in der geringer werdenden Verfügbarkeit wehrtauglicher junger Männer niederschlug, Respekt gegenüber der Arbeiterbewegung und die wirtschaftliche Bestrebung, Kleinbetrieben gegenüber Großbetrieben einen Vorteil zu verschaffen, da manche Ausführungen zum Arbeiterschutz oder zur Abgabepflicht nur für letztere Gruppe bestimmt wurden.<sup>21</sup>

Wie auch im Deutschen Reich waren in Österreich die umfangreichen Beratungen im Vorfeld von der Forderung geprägt, statt einer Haftpflicht- eine Zwangsversicherung einzuführen, was sich schließlich zuerst in einer Regierungsvorlage über ein Unfallversicherungsgesetz 1883 sowie in Folge im Februar 1886 über ein Arbeiterkrankenversicherungsgesetz äußern sollte.<sup>22</sup>

Am 28. Dezember 1887 wurde schließlich vom Kaiser das Arbeiter-Unfallversicherungsgesetz sanktioniert<sup>23</sup>, vier Monate später, am 30. März 1888, folgte das erste österreichische Krankenversicherungsgesetz<sup>24</sup> und zuletzt das Bruderladengesetz am 28. Juli 1889. Als erstes Gesetz trat jenes betreffend die Krankenversicherung (1. August 1889), dann jenes betreffend die Bruderladen (28. September 1889) und abschließend jenes betreffend die Unfallversicherung (1. November 1889) in Kraft.<sup>25</sup>

Bezüglich der Krankenversicherung regelten fünf Paragraphen im Stammgesetz die leistungsrechtlichen Bestimmungen, zu den wichtigsten gehören dabei:<sup>26</sup>

- Krankengeld in der Höhe von 60 Prozent des ortsüblichen Taglohnes eines gewöhnlichen Tagarbeiters (und nicht entsprechend der tatsächlichen Entlohnung eines Arbeitnehmers)
- Die Begrenzung des Krankengeldbezugs sowie der zugesicherten ärztlichen Behandlung mit 20 Wochen
- Sterbegeld vom bis zum Zwanzigfachen des ortsüblichen Taglohnes für die Beerdigungskosten

---

<sup>21</sup> Vgl. Schmid, Tom: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung. In: Weg und Ziel, Nr.11, 1989, S.441

<sup>22</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O, S.354-355

<sup>23</sup> Vgl. Teschner, Helmut: 100 Jahre Sozialversicherung im Spiegel der Literatur. In: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, 1994, S.260

<sup>24</sup> Vgl. Horr, Franz: Die gesetzliche Krankenversicherung - einst und jetzt. In: Soziale Sicherheit, Heft 7, Juli 1963, S.344

<sup>25</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O, S.355

<sup>26</sup> Vgl. Horr, Franz, a.a.O., S.344-345

- Unterstützung für Wöchnerinnen für bis zu vier Wochen nach der Niederkunft
- Freie Kur sowie Verpflegung in einem öffentlichen Krankenhaus für bis zu vier Wochen konnten an die Stelle der freien ärztlichen Behandlung und des Krankengeldes treten

Kritisch anzumerken sei etwa, dass im Gesetz keine Leistungen für Familienangehörige zu finden waren, ebenso wurden keine Regelungen bezüglich Zahnbehandlungen berücksichtigt oder Leistungen der erweiterten Heilfürsorge.

Des Weiteren wurde durch das Gesetz nur ein Teil der Bevölkerung erfasst, die Kerngruppe bildeten Industriearbeiter, weiters Arbeiter und Betriebsbeamte, die entweder in Bergwerken, in einer unter die Bestimmungen der Gewerbeordnung fallenden Unternehmung oder in Eisenbahn- oder Binnenschiffahrtbetrieben beschäftigt waren. Ausgeschlossen war mit den in der Land- und Forstwirtschaft arbeitenden Menschen der Großteil der Arbeiter, da die Einbeziehung in die Versicherung im Kompetenzbestand der Kronländer lag; ebenso blieben Dienstboten sowie Bedienstete von Staat, Land, Bezirken sowie Gemeinden unberücksichtigt.<sup>27</sup>

Ein Jahr nach ihrer Einführung waren im österreichischen Teil der Monarchie etwa 1,5 Millionen Menschen krankenversichert, zehn Jahre später sollte sich diese Zahl um eine weitere Million erhöhen.<sup>28</sup>

Im Bereich der Unfallversicherung wurde der Versicherungsschutz auf Betriebsunfälle im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz sowie auf Arbeiter in Großbetrieben beschränkt.<sup>29</sup> Wie wichtig die Einführung dieses Versicherungszweiges trotz der nicht allumfassenden Regelung war, zeigt die Tatsache, dass sich die Anzahl der Arbeitsunfälle zwischen 1890 und 1897 mehr als vervierfachte, sie stieg von 16.041 auf 69.283.<sup>30</sup>

Das Bruderladengesetz stellte unter anderem die Knappschaftskassen mit den übrigen Krankenkassen gleich und verpflichtete sie zu gleicher Leistung. Weiters wurde den Bergleuten eine Invalidenpension ermöglicht und die Bergwerksbesitzer mussten eine Beitragsleistung entrichten.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.29

<sup>28</sup> Vgl. Klenner, Fritz: Die Geburtsstunde der Sozialversicherung. In: Arbeit & Wirtschaft, Nr.1, 1988, S.20

<sup>29</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O, S.355

<sup>30</sup> Vgl. Holik, Johanna: 100 Jahre Sozialversicherung. In : Österreichische Monatshefte, Nr. 6, 1989, S.38

<sup>31</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O, S.355

Bezüglich Organisation der Sozialversicherung griff die Gesetzgebung auf die bereits bestehenden Einrichtungen zurück und erweiterte das System um territoriale Kassen, so dass es zu einer Vielzahl von Institutionen kam.

Gesetzlich anerkannt waren:<sup>32</sup>

- Bezirkskrankenkassen
- Betriebskrankenkassen
- Genossenschaftskrankenkassen
- Baukrankenkassen
- Bruderladen
- Vereinskassen

Die ersten drei Kassen wurden durch von den Versicherten gewählte Leitungsorgane besetzt. Mit einem Drittel waren die Arbeitnehmer vertreten, was dazu führte, dass durch die innere Organisation ein Zusammenarbeiten im Sinne einer sozialen Partnerschaft nötig war, eingeschränkt wurde die Selbstverwaltung allerdings durch eine strenge Staatsaufsicht. Die anderen Kassen spiegelten in ihrer inneren Struktur die sozialen Kräfteverhältnisse wider.

Die Finanzierung der Leistungen wurde durch Beiträge sichergestellt, die zu einem Drittel von den Arbeitgebern und zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern erbracht wurden, wobei für diese der prozentmäßige Anteil am zugrunde liegenden Lohn mit höchstens drei Prozent fixiert wurde. Anders als in der deutschen Gesetzgebung wurde ein Staatsbeitrag in Österreich nie in Erwägung gezogen.<sup>33</sup>

Ein Jahr nach dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes ergab die Volkszählung 1890 für die österreichische Reichshälfte 9,3 Millionen unselbständig Erwerbstätige in den Sparten Industrie, Handel, Verkehr, Land- und Forstwirtschaft sowie eine weitere halbe Million Dienstboten. Von diesen in Summe 9,8 Millionen Menschen war der Großteil noch nicht versicherungspflichtig, vor allem aus dem Bereich der Land- und Forstwirtschaft betraf dies 6,5 Millionen, und auch von den 2,9 Millionen Versicherungspflichtigen waren 1890 erst knapp anderthalb Millionen krankenversichert.<sup>34</sup>

In der folgenden Tabelle zeigen sich die Anzahl der Mitglieder sowie ihre Verteilung auf die jeweiligen Kassen.

---

<sup>32</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.30

<sup>33</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.31-32

<sup>34</sup> Vgl. Fiereeder, Helmut, a.a.O., S.66

Tabelle 1: Versichertenstand in Österreich 1890

	Kassen	Mitglieder
Bezirkskassen	555	451.221
Betriebskassen	1443	470.384
Genossenschaftskassen ( inkl. Baukassen)	663	212.257
Vereinskassen	54	241.963
Bruderladen	350	122.892
	<b>3.065</b>	<b>1,498.717</b>

Quelle: Fiereeder (1994), S. 66

Eine der letzten bedeutenden Handlungen der Regierung Taaffe im Zusammenhang mit der Krankenversicherung war das Hilfskassengesetz vom 16. Juli 1892, da es nunmehr den auf freiwilliger Basis beruhenden Versicherungsvereinen die Möglichkeit bot, auf einer gesetzlichen Grundlage zu stehen und ihren Mitgliedern Aushilfen zu gewähren.<sup>35</sup>

1897 kam es zu einer für die Meisterkrankenkassen sehr wichtigen Novellierung der Gewerbeordnung, mit dem Resultat, dass die in Genossenschaften organisierten Gewerbetreibenden die Möglichkeit hatten, erstmals für alle Genossenschaftsmitglieder verbindliche Beschlüsse bezüglich der Pflichtmitgliedschaft zu fassen.<sup>36</sup> Durch diese Veränderungen etablierten sich in weiterer Folge drei Genossenschaftstypen:

- ◆ solche mit freiwilliger Kassenmitgliedschaft
- ◆ solche mit verpflichtender Kassenmitgliedschaft
- ◆ solche ohne Krankenunterstützung

Als entscheidendes Kriterium kann festgehalten werden, dass die Pflichtmitgliedschaft nicht vom Gesetz, sondern vom Willen der Mehrheit der Genossenschaftsmitglieder abhängig war.<sup>37</sup>

In den letzten Jahren der Monarchie hielten sich die sozialpolitischen Tätigkeiten in Grenzen, als entscheidende Einschnitte kam es 1906 zu einem Gesetz der Alterssicherung der Privatan-

<sup>35</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1994), a.a.O., S.66

<sup>36</sup> Vgl. Bruckmüller, Ernst, a.a.O., S.17

<sup>37</sup> Vgl. Spitzauer, Martin, a.a.O., S.251



gestellten<sup>38</sup>, das mit 1. Jänner 1909 in Kraft trat, sowie 1907 zu einer weiteren Gewerbeordnungsnovelle, durch die die Meisterkrankenkassen als Sozialversicherungsträger anerkannt wurden.<sup>39</sup> Alle anderen Vorlagen der Regierungen Körber 1904 (ein Reformpaket für die Sozialversicherung mit vereinheitlichter Organisation), Beck 1908 sowie Gatusch 1911 kamen vor allem durch die Nationalitätenspannungen und innenpolitischen Probleme der Monarchie nicht zustande beziehungsweise wurde 1914 ein mehrheitsfähiger Entwurf vorgelegt, der jedoch durch den Ausbruch des Ersten Weltkrieges nicht mehr zur parlamentarischen Behandlung kam.<sup>40</sup>

### 2.3. Die Zeit nach dem Ersten Weltkrieg

Noch während des Krieges wurde das Ministerium für soziale Fürsorge geschaffen, auf dessen Vorarbeiten sowie Personal die am 30. Oktober 1918 errichteten Staatsämter für soziale Fürsorge und Volksgesundheit zurückgreifen konnten<sup>41</sup>, erster Staatssekretär wurde für beinahe zwei Jahre der Sozialdemokrat Ferdinand Hanusch.

Einen ersten Fortschritt brachte eine Novelle des Krankenversicherungsgesetzes vom 20. November 1917, mit der ein Umstieg von der bisherigen Bemessungsgrundlage des ortsüblichen Taglohnes zum Lohnklassensystem sowie eine Ausdehnung des Mindestbezugs des Krankengeldes auf 26 Wochen geregelt wurde.<sup>42</sup>

Ein Problem, das es möglichst rasch zu lösen galt, war die hohe Anzahl unterschiedlicher Kassen. Erstes Resultat der Überlegungen zu ihrer Vereinheitlichung war am 6. Februar 1919 das Krankenkassenkonzentrationsgesetz, welches unter anderem eine Auflösung kleinerer, leistungsschwächerer Kassen sowie eine Vereinheitlichung des Kassenwesens beinhaltete.<sup>43</sup>

Beinahe acht Jahre später folgte der nächste Schritt Richtung Einheitsklasse mit dem Kassenorganisationsgesetz vom 28. Dezember 1926<sup>44</sup>, die Auswirkungen dieser Gesetze auf die Anzahl der Krankenkassen sind in Tabelle 2 abgebildet.

---

<sup>38</sup> Vgl. Holik, Johanna, a.a.O., S.38

<sup>39</sup> Vgl. Thür, Hans: Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung - "Den Nulltarif gibt es nicht". Wien, 1988, S.17

<sup>40</sup> Vgl. Fiereeder, Helmut, a.a.O., S.68

<sup>41</sup> Vgl. Talos, Emmerich: Sozialpolitik in der Ersten Republik. In: Dachs et al: Handbuch des politischen Systems Österreichs. Erste Republik 1918 –1933. Wien, Manz, 1995, S.581

<sup>42</sup> Vgl. Horr, Franz, a.a.O., S.345

<sup>43</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O., S.358

<sup>44</sup> Vgl. Fiereeder, Helmut, a.a.O., S.69

Tabelle 2: Die Anzahl der Krankenkassen 1914, 1918 und 1927

	1914	1918	1927
Bezirkskrankenkassen	480	100	45
Betriebskrankenkassen	1099	142	30
Genossenschaftskassen	1127	246	46
Vereinskassen	216	53	30
Bauernkrankenkassen	8	-	-

Quelle: Thür (1988), S.5

In den Jahren 1920/21 wurde die Krankenversicherungspflicht zuerst auf Staatsdiener ausgeweitet, ehe sie bei der nächsten Novellierung auf alle in einem Arbeits-, Dienst- oder Lohnverhältnis stehende Personen ausgedehnt wurde, was natürlich zu einem enormen Anstieg des Versichertenkreises führte, genauer gesagt von nicht ganz 6,5 Prozent (1,5 von 23,7 Millionen Einwohnern) im Jahre 1890 auf rund 60 Prozent (vier von 6,7 Millionen Einwohnern) vierzig Jahre später.<sup>45</sup> Die 7. Krankenversicherungsnovelle vom 21. Oktober 1921 hatte unter anderem auch vorgesehen, dass Land- und Forstarbeiter versicherungspflichtig wurden, sehr zum Missfallen der Interessensvertretung der Bauern; allerdings lag der Kompetenzbereich formal bei den Ländern und nicht beim Bund, was dazu führte, dass der Verfassungsgerichtshof auf Antrag des Salzburger Landeshauptmanns Rehr die entsprechende Bestimmung der Novelle als verfassungswidrig aufhob und somit uneinheitliche landesgesetzliche Regelungen folgten. Erst mit dem Inkrafttreten des Kompetenzartikels in der Bundesverfassung vom 1. Oktober 1925 fiel die Zuständigkeit der Sozialversicherung dieses Standes ebenfalls dem Bund zu.<sup>46</sup> Knappe drei Jahre sollte es noch dauern, bis mit dem Landarbeiterversicherungsgesetz vom 18. Juli 1928 eine bundesweite Regelung für Kranken-, Invaliditäts-, und Hinterbliebenenversicherung beschlossen wurde.<sup>47</sup>

1922 beinhaltete eine der zahlreichen Novellen der Krankenversicherungsgesetze eine Anhebung des Krankengeldes auf 80 Prozent des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes.<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Vgl. Talos, Emmerich (1995), a.a.O., S.579-580

<sup>46</sup> Vgl. Talos, Emmerich: Staatliche Sozialpolitik in Österreich - Rekonstruktion und Analyse, 2. Auflage. Wien, Verlag für Gesellschaftskritik, 1981, S.205-206

<sup>47</sup> Vgl. Fiereeder, Helmut, a.a.O., S.70-71

<sup>48</sup> Vgl. Horr, Franz, a.a.O., S.345

Im Bereich der Angestelltenversicherung war es das Ziel der Regierung Seipel, für die Bereiche Kranken-, Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung zu einer Vereinheitlichung zu kommen, die neben einem Ausbau der Sozialversicherung auch die volkswirtschaftliche Lage zu berücksichtigen hatte; ein entsprechender Entwurf wurde Ende 1923, auch als Gegenstück zu einer von den Arbeiterkammern Niederösterreichs und Wiens getragenen Vorlage, präsentiert, den die oppositionellen Sozialdemokraten und die Gewerkschafter heftig kritisierten, da die sozialen Interessen von Arbeitern und Angestellten aufgesplittert und auch ein Brechen der sozialdemokratischen Vorreiterstellung in den Sozialversicherungen angestrebt wurden. Resultat der beinahe drei Jahre andauernden Ausschusstätigkeit zu diesem Gesetz war, dass ein Verhältniswahlrecht von vier Fünftel zu einem Fünftel zugunsten der Arbeiter im Verwaltungskörper und genau umgekehrt im Überwachungsausschuss zugunsten der Arbeitgeber akzeptiert wurde, beschlossen wurde das Gesetz am 29. Dezember 1926.<sup>49</sup>

Auch im Bereich der Arbeiterversicherung sollte es mehrere Jahre der politischen Auseinandersetzung dauern, ehe ein entsprechendes Gesetz am 1. April 1927 einstimmig angenommen wurde. 1921 war eine diesbezügliche Regierungsvorlage von Sozialminister Franz Pauer eingebracht worden, ohne allerdings je im Parlament verhandelt zu werden. Zwei Jahre später beschloss die Regierung, die Vorlage zu überarbeiten und verzögerte damit eine von den Arbeitervertretern rasch geforderte Umsetzung; erneut zwei Jahre später brachte Sozialminister Franz Resch am 20. November 1925 eine Regierungsvorlage ein, die eine Vereinheitlichung ähnlich der Angestellten vorsah, wobei der Bereich der Arbeitslosenversicherung im verabschiedeten Gesetz allerdings nicht zu finden ist.<sup>50</sup>

Des weiteren wurde für die Arbeiterpensionsversicherung ein Passus im Gesetz eingebaut, der eine Auszahlung erst für den Fall vorsah, sobald sich die Staatsfinanzen konsolidiert hatten, was bis zum Ende der Ersten Republik dazu führte, dass keine gesetzlichen Arbeiterpensionen ausbezahlt wurden.<sup>51</sup>

Neue Gesetze im Bereich der Sozialversicherung sowie die dramatische Geldentwertung in den 1920ern hatte bereits 1923 zu einem Umstieg vom Kapitaldeckungsverfahren auf das Umlage- und Aufwandsdeckungsverfahren geführt, wie auch zu Versuchen der Regierung, der finanziellen Situation einigermaßen Herr zu werden.

---

<sup>49</sup> Vgl. Talos, Emmerich (1981), a.a.O., S.195-196

<sup>50</sup> Vgl. Talos, Emmerich (1981), a.a.O., S.196-202

<sup>51</sup> Vgl. Schmid, Tom (1989), a.a.O., S.441

Wie stark die Sozialausgaben in Österreich seit dem Umstieg auf das neue Verfahren gestiegen waren, zeigt folgende Darstellung.

Tabelle 3: Anteil der Sozialausgaben an den Staatsausgaben

Jahr	Prozent
1923	10,7
1924	10,6
1925	14,3
1926	15,6
1927	14,4
1928	13,8
1929	15,4
1930	16,4
1931	17,7
1932	23,5

Quelle: Talos (1995), S.583

Sozialminister Resch hatte 1931 in Anbetracht des anwachsenden Defizits der Sozialversicherung eine Reform eben dieser versucht, sah sich aber aufgrund seiner beabsichtigten Einschnitte bei der Notstandshilfe zu großem Widerstand ausgesetzt, um sie durchsetzen zu können.<sup>52</sup>

1933 sollte sich eine aus Vertretern der Arbeitgeber- sowie Arbeitnehmerseite zusammengesetzte Kommission mit der Situation der Versicherungen beschäftigen und Lösungsvorschläge erarbeiten, die Ausschaltung des Nationalrates verhinderte jedoch den Zusammentritt.<sup>53</sup>

Durch die zu Beginn der 1930er Jahre einbrechende Weltwirtschaftskrise stürzte nicht nur die österreichische Wirtschaft in eine schwere Krise, sondern durch drastisch steigende Arbeitslosigkeit und rapide Abnahme der Versicherten natürlich auch alle Zweige der Sozialversicherung. Der Ständestaat versuchte im Rahmen des Gesetzes über die Gewerbliche Sozialversicherung (GSVG) 1935 eine Konzentration und vereinfachte Organisation der Versicherungsträger zu erreichen. Krankenkassen wurden in Hauptverbänden und Arbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen, weiters wurde ihnen die Mitwirkung an anderen Versicherungszweigen übertragen sowie die sogenannte abgeleitete Selbstverwaltung eingeführt, die Versiche-

<sup>52</sup> Vgl. Holik, Johanna, a.a.O., S.38

<sup>53</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O, S.358

rungsvertreter wurden somit nunmehr von den gesetzlichen Interessensvertretungen anstatt den Mitgliedern selbst entsandt.<sup>54</sup> Die ursprünglich dauerhaft geplante Finanzierung durch eine umfassende Fondsgemeinschaft wurde wieder fallen gelassen, stattdessen begrenzte man den Wirkungsraum auf fünf Jahre.<sup>55</sup>

Die Anzahl der insgesamt 24 Meisterkrankenkassen sollte ebenfalls gesenkt werden, entsprechende Gesetze zwischen 1935 und 1937 wurden erlassen, um einen entsprechenden Konzentrationsprozess einzuleiten. Dabei handelte es sich um sechs Verbandsmeisterkrankenkassen, 16 Meisterkrankenkassen des Handwerks in Wien sowie zwei Kassen des Handels.<sup>56</sup> Acht Jahre später war die Zahl der Meisterkrankenkassen mit elf bereits mehr als halbiert, Ende der 1940er wurden noch drei kleinere Kassen in einen größeren Verband eingegliedert, so dass als Resultat des gesamten Konzentrationsprozesses im Jahr 1950 nur mehr acht Meisterkrankenkassen, ein Drittel der Anzahl von 1937, Bestand hatten.<sup>57</sup>

Durch die Besetzung Österreichs durch Deutschland am 13. März 1938 änderten sich in Folge auch die Bestimmungen im Bereich der Sozialversicherung, wo die deutschen Rechtsvorschriften übernommen wurden. Konkret handelte es sich um die Reichsversicherungsordnung, das deutsche Angestelltenversicherungsgesetz sowie das Reichsknappgesetz.<sup>58</sup> Die entsprechende Verordnung über die Einführung der Sozialversicherung in Österreich wurde am 22. Dezember 1938 verlautbart und erlangte mit 1. Jänner 1939 Rechtswirksamkeit. Im Zuge dessen wurde die Selbstverwaltung der Sozialversicherung durch das “Führerprinzip” ersetzt und ihr Vermögen nach Deutschland transferiert, ebenso wurden allgemeine Ortskrankenkassen für die Reichsgaue geschaffen.<sup>59</sup>

---

<sup>54</sup> Vgl. Fiereeder, Helmut, a.a.O., S.72

<sup>55</sup> Vgl. Rimpel, Robert, a.a.O., S.374

<sup>56</sup> Vgl. Bruckmüller, Ernst, a.a.O., S.19-20

<sup>57</sup> Vgl. Spitzauer, Martin, a.a.O., S.252

<sup>58</sup> Vgl. Schmid, Tom: Selbstverwaltung – Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Sozialversicherung. Wien, Kammer für Arbeiter und Angestellte, 2001, S.27

<sup>59</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O, S.358-359

## 2.4. Die Nachkriegszeit

Noch während der Kriegszeit wurden von den westlichen Demokratien für die Zeit nach Kriegsende die Grundsätze sozialer Sicherheit postuliert, etwa in der Atlantik-Charta 1941, vor allem jedoch in der Deklaration von Philadelphia am 20. April 1944, die eine Grundlage für die Neuordnung der Sozialsysteme nach 1945 sowie im speziellen eine Abhandlung der Thematik der Krankenversicherung beinhaltete, wobei drei Punkte als entscheidend angesehen wurden, nämlich die Ausdehnung des Gesundheitsschutzes auf die Gesamtbevölkerung, die Pflicht zur Krankheitsvorbeugung im selben Stellenwert zur Krankheitsbehandlung sowie abschließend die Vereinheitlichung der gesundheitlichen Betreuung nach einem zentralen Plan.<sup>60</sup> Damit ging die Deklaration weit über die bisherige Krankenversicherung hinaus, da nicht nur bestimmte Teile der Bevölkerung geschützt werden sollten.

In Österreich war die unmittelbare Nachkriegszeit aus sozialpolitischer Sicht noch nicht von entscheidenden Maßnahmen geprägt, das Rechtsüberleitungsgesetz 1945 war der erste Schritt zu einer Kontinuität und Austrifizierung der Verwaltungsorgane<sup>61</sup>, während die am 8. Mai 1945 ins Leben gerufene Arbeitsgemeinschaft der österreichischen Sozialversicherungsträger, Vorläufer des Hauptverbandes, mit dem Auftrag einer Studienkommission zur Neugestaltung der österreichischen Sozialversicherung den Startschuss für einen lange dauernden Weg setzte, der schließlich zehn Jahre später im ASVG enden sollte.<sup>62</sup>

Im März 1946 kam es zu einer mehrtägigen Tagung der Arbeitsgemeinschaft, der eine von allen Versicherungsträgern angenommene Resolution folgte, welche ein neues, verbessertes, umfassendes österreichisches Sozialversicherungsrecht für die arbeitende Bevölkerung forderte, das in Aufbau, Organisation sowie Leistungen auf dem Prinzip der Solidarität basieren und durch eine möglichst große Vereinheitlichung der Verwaltung Schutz bieten sollte.<sup>63</sup>

Mit dem Sozialversicherung-Überleitungsgesetz vom 12. Juni 1947 (in Kraft getreten am 8. August) wurde in den Versicherungsträgern wieder das Prinzip der Selbstverwaltung hergestellt, im Gegensatz zur Zeit bis 1933 oblag die Beschickung allerdings nicht mehr den Versicherungsangehörigen durch Urwahlen, sondern wurde nunmehr durch die Kammern durchge-

---

<sup>60</sup> Vgl. Fiereeder, Helmut, a.a.O., S.74-75

<sup>61</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.17

<sup>62</sup> Vgl. Melas, Reinhold et al: Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG.). In: Soziale Sicherheit, Heft 9/10, September/Oktober 1955, S.298

<sup>63</sup> Vgl. Melas, Reinhold et al, a.a.O., S.298

führt.<sup>64</sup> Im Bereich der Krankenversicherung ließ man die zu Zeiten der Ersten Republik verfolgte berufsständische Gliederung wieder fallen, Resultat waren die Gebiets- sowie Landwirtschaftskrankenkassen (vormals allgemeine Orts- sowie Landkrankenkassen) mit den Wirkungskreisen der Bundesländer, ebenso wie zehn Betriebs-, sieben Meisterkrankenkassen sowie vier sonstige Kassen, in Summe also 39 Kassen.<sup>65</sup>

Der am 1. Jänner 1948 errichtete Hauptverband übernahm relativ rasch die Initiative, Material für die Kodifikation der Sozialversicherung zu sammeln, vor allem eine 1949 eingeführte Expertenkommission sollte in den Folgejahren Gesetzesentwürfe liefern, die dann im Ministerium als Grundlagen für die entsprechenden Gesetze dienen und nach ursprünglicher Planung etappenweise zu einem neuen Sozialversicherungsrecht führen sollten. Allerdings wurde von diesem Vorhaben rasch Abstand genommen, da bereits in der Vergangenheit mehrjährige Beratungen über einzelne Gesetzestexte aufgetreten waren und mit einer schrittweisen Umstellung auch Rechtsunsicherheiten und Unübersichtlichkeit verstärkt auftreten würden und man als Konsequenz daraus ein geschlossenes Gesetzeswerk erschaffen wollte.<sup>66</sup> Nichtsdestotrotz wurden in den Nachkriegsjahren einige Verordnungen, Novellierungen und (Anpassungs-)Gesetze erlassen, in erster Linie mit der Absicht, die Leistungen auf geänderte Rahmenbedingungen anzupassen. Verbesserungen abseits davon gab es etwa mit der Herabsetzung der Altersgrenze für Frauen 1948 und in der Rentenversicherung 1949 sowie mit dem Sozialversicherung-Neuregelungsgesetz 1952.<sup>67</sup>

Es sollte bis zum Jahr 1954 dauern, ehe die Vorarbeiten des Hauptverbandes unter Berücksichtigung der Interessensvertretungen abgeschlossen waren, so dass das Sozialministerium einen Referentenentwurf fertig stellen konnte, bis Jahresende lagen dann auch die Gutachten der darin involvierten öffentlichen Stellen vor.<sup>68</sup>

Damit konnten im Jänner 1955 die beinahe achtmonatigen Verhandlungen zwischen den beiden Koalitionsparteien ÖVP und SPÖ beginnen. Dass es so lange dauern sollte lag nicht zuletzt daran, dass sich im Vorfeld beide Parteien verbal nichts schenkten, etwa stieß sich die Volkspartei an Aussagen, die die Krankenversicherung als Instrument zur klassenlosen Gesellschaft ansahen. So sprach sich der Direktor der Wiener Gebietskrankenkasse Steiner 1950

---

<sup>64</sup> Vgl. Ableitinger, Alfred: Die innenpolitische Entwicklung. In: Mantl, Wolfgang (Hg.), Politik in Österreich: Die Zweite Republik: Bestand und Wandel. Wien, Böhlau, 1992, S.123 ff

<sup>65</sup> Vgl. Fiereeder, Helmut, a.a.O., S.76-78

<sup>66</sup> Vgl. Melas, Reinhold et al, a.a.O., S298-299

<sup>67</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.17

<sup>68</sup> Vgl. Melas, Reinhold et al, a.a.O., S.299

gegen Selbstbehalte und Privatversicherung aus und kündigte an, die freie Wirtschaft zu bekämpfen, und Sozialminister Maisel sah 1955 im bevorstehenden ASVG einen Schritt zur allgemeinen Volksrente. Demgegenüber war die SPÖ über Artikel wie im “Offenen Wort” vom 25. November 1950, in dem die Auflösung des Hauptverbandes sowie Aufhebung des Kassenzwanges propagiert oder Diktionen wie bürokratische Diktatur verwendet wurden ebenso verärgert wie über Aussagen vom Landtagsabgeordneten Lifka, der die Auflösung der Krankenkassen forderte.<sup>69</sup>

Neben den unterschiedlichen Auffassungen der Parteien hatten auch die Interessensvertretungen ihre eigenen Vorstellungen, die während der Parteienverhandlungen auch weitgehend berücksichtigt werden sollten. Diesen Verhandlungen gehörten unter anderem Bundeskanzler Raab, die Minister Maisel, Kamitz, Illig und Kapfer, Gewerkschaftsbundpräsident Böhm, Arbeiterkammervertreter Mantler und Bundeskammerpräsident Korinek an.<sup>70</sup>

Das erste Verhandlungshalbjahr war jedoch noch von keinen großen Erfolgen gekennzeichnet. Am 18. Juni kam es weiters zu einer groß angelegten Demonstration der Ärzte gegen das ASVG, da sie um die Erhaltung der Freiheit des Berufstandes fürchteten sowie eine entsprechende Honorierung forderten. Einen Monat später konnte statt der für dieses Datum ursprünglich geplanten Regierungsvorlage lediglich der Titel und die Gesetzeseinleitung vorgelegt werden.<sup>71</sup>

Der über die Sommerpause eingesetzte permanente Sozialausschuss schaffte es dann jedoch relativ rasch, Ende August einen Referentenentwurf vorzulegen, der am 9. September 1955 schließlich vom Nationalrat verabschiedet wurde, sämtliche Abgeordnete, mit Ausnahme der Politiker der Partei der Unabhängigen, die das Plenum verlassen hatten, stimmten dem Gesetz zu.<sup>72</sup> Insgesamt wurde die Regierungsvorlage während der Beratungen im Sozialausschuss 154 Änderungen unterzogen, selbst nach dem Abschluss der Verhandlungen kam es noch zu Besprechungen und einvernehmlichen Änderungen der beschlossenen Vorlage.<sup>73</sup>

---

<sup>69</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.20-21

<sup>70</sup> Vgl. Melas, Reinhold et al, a.a.O., S.299

<sup>71</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.21

<sup>72</sup> Vgl. Rudolf, Gert (1989), a.a.O., S.358

<sup>73</sup> Vgl. Melas, Reinhold et al, a.a.O., S.299



## 2.5. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz

Zielsetzung des ASVG war es, ein soziales Versicherungsgesetz zu kodifizieren, das den damaligen Gegebenheiten Rechnung tragen konnte und auch moderne Entwicklungstendenzen berücksichtigen sollte. Insgesamt umfasste das Gesetz zehn Hauptteile sowie innerhalb dieser mehrere Unterabschnitte mit folgenden Aufgabengebieten:<sup>74</sup>

- Der Erste Teil (§1 - §115) beinhaltete die allgemeinen Bestimmungen wie den Versicherungsumfang, äußere Organisation, Meldewesen, finanzielle Bestimmungen, gemeinsame Grundsätze über Leistungsansprüche, Befreiungen sowie Strafbestimmungen. Da er für alle Versicherungszweige gemeinsame Bestimmungen enthielt, stellte er auch den umfangreichsten Abschnitt dar.
- Der Zweite Teil (§116 - §171) umfasste die Leistungen der Krankenversicherung und regelte neben den Versicherungsfällen für Krankheit beziehungsweise daraus resultierender Arbeitsunfähigkeit auch jene für Mutterschaft und Tod.
- Der Dritte Teil (§172 - §220) hatte die Unfallversicherung zum Inhalt und regelte Verhütung, Erste-Hilfe-Leistung, Behandlung, Fürsorge und Entschädigung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.
- Im Vierten Teil (§221 - §314) fanden sich die Regelungen zur Pensionsversicherung wieder, in den ersten 32 Paragraphen wurden allgemeine Bestimmungen für alle Versicherungszweige zusammengefasst, im Anschluss daran wurden die Leistungen der Arbeiter-, Angestellten- und Knappenpensionsversicherung angefügt.
- Der Fünfte Teil (§315 - §337) definierte die Beziehungen der Verbände untereinander und regelte weiters die Haftung der Dienstgeber bei Arbeitsunfällen.
- Der Sechste Teil (§338 - §351) beschäftigte sich mit dem Verhältnis der Sozialversicherungsträger zu ihren Vertragspartnern wie etwa Ärzten, Apothekern oder Krankenanstalten.
- Die 66. Paragraf des Siebenten Teils (§352 - §417) behandelten das Verwaltungsverfahren sowie die Vorgangsweise bei Leistungsstreitigkeiten und enthielten des weiteren Bestimmungen über das schiedsgerichtliche Verfahren.
- Der Achte Teil (§418 - §460) regelte die innere Organisation der Versicherungsträger und die Selbstverwaltung ebenso wie die Vermögensverwaltung und die Aufsicht über die Versicherungsträger.

---

<sup>74</sup> Vgl. Melas, Reinhold et al, a.a.O., S.302-303

- Im Neunten Teil (§461 - §506) wurden Sonderbestimmungen für einzelne Versicherungsgruppen (Land- und Forstwirtschaft, öffentlicher Verkehr, Eisenbahner) und für die Krankenversicherung der Bundesangestellten, die Meisterkrankenkassen und die Notarversicherung berücksichtigt.
- Der abschließende Zehnte Teil (§507 - §546) wurde mit Übergangs- und Schlussbestimmungen versehen.

Zwar stellte die Pensionsversicherung im ASVG aufgrund ihrer grundlegenden Neuordnung wahrscheinlich das Herzstück des ASVG dar, aber auch im Bereich der Krankenversicherung kam es zu etlichen Neubestimmungen. Im Leistungssystem wurde etwa die Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit als eigener Versicherungsfall installiert, das Krankengeld wurde nach 42 Tagen mit nunmehr 60 statt bisher 50 Prozent der Bemessungsgrundlage gewährt, die Leistungen des Mutterschutzes wurden ins Krankenversicherungsrecht übernommen, die Wahlarzthilfe ermöglichte die Beanspruchung von Privatärzten mit entsprechendem Kostenersatz oder die Krankenversicherung der Rentner beendete die vormals existierenden Sonderbestimmungen und baute diese nunmehr in das allgemeine System ein.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Vgl. Horr, Franz, a.a.O., S.345-346

### 3. Der Aufbau der Sozialversicherung

#### 3.1. Rechtsquellen und Versichertenkreis

Neben dem ASVG wurden noch weitere Gesetze verabschiedet, die zu einem möglichst umfassenden Versicherungsschutz führen sollten, es handelte sich hierbei um das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), das Gewerbliche- Sozialversicherungsgesetz (GSVG) sowie das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), durch die in Summe zu Beginn des neuen Jahrhunderts 99 Prozent der Bevölkerung (66,1 Prozent beitragsleistende Versicherte, 30,4 Prozent beitragsfrei mitversicherte Angehörige und 2,5 Prozent durch Krankenfürsorgeanstalten geschützte Personen) krankenversichert waren, aufgeteilt wie folgt:<sup>76</sup>

Nach dem ASVG:

- ◆ Dienstnehmer (Arbeiter und Angestellte)
- ◆ Personen mit freien Dienstverträgen
- ◆ Lehrlinge
- ◆ Heimarbeiter
- ◆ Zu Ausbildungszwecken nach einem Hochschulabschluss beschäftigte Personen
- ◆ Gewisse Gruppen von den Dienstnehmern gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen
- ◆ Arbeitslose
- ◆ Pensionisten
- ◆ Kriegshinterbliebene
- ◆ Asylwerber

Nach dem B-KUVG:

- ◆ Pragmatisierte Beamte des Bundes, der Länder und der Gemeinden
- ◆ Vertragsbedienstete
- ◆ Gemeindevertreter
- ◆ Bezieher eines Ruhe- oder Vorsorgegenusses

---

<sup>76</sup> Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Wien, Hauptverband, 2002, S.16-18

Nach dem GSVG:

- ◆ Selbständig Erwerbstätige in der gewerblichen Wirtschaft
- ◆ Pensionisten nach dem GSVG

Nach dem BSVG:

- ◆ Selbständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft und im Betrieb mittätige Familienangehörige
- ◆ Pensionisten nach dem BSVG

Die Organisation der Sozialversicherung ist eine öffentlich-rechtliche, sämtliche Sozialversicherungsträger sind Körperschaften öffentlichen Rechts mit der Aufgabe der öffentlichen Verwaltung, wobei sie als Verwaltungskörper weisungsfrei handeln können, aber der staatlichen Aufsicht gemäß §448 ff unterliegen.

### **3.2. Die Kernprinzipien**

Die Sozialversicherung baute auf folgenden drei Prinzipien auf.<sup>77</sup>

➤ **Versicherungsprinzip**

Die Vorsorge erfolgt dadurch, dass eine Gruppe entsprechend dem individuellen Risiko gestaffelte Beiträge zahlt, die Leistungen an Personen ermöglicht, bei denen ein Risikofall eingetreten ist, es handelt sich also um eine Gegenseitigkeitsvereinigung mit im Voraus festgelegten Vertragsleistungen und Beiträgen.

➤ **Versorgungsprinzip**

Hierbei stellt die Basis der empfangenen Leistung nicht eine vorherige Beitragszahlung dar, sondern Opferstatus, der vom Staat als zu kompensieren angesehen wird, da er von ihm verursacht oder erzwungen worden ist, etwa bei Kriegsopferversorgung.

➤ **Fürsorgeprinzip**

Wie beim Versorgungsprinzip werden Mittel allgemein aufgebracht, allerdings mit dem Unterschied, dass bei dieser Methode individuelle Leistungen berechnet werden, und zwar nur dann, wenn keine anderen Hilfsmöglichkeiten mehr zur Verfügung stehen.

---

<sup>77</sup> Vgl. Andel, Norbert: Finanzwissenschaft, 4. Auflage. Tübingen, Mohr, 1998, S.230-231

### 3.3. Organisatorischer Aufbau

Zur Jahrhundertwende wurde die Sozialversicherung von insgesamt 25 Versicherungsträgern durchgeführt, mit Ausnahme der Pensionsversicherungsanstalt und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt waren sie alle auch im Bereich der Krankenversicherung involviert, es handelte sich hierbei um:<sup>78</sup>

- Neun Gebietskrankenkassen
- Acht Betriebskrankenkassen: Austria Tabak, Wiener Verkehrsbetriebe, Semperit, Neusiedler, VOEST-ALPINE Donawitz, Zeltweg, Kindberg, Kapfenberg
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats
- Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter

### 3.4. Aufgaben der Sozialversicherungsträger

Die Verwaltung der Sozialversicherungsträger erfolgte nicht durch staatliche Organe, sondern wurde durch die sogenannte Selbstverwaltung geregelt. Der Geschäftsführung der Sozialversicherung oblagen folgende Aufgaben:<sup>79</sup>

- Umsetzung verabschiedeter Gesetze
- Verabschiedung von Satzungen und Richtlinien
- Abschluss von Verträgen mit Leistungsanbietern
- Beschlussfassung von Budget und Rechnungsabschluss
- Bildung diverser Ausschüsse
- Überprüfung der Gebarung
- Kontrolle der Verwaltung und Kompetenzen der Veranlagung
- Ernennung der Funktionsträger

---

<sup>78</sup> Vgl. [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at) (Organisation)

<sup>79</sup> Vgl. Schmid, Tom (2001), a.a.O., S.18

### **3.5. Die Selbstverwaltung**

Die im ASVG verankerte Selbstverwaltung wurde durch Verwaltungskörper ausgeübt, bei den Sozialversicherungsträgern handelte es sich dabei um den Vorstand, die General- sowie die Vollversammlung, im Hauptverband um Verbandskonferenz, -vorstand und –präsidium sowie die Kontrollversammlung.<sup>80</sup>

#### **3.5.1. Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger**

Die gesetzlichen Bestimmungen dazu befanden sich in den §419 ff.

Demzufolge hatte sich die Generalversammlung mit den Beschlussfassungen über Jahresvoranschlag, Jahresbericht, Zuweisungen an Unterstützungsfonds, Satzung und Anzahl der Beiratsmitglieder zu befassen sowie sich um eine Entlastung des Vorstandes zu bemühen. Sie stellte das höchste beschlussfassende Gremium der Versicherungsträger dar.

Der Vorstand hatte grundsätzlich die Geschäftsführung sowie die Vertretung nach außen zu übernehmen, mit dem Obmann als höchsten Repräsentanten.

Der Kontrollversammlung war die Gebarungskontrolle zugeordnet und hatte somit vor allem die Buchführung sowie den Rechnungsabschluss zu überprüfen.

#### **3.5.2. Verwaltungskörper des Hauptverbandes**

Die Bestimmungen für den Hauptverband ähnelten denen der Sozialversicherungsträger und sind in den §441 ff kodifiziert worden.

Die Verbandskonferenz, gebildet aus den Obmännern der Sozialversicherungsträger, hatte Beschlussfassungen über die Erstellung von Richtlinien, den Jahresvoranschlag sowie den Jahresbericht, die Satzungen und den Abschluss von Gesamtverträgen vorzunehmen.

Die Geschäftsführung wurde durch den Vorstand durchgeführt, das Verbandspräsidium hat die Möglichkeit, Richtlinien zu beantragen.

---

<sup>80</sup> Vgl. Schmid, Tom (2001), a.a.O., S.37 ff

## **3.6. Aufgaben und Leistungen der Krankenversicherung**

### **3.6.1 Aufgaben der Krankenversicherung<sup>81</sup>**

- Früherkennung von Krankheiten und Erhaltung der Volksgesundheit
- Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit als Folge einer Krankheit sowie der Mutterschaft
- Zahnbehandlung und Zahnersatz und Hilfe bei körperlichen Gebrechen
- medizinische Maßnahmen der Rehabilitation
- Gesundheitsförderung
- Maßnahmen zur Gesundheitsfestigung
- Maßnahmen zur Krankheitsverhütung

Weiters können Mittel der Krankenversicherung für folgende Zwecke verwendet werden:

- Förderung und Unterstützung gemeinnütziger Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Verhütung von Unfällen, der Sicherstellung ärztlicher Leistungen sowie der Krankenbetreuung dienen
- Förderung zur Niederlassung sowie Aufrechterhaltung ärztlicher Praxen in medizinisch schlecht versorgten Gebieten
- Erforschung von Krankheits- sowie Unfallursachen, mit Ausnahme von Arbeitsunfällen

### **3.6.2. Leistungen der Krankenversicherung**

- Früherkennung von Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen
- aus dem Versicherungsfall der Krankheit Krankenbehandlung, erforderliche medizinische Pflege
- aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit Krankengeld
- aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft ärztlicher Beistand, sowie Beistand von Hebammen, Kinderkranken- sowie Säuglingsschwestern, Heilmittel und Heilbehelfe, Pflege in einer Krankenanstalt sowie Wochengeld

Im GSVG wurde Krankengeld sowie Taggeld nur bei Bestehen einer Zusatzversicherung gewährleistet, ansonsten entsprachen die Leistungen dem ASVG.

---

<sup>81</sup> Vgl. Müller, Wolfgang: Sozialversicherung von A – Z. Wien, Linde, 2000, S.330-331

### 3.6.3. Prävention

Im folgenden Abschnitt soll etwas näher auf einen Aspekt des Gesundheitswesens eingegangen werden, der in zunehmendem Maße an Bedeutung gewinnt und sich in den letzten Jahren mehr und mehr in das herrschende Gesellschaftsbild prägt, nämlich die Prävention, also Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sowie -förderung. Weltweit sollte die 1977 ins Leben gerufene Aktion “Gesundheit 2000” dazu führen, dass das Ziel der Regierungen und der Weltgesundheitsorganisation, im Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau zu erreichen, das es erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Die Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986 betonte vor allem wie wohl informierte Selbstbestimmung, das zur Stärkung der eigenen Gesundheit beitragen soll<sup>82</sup>. Vor allem mit der 50. ASVG-Novelle wurde der gesetzliche Auftrag an die Krankenkassen in diesem Bereich nochmals verstärkt und die Gesundheitsförderung mehr als bisher einbezogen.

Zu den wichtigsten Bereichen der Vorsorge zählen folgende Aktivitäten:<sup>83</sup>

#### ➤ Jugendlichenuntersuchung

Demnach haben die Krankenversicherungsträger die bei ihnen pflichtversicherten Jugendlichen einmal jährlich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

#### ➤ Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Seit Mitte der 70er Jahre stellt diese Leistung sicher, dass während der Schwangerschaft sowie während der ersten 50 Lebensmonate Untersuchungen in Anspruch genommen werden, die Durchführung sämtlicher Untersuchungen ist mit einem Anspruch auf erhöhte Geburtshilfe gekoppelt. Eine 1996 durchgeführte Kürzung der Geburtshilfe leitete allerdings auch einen Rückgang der Vorsorgeuntersuchungen ein.<sup>84</sup>

#### ➤ Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene

Die Vorsorgeuntersuchung für über 19jährige auf Krankenschein wurde 1974 eingeführt und kann kostenlos einmal jährlich in Anspruch genommen werden, Hauptaugenmerk ist die Früherkennung von Krankheiten wie Arteriosklerose, Herz- und Kreislauferkrankungen, erhöhter Blutdruck, Diabetes, Stoffwechselerkrankungen, chronische Erkrankungen der Atemwege oder Krebs. Zu diesem Zweck stehen Vertragsärzte, Vertragseinrichtungen sowie Ein-

---

<sup>82</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August: Grundzüge der Sozialpolitik. Spezieller Teil: Sozialpolitik in Österreich. Wien, Manz, 1998, S.56

<sup>83</sup> Vgl. O.V.: Soziale Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 7/8, 1993, S.442ff



richtungen der Krankenversicherungsträger zur Verfügung.<sup>85</sup>

Je nach der Phase der Prävention lassen sich drei Arten unterscheiden:<sup>86</sup>

### 1) Primärprävention

Die Primärprävention richtet sich an gesunde Menschen, Ziel ist es, Krankheitsursachen zu vermeiden und die Erhaltung sowie die Verbesserung der Gesundheit sicherzustellen, Aufgabe ist es, schädliche Umwelteinflüsse abzuwehren oder aber günstige Umwelteinflüsse herzustellen, ebenso wie gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu fördern und krankheitsverursachende Faktoren zu bekämpfen.

Spezifische Primärprävention zielt darauf ab, schädliche Umwelteinflüsse zu beseitigen, als Beispiele seien Schutzimpfungen oder Fluoridzufuhr zur Kariesprophylaxe erwähnt.

Eine nochmalige Untergliederung innerhalb dieses Punktes kann in verhaltens- und verhältnisbezogene Prävention durchgeführt werden. Erstgenannte Maßnahmen haben zum Inhalt, das menschliche Verhalten so zu beeinflussen und zu verändern, dass vom Mensch selber krankheitsverursachende Faktoren ausgeschaltet werden, etwa durch den Lebensstil, Gesundheitsaufklärung oder Gesundheitserziehung. Verhältnisbezogene Prävention hingegen soll schädliche Einflüsse aus dem Umfeld eliminieren, etwa durch Arbeitsschutz oder biologische Umwelt.

Unspezifische Primärprävention wird beispielsweise durch Schaffung günstiger Wohnverhältnisse, Umweltschutzmaßnahmen oder dem Ausbau von Erholungsgebieten gewährleistet.

Die Gesundheitsförderung greift auf sämtliche genannten Aspekte der Primärprävention zurück und geht in Folge über eine traditionelle Dienstleistung zwischen Arzt und Patient hinaus. Ziel ist es, vorsorgendes Handeln im Alltag zu bewirken, sei es in der Arbeitswelt, Schule, Freizeit, Partnerschaft oder Familie. Hauptsächlich durch individuelle Eigenleistungen sowie gegenseitige Hilfestellungen sollen Gesundheitserhaltung und Bewältigung von Krankheiten erreicht werden, wobei man vor allem in der Selbsthilfe weniger auf eine fachspezifische Ausbildung, sondern vielmehr auf praktische Erfahrungen im Verwandten- oder Bekanntenkreis setzt. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollten daher bei jenen Punkten anset-

---

<sup>84</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August, a.a.O., S.56

<sup>85</sup> Vgl. O.V.: Prävention und Gesundheitsförderung. In: Soziale Sicherheit, Heft 9, 2000, S.16

<sup>86</sup> Vgl. Meggeneder, Oskar: Prävention als Leistung und Pflichtaufgabe der sozialen Krankenversicherung. In: Flemmich, Günther (Hg.): Aufgaben in der sozialen Krankenversicherung - Prävention und Leistung der Pflichtversicherung, Wien, Verlag ÖGB, 1995, S.16ff

zen, die ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein bewirken, im Zusammenspiel mit nötiger Eigenverantwortung, damit sich die Menschen vermehrt mit dem Themengebiet Gesundheit - Krankheit auseinandersetzen und versuchen, Risikofaktoren auszumerzen. Darunter fallen etwa die Paradebeispiele Nikotin- und Alkoholmissbrauch, aber auch falsche und planlose Ernährung oder allzu ambitionierter Freizeitsport.

## 2) Sekundärprävention

Während die Primärprävention an einem Zustand des Menschen ansetzt, in dem noch keine Krankheit ausgebrochen ist, bemüht sich die Sekundärprävention um deren Früherkennung, wenn noch keine Krankheitssymptome wahrgenommen worden sind. Diese Art der Vorsorge ist nur dann sinnvoll, wenn im Frühstadium der Krankheit bessere Erfolgschancen auf Heilung bestehen und wenn die Zahl der neu entdeckten Fälle in einem vertretbaren Verhältnis zur Untersuchung stehen.

## 3) Tertiärprävention

Hierbei geht es um die Vermeidung von Spätkomplikationen und die Verhinderung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit. Rehabilitationsmaßnahmen sollen dem Patienten helfen, die Schädigung zu kompensieren und zu bewältigen sowie ein erneutes Auftreten der Krankheit zu verhindern.

Der Beitrag, den eine zielgerichtete Präventionspolitik im Rahmen einer staatlichen Gesundheitspolitik leisten kann, liegt hauptsächlich darin, den beteiligten Personen ein bewusstes Umgehen mit dem Gesundheitssystem zu ermöglichen. Ein entsprechend hoch entwickeltes Gesundheitsbewusstsein trägt nicht nur seinen Teil dazu bei, die Gesundheitsrisiken zu minimieren, sondern sollte auch eine überlegte Inanspruchnahme professioneller Gesundheitseinrichtungen bewirken. Vermeidbare Arztbesuche und dadurch ersparte Behandlungs- und Folgekosten wie Medikamente oder Heilbehelfe schlagen sich letztendlich auch in der Finanzsituation des Gesundheitssystems nieder.

### **3.7. Das Ökonomiegebot in der österreichischen Gesetzgebung**

In Österreich wurde speziell im § 133 (2) ASVG dem Wunsch zur Eindämmung der Kostenexplosion Rechnung getragen, demnach werden vor allem die als Vertragspartner agierenden Ärzte im Rahmen einer besonderen Berufspflicht zur Beachtung des Ökonomiegebots in die Pflicht genommen.<sup>87</sup> Eine weitere Regelung über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung findet sich in einer vom Hauptverband herausgegebenen Richtlinie (RöK), in §3 (2) S2 wird eine Erbringung der Leistung nach dem jeweiligen aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft verlangt und damit die Schulmedizin als maßgeblichen Standard für die Behandlung festgelegt.

Innerhalb dieses vorgegebenen Rahmens werden die ökonomischen Grundsätze einer Behandlung unter Beachtung des Wohles des Versicherten dann erfüllt, wenn ein ausreichender therapeutischer und diagnostischer Nutzen zu erzielen ist und die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme stehen, wobei auch die während eines Behandlungs- und Untersuchungsverlaufs gesetzten Maßnahmen zu berücksichtigen sind.

Eine weitere Verankerung des Ökonomiegebots findet sich im §10 (2) behandelten Mustergesamtvertrag und ist damit gesetzlich mehrfach verwurzelt, die Gratwanderung zwischen finanziellen und medizinischen Erfordernissen ist hauptsächlich vom behandelnden Arzt zu lösen, wobei die Wahl zwischen mehreren zur Verfügung stehenden Methoden in Absprache mit dem Patienten zu erfolgen hat; für die Gewichtung des Kostenarguments ist laut Oberstem Gerichtshof das Ausmaß der Betroffenheit des Patienten im Einzelfall maßgebend, eine allein an ökonomischen Gesichtspunkten orientierte Beurteilung der Zweckmäßigkeit ist demnach nicht gestattet, vielmehr ist eine teure Behandlung auch dann zu finanzieren, wenn sie schneller, risikoärmer oder weitaus schmerzfreier ist.

### **3.8. Sozialversicherungsreformen**

Forderungen nach einem Umbau der Sozialversicherung sind so alt wie die Sozialversicherung selbst, allerdings wurden kritische Wortmeldungen bezüglich der Organisation oder der Finanzierbarkeit nicht so ernst genommen, dass sie tatsächlich eine langfristige Reform nach sich gezogen hätten. So hörte man etwa 1977 vom damaligen Präsident der Bundeswirt-

---

<sup>87</sup> Vgl. Resch, Reinhard: Krankenbehandlung und Ökonomiegebot in Österreich. In: Jabornegg, Peter, Rech, Reinhard, Seewald, Otfried (Hg.): Ökonomie und Krankenversicherung. Wien, Manz, 2001., S.17-21

schaftskammer Rudolf Sallinger, dass ein Umdenken im Beitrags-, Leistungs- und Finanzierungsbereich notwendig sei, um die Finanzierung in den Folgejahren zu gewährleisten und dass Maßnahmen im Bereich der Organisation nötig seien, eine entsprechende Umsetzung folgte allerdings nicht.<sup>88</sup>

In den späten 1980er Jahren wurde anlässlich des bevorstehenden hundertsten Geburtstags der Sozialversicherung eine Studie heimischer Wissenschaftler präsentiert, die erneut das aktuelle Sozialsystem in Frage stellte und einen Anstieg der Sozialausgaben am Bruttoinlandsprodukt von damals 27,3 Prozent auf etwa 53 Prozent im Jahr 2050 prognostizierte, sollte es zu keinen Änderungen kommen.<sup>89</sup> In weiterer Folge entwickelte sich eine politische Diskussion, in der vor allem die FPÖ die Sozialversicherung als Selbstbedienungsladen bezeichnete und eine Zusammenlegung der Anstalten forderte<sup>90</sup>, um in weiterer Folge für eine völlige Privatisierung der Sozialversicherung mit verpflichtenden Mindeststandards einzutreten.<sup>91</sup> Teilweise übernahm die Regierung unter Bundeskanzler Vranitzky die Forderungen und stellte eine Konzentration der damals 29 Sozialversicherungsanstalten und Straffung des Verwaltungsapparats ebenso in Aussicht<sup>92</sup> wie ein Vorgehen gegen die ebenfalls kritisierten Privilegien sowie eine Offenlegung der Bezüge der Funktionäre.<sup>93</sup> Der Koalitionspartner ÖVP sprach sich für eine Eingliederung der Betriebskrankenkassen in die Gebietskrankenkassen sowie längerfristig eine freie Auswahl der Versicherung ebenso aus<sup>94</sup> wie für eine verstärkte Kontrolle des Hauptverbandes durch einen Aufsichtsrat.<sup>95</sup> Weiters propagierte man einen neuen Bestellmodus bei den Führungsgremien, die nach Ansicht der Volkspartei künftig nicht mehr von den Sozialpartnern beschickt sondern direkt gewählt werden sollten.<sup>96</sup> Der Hauptverband der Sozialversicherung kündigte daraufhin ein Gutachten einer internationalen Beratungsfirma über die bestehende Organisationsstruktur an, um Einblicke in Einsparungspotentiale im Versicherungswesen gewinnen zu können.<sup>97</sup> Die tatsächliche Ausschreibung fand etwa acht Monate

---

<sup>88</sup> Vgl. Sallinger, Rudolf, a.a.O., S.217-219

<sup>89</sup> Vgl. O.V.: Ohne Radikalreform bricht Sozialstaat völlig zusammen. In: Neues Volksblatt (24. September 1987)

<sup>90</sup> Vgl. O.V.: Sozialversicherung: Ist eine große Anstalt billiger als viele kleine Anstalten?. In: Neue AZ (3. Dezember 1988)

<sup>91</sup> Vgl. O.V.: Gefahr für soziale Sicherheit. In: Volksstimme (10. Juli 1990)

<sup>92</sup> Vgl. Kindermann, Dieter: Sozialversicherung: Jetzt soll das ganze System reformiert werden. In: Neue Kronen Zeitung (29. August 1989)

<sup>93</sup> Vgl. Kindermann, Dieter: Vranitzky will "heilige Kühe" der Sozialversicherungen schlachten. In: Neue Kronen Zeitung (8. Juli 1990)

<sup>94</sup> Vgl. O.V.: Sozialversicherung: Riegler für Direktwahl und Konzentration. In: Der Standard (11. Juli 1990)

<sup>95</sup> Vgl. Mörth, M.: VP-Vorstoß abgewiesen. In: Kurier (7. August 1990)

<sup>96</sup> Vgl. Scharsach, Herta: Sozialversicherung wird Koalitionsthema - Stummvoll will "Profis" in die Führung. In: Die Presse (6. September 1990)

<sup>97</sup> Vgl. Holzweber, D. und Kotanko, Christoph.: Zehn Millionen für "Spar-Studie". In Kurier (9. Juli 1990)

nach dieser Ankündigung statt<sup>98</sup>, nachdem sich SPÖ und ÖVP im Regierungsübereinkommen von 1990 auf einen vom Sozialministerium ausgearbeiteten Fragenkatalog geeinigt hatten.<sup>99</sup>

Zu den wichtigsten Punkten, die in der Analyse geklärt werden sollten, gehörten:<sup>100</sup>

- Veränderung der Zahl der Sozialversicherungsträger
- Zusammenlegung einzelner Teilbereiche
- Koordination und Organisation der Versicherungsträger
- Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Versicherungsträger
- effiziente Kommunikationsabläufe
- Versichertennähe
- Rationalisierungspotential im Verwaltungsbereich
- organisatorische Maßnahmen zur Kostensenkung
- Mehrgleisigkeiten und Kompetenzüberschneidungen

Oberste Zielsetzungen waren eine objektive Einschätzung der Situation aller Bereiche der Sozialversicherung im Hinblick auf Effizienz und Effektivität und das Aufzeigen nötiger Maßnahmen zur Kostensenkung und Qualitätssteigerung.

Im Juni 1992 präsentierte die Schweizer Unternehmensberatungsfirma Häusermann & Co. AG das Ergebnis ihrer Expertise. Wer darin eine radikale Reform erwartet hatte, wurde enttäuscht, fiel die Kritik doch sehr moderat aus. Eine der entscheidenden Kernaussagen lautete, dass eine effiziente und effektive Aufgabenerfüllung nicht von der Anzahl der Versicherungsträger abhängig sei, unter der Voraussetzung, dass übergeordnete Interessen kompetenter vertreten und durchgesetzt werden.<sup>101</sup> Weiters empfahl man, den Kern der gewachsenen Strukturen wegen anderer Prioritäten zum Zeitpunkt nicht anzutasten und bezüglich der Versichertennähe die Außenstellen der Versicherungsträger zu Auskunftsstellen und Beratungszentren auszubauen, um eine innovative und motivierende Aufbruchstimmung zu signalisieren.<sup>102</sup> Im Bereich der Organisation kritisierte Häusermann die unterschiedliche und voneinander abweichende Entwicklung einzelner Sozialversicherungsträger und prophezeite ohne baldige Regulierung Probleme im Bereich der Vernetzung aller beteiligten Parteien wie Versicherungsträger, Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt, Dienstgeber und Versicherte. Weiters fehlte es nach

---

<sup>98</sup> Vgl. Göweil, Reinhard: Das lange Warten auf die Sozialversicherungs-Reform. In: Der Standard (5. März 1991)

<sup>99</sup> Vgl. Göweil, Reinhard: Symptomkur für Sozialversicherung. In: Der Standard (15. Mai 1991)

<sup>100</sup> Vgl. O.V.: Organisationsanalyse der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 7/8 1991, S.350-351

<sup>101</sup> Vgl. Geppert, Walter: Mit neuen Strukturen in 3. Jahrtausend. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1993, S.136

<sup>102</sup> Vgl. O.V.: Kalendarium. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1993, S.130

Ansicht der Beratungsfirma an elementaren Normen und Standards, die im gesamten Bereich der Sozialversicherung gelten sollen, für deren Schaffung man aber übergeordnete Kompetenzen schaffen müsse.<sup>103</sup>

Hauptgrund für die beiden letzten Kritikpunkte war die unterschiedliche Entwicklung innerhalb der EDV. Diese war 1968 mit der 21. Novelle zum ASVG eingeführt worden, im Bereich der Krankenversicherung wurden die Bereiche Meldewesen, Beitragswesen, Leistungswesen, Personal, Heilmittelabrechnung, Entgeltfortzahlung, Statistik sowie Büroautomation fortan elektronisch erfasst und verarbeitet.<sup>104</sup> Während man in der Krankenversicherung von Anfang an eine versichertennahe Verwaltung verfolgte, standen im Fall der Pensions- und Unfallversicherung eine zentrale Verwaltung, unterstützt durch Außenstellen und Landesstellen, im Vordergrund; Resultat im elektronischen Bereich war eine unterschiedliche EDV mit jeweils eigener Hardware und Software.<sup>105</sup> Daten wurden zwar an den Hauptverband weitergeleitet und dort erfasst, eine effiziente Zusammenarbeit innerhalb der einzelnen Träger war jedoch nicht möglich.<sup>106</sup>

Resultierend aus den Ergebnissen der Analyse und dem darin vorgeschlagenen “Evolutionsmodell” wurde mit der 52. ASVG-Novelle Ende November 1993 die mit 1. Jänner 1994 in Kraft getretene Sozialversicherungsreform beschlossen.<sup>107</sup> Zu den wichtigsten Änderungen gehörten:

- Reduktion der Versicherungsfunktionäre um beinahe zwei Drittel, von 2.700 auf knapp über 1.000.<sup>108</sup>
- Kürzung des 13. und 14. Monatsgehalts bei nebenberuflichen Funktionären sowie Streichung der Funktionärspension bei neu eintretenden Funktionären, um den Privilegienvorwürfen zu entgegnen.<sup>109</sup>
- Der Hauptverband soll als Strategieholding mit Richtlinienkompetenzen und damit verbunden größerem Durchgriffsrecht ausgerüstet mehr als bisher steuernd eingreifen können.

---

<sup>103</sup> Vgl. Leutner, Richard: Neue Strukturen für die Versicherten - Von der Verwaltung zum modernen Dienstleistungsunternehmen. In: Arbeit und Wirtschaft, Nr.6, 1993, S.21

<sup>104</sup> Vgl. Mandl, Adolf: Die Verwaltung der österreichischen Sozialversicherung - ein moderner Dienstleistungsbetrieb. In: Soziale Sicherheit, Nr.9 1989, S.406

<sup>105</sup> Vgl. Wolff, Karl-Heinz: Die Entwicklung der EDV in der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Nr.10 1981, S.434

<sup>106</sup> Vgl. Steinnocher, Kurt: Die zentrale Datenverarbeitung in der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 9 1974, S.456-457

<sup>107</sup> Vgl. O.V.: Weniger Privilegien bei der Sozialversicherung. In: Salzburger Nachrichten (1. Dezember 1993)

<sup>108</sup> Vgl. O.V.: 52. ASVG-Novelle zur Sozialversicherungsreform in Begutachtung - Privilegien werden abgebaut. In: Neues Volksblatt (9. Oktober 1993)

<sup>109</sup> Vgl. Freihofner, Gerald: Watschentanz ums Goldene Kalb. In: Österreichische Ärztezeitung, Nr. 15/16, 1992, S.15-17

nen.<sup>110</sup>

- Ausbau der Außenstellen in den Bundesländern im Rahmen eines Allpartenservices, um Beratung und Service über Sozialversicherungsangelegenheiten anzubieten.<sup>111</sup>
- Langfristige Einführung von “Full-Service-Zentren” unter Berücksichtigung sämtlicher Informationen aller außerhalb der Sozialversicherung stehenden Dienstleistungen.<sup>112</sup>
- Erweiterung der EDV-Ausrüstung, Umstrukturierung im Bereich der Krankenversicherung, um eine standardisierte Datenverarbeitung unter Einschluss der Datenspeicherung im Hauptverband sicherzustellen sowie die Einführung einer kompatiblen Hardware, um eine Vernetzung und verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern zu ermöglichen.<sup>113</sup> Ein einheitliches Personalkonzept für EDV-Dienstleistungen soll der Fluktuation in diesem Bereich Rechnung tragen.<sup>114</sup>

Im Dezember 1997 wurde von Sozialministerin Hostasch eine erneute Organisationsanalyse in Auftrag gegeben, diesmal sollte das Beratungsunternehmen KPMG eruieren, welche Empfehlungen der ersten Schritte zur Zufriedenheit umgesetzt werden konnten und welche weiteren Maßnahmen nötig sind.<sup>115</sup> Die Ergebnisse dieser neuen Studie wurden im September 1998 präsentiert, im Bereich der Serviceleistungen und Kundennähe wurden Fortschritte attestiert, im Bereich der EDV-Harmonisierung war man allerdings noch sehr weit von einer Lösung des Problems entfernt. Im Jahr darauf kündigte Sozialversicherungs-Präsident Sallmutter eine Zusammenlegung der EDV-Systeme der sechs Pensionsversicherungsanstalten an, als Zeitrahmen nannte er das Jahr 2006, eine ebenfalls anstehende Zusammenlegung der EDV in Kranken- und Unfallversicherung wurde ohne Zeitangabe in Aussicht gestellt.<sup>116</sup>

---

<sup>110</sup> Vgl. Scharsach, Herta: Privilegien fallen. In: Die Presse (24. August 1993)

<sup>111</sup> Vgl. Leutner, Richard: Organisationsreform der Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 1, 1994, S.5

<sup>112</sup> Vgl. Geppert, Walter, a.a.O., S.138

<sup>113</sup> Vgl. O.V: Organisationsanalyse der österreichischen Sozialversicherung - Umsetzungskonzept des Hauptverbandes. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1993, S.134

<sup>114</sup> Vgl. Rudda, Johannes: Reform der Organisation und der Selbstverwaltung in der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1993, S.151

<sup>115</sup> Vgl. Rauscher, Magdalena: Der vorsichtige Wille zur Reform: Auf die Analyse folgt eine Analyse. In: Kurier (3. Februar 1998)

<sup>116</sup> Vgl. Rosengren, Andreas: Sozialversicherung am Prüfstand. In: Wirtschaftsblatt (30. September 1999)

### 3.9. Die Krankenversicherung zwischen dem Sparpaket 1996 bis 2002

Während dieser beiden Organisationsanalysen war es ab dem Sparpaket 1996 zu einigen Änderungen im Bereich der Krankenversicherung gekommen, die nötig geworden waren, da die Krankenkassen in den Jahren zuvor Defizite in Höhe von 798 Millionen Schilling im Jahr 1994 und sogar 2,8 Milliarden im Folgejahr aufwiesen und für 1996 sogar ein Minus von 3,6 Milliarden befürchtet wurde.<sup>117</sup> Um dem entgegen zu steuern wurde beispielsweise die Rezeptgebühr um 7 Schilling auf 42 Schilling erhöht und Selbstbehalte bei Kuraufenthalten eingeführt.<sup>118</sup> Weiters wurden der Beitragssatz der Pensionisten zur Krankenversicherung um 0,25 Prozent auf 3,75 Prozent erhöht und den Gebietskrankenkassen mehr Mittel aus dem Familienlastenausgleichsfonds zugestanden, vor allem aber wurde mit 1. Jänner 1997 eine Krankenscheingebühr von 50 Schilling eingehoben; Resultat dieser Maßnahmen war ein Überschuss der Krankenkassen von 566 Millionen Schilling im ersten Halbjahr 1997, die geplante Sanierung zu zwei Dritteln aus Kostensenkungen wurde allerdings nicht realisiert, sondern zusätzliche Einnahmen zeichneten zum Großteil für diese Entwicklung verantwortlich.<sup>119</sup> Dass keine nachhaltige Sanierung unternommen wurde, zeigt sich in der Tatsache, dass das Defizit in der Krankenversicherung im Jahr 2000 auf 5 Milliarden Schilling angewachsen war.<sup>120</sup> Neben den später im Kapitel der Kostenexplosion erwähnten Gründen schlugen sich nunmehr die Ausgaben für Medikamente gravierender als in der Vergangenheit zu Buche. Wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich, stiegen die Arzneimittelausgaben Ende der 90er Jahre überdurchschnittlich an.

---

<sup>117</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen nicht so krank. In: Kurier (25. Jänner 1997)

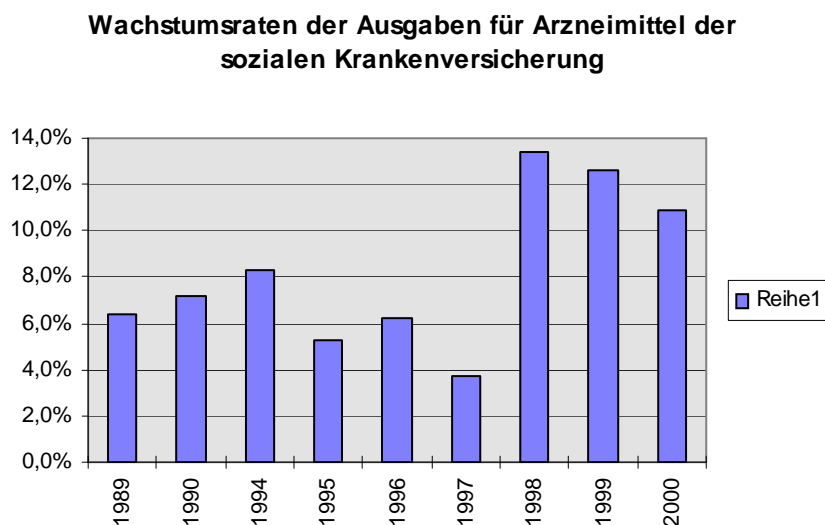
<sup>118</sup> Vgl. Haller, Patricia: Sozialversicherungen haben die aufgetragenen Sparziele erfüllt. In: Kurier (19. Dezember 1998)

<sup>119</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen: Finanzen genesen. In: Kurier (17. Oktober 1997)

<sup>120</sup> Vgl. O.V.: Machtpolitik statt Gesundheitspolitik. In: Arbeit und Wirtschaft, Nr. 2, 2001, S.24-27



Graphik 1: Wachstumsraten der Arzneimittel

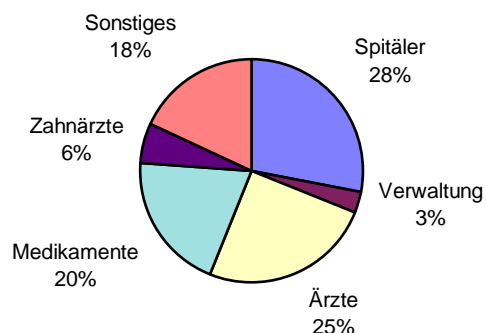


Quelle: Badelt (2000), S.559

Der Anteil der Ausgaben für Medikamente an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung erhöhte sich für 1999 auf 19 Prozent, was einen Anstieg von fünf bis sechs Prozent verglichen mit den Werten Mitte der 90er darstellt<sup>121</sup>, im Jahr 2002 beliefen sich die Ausgaben von 2,196 Milliarden Euro auf bereits über 20 Prozent der Gesamtausgaben von 10,836 Milliarden Euro.

Graphik 2: Aufteilung der Krankenversicherungsausgaben 2002

**Ausgaben der sozialen Krankenversicherung 2002**



Quelle: Österreichische Sozialversicherung, S.15

<sup>121</sup> Badelt, Christoph: Ökonomische Herausforderungen an das österreichische Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit, Heft 6. 2000, S.558-559

Der nächste Reformversuch der Sozialversicherung wurde Mitte 2000 durch die neue Regierung unter Bundeskanzler Schüssel unternommen. Das System zur Bestellung wurde geändert, statt der bisherigen Entscheidung der Kammer-Präsidenten über die Besetzung der Funktionärsposten werden künftig die Wahlergebnisse der letzten Kammerwahlen herangezogen. Kritik wurde an diesen Maßnahmen laut, da es nicht als wirkliche Reform, sondern als “Umfärben” der Sozialversicherung bezeichnet wurde.<sup>122</sup> Ebenso wurde eine neue Controllinggruppe installiert, von deren neun Mitgliedern vier vom Verwaltungsrat und vier von diversen Ministerien entsandt wurden. Die mit der 58. ASVG-Novelle 2001 beschlossene Hauptversammlung übernahm zum Großteil die Aufgaben der bisherigen Verbandskonferenz, musste aber Teilgebiete an die weniger repräsentativ zusammengesetzten Bereiche Verwaltungsrat und Geschäftsführung abtreten.<sup>123</sup>

Die 60. ASVG-Novelle brachte eine Änderung des Ausgleichsfonds der Krankenkassen sowie eine Unterstützung finanzschwacher durch finanzstarke Kassen, auch auf die Gefahr hin, dass künftig sämtliche Gebietskrankenkassen negativ bilanzieren könnten.<sup>124</sup> Konkret wurden die 2002 positiv gebarenden Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, einen Teil ihrer Rücklagen in der Höhe von 172 Millionen Euro abzuliefern, um den Gebietskrankenkassen in Wien, Kärnten und Tirol sowie der Bauernkasse die Bildung der gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen zu ermöglichen, ohne weiterhin dafür Kredite aufnehmen zu müssen, die Kassen in der Steiermark und dem Burgenland erhielten ebenfalls Geld, um die Rücklagen sichern zu können.<sup>125</sup> Der Ausgleichsfonds, in den diese Hilfszahlungen geleistet wurden, erreichte im August 2002 ein Ausmaß von 350 Millionen Euro, neben den bereits erwähnten 172 Millionen kamen 150 Millionen aus der laufenden Finanzierung, 23 Millionen aus der Erhöhung der Tabaksteuer und der Rest aus Beitragseinnahmen der Kassen.<sup>126</sup>

Die Finanzsituation der Krankenversicherung wird in folgender Abbildung dargestellt.

---

<sup>122</sup> Vgl. O.V.: “Es geht nur um Posten”. In: Salzburger Nachrichten (29. März 2000)

<sup>123</sup> Vgl. Öhlinger, Theo: Die Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. In: Das Recht der Arbeit, Heft 277, Juni 2002, S.196

<sup>124</sup> Vgl. Kotanko, Christoph: Arznei mit Nebenwirkungen. In: Kurier (12. Juli 2002)

<sup>125</sup> Vgl. O.V.: Noch eine Klage beim Verfassungsgerichtshof. In: Kurier (2. Oktober 2002)

<sup>126</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen fallen noch tiefer ins Minus. In: Kurier (23. August 2002)

Tabelle 4: Vorläufiges Gebarungsergebnis in der Krankenversicherung 2002

Krankenversicherung	Gebarung 2002 in Mio Euro	Differenz gegenüber 2001
Einnahmen	10.618	3,50%
Beiträge für Versicherte	8.641	1,70%
Vermögenserträge	78	-16,60%
Rezeptgebühren	312	1,60%
sonstige Einnahmen	1.587	16,80%
<b>Ausgaben</b>		
Ausgaben	10.638	4,20%
Versicherungsleistungen	10.154	3,80%
ärztliche Hilfe	2.656	4,00%
Heilmittel	2.196	6,50%
Heilbehelfe, Hilfsmittel	224	8,00%
Zahnbehandlung, -ersatz	688	0,60%
Anstaltspflege	3.024	2,80%
med. Hauskrankenpflege	11	62,30%
Krankengeld	362	-2,70%
Mutterschaftsleistungen	449	5,10%
med. Rehabilitation	191	6,20%
Gesundheitsfestigung	56	-9,00%
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	81	4,10%
Fahrtspesen, Transportkosten	155	6,00%
sonstige Leistungen	57	3,80%
Verwaltungsaufwand	357	4,00%
sonstige Ausgaben	325	15,40%
<b>Saldo</b>	<b>-218</b>	

Quelle: Österreichische Sozialversicherung (2003), S.10

## 4. Finanzierungsprobleme in der Krankenversicherung

### 4.1. Die finanzielle Ausgangssituation in der Krankenversicherung

Durch das ASVG wurde der Leistungskatalog der Krankenkassen nicht unwesentlich erweitert, ob diese dafür aber finanziell gerüstet waren, darf bezweifelt werden. So machte der Jahresbericht des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger für das Jahr 1954 deutlich klar, dass die gesetzliche Krankenversicherung zwar noch einen Aktivsaldo von 3,2 Prozent auswies, dass dies aber hauptsächlich auf die Auswirkungen des Rentenbemessungsgesetzes 1954 zurückzuführen sei und dass eine passive Gebarung der Krankenversicherung somit lediglich hinausgeschoben sei.<sup>127</sup> Von den 1,8 Millionen Versicherungspflichtigen befand sich über ein Drittel in den untersten Lohnstufen bis 1.020 Schilling, beinahe 55 Prozent zwischen diesem und 1.980 Schilling, und nur knapp sechs Prozent gehörten mit 2.340 Schilling im Monat zur Gruppe der Höchstbeitragszahler. Diese Grundlage war am 1. Oktober 1954 zur Kassensanierung von 1.800 deutlich angehoben worden.<sup>128</sup>

Insgesamt waren die Einnahmen der Krankenversicherung von 2,110.483 Schilling im Jahr 1953 auf 2,332.167 Schilling im Folgejahr gestiegen, demgegenüber stand ein Anwachsen der Ausgaben von 2,091.399 auf 2,257.360 Schilling<sup>129</sup> und auch wenn man mit einem Anstieg der Konjunktur und somit einer Verbesserung der Lohnsituation rechnen konnte, so war ebenso abzusehen, dass die Ausgaben in einem nicht unwesentlicheren Teil ansteigen würden.

Die Finanzsituation für das Jahr 1954 ist in nachfolgender Tabelle aufgelistet.

---

<sup>127</sup> Vgl. O.V.: Die finanzielle Gebarung der österreichischen Krankenversicherung im Jahre 1954. In: Soziale Sicherheit, Heft 11, November 1955, S.423

<sup>128</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.40

<sup>129</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.40

Tabelle 5: Gebarung der Krankenversicherungsträger 1954 (in Millionen Schilling)

<b>Ausgaben</b>		<b>in %</b>
Ärzte und Zahnärzte	649.362	28,77
Arzneien und Heilmittel	398.989	17,68
Krankenhauspflege	475.233	21,05
Krankenunterstützung	370.713	16,42
Mutterhilfe	97.084	4,3
erweiterte Heilbehandlung	25.876	1,15
Kontroll- und Verrechnungsaufwand	22.402	0,99
allg. Verwaltungsaufwand	119.06	5,27
sonstige Ausgaben	98.641	4,37
<b>Gesamtausgaben</b>	<b>2.257.360</b>	
<b>Gesamteinnahmen</b>	<b>2.332.167</b>	

Quelle: Soziale Sicherheit (November 1955), S.425

Noch war die Finanzsituation in der Krankenversicherung positiv, aber es sollte nicht lange dauern, ehe die Krankenkassen in ihre erste Krise gestürzt wurden. Verstärkt durch eine Grippe-epidemie Ende 1957 wiesen die Kassen erstmals ein Defizit aus, auch dadurch verursacht, dass sehr viele Anspruchsberechtigte nicht die vollen oder gar keine Beiträge einzahlten, für das Jahr 1956 betrug der Anteil der Versicherten mit herabgesetzten Beiträgen 20,8 Prozent sowie der beitragsfrei Mitversicherten 36,3 Prozent.<sup>130</sup> Die Beitragssätze von 1956 bis 1959 betragen im übrigen sieben Prozent für Arbeiter und 4,5 Prozent für Angestellte.

Tabelle 6: Gebarung der Krankenkassen 1955-1957 (in tausend Schilling)

	<b>Einnahmen</b>	<b>Ausgaben</b>	davon Ärzte	davon Arznei	davon Spitäler	davon Krankengeld
1955	2,714	2,615	564	447	518	483
1956	3,039	2,999	652	511	542	566
1957	3,347	3,424	782	571	581	655

Quelle: Thür (1988), S.41

Erwähnenswert in diesem Bereich ist auch die Leistungsverschiebung einiger Bereiche in der ersten Jahrhunderthälfte. So betrug das Krankengeld 1909 noch 54,1 Prozent der Kassenaus-

gaben, 1924 43,8 Prozent und 1956 nur mehr 18,9 Prozent, während sich etwa die Spitalsverpflegungskosten im gleichen Zeitraum von 4,3 auf 13,7 Prozent bis zu letztlich 18,1 Prozent steigerten.<sup>131</sup>

Im Hinblick auf die problematische Finanzsituation der Krankenversicherung veranstaltete der sozialdemokratische Sozialminister Anton Proksch eine Enquete, um Auswege und eine dauerhafte Lösung zu finden. Als Ergebnis konnte man die 4. Novelle zum ASVG mit neu eingeführter Krankenschein- und Rezeptgebühr präsentieren, als sehr zukunftsorientiert darf sie jedoch kaum bezeichnet werden, vielmehr wurde der Weg für die kommenden Jahre und Jahrzehnte vorgegeben, anstatt einer großen Reform der Krankenversicherung wurden Beiträge angepasst und Fonds sowie andere Zweige der Sozialversicherung zur Finanzierung herangezogen, um einen positiven Saldostand zu erreichen.<sup>132</sup>

Die Höchstbeitragsgrundlage etwa wurde am 1. Mai 1960 erstmals von 2.400 auf 3.000 Schilling erhöht, 1968 auf 3.600 Schilling, ein Jahr darauf auf 4.050 Schilling und zwei Jahre später auf 4.800 Schilling, ab 1973 kam es dann zu jährlichen Erhöhungen; der Beitragssatz änderte sich ebenfalls im Mai erstmals, für die Arbeiter stieg er von sieben auf 7,3 Prozent während Angestellte nunmehr 4,8 statt bisher 4,5 Prozent zu leisten hatten, im Mai 1970 wurden beide Beträge um jeweils 0,2 Prozent das nächste Mal erhöht.<sup>133</sup>

Mitte der 1960er Jahre erhielten große Teile der Selbständigen eine eigene soziale Krankenversicherung, den Anfang machte das Gesetz über die Krankenversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbständig Erwerbstätigen vom 7. Juli 1965, das am 1. Oktober des gleichen Jahres mit der Versicherungs- und Beitragspflicht sowie am 1. April 1966 mit der Leistungsseite in Kraft trat, etwa ein Jahr später folgte am 1. Juli 1966, bereits unter einer ÖVP-Minderheitsregierung, das Gewerbliche Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz (GSKVG), das zwar eine Überführung der Meisterkrankenkassen in die Selbständigen-Krankenkasse zur Folge hatte, ansonsten aber das bisherige Versicherungssystem weiterführte.<sup>134</sup> 1971 wurde unter der neuen SPÖ-Regierung eine Reorganisation dieses Versicherungszweiges vorgenommen, deren Auswirkungen drei Jahre später die Fusion der gewerblichen Krankenversicherung mit der gewerblichen Pensionsversicherung darstellte, der bisherige

---

<sup>130</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.40-41

<sup>131</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.41

<sup>132</sup> Vgl. Thür, Hans, a.a.O., S.41

<sup>133</sup> Vgl. Marhold, Franz (Bearb.): Sozialversicherung, 28. Auflage. Wien, Linde, 2002, ASVG-Anhang

<sup>134</sup> Vgl. Spitzauer, Martin, a.a.O., S.252

Verband der Meisterkrankenkassen wurde aufgelöst.<sup>135</sup> Vorausgegangen war diesem Vorgang bereits das Gesetz zur Krankenkassenkonzentration am 1. Jänner 1973, durch das eine Herabsetzung auf 24 Krankenkassen erreicht wurde; so wurden beispielsweise die Landwirtschafts-krankenkassen, in den Jahren zuvor hauptsächlich aus von den Gebietskrankenkassen dotierten Fonds unterstützt, aufgelöst und gleich in die jeweiligen Gebietskrankenkassen eingegliedert.<sup>136</sup> Weiters wurden die Krankenversicherungsträger zur Früherkennung von Krankheiten verpflichtet.

Mit dem am 1. September 1974 wirksamen Entgeltfortzahlungsgesetz wurde der bis dato existierende Entgeltanspruch eines Arbeiters für drei Tage seines Krankenstandes auf eine vollständige Verpflichtung für den Arbeitgeber ausgeweitet.<sup>137</sup>

Der letzte Schritt zur von der sozialdemokratischen Regierung propagierten Volkssicherung wurde 1976 mit der 32. Novelle des ASVG getätigt, stand doch ab diesem Zeitpunkt auch jenen die freiwillige Versicherung in der Krankenversicherung offen, die bisher nicht pflichtversichert waren und ihren Wohnsitz im Inland hatten<sup>138</sup>.

Die Entwicklung der durch die Krankenversicherung geschützten Personen ist in folgender Abbildung dargestellt.

---

<sup>135</sup> Vgl. Spitzauer, Martin, a.a.O., S.252

<sup>136</sup> Vgl. Dragaschnig, Alois: 1889 – 1989 – 2089. Streiflichter. In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989, S.93-94

<sup>137</sup> Vgl. Weigel, Wolfgang, Schneider, Friedrich: Determinanten der Entwicklung der österreichischen Sozialversicherung 1945-1985. Forschungsbericht 1987, S.5

<sup>138</sup> Vgl. Millendorfer, Franz: Die Lage der Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 6, Juni 1977, S.220-221

Tabelle 7: Geschützte Personen in der Krankenversicherung

Jahr	Geschützte Personen (in tausend)	Versicherte	Angehörige	Anteil an Bevölkerung
1955	4895	3450	1445	70,20%
1956	4912	3505	1407	70,30%
1957	4944	3560	1384	70,60%
1958	4958	3590	1368	70,60%
1959	4973	3620	1353	70,50%
1960	5460	3651	1809	77,50%
1961	5521	3691	1830	78,00%
1962	5590	3736	1854	78,40%
1963	5647	3774	1873	78,70%
1964	5723	3824	1899	79,30%
1965	6648	4186	2462	91,60%
1966	6705	4232	2473	92,00%
1967	6643	4249	2394	90,70%
1968	6703	4308	2395	91,20%
1969	6742	4344	2398	91,40%
1970	6782	4375	2407	91,80%
1971	6857	4435	2422	92,00%
1972	6946	4423	2523	92,70%
1973	7164	4521	2643	95,20%
1974	7259	4589	2670	96,40%
1975	7284	4600	2684	96,90%
1976	7292	4623	2669	97,10%
1977	7413	4724	2689	98,60%
1978	7438	4751	2687	99,10%
1979	7450	4775	2675	99,30%
1980	7459	4799	2660	99,40%

Quelle: Talos (1981), S.353

Während also vom sozialen Standpunkt aus betrachtet eine stetige Verbesserung der Situation herbeigeführt wurde, machte sich immer mehr die Problematik der Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich bemerkbar. So waren etwa die Kosten für ambulante ärztliche Versorgung zwischen 1965 und 1975 um 220 Prozent angestiegen, der Medikamente um 221 Prozent und der Spitäler gar um 287 Prozent. Die Einnahmen der Krankenkassen hatten sich in diesem Zeitraum ziemlich genau verdoppelt, während als Vergleichswert - ohne unmittelbaren Zusammenhang - das Bruttonationalprodukt in diesen Jahren um 164,5 Prozent ange-



stiegen war.<sup>139</sup>

Im Rechnungsjahr 1976 schlossen etwa 20 Sozialversicherungsträger mit einem passiven Gebarungsergebnis ab, bei 17 von diesen handelte es sich um Bereiche der Krankenversicherung.

In folgender Übersicht werden die Höhen des Defizits für dieses Jahr, gemessen an den Gesamteinnahmen, dargestellt.

Tabelle 8: Passiv gebarende Krankenversicherungsträger im Jahr 1976

Versicherungsträger	Defizit, in % der Gesamteinnahmen
BKK Neusiedler	9,90%
BKK Tabakwerke	2,50%
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	5,00%
GKK Burgenland	5,00%
GKK Kärnten	3,30%
GKK Niederösterreich	5,50%
GKK Oberösterreich	6,30%
GKK Salzburg	7,20%
GKK Steiermark	2,80%
GKK Tirol	4,60%
GKK Vorarlberg	5,10%
GKK Wien	6,60%
SVA der Bauern (KV)	5,70%
SVA der gewerblichen Wirtschaft (KV)	17,70%
VA der österr. Eisenbahnen (KV)	6,10%
VA des österr. Bergbaues (KV)	2,90%
VA öffentl. Bediensteter (KV)	7,20%

Quelle: Radner (Strukturprobleme), S.47-50

Einen weiteren Beleg für die mehr als angespannte Finanzsituation der Krankenversicherungsträger stellte die Entwicklung der Treuhandschulden bei eben diesen dar, betragen sie doch Ende 1976 mit 1,1 Milliarden Schilling bereits um etwa 300 Millionen mehr als noch zwei Jahre zuvor. Die Mittel aus dem 1961 eingerichteten Ausgleichsfonds überschritten 1976 ebenfalls die Milliardengrenze um 21 Millionen. 200,4 Millionen wurden für Zuschüsse,

<sup>139</sup> Vgl. Sallinger, Rudolf: Soziale Sicherheit auch in der Zukunft sichern. In: Soziale Sicherheit, Heft 6, Juni 1977, S.219

187,8 Millionen für Zweckzuschüsse sowie die restlichen 633,2 Millionen für Zuwendungen aufgebracht. Eine Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben bedeutete im Bereich der Krankenversicherung für das Jahr 1976 einen negativen Saldo von knapp über 1,5 Milliarden Schilling, resultierend aus Einnahmen beziehungsweise Ausgaben in der Höhe von 25,619 sowie 27,189 Milliarden, eine dramatische Veränderung, verglichen mit dem Jahr 1973, in dem noch ein positiver Saldo von 970 Millionen verblieb. Innerhalb von vier Jahren waren jedoch diese beiden Positionen signifikant und unterschiedlich gestiegen, die Einnahmen beinahe um 50 Prozent, die Ausgaben jedoch um fast 65 Prozent.<sup>140</sup>

Mit dem 1977 beschlossenen und am 1. Jänner 1978 in Kraft getretenen Sozialversicherungsänderungsgesetz beschloss die Regierung im Rahmen einer Budgetentlastung eine Reduktion der staatlichen Zuschüsse zur Sozialversicherung<sup>141</sup>, die in den letzten Jahrzehnten mehr oder weniger kontinuierlich angewachsen waren und vor allem Mitte der 1970er als Folge der Wirtschaftskrise und der Strukturprobleme in der Pensionsversicherung bereits die 25-Prozentmarke erreicht hatte.

Die Entwicklung seit Einführung des ASVG ist nachfolgend dargestellt.

Tabelle 9: Anteil des Bundesbeitrages in Prozent der Gesamteinnahmen der Sozialversicherung

Jahr	Anteil in %	Jahr	Anteil in %
1955	14,50%	1968	24,30%
1956	7,00%	1969	22,40%
1957	10,80%	1970	24,30%
1958	10,80%	1971	22,60%
1959	15,50%	1972	23,00%
1960	14,50%	1973	21,00%
1961	20,40%	1974	21,20%
1962	20,60%	1975	25,00%
1963	22,00%	1976	23,90%
1964	22,20%	1977	24,20%
1965	20,50%	1978	19,10%
1966	22,90%	1979	18,60%
1967	23,50%	1980	15,70%

Quelle: Talos (1981), S.365

<sup>140</sup> Vgl. Radner, Alfred, a.a.O., S.50-54

1978 wurde die Rezeptgebühr mehr als verdreifacht, sie stieg von fünf auf 16 Schilling an, der bisherige Bundesbeitrag zum Ausgleichsfond der Krankenversicherungsträger wurde auf 100 Millionen verdoppelt, weiters wurde der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds errichtet, mit der Zielsetzung, im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung Abgänge in den spezifischen Einrichtungen durch dieses Instrument abzudecken.<sup>142</sup>

Ein regelmäßig angewandtes Instrumentarium zur Bekämpfung der Finanzmängel war es, die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung zu erhöhen, seit 1973 kam es alljährlich zu entsprechenden Korrekturen, während der Beitragssatz erst 1992 wieder erhöht wurde.

Die Entwicklung in diesen beiden Bereichen ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

---

<sup>141</sup> Vgl. Schmid, Tom (1989), a.a.O., S.441

<sup>142</sup> Vgl. Böhm, Reinhard: Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen von 1970 – 1988. Wien, Dipl., 1990, S.333

Tabelle 10: Entwicklung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung

<b>Jahr</b>	<b>Höchstbeitragsgrundlage (monatlich, in öS)</b>
1973	5700
1974	6540
1975	7200
1976	8400
1977	9900
1978	12600
1979	13800
1980	14400
1981	15300
1982	18000
1983	18600
1984	19800
1985	20400
1986	21000
1987	21600
1988 (1.HJ.)	22800
1988 (2.HJ.)	27600
1989	28200
1990	28800
1991	30000
1992	31800
1993	33600
1994	36000
1995	37800
1996	39000
1997	40800
1998	42000
1999	42600
2000	43200
2001	44400

Quelle: Marhold (2002), S.5

Ab dem zweiten Halbjahr 1988 waren die Höchstbeitragsgrundlagen für Kranken- sowie Pensions- und Unfallversicherung gleich, letztere waren bis zu diesem Zeitpunkt stets höher angesetzt gewesen.

Die monatliche Höchstbeitragsgrundlage im Zusammenhang mit der Währungsumstellung wurde für 2002 mit 3.270 Euro pro Monat festgelegt, per 1. Jänner 2003 belief sich der gülti-

ge Wert auf 3.360 Euro.<sup>143</sup>

Tabelle 11: Entwicklung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung

	Arbeiter, die dem EFZG unterliegen	Arbeiter, die dem EFZG nicht unterliegen	Landarbeiter	Angestellte
1975	6,30%	7,50%	6,00%	5,00%
1977	6,30%	7,50%	6,30%	5,00%
1992	7,10%	8,30%	7,10%	6,00%
1993	7,90%	9,10%	7,90%	6,80%
1997	7,90%	9,10%	7,90%	6,90%
2001	7,60%	9,10%	7,90%	6,90%

Quelle: ASVG-Anhang (Februar 2002), S.8a

## 4.2. Ursachen für die Kostenexplosion

### 4.2.1. Demographische Entwicklung

So sehr es als erfreuliche Entwicklung anzusehen ist, wenn sich die Lebensdauer der Menschen in den letzten Jahrzehnten erhöht hat, so sehr stellt sie für die Finanzierung des Gesundheitswesens wiederum ein gewisses Problem dar, nehmen doch im höheren Lebensalter Herz- oder Kreislauferkrankungen, Diabetes, Erkrankungen als Folge von Rauchen oder falscher Ernährung sowie sonstige Alterskrankheiten zu, wobei nicht nur die Behandlung, sondern bereits die Diagnostik zu entsprechend hohen Kosten führen können.<sup>144</sup>

Als Indikator für die “Überalterung” der Bevölkerung kann man den Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung heranziehen. Betrug der Prozentsatz zu Beginn 1950 noch 15,5 Prozent, so kletterte er jeweils zehn Jahre später bereits auf 18,2 Prozent und 20,1 Prozent, nach einem kurzen Rückgang 1980 auf 19,1 Prozent stieg er in Folge wieder<sup>145</sup>, im Jahr 2000 machten 1,674 Millionen dieser Bevölkerungsgruppe bereits 20,7 Prozent der Gesamtpopulation aus.

Eine exakte Prognose über die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung wird sich kaum erstellen lassen, jedoch wird es in sämtlichen Schätzungen als sicher angesehen, dass der An-

<sup>143</sup> Vgl. Marhold, Franz (Bearb.): Sozialversicherung, 29. Auflage. Wien, Linde, 2003., S. 7

<sup>144</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.135-136

<sup>145</sup> Vgl. Findl, Peter, Holzmann, Robert, Münz, Rainer: Demographische Entwicklung und Sozialausgaben: 1986-2051. In: Holzmann, Robert (Hg.): Ökonomische Analyse der Sozialversicherung. Ergebnisse für Öster-

teil der über 60jährigen zunehmen wird, Findl et al erwarten einen Anstieg dieser Gruppe in den Jahren 2031 bis 2051 auf zuerst 33,3 Prozent und zwanzig Jahre später auf 34,4 Prozent, wobei auch noch erwähnt werden sollte, dass sich innerhalb dieser Gruppe der Anteil der über 75jährigen im Vergleich zur Ausgangslage in etwa verdoppeln wird, die Lebenserwartung also enorm steigen wird<sup>146</sup>. Ähnliche Zahlen sieht die Statistik Austria voraus, sie prognostiziert den Anteil der über 60jährigen für das Jahr 2030 mit 32,2 Prozent; demgegenüber wird es bei den 15- bis 60jährigen, also der jedenfalls erwerbstätigen Bevölkerung, in den nächsten Jahrzehnten natürlich zu einem anteilmäßigen Rückgang kommen, von 62,6 Prozent im Jahr 2000 wird sich diese Zahl dreißig Jahre später auf 53,9 Prozent verringern.<sup>147</sup>

In erster Linie sorgt diese demographische Entwicklung freilich vor allem in der Pensionsversicherung für Finanzierungsschwierigkeiten, aber auch in der Krankenversicherung stellt sich die Frage, ob und zu welchem Ausmaß die jüngere Bevölkerung gewillt sowie in der Lage ist, die vermehrten Behandlungen von Krankheiten, die durch längere Lebensdauer bedingt sind, zu finanzieren.

#### **4.2.2. Medizinischer Fortschritt**

Wenige Branchen können ähnliche Wachstumswerte aufweisen wie das Gesundheitswesen, im Bereich der Diagnose sowie der Therapie kommt es immer wieder zu Verbesserungen, das Leistungsangebot nimmt stetig zu, ebenso die Qualität und in weiterer Folge auch die Kosten. Während es in anderen Industriezweigen generell der Fall ist, dass Innovation und Fortschritt zu Rationalisierung führen, so ist dies im Gesundheitswesen nicht der Fall, sondern eher das Gegenteil tritt ein. Bisher angewandte Methoden werden ergänzt, das Leistungsangebot erhöht sich stets um neue Elemente, ohne auf die bisherigen verzichten zu können. Weiters können bisher nicht ausreichend erforschte oder bekannte Krankheitsbilder nunmehr behandelt werden, was vielfach mit einem erhöhten Ressourcenbedarf einhergeht; eine kostendämpfende Wirkung könnte dann eintreten, wenn Gebrechen oder Pflegebedürftigkeit verhindert, reduziert oder zumindest zeitlich verzögert werden kann.<sup>148</sup>

---

reich, Wien, Manz, 1988, S.252-254

<sup>146</sup> Vgl. Findl, Peter, Holzmann, Robert, Münz, Rainer, a.a.O., S.261

<sup>147</sup> Vgl. [www.statistik.at](http://www.statistik.at) (Bevölkerung)

<sup>148</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August, a.a.O., S.59-60

### 4.2.3. Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer

Unter dem Begriff der Krankenhaushäufigkeit versteht man die Zahl der Patienten, die im Laufe eines bestimmten Zeitraumes Krankenhäuser zur stationären Behandlung aufsuchen, als Bezugspunkt wird die Wohnbevölkerung herangezogen. Das Resultat wird als Kernziffer für die Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch die Bevölkerung verstanden. Die Verweildauer hingegen stellt die Anzahl an Tagen dar, die ein Patient im Durchschnitt pro stationärer Behandlung im Krankenhaus verbringt.<sup>149</sup>

Die Aufnahmequoten in Österreich sind im internationalen Vergleich hoch und über die letzten Jahre stets im Steigen begriffen, umgangssprachlich werden die Österreicher gerne als "Spitalsweltmeister" bezeichnet, wird doch etwa jeder vierte Österreicher einmal jährlich stationär aufgenommen. Im Jahr 1995 beispielsweise kam Österreich auf einen Wert von 24,7 Prozent, und lag damit knapp vor Großbritannien und Finnland; Deutschland, Dänemark und Schweden erreichten Werte um die 20 Prozent, während die USA mit 12,4 Prozent, die Niederlande mit 11,1 Prozent und Spanien mit 10 Prozent am unteren Ende dieser Reihung aufscheinen, wobei angemerkt werden muss, dass die Gesundheitssysteme aller dieser Länder teilweise beträchtliche Unterschiede aufweisen.<sup>150</sup>

Zur Verweildauer in Österreich wäre festzuhalten, dass wir auch in diesem Bereich im internationalen Spitzenfeld rangieren, wobei im Gegensatz zur Krankenhaushäufigkeit eine stetige Senkung bewirkt werden konnte. Zu den Aspekten, die die Verweildauer entscheidend beeinflussen, gehören unter anderem die Art und Schwere der Krankheit, die altersspezifische Patientenstruktur, das Überangebot an Betten oder das System der Krankenversicherung, da weniger Kosten für den Aufenthalt die Tendenz zu längeren Aufenthalten mit sich bringt, ebenso hatte die später noch näher behandelte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) einen gewissen Einfluss, wobei hier angemerkt werden muss, dass die Gefahr besteht, durch dieses System zwar geringere Verweildauern, dafür aber im Gegenzug auch gestiegene Krankenhaushäufigkeiten zu erreichen, wie auch die vorzeitige und zu frühe Entlassung eines Patienten.

Die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Verweildauer ist in der folgenden Übersicht dargestellt.

---

<sup>149</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.141-143

Tabelle 12: Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer 1965 bis 2001

	<b>Spitalfälle</b>	<b>Spitaltage</b>	<b>Tage pro Fall</b>
1965	741.354	12,264.849	16,5
1970	898.351	15,244.952	17
1975	1,029.333	16,455.587	16
1980	1,190.696	16,571.661	13,9
1985	1,366.528	17,013.650	12,5
1990	1,494.732	16,445.016	11
1995	1,709.634	16,304.603	9,5
1996	1,745.725	16,223.101	9,3
1997	1,816.527	15,702.991	8,6
1998	1,938.220	16,085.649	8,3
1999	1,973.337	15,942.109	8,1
2000	2,021.777	15,913.926	7,9
2001	2,041.885	15,648.000	7,7

Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1970, 1980, 1992, 1999, 2001

Ein EU-weiter Vergleich im Jahr 2003 zeigte einmal mehr, dass die Österreicher besonders oft im Spital liegen, so betrug laut dieser Studie die Aufnahmequote (pro 100 Einwohner) 2000 in Österreich 29,2, in der EU lediglich 18,4. Durch die Abrechnung nach Fallpauschalen pro Patient entsteht der Anreiz, Patienten auch in leichten Fällen möglichst oft ins Spitalsbett zu verlegen - dies allerdings durchaus für kürzere Zeit, wie ein Vergleich der durchschnittlichen Verweildauer aus der Tabelle mit dem EU-Schnitt von zehn Tagen beweist.<sup>151</sup> Auch im Bereich der Akutbetten rangierte Österreich über dem Durchschnitt. Während Österreich auf 6,28 Betten auf 1.000 Einwohner kam, lag der EU-weite Schnitt bei 4,25, in Finnland betrug die Anzahl lediglich 2,5.<sup>152</sup>

<sup>150</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August, a.a.O., S.46

<sup>151</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: "Das Bett ist nicht mehr das Maß aller Dinge". In: Der Standard (23. Juli 2003)

<sup>152</sup> Vgl. Salomon, Martina: Mehr Qualitätskontrolle für Arztpraxen. In: Der Standard (13. August 2003) und Nimmervoll, Lisa: "Das Bett ist nicht mehr das Maß aller Dinge". In: Der Standard (23. Juli 2003)



Tabelle 13a: Spitäler in Österreich 2001

	Spitalsbetten	Spitäler
Wien	19.674	52
Steiermark	10.973	51
Niederösterreich	10.873	48
Oberösterreich	10.299	39
Salzburg	5.084	28
Kärnten	5.068	22
Tirol	4.819	19
Vorarlberg	3.204	44
Burgenland	1.783	7

Tabelle 13b: Spitalsbetten in Österreich

	Zahl der Spitalsbetten	Anzahl der stationären Patienten	durchschnittliche Verweildauer
1990	76.687	1,98 Mio.	11,9 Tage
1995	74.849	2,19 Mio.	9,9 Tage
2001	71.741	2,74 Mio.	7,4 Tage

Quelle: APA, nach Standard (23. Juli 2003)

Das Sparpotential bei den Spitälern wird generell sehr unterschiedlich beurteilt. Das von der Politik 2006 genannte Einsparungsziel bis 2008 wurde mit etwa 300 Millionen Euro angegeben, Gesundheitsexperten sahen rund eine Milliarde Euro als realistisch an, der Rechnungshof sogar 2,8 Milliarden Euro.<sup>153</sup> IHS-Chef Bernhard Felderer sah etwa den damaligen Strukturplan Gesundheit als Schritt in die richtige Richtung an, unter der Voraussetzung, dass sich die Bundesländer in der Umsetzung kooperativ zeigen. Aufgrund extremer Produktivitätsunterschiede zwischen Ländern und Spitälern sei eine stärkere Zentralisierung des Systems in Wien nötig, um Sparpotentiale realisieren zu können.<sup>154</sup>

#### 4.2.4. Ärztedichte

Im Jahr 1999 kamen im Durchschnitt drei Ärzte auf 1000 Einwohner, etwa ein halbes Jahrhundert davor, 1952, betrug das Verhältnis 1 : 959. Insgesamt sind derzeit über 250.000 Per-

<sup>153</sup> Vgl. O.V.: Was mögliche Finanzierungsmaßnahmen bringen. In: Die Presse (5. Jänner 2006)

<sup>154</sup> Vgl. Bachner, Michael: "Gesundheitsbereich bleibt eine Baustelle". In: Der Standard (20./21. Mai 2006)

sonen im Gesundheitswesen beschäftigt, etwas mehr als die Hälfte davon in den Spitälern.<sup>155</sup> Die gegenwärtige Ärztedichte im internationalen Vergleich sowie die Aufteilung nach Bundesländern sind in folgender Abbildung dargestellt.

Tabelle 14: Ärztedichte international und österreichweit je 1000 Einwohner

	praktizierende Ärzte	praktizierende Allgemeinärzte
Belgien	4,0	2,1
Deutschland	3,4	1,0
Finnland	2,4	0,7
Frankreich	3,4	1,7
Griechenland	4,9	0,3
Irland	2,8	0,5
Island	3,6	0,8
Italien	4,2	0,9
Luxemburg	2,8	0,9
Niederlande	3,6	0,5
Norwegen	3,5	0,7
Portugal	3,4	0,5
Schweiz	3,8	0,5
Slowakei	3,1	0,4
Spanien	3,4	0,7
Tschechien	3,5	0,7
Ungarn	3,3	0,7
Großbritannien	2,3	0,7
<b>Österreich</b>	<b>3,5</b>	<b>1,4</b>

	alle Ärzte	Fachärzte
Burgenland	3,2	1,5
Kärnten	4,0	1,8
Niederösterreich	4,0	1,9
Oberösterreich	3,7	1,6
Salzburg	4,5	2,2
Steiermark	4,3	2,0
Tirol	4,8	2,5
Vorarlberg	3,3	1,7
Wien	6,4	3,4
<b>Gesamt</b>	<b>4,5</b>	<b>2,2</b>

Quelle: Ärztekammer, OECD Gesundheitsdaten 2006, nach Standard (5. November 2007)

#### 4.2.5. Geänderter Anspruch

Weiters kann eine verstärkte Anspruchshaltung der Patienten angeführt werden, die auf einen Ausbau des Sozialstaates und den darin enthaltenen Leistungen hinauslaufen. Anzumerken ist, dass sich Veränderungen in der Haltung der Versicherten zu den angebotenen Leistungen kaum empirisch erfassen und darstellen lassen.<sup>156</sup>

<sup>155</sup> Vgl. Kux, Karlheinz: Gesundheitspolitik - ihre Zwänge und Chancen. Plädoyer für eine neue Sachlichkeit. In: Payrleitner, Alfred (Hg.): Österreich neu: Herausforderungen nach der Wende, Wien, Molden, 2000, S.114

<sup>156</sup> Vgl. Wassener, Dietmar: Das Gesundheits-Strukturgesetz 1993 und die Organisationsreform der gesetzlichen

### **4.3. Die Krankenanstaltenfinanzierung**

Die Frage, wie man die seit den 1960er Jahren rasant ansteigenden Kosten des Gesundheitswesens in den Griff bekommen könnte, führte in Österreich zu zwei Finanzierungsmethoden, die die davor vorherrschende Praxis, die Betriebsabgänge der Krankenanstalten durch Zuschüsse der öffentlichen Hand zu kompensieren, ablösten.

#### **4.3.1. Der Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds KRAZAF**

Der KRAZAF wurde 1978 erschaffen und wurde zu jeweils 50 Prozent von den Krankenkassen auf der einen sowie Bund, Ländern, Unfall- und Pensionsversicherung auf der anderen Seite finanziert.<sup>157</sup> Die Basisfinanzierung der Krankenanstalten erfolgte nun nach folgendem Prinzip:<sup>158</sup>

Die Krankenversicherungsträger bezahlten für jeden Patienten für jedes belegte Bett pro Tag eine fixe Abgeltung, unabhängig von den erbrachten Leistungen und der Schwere der Krankheit. Der nicht durch dieses Taggeldsystem abgedeckte Betrag wurde durch finanzielle Zuschüsse des KRAZAF aufgewendet, darüber hinaus gehende Betriebsabgänge wurden von den Krankenanstalten kostenmäßig übernommen.

Der Nachteil dieses Systems lag auf der Hand, ein betriebswirtschaftlich geführtes Krankenhaus musste Interesse daran haben, sämtliche Betten belegt zu haben und die Patienten anzuhalten, die Krankenanstalt möglichst spät wieder zu verlassen, auch wenn keine medizinische Notwendigkeit dafür gegeben war.

Ein weiterer Nachteil lag darin, dass unwirtschaftlich arbeitende Krankenanstalten insofern belohnt wurden, als dass sie mit höheren Abgängen auch in den Genuss von höheren Zuschüssen kamen.

Der Gesetzgeber versuchte in Folge immer wieder, durch neue KRAZAF-Vereinbarungen ein effizienteres System zu erreichen, so wurden etwa 1983 erstmals Sonderzuschüsse nach leistungsorientierten Kriterien verteilt, ab 1985 kam es zur praxisgerechten Erprobung von vier unterschiedlichen Systemen (DRG-System, DRG-Vorbereitungssystem, Normkostensystem, Kostenvorgabesystem), von denen sich nach Meinung der Kommission allerdings keines als geeignete Grundlage für das österreichische Krankenanstaltenwesen eignete. Zwischen 1988

---

Krankenversicherung. Frankfurt am Main, Lang, 1995, S.37

<sup>157</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.149

<sup>158</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August, a.a.O., S.50

und 1990 wurde das erste Modell einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erarbeitet, das bis 1996 kontinuierlich weiterentwickelt und um speziell entwickelte Leistungskataloge erweitert wurde, ab 1993 wurde eine parallele Abrechnung für alle vom KRA-ZAF mit Zuschüssen versehenen Anstalten vorgenommen, auch wenn die tatsächliche Finanzierung noch nach dem alten System durchgeführt wurde.<sup>159</sup>

#### **4.3.2. Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF**

Ehe es zu einer bundesweiten Systemänderung kommen sollte, wurde 1995 ein Modellversuch in Vorarlberg gestartet, der einen Rückgang der Belegdauer, eine Zunahme kurzer Krankenhausaufenthalte sowie eine Verbesserung der Datenqualität in der Diagnose- und Leistungsdokumentation brachte, strukturelle Änderungen und nachhaltige Effekte auf die Kostensituation wurden allerdings keine nachgewiesen.<sup>160</sup>

Am 1. Jänner 1997 wurde das LKF-Modell in ganz Österreich eingeführt, es basiert auf einem eigens erschaffenen Patientenklassifikationssystem mit 916 leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF), die Vergütung setzt sich dabei aus einem einheitlichen fallbezogenen Teil und je nach den länderspezifischen Erfordernissen ausgestaltbaren krankenhausspezifischen Teil zusammen, wobei letzterer etwa die apparative Ausstattung, Auslastung, Personalfaktor, Krankentyp oder Bausubstanz berücksichtigt.<sup>161</sup> Für jede dieser LDFs wird eine Bepunktung vorgenommen, deren Basis der Median der kalkulierten Kosten aller in der LDF-Gruppe enthaltenen Personen ist und weiters eine Pauschale festgelegt, die sich aus zwei Komponenten zusammensetzt. Erstens aus einer Leistungskomponente, die die direkt dem Patienten zurechenbare medizinische Einzelleistung umfasst sowie zweitens aus einer Tageskomponente, die auf Tageskostensätzen beruht, welche aufgrund der verweildauerunabhängigen Restkosten entstehen.<sup>162</sup> Die festgelegte Pauschale gilt innerhalb eines definierten Belagsdauerintervalls, für Patienten mit kürzerer Belagsdauer als Untergrenze der jeweiligen Fallgruppe wird eine reduzierte Fallpauschale, für Überschreitungen der Belagsdauerobergrenze ein Punktzuschlag errechnet, für die zusätzlichen Kosten auf Intensivstationen existieren des weiteren eigene Intensivzuschläge, die pro Tag ermittelt werden.<sup>163</sup>

---

<sup>159</sup> Vgl. BMSG: LKF 2001, Stand 30.9.2000, S.4-5

<sup>160</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard, a.a.O., S.150-151

<sup>161</sup> Vgl. [www.fischer-zim.ch](http://www.fischer-zim.ch) (LKF+LDF in Österreich)

<sup>162</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August, a.a.O., S.50-51

<sup>163</sup> Vgl. BMSG: LKF 2003, Stand 30.9.2002., S.9

Die mit der LKF verfolgten Ziele lauten:<sup>164</sup>

- höhere Kosten- und Leistungstransparenz
- langfristige Eindämmung der Kostensteigerungsraten
- Optimierung des Ressourceneinsatzes
- kürzere Krankenhausaufenthalte und reduzierte Krankenhaushäufigkeit
- Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen
- Entlastungen der Krankenanstalten durch Verlagerungen in den ambulanten Bereich
- notwendige Strukturveränderungen
- einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen

Wie in Kapitel 4.2.3. bereits behandelt, ist es in Folge der Einführung der LKF in Österreich zwar zu einer kürzeren Verweildauer gekommen, demgegenüber befanden sich die Spitalsaufnahmen stark im Steigen, so wurden in den ersten beiden LKF-Jahren in diesem Bereich Zuwachsraten von elf Prozent erreicht. Die Gefahr liegt hierbei auch nahe, dass Patienten entlassen und später wieder aufgenommen werden, so sind die Aufenthalte zwischen einem und 28 Tagen mit Einführung der LKF um 3,5 Prozent angestiegen.<sup>165</sup> Ebenso erscheinen Anreize möglich, Patienten mit ökonomisch unvorteilhafter Fallgruppe an andere Häuser zu verweisen oder aber einen Kapazitätsausbau in bestimmten, verwertbaren Segmenten vorzunehmen und dabei die flächendeckende Versorgung zu vernachlässigen.

Im Bereich der Kostensenkung ist es zwar gegen Ende der 90er Jahre gelungen, tendenziell geringere Kostenanstiege als in den Jahren bis 1994 zu erreichen, der Rechnungshof hielt allerdings fest, dass dies nicht der LKF, sondern vielmehr den geringeren Personalkostenzuwächsen zuzuschreiben ist.<sup>166</sup>

---

<sup>164</sup> Vgl. BMSG: LKF 2003, Stand 30.9.2002., S.4

<sup>165</sup> Vgl. Haller, Patricia: Spitäler brauchen Erste Hilfe. In: Kurier (22. Mai 1999)

<sup>166</sup> Vgl. Haller, Patricia: Weniger Betten, mehr Patienten. In: Kurier (30. Mai 2000)

## 5. Das Principal-Agent-Model im Gesundheitswesen

Die im Kapitel 4.2. behandelte Kostenexplosion im Gesundheitswesen und die daraus resultierenden Finanzierungsprobleme führten in den letzten Jahren verstärkt dazu, dass man insbesondere die Krankenversicherung einer ökonomischen Analyse unterzog.

Arrow bestimmte drei entscheidende Charakteristika für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.<sup>167</sup>

- Die Gesundheit stellt ein besonders *wichtiges Gut* dar, da ihr Fehlen eine direkte und wesentliche Bedrohung der menschlichen Existenz und somit auch der wirtschaftlichen Existenz darstellt.
- Hauptmerkmal des Gesundheitsbereichs ist die allgegenwärtige *Unsicherheit*. Diese entsteht dadurch, dass man das Ergebnis nicht vorhersehen kann, also ob und wann man erkranken wird. Überdies herrscht Unsicherheit darüber, ob die Krankheit geheilt werden kann und welche Kosten diesbezüglich anfallen werden.<sup>168</sup>
- Da diese Unsicherheiten nicht gleichmäßig verteilt sind, kommt es zu *asymmetrischer Informationsverteilung*, die von den beteiligten Personen dazu verwendet werden kann, einen Informationsvorsprung zu ihren Gunsten und zum Nachteil der anderen Seite zu verwenden. So sind ausgebildete Mediziner gegenüber ihren Patienten in der Regel in der Lage, den Gesundheitszustand sowie die dafür adäquate Behandlung exakter zu beurteilen. Solch ein Informationsvorsprung kann dahingehend ausgenutzt werden, mehr Leistungen zu erbringen als eigentlich notwendig wären<sup>169</sup>. Demgegenüber ist der Patient wieder in der besseren Position, wenn es um die Bewertung des Behandlungsergebnisses geht, welche vom Arzt nicht immer entsprechend beurteilt werden kann, da es ihm an nötiger Information fehlt.<sup>170</sup>

---

<sup>167</sup> Vgl. Neudeck, Werner: Zur ökonomischen Analyse der österreichischen Krankenversicherung: Marktversagen und Arzthonorierung. In: Holzmann, Robert (Hg.): Ökonomische Analyse der Sozialversicherung, Ergebnisse für Österreich. Wien, Manz, 1988, S.131

<sup>168</sup> Vgl. Petersen, Thomas: Optimale Anreizsysteme - Betriebswirtschaftliche Implikationen der Prinzipal-Agenten-Theorie. Wiesbaden, Gabler, 1989, S.31-32

<sup>169</sup> Vgl. Badelt, Christoph: Grundzüge der Sozialpolitik. Allgemeiner Teil: Sozialökonomische Grundlagen. Wien, Manz, 2001, S.71

<sup>170</sup> Vgl. Toepffer, Johannes: Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat. Bayreuth, P.C.O., 1997, S.37-38

Im Folgenden wird jedoch der Informationsvorteil der Ärzte im Mittelpunkt stehen, da ihnen bei der Bestimmung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitsbereich eine Schlüsselrolle zukommt. Die Frage, ob anreizeffiziente Arzthonorierungssysteme existieren, wird daher ein Ziel der Untersuchung sein.

## 5.1. Die ökonomische Begründung der Krankenversicherung

Die beiden Hauptgrundsätze der Wohlfahrtstheorie besagen, dass auf vollständigen Märkten eine effiziente Ressourcenallokation erzeugt wird und dass die Allokation bei entsprechender Anfangsverteilung der Eigentumsrechte erreichbar ist.<sup>171</sup> Etwaige Bestrebungen, auch im Bereich des Gesundheitswesens die Marktkräfte wirken zu lassen, wurden nicht konsequent weiterverfolgt, einige der Gründe, die gegen eine Bereitstellung der Krankenversicherung auf dem freien Markt sprechen, werden in Folge genannt.

- Wird die Krankenversicherung als meritorisches Gut betrachtet und würde somit nach Auffassung des Staates in zu geringem Ausmaß nachgefragt, so müsse er gleichsam mit Vorschriften dafür sorgen, dass sich die Bürger zwangsweise versichern lassen, was sie ansonsten verabsäumen würden, um die als gesellschaftlich erwünschenswert bestimmte Outputmenge zu erreichen. Im Fall meritorischer Güter werden zumeist neben Effizienzgründen auch Verteilungsargumente sowie ideologische Pläne angeführt.<sup>172</sup>
- Unter dem Gesichtspunkt der spezifischen Verteilungsgerechtigkeit wird eine Aufteilung von Gütern, die dem Marktmechanismus gehorchen, sowie solchen, die nach anderen Kriterien und unabhängig von der individuellen Kaufkraft behandelt werden sollen, unterschieden. Zu letzter Kategorie zählt die Krankenversicherung, eine medizinische Versorgung auf einem gewissen Mindeststandard wird hierbei als gerecht und von der Gesellschaft als wünschenswert betrachtet, Effizienzaspekte treten dabei etwas in den Hintergrund.<sup>173</sup>
- Zu den Effizienzgründen, die für eine Krankenversicherung sprechen, gehören positive externe Effekte. Diese treten dann auf, wenn die Handlung eines Individuums den Nutzen anderer Menschen vorteilhaft beeinflusst, ohne dass diese dafür über den Markt bezahlen

---

<sup>171</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.132

<sup>172</sup> Vgl. Badelt, Christoph (2001), a.a.O., S.77-78

<sup>173</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.133

müssen. Physische externe Effekte liegen etwa bei Ansteckungsgefahr vor, da durch eine entsprechende Behandlung oder Impfung nicht nur der Gesundheitszustand der betroffenen Person gemildert wird, sondern auch die Ansteckungsgefahr für Personen, die mit ihr in Kontakt treten. Psychische externe Effekte basieren darauf, dass das Niveau der Versorgung einer Person mit Gesundheitsleistungen zu Nutzenwirkungen bei anderen führt, was voraussetzt, dass man am Wohlergehen anderer interessiert ist.<sup>174</sup>

- Ebenfalls gegen einen funktionierenden Wettbewerb in der Krankenversicherung spricht die These, dass Versicherungen stark zunehmende Skalenerträge aufweisen, die sich aus der besseren Risikostreuung ergeben; bei Pflichtversicherungen fallen Aufwendungen für Werbung und Verkaufsförderungen weitaus niedriger aus als bei im Wettbewerb befindlichen Versicherungen, bei denen diese Posten einen wesentlichen Teil der administrativen Kosten ausmachen.<sup>175</sup>
- Die entscheidenden Gründe für das Marktversagen auf Versicherungsmärkten resultieren aus den Folgen der bereits erwähnten Unsicherheit und asymmetrischer Informationsverteilung, nämlich Adverse Selection und Moral Hazard.

Adverse Selection tritt auf, wenn der Versicherte sein Risiko besser abschätzen kann als die Versicherung, der zu wenig Informationen vorliegt, um die Situation der Einstufung in eine Risikoklasse exakt beurteilen zu können. Wenn sie nun eine Entscheidung bezüglich einer einheitlichen Prämie trifft, wird sie exakt die für sie vorteilhafteren Risiken verlieren, eine negative Auslese tritt auf<sup>176</sup>, weitere Prämien erhöhungen führen in letzter Konsequenz zu einem Zusammenbruch des Marktes. Bei einer Pflichtversicherung ist es hingegen nicht möglich, sich der Versicherung zu entziehen, es kommt daher zu Lösungen des Adverse-Selection-Problems, die auf einem freien Markt nicht erreichbar sind.

Moral Hazard liegt dann vor, wenn eine Person auf Grund existierender Vertragsverhältnisse und somit geänderter Anreize ihr Verhalten ändert und mehr Leistungen in Anspruch nimmt, als dies bei vollständiger Information bei Vertragsabschluss beziehungsweise bei Nichtbestehen eines Vertrages der Fall wäre. Für die Gesundheitspolitik sind vor allem jene Punkte relevant, in denen ein Schadensfall nicht oder nur begrenzt objektivierbar ist, das heißt, ob eine

---

<sup>174</sup> Vgl. Toepfer, Johannes, a.a.O., S.39-41

<sup>175</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.134

<sup>176</sup> Vgl. Laux, Helmut: Risiko, Anreiz und Kontrolle, Berlin, Springer, 1990, S.15-16



Krankheit aufgetreten ist, ob und welche Behandlung tatsächlich notwendig ist oder welche Medikamente verwendet werden sollten. Das Vorliegen einer Versicherung zieht in der Regel eine höhere Nachfrage nach Leistungen mit sich und kann im Extremfall zur Inanspruchnahme jeder kostenmäßig abgedeckten Leistung führen.<sup>177</sup>

Moral Hazard kann auf mehrere Weisen auftreten. Ex-ante-Moral-Hazard erhöht die Schadenswahrscheinlichkeit, etwa durch Leichtsinns, gefährlichen Lebensstil oder mangelnde Vorsorge, ex-post-Moral-Hazard nimmt Einfluss auf die Schadenshöhe, indem etwa übermäßig hohe Aufwendungen zur Wiederherstellung der Gesundheit getätigt werden; weiters lässt sich der Schadenseintritt selbst durch Vortäuschung oder Herbeiführung eines Gesundheitsschadens beeinflussen.<sup>178</sup>

## **5.2. Versuch des Entwurfs eines optimalen Krankenversicherungsvertrages**

Wie in den Punkten des Vorkapitels angeführt, muss sich jede Krankenversicherung mit dem Problem des Moral Hazard auseinandersetzen. Der Versuch, dieses Problem in den Griff zu bekommen und finanzielle Fehlanreize zu vermeiden, soll in weiterer Folge mit Hilfe des Principal-Agent-Ansatzes unternommen werden.

Im Ausgangspunkt ist anzunehmen, dass die Krankheitskosten von der Art der Krankheit ebenso abhängen wie vom Verhalten des Patienten (Agent). Im Extremfall, dass der Principal, also die Versicherung, die gesamten Krankheitskosten übernimmt, wäre der Anreiz für den Versicherten, sein Verhalten nach ökonomischen Gesichtspunkten zu gestalten gleich null, es handelt sich um Moral Hazard in Reinkultur.

Für einen anreizeffizienten Vertrag müssen also die Voraussetzungen variiert werden. Könnte die Versicherung etwa die Krankheit genauer beobachten, ließe sich das Problem vermeiden, indem eine Zahlung von der Art der Krankheit, nicht jedoch von den konkreten Krankheitskosten abhängig gemacht wird. Diese hat der Patient selbst zu tragen und somit ergibt sich für ihn ein Anreiz, sie nicht über Gebühr ansteigen zu lassen. Allerdings setzt diese Variante voraus, dass es der Versicherung möglich ist, sämtliche auftretenden Krankheitszustände unterscheiden zu können, was in der Realität praktisch unmöglich ist. Eine zumindest grobe Staffelung nach Krankheitskategorien würde aber einen Schritt in die richtige Richtung bedeuten und wird etwa im Bereich der Sehhilfen oder der Leistungen des Zahnersatzes auch ange-

---

<sup>177</sup> Vgl. Badelt, Christoph (2001), a.a.O., S.70

wandt.<sup>179</sup>

Können von den Krankenversicherungsträgern hingegen nur die Krankheitskosten verfolgt werden, scheidet die Möglichkeit einer Differenzierung nach Krankheitsklassen aus, Anreize können dann etwa in Form von Kostenbeteiligungen geschaffen werden, um keine übertriebene Anzahl an Gesundheitsgütern nachzufragen.<sup>180</sup>

Wenn das Verhalten der Kranken beobachtbar ist, sollte auch eine Kostenerstattung von diesem Verhalten abhängig gemacht werden, etwa durch die Wahl einer bestimmten Behandlungsform. Auch wenn diese Beobachtung nicht möglich ist, kann man indirekte Informationen bezüglich des Verhaltens der Versicherten in die Verträge aufnehmen, wie beispielsweise die Häufigkeit der Arztbesuche als Indikator für Vorsorge. Eine Verschärfung der Kontrolle durch die Versicherung wäre dafür allerdings zwingend notwendig.

In der Diskussion über anreizeffiziente Vertragsgestaltung standen meist Selbstbeteiligungsmodelle des Patienten im Vordergrund, allerdings werden dabei zwei grundsätzliche Probleme aufgeworfen:<sup>181</sup>

- 1) Durch einen Versicherungs-Anreiz-trade-off trägt der Patient bei Selbstbeteiligungsansätzen wieder verstärkt selbst ein zunehmendes Krankheitsrisiko, was allerdings in Widerspruch zu den sozialpolitischen Zielen einer Regierung stehen kann, wird doch meistens eine Abnahme des Risikos der Bevölkerung angestrebt und nicht deren Anstieg.
- 2) Selbstbeteiligungsanreize wirken sich direkt auf den Patienten aus, die tatsächliche Entscheidung über die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wird allerdings nur selten von ihm selber, sondern von seinem Arzt getroffen.

Der Arzt befindet sich hinsichtlich des Patienten in einer Doppelfunktion, auf der einen Seite stellt er selber den bedeutendsten Anbieter von Gesundheitsleistungen dar, auf der anderen Seite findet er sich in einer wichtigen Beraterfunktion für den Patienten wieder, in der er durch die Erstellung der Diagnose und dem anschließenden Behandlungsvorschlag auch einen maßgeblichen Einfluss auf die Nachfrage ausübt und diese damit beinahe alleine bestimmt.<sup>182</sup> Wiederum liegt ein Fall von asymmetrischer Informationsverteilung und somit ein

---

<sup>178</sup> Vgl. Toepffer, Johannes, a.a.O., S.48-49

<sup>179</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.135-136

<sup>180</sup> Vgl. Toepffer, Johannes, a.a.O., S.51-53

<sup>181</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.136-139

<sup>182</sup> Vgl. Stepan, Adolf: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österrei-

Principal-Agent-Problem vor, diesmal allerdings zwischen Arzt und Patient. Durch eine reichlich unrealistische Annahme könnte dieses Problem beseitigt werden, indem der Arzt als Perfect Agent die Präferenzen des Patienten zu seinen eigenen machen und somit die Entscheidung treffen kann, die dieser mit dem Fachwissen des Arztes getroffen hätte. Eine solche Ausschaltung der asymmetrischen Informationsverteilung wird man allerdings in der Realität kaum vorfinden, dafür müsste der Arzt nicht nur in der Lage sein, sämtliche Präferenzen des Patienten zu erfahren, sondern er müsste auch die im Agency-Modell unterstellte Nutzenmaximierung seinerseits fallenlassen.<sup>183</sup> Für gewöhnlich werden Ärzte also versuchen, ihren Informationsvorteil für sich zu nutzen und die Nachfrage des Patienten in ihrem Sinne zu beeinflussen. Trifft das zu, verlieren Maßnahmen wie Kostenbeteiligung, die auf den Patienten abzielen, den Großteil ihrer Wirksamkeit.

In der Beziehung Krankenversicherung - Patient - Arzt hat man es mit einem doppelten Moral-Hazard-Problem zu tun. Bisher wurde bereits das Verhältnis zwischen Versicherung und Patient dargelegt sowie das Ärzte-Moral-Hazard durch Informationsvorsprung gegenüber dem Patienten, diesmal als Principal, angeführt. Anstatt nun einen anreizeffizienten Kontrakt zwischen Arzt und Patient zu gewinnen, bietet sich der Krankenversicherung die Gelegenheit, beide Moral-Hazard-Probleme damit zu lösen, direkt anreizeffiziente Verträge mit den Ärzten und Anbietern von Gesundheitsleistungen abzuschließen und dabei die Interessen aller Versicherten und Beitragszahler zu vertreten.<sup>184</sup>

Die Vorteile von solchen Direktverträgen liegen darin, dass sie bei denjenigen ansetzen, die tatsächlich über die Nachfrage entscheiden und dass den Ärzten eher ein anreizwirksames Risiko zuzumuten ist, verfügen sie doch durch ihren Patientenstock über eine bessere Risikostreuung. Ein System mit Direktverträgen hat zur Folge, dass sich Patienten wegen der Erbringung medizinischer Leistungen an die Vertragsärzte wenden, die dann von der Krankenversicherung dafür entsprechend entlohnt werden.

Damit stellt sich nun die Frage, wie die Verträge zwischen den Ärzten und der Krankenversicherung gestaltet werden sollen und welche Konsequenzen sich daraus ergeben.

---

chische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989, S.281

<sup>183</sup> Vgl. Toepffer, Johannes, a.a.O., S.58-59

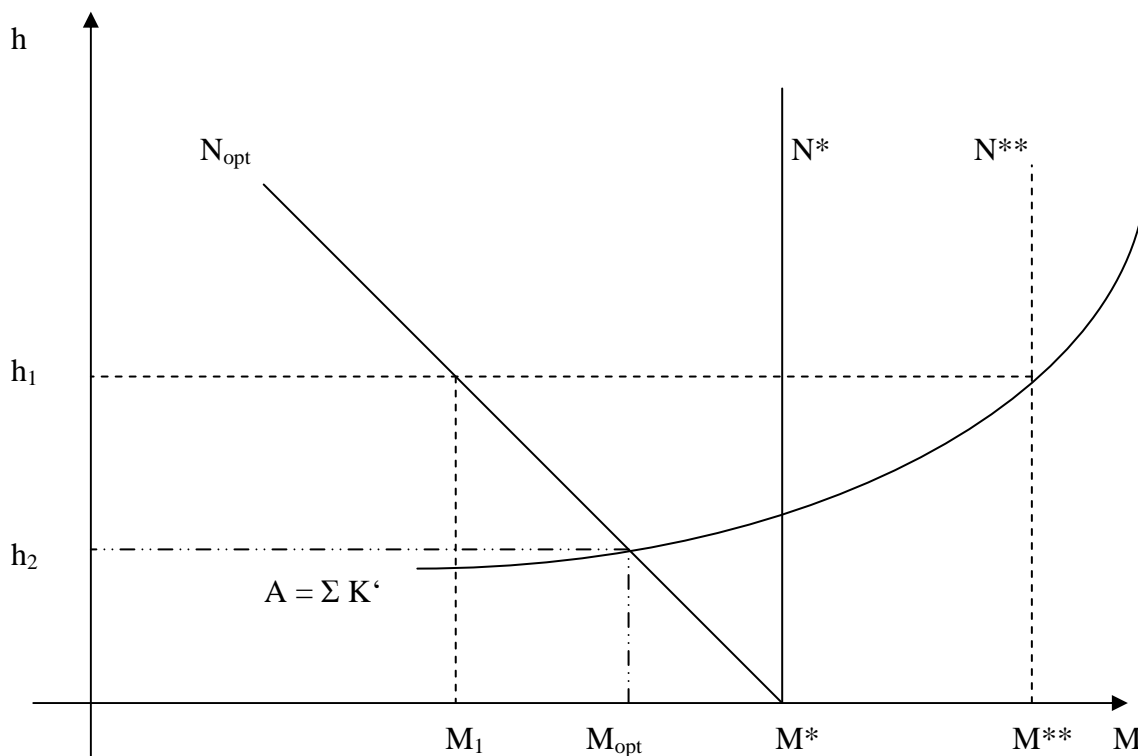
<sup>184</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.138-139

### 5.3. Einzelleistungshonorierung

In diesem weit verbreiteten System werden die einzelnen Leistungen der Ärzte erfasst und anschließend mit der zuständigen Krankenkassa verrechnet. Der Arzt hat zunächst einen Anreiz, eine optimale Faktorkombination, was seine Hilfskräfte, eigene Arbeitsleistung oder medizinische Ausrüstung betrifft, zu wählen, je kostengünstiger die Leistung von ihm angeboten wird, desto höher wird sein Gewinn ausfallen.

Weiters stellt sich die Frage, wie viele Einzelleistungen bereitgestellt werden sollen. Falls die Krankenversicherung einen Gebührensatz festgelegt hat, zu dem das Angebot an ärztlichen Leistungen der Patientennachfrage entspricht, werden ineffiziente Gesundheitsausgaben die Folge sein, da die Patienten zu viele Leistungen nachfragen (Patienten-Moral-Hazard) und die Ärzte ihren Informationsvorteil nutzenmaximierend verwenden werden und mittels Beratungen zusätzliche Nachfrage schaffen (Ärzte-Moral-Hazard).

Graphik 3: Gebührensätze, Arztleistungen und Moral Hazard



Quelle: Neudeck (1988), S.141

$M$  stellt die Menge der Arztleistungen dar,  $h$  entspricht dem festgelegten Gebührensatz,  $N_{opt}$

ist die Nachfragekurve des Patienten nach medizinischen Leistungen, wenn sie für diese selbst zu bezahlen haben. Werden die Kosten zur Gänze von der Versicherung getragen, verschiebt sich die Nachfragekurve nach  $N^*$ . Der Gebührensatz gilt als vorgegeben und kann somit vom einzelnen Arzt nicht beeinflusst werden, die Angebotskurve  $A$  entspricht der Summe der Grenzkostenkurven aller abschlusswilligen Vertragsärzte.

Die optimal bereitgestellte Menge an Arztleistungen ist im Punkt  $M_{opt}$  erreicht.

Ist nun ein Gebührensatz  $h_1$  definiert, fragen die Patienten, die diese Gebühren nicht direkt entrichten müssen,  $M^*$  nach (Patienten-Moral-Hazard), die Ärzte bieten eine größere Menge  $M^{**}$  an, im Rahmen der ärztlichen Beratungsfunktion wird den Patienten eine überhöhte Nachfrage  $N^{**}$  eingeredet (Ärzte-Moral-Hazard), es ergibt sich ein scheinbares Gleichgewicht von  $M^{**}$  und  $h_1$ , die Ausgaben für die Gesundheitsleistungen sind allerdings in beiden Bereichen ( $M^{**}$  statt  $M_{opt}$ ,  $h_1$  statt  $h_2$ ) überhöht. Die Tendenzsteigerung, die aus der faktischen Identität von Nachfrage und Angebot resultiert, wird als Marktanomalie bezeichnet.<sup>185</sup>

Als Konsequenz der übermäßigen Beanspruchung von ärztlichen Leistungen liegt es nun im Interesse der Krankenversicherung, das Angebot zu beschränken, dies kann wiederum auf folgende Arten geschehen:

Eine simple Reduktion der Honorarsätze auf  $h_2$  würde mit sich ziehen, dass die Ärzte die optimale Leistungsmenge  $M_{opt}$  anbieten wollen, die auf Grund von Moral Hazard zu hohe Nachfrage der Patienten  $M^*$  würde von ihnen nicht befriedigt werden, es entsteht ein Nachfrageüberschuss nach Leistungen der Ärzte, welche ihrerseits keinen Anreiz haben, durch Ausnutzung ihrer Beratungsfunktion für eine zusätzliche Nachfrage zu sorgen. In diesem Fall würden die Ärzte als Perfect Agents der Versicherungen agieren, zusätzlich wären sie als Spezialisten besser qualifiziert, die Dringlichkeit einer Behandlung zu bestimmen. Weiters könnten sie eine etwaige Rationierung einer Behandlung in ihrer Beratungsfunktion den Patienten gegenüber als für die Menge  $M_{opt}$  optimal empfehlen, es würde sich hierbei gleichsam um ein umgekehrtes Ärzte-Moral-Hazard handeln.<sup>186</sup>

In der Praxis sprechen allerdings einige Gründe gegen die Methode der optimalen Honorarsenkung.

- So ist etwa die Ermittlung eines optimalen Gebührensatzes auf Grund der vorherrschenden Informationsasymmetrie nur sehr schwer, wenn überhaupt ermittelbar, da vor allem

---

<sup>185</sup> Vgl. Stepan, Adolf, a.a.O., S.281

die optimale Nachfrage  $N_{opt}$  unbekannt ist. Eine Gewinnung dieses Wertes durch die Ärzte ist nur wenig realistisch, und die Gefahr eines zu niedrig bestimmten Satzes könnte die medizinische Versorgung der Bevölkerung gefährden.

- Weiters ist fraglich, inwieweit eine organisierte Ärzteschaft eine Preisreduktion hinnimmt, eine Angebotsbeschränkung erscheint wahrscheinlicher.
- Auf Grund der asymmetrischen Information ist die Versicherung nicht imstande, die Qualität der Einzelleistungen festzulegen; gerade dieser Aspekt ist für die Gesundheit der Patienten von entscheidender Bedeutung und kann daher von der Versicherung nicht außer Acht gelassen werden. Allerdings ist auch anzunehmen, dass die Qualität der ärztlichen Leistung positiv vom festgelegten Honorarsatz abhängig ist, dafür spricht etwa die Situation, dass niedrige Gebührensätze eine Vermeidung des Kassenvertrages und Konzentration auf lukrativere Privatpatienten durch besser qualifizierte Ärzte oder gar deren Wechsel ins Ausland zur Folge haben kann. Weiters könnte das subjektive Empfinden der Ärzte, unterbezahlt zu werden, eine mangelhafte Leistung zur Folge haben, um entweder mehr Freizeit zur Verfügung zu haben oder aber mehr Patienten betreuen zu können, um so das als gerechtfertigt empfundene Einkommen beziehen zu können.

Ohne mögliche Gefährdung der Qualität der ärztlichen Leistung ist eine Senkung des Honorarsatzes von der Krankenversicherung also kaum vornehmbar.

Eine andere Beschränkung der Arztleistungen könnte durch eine Rationierung der Vertragsanzahl durchgeführt werden, in Graphik 3 würde das eine Verschiebung der Angebotskurve A nach links zur Folge haben. Dadurch würden sich die Vertragsärzte mit einer Vielzahl an Patienten konfrontiert sehen und haben damit keine Anreize, weder eine künstliche Nachfrage zu kreieren, noch eine Moral-Hazard-Nachfrage der Patienten zu bedienen, die Folge wäre sowohl ein Nachfrageüberschuss von Ärzten nach Kassenverträgen als auch von Patienten nach ärztlichen Leistungen. Diese Zusammenhänge werden anhand eines vereinfachten Modells dargelegt.<sup>187</sup>

$$(1) H = H [e(h)xA]; H' > 0; H'' < 0; e' > 0$$

Mit H wird die in Geldeinheiten bewertete Volksgesundheit bezeichnet, mit A die Zahl der Vertragsärzte, e beschreibt die Produktivität der ärztlichen Leistung, sie ist von oben genann-

---

<sup>186</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.142-143

ten Gründen positiv abhängig vom festgelegten Honorarsatz  $h$ . Die Menge der insgesamt erbrachten Arztleistungen wird mit  $x_A$  bezeichnet, wobei  $x$  als konstant angenommen wird.

Eine weitere Annahme des Modells liegt darin, dass unterstellt wird, dass die Versicherung zu jedem ausgewählten Honorarsatz  $h$  genügend unterzeichnungswillige Ärzte vorfindet.

Das Maximierungsproblem der Versicherung lautet nun wie folgt

$$(2) \max_{h,A} H[e(h)x_A] - hAx$$

Die Nebenbedingungen lauten

$$(3) H'Ax e' - Ax = 0$$

$$(4) H' ex - hx = 0$$

Sollte Gleichung (2) eine eindeutige Lösung haben, werden aus den beiden Nebenbedingungen Aussagen über das optimale Verhalten der Versicherung ableitbar. Zuerst wird ein Honorarsatz  $h^*$  festgelegt, bei dem die Elastizität der Leistungseffizienz  $e$  in Bezug auf  $h$  gleich 1 lautet.

$$(5) e' (h/e) = 1$$

Das Effizienzonorar  $h^*$  sorgt dafür, dass die Kosten pro medizinischer Leistung minimiert werden, wenn die Leistung in Effizienzeinheiten gemessen wird.

Als nächstes stellt sich die Frage, wie vielen Ärzten nun ein Vertrag mit dem Gebührensatz  $h^*$  angeboten wird. Wie in der Entscheidungstheorie üblich, wird so vielen Ärzten ein Angebot unterbreitet, bis das Gesundheitsgrenzprodukt eines weiteren Arztes identisch mit den für die Versicherung anfallenden Aufwendungen ist.

$$(6) H' e(h^*)x = h^*x$$

Es kann nun natürlich der Fall eintreten, dass mehr Ärzte einen Vertrag abschließen wollen, als von der Versicherung vorgesehen, vor allem bei einem entsprechend hohen  $h^*$ , eine Senkung des Honorarsatzes würde für die Versicherung allerdings einen Effizienzverlust bringen

---

<sup>187</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.144ff

und wird daher nicht durchgeführt; ein Nachfrageüberschuss der Ärzte nach Verträgen bleibt in diesem Fall bestehen.

Die Anzahl der von den Patienten in Anspruch genommenen Leistungen der Ärzte richtet sich nach den für sie anfallenden Kosten, da diese zur Gänze von der Versicherung getragen werden, wollen sie so viele Leistungen konsumieren, bis das Grenzprodukt 0 ergibt.

$$(7) H'e(h^*) = 0$$

Aus Gleichung (6) ist allerdings ersichtlich, dass diese durch Moral-Hazard-Aspekte bestimmte Nachfrage von der Versicherung nicht vollständig befriedigt wird, sondern es stehen weniger Vertragsärzte zur Verfügung als von den Patienten gewünscht.

Auf welche Art und Weise die Rationierungen durch die Ärzte vorgenommen werden, wird durch das Modell nicht geklärt, so kann es vor allem in Gebieten mit Ärzteknappeit dazu kommen, dass Patienten teilweise nicht ausreichend behandelt werden können, beziehungsweise dass die Ärzte diese Situation zum persönlichen Vorteil nutzen. Ein Entgegenwirken zu dieser Lage ist etwa durch unterschiedliche Ärzteverträge in gewissen Regionen vorstellbar, da öfters im ländlichen Raum eine größere Ärzteknappeit vorherrscht als in den Städten.

Wenn in dem Modell die Annahme des konstanten  $x$  fallengelassen wird, so hat dies keine entscheidenden Einflüsse auf die Aussagen. Eine negative Abhängigkeit der Variablen  $x$  von  $h$ , demnach  $x'(h) < 0$ , erscheint insofern nachvollziehbar, als dass ein Senken des Honorarsatzes  $h$  dazu führt, dass die Ärzte mehr Leistungen erbringen, um keinen zu großen Einkommensverlust hinnehmen zu müssen, was allerdings zu Lasten der Qualität der erbrachten Leistung führen kann, da mehr Leistungen nunmehr schneller und oberflächlicher durchgeführt werden als zuvor.

Das Effizienzonorar  $h^*$  wird weiterhin nach Gleichung (5) bestimmt, die Anzahl der in Gleichung (6) ermittelten aufgenommenen Vertragsärzte hängt allerdings nunmehr davon ab, wie viel Leistungen die Ärzte erbringen wollen, was in diesem Modell von der Versicherung nicht beeinflussbar ist.<sup>188</sup>

---

<sup>188</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.146



## 5.4. Alternativen zur Einzelleistungshonorierung

Da bei der Einzelleistungshonorierung der Zustand eintreten kann, dass es im Interesse der Versicherung liegt, dass sowohl ein Nachfrageüberschuss als auch eine Ärztearbeitslosigkeit vorherrschen, stellt sich nunmehr die Frage, welche Alternativen zur Verfügung stehen und wie es um deren Anreizeffizienz bestellt ist, wobei bei der theoretischen Behandlung wiederum auf die Principal-Agent-Methode zurückgegriffen wird.<sup>189</sup>

Dabei wird mit  $H$  die wieder erreichte (bewertbare) Gesundheit eines Patienten definiert, die von der jeweiligen Ausgestaltung einer Krankheit  $Z$  und dem Arbeitseinsatz des Arztes  $a$  abhängig ist, welche für ihn mit Kosten verbunden ist, also

$$H = H(Z, a)$$

die Versicherung strebt ein effizientes Gesundheitsmaß an, das dann erreicht wird, wenn die Kosten einer zusätzlichen Leistung dem zu erwartenden Heilungserfolg entsprechen.

Ein Fixum für den Arzt wäre dann eine Alternative, wenn keine der drei Größen der oben genannten Gleichung beobachtbar ist; es würde allerdings keinen ökonomischen Anreiz beim Arzt bewirken, sich anzustrengen, Resultat wären zu geringe Leistungen für die Patienten. Fixsätze sind daher mit Mindestauflagen bezüglich der Leistung, etwa Öffnungszeiten der Praxis, verbunden.

Eine Output-orientierte Entlohnung wäre in der Lage, diese ökonomischen Anreize zu schaffen, indem der Arzt den gesamten Betrag an Gesundheitsoutput, den er durch seine Bemühung erzielt, als Honorar erhält. Allerdings treten bei dieser Variante auch schwer zu lösende Probleme auf. Man müsste erstens in der Lage sein, den Gesundheitsoutput eines Arztes genau zu messen und in Geld bewertbar zu machen, eine Entscheidung über den exakten Gesundheitszustand eines Patienten würde Moral-Hazard-Probleme mit sich bringen. Weiters müsste der Arzt, anders als bei einer Fixentlohnung, das Morbiditätsrisiko zur Gänze tragen. Da ein Arzt allerdings ein höheres Maß an Risikoaversion aufweisen wird als die Krankenversicherung, wird kein Vertrag einer optimalen Risikoallokation gerecht.

Ein optimales Ergebnis bei Anreizeffizienz und Risikoteilung wäre zu erreichen, wenn sowohl der Output  $H$  als auch die Schwere der Krankheit  $Z$  beobachtbar wären und im Vertrag

---

<sup>189</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.148ff

dahingehend berücksichtigt werden könnten, dass die Versicherung die Arbeitsleistung a vorherbestimmen könnte und sich die Outputentlohnung an den Versicherungszahlen orientieren würde.

Zu den Versuchen, zu einer outputnäheren und anreizeffizienteren Entlohnung zu gelangen, gehören beispielsweise die in den USA 1970 ins Leben gerufenen Health Maintenance Organizations (HMOs) sowie ihre Vorgänger, die Prepaid Group Practices (PGP), welche in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts errichtet worden waren. Gegen eine im Voraus zu zahlende monatliche Gebühr übernehmen Ärzte einer Gruppenpraxis oder sonstige zusammengeschlossene Anbieter medizinischer Leistungen die Versorgung der Versicherten.<sup>190</sup>

Im englischen NHS erfolgt die Entlohnung nach der Anzahl der potentiellen Patienten, zu deren Ermittlung Namenslisten aufliegen, der jeweilige Arzt ist für die Gesundheit seiner Patienten verantwortlich, die Entlohnung erfolgt nur nach der Anzahl der Listeneintragungen, der Arzt hat demnach einen Anreiz an einer kostengünstigen und nie unnötigen Behandlung, um im Wettbewerb durch einen guten Ruf möglichst viele Patienten anzulocken.<sup>191</sup>

In Österreich wurde von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse 1998 ein Projekt gestartet, das für eine Gruppenpraxis eine Pauschalvergütung unter Einschluss der von den Ärzten verursachten Folgekosten initiiert. Ein quartalweises fixes Budget, zusammengesetzt aus einer Multiplikation von Fallwert mit den Fällen der Praxis, wird demnach entsprechend der Fallwertanhebung jährlich valorisiert, nach Abzug der Folgekosten ergibt sich das Honorar für die ärztliche Tätigkeit, Unterschreitungen des Folgekosten-Budgets führen zu einer Erhöhung, Budgetüberschreitungen zu einer Senkung der Entlohnung, der Fallwert hängt somit unmittelbar von der Wirtschaftlichkeit der teilnehmenden Ärzte im Folgekostenbereich ab.

Eine erste Evaluierung des Projekts ergab finanzielle Vorteile beziehungsweise Ersparnisse auf beiden Seiten, gesunkenen administrativen Aufwand und höhere Patientenzufriedenheit, zumal bessere Betreuung positiven Einfluss auf die Folgekosten und somit auf die Entlohnung der Ärzte aufweisen und somit in deren Interesse stehen.<sup>192</sup>

Als letztes Beispiel sei das System der Diagnosis Related Groups (DRG) genannt, auch dieser

---

<sup>190</sup> Vgl. Toepfer, Johannes, a.a.O., S.165-166

<sup>191</sup> Vgl. Neudeck, Werner, a.a.O., S.149

<sup>192</sup> Vgl. Kiesel, Franz: Neue Zusammenarbeitsformen und Honorierungsmodelle als Mittel zur Kostensenkung. In: Jabornegg, Peter, Rech, Reinhard, Seewald, Otfried (Hg.): Ökonomie und Krankenversicherung, Manz, Wien, 2001, S.83-89

Ansatz ist wie die HMOs in den USA entwickelt worden. Dabei werden zuerst Gruppen mit bezüglich der Kostenverursachung relativ homogenen Behandlungsabläufen gebildet, mittels Punktwertung werden diesen DRGs, differenziert nach Spitalstyp und Region, im Anschluss Geldbeträge zugewiesen. Für die Patienten werden die der Behandlung entsprechende DRG festgestellt und der dadurch ermittelte Betrag in Rechnung gestellt. Sollten die tatsächlichen Behandlungskosten über dem pauschalierten Betrag liegen, darf keine Nachverrechnung durchgeführt werden, eine Wiederaufnahme eines Patienten mit derselben Diagnose führt nur dann zu einer neu in Rechnung gestellten Pauschale, wenn seit der Entlassung mindestens ein Monat vergangen ist. Für den Arzt ergibt sich somit ein Anreiz zu einer möglichst kostengünstigen Behandlungsmethode, allerdings auch mit der Gefahr einer oberflächlichen Patientenbetreuung beziehungsweise der Tendenz, die Patienten in eine höhere DRG einzustufen als sie dem Behandlungsverlauf tatsächlich entspricht. Diese Missbrauchsmöglichkeiten sollen mit Hilfe von Peer Review Organisations (PRO) ausgeschaltet werden, wobei eine brauchbare Kontrolle einen sehr aufwendigen Kontrollapparat benötigt.<sup>193</sup>

---

<sup>193</sup> Vgl. Stepan, Adolf, a.a.O., S. 282-283

## 6. Reformansätze in der Krankenversicherung

Im folgenden Abschnitt sollen kurz einige Vorschläge behandelt werden, die in den letzten Jahren als mögliche Auswege aus der finanziellen Krise der Krankenversicherung ins Gespräch gebracht wurden.

### 6.1. Selbstbeteiligungen

Eine Selbstbeteiligung liegt dann vor, wenn sich der Versicherte in beliebiger Form an den Kosten einer Behandlung zu beteiligen hat, die in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fällt.<sup>194</sup>

In der Praxis kann eine Selbstbeteiligung mehrere Funktionen einnehmen.

Als erster Punkt sei der finanzielle Aspekt erwähnt, eine Selbstbeteiligung führt zu Erträgen bei den Krankenversicherungsträgern und führt damit zu einer Entlastung der Krankenkassen, unabhängig davon, ob Verhaltensänderungen bei den Versicherten erreicht werden konnten.

Als Steuerungsinstrument soll eine Selbstbeteiligung vor allem dazu führen, dass ein Kostenbewusstsein geschaffen wird und möglichst sparsam Versicherungsleistungen beansprucht werden.<sup>195</sup> Eine gering angesetzte Selbstbeteiligung führt allerdings kaum zu einer gravierenden Änderung im Nachfrageverhalten der Versicherten, um so eine wirksame Steuerung zu ermöglichen<sup>196</sup>, während ein hoch angesetzter Wert zwar eine Kostendämpfung sehr wahrscheinlich macht, demgegenüber aber auch eine negative gesundheitliche Entwicklung durch Hinauszögern des Arztbesuches erwarten lassen, hauptsächlich weniger gebildete Bevölkerungsschichten nutzen bei hohen Selbstbeteiligungen das medizinische Angebot nicht mehr in so starkem Ausmaß aus.<sup>197</sup>

In den Fällen, in denen zunächst von der Krankenversicherung eine Leistung zur Gänze übernommen wird und im Anschluss eine nachträgliche Selbstbeteiligung eingehoben wird, eröffnet sich dem Versicherten die Möglichkeit, die tatsächlich erbrachte Leistung auf diese Weise zu kontrollieren.

---

<sup>194</sup> Vgl. Radner, Alfred, a.a.O., S.224

<sup>195</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August, a.a.O., S.61

<sup>196</sup> Vgl. Herder-Dornreich, Philipp: Gesetzliche Krankenversicherung heute. Erfahrungen aus der Kostenexplosion und Steuerungsaufgaben in den 80er Jahren. Köln, Deutscher Instituts-Verlag, 1983, S.268

Zu den negativen Aspekten einer Selbstbeteiligung gehören neben den bereits erwähnten Überlegungen, aus finanziellen Gründen eine Gesundheitsleistung zu unterlassen, etwa der zusätzliche Verwaltungsaufwand oder die Benachteiligung chronisch Kranker, so lange keine Ausnahmen wie Höchstgrenzen oder Ausnahme bestimmter Gruppen beschlossen werden<sup>198</sup>. Ebenso werden einkommensschwache Schichten proportional stärker belastet. Des Weiteren lässt sich das Kostenbewusstsein der Versicherten nicht zwingend stärken, wenn es ihnen an einem geeigneten Marktüberblick mangelt, auch die Bedeutung einer Erziehungsfunktion kann durch die fehlende Abschätzung ob der Notwendigkeit einer Behandlung als gering angesehen werden.<sup>199</sup>

## 6.2. Modelle der Selbstbeteiligung

Ein Selbstbehalt stellt jenen Betrag dar, bis zu dem die Versicherten die Kosten einer Leistung selbst zu tragen haben, über den Selbstbehalt hinausgehende Kosten werden vom Krankenversicherungsträger übernommen, in Österreich wäre etwa die Rezeptgebühr zu nennen, auch die am 1. Jänner 2001 eingeführte Ambulanzgebühr fällt unter diesen Bereich.<sup>200</sup>

Bei einer prozentuellen Selbstbeteiligung sind vom Versicherten, meist in Verbindung mit einer Obergrenze zur Vermeidung von Härtefällen, ein bestimmter Prozentsatz der entstandenen Kosten zu übernehmen, in Österreich etwa der anteilige Gebührenersatz für Anstaltspflege eines nahen Angehörigen in der Höhe von zehn Prozent.<sup>201</sup>

---

<sup>197</sup> Vgl. Radner, Alfred, a.a.O., S.225

<sup>198</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August, a.a.O., S.61

<sup>199</sup> Vgl. Radner, Alfred, a.a.O., S.224

<sup>200</sup> Vgl. Müller, Wolfgang, a.a.O., S.494

<sup>201</sup> Vgl. Badelt, Christoph und Österle, August, a.a.O., S.61

## 7. Die private Krankenversicherung

### 7.1. Die historische Entwicklung der privaten Krankenversicherung

Bis zur Zeit des Ersten Weltkrieges spielte die private Krankenversicherung in Österreich zunächst aufgrund der Ausbreitung der gesetzlichen Krankenversicherung keine besonders große Rolle und beschränkte sich noch auf Vereine mit überwiegend regionaler Bedeutung. Nach 1918 führten die erhöhte Nachfrage des aufgrund von wertlos gewordenen Kriegsanleihen und von Arbeitslosigkeit stark betroffenen gehobenen, aber zunehmend mehr verarmten Mittelstandes sowie des Gewerbestandes zu einem Anstieg der Relevanz der privaten Versicherung, zumal diese stärker als die Meisterkrankenkassen auf die Wirtschaftskrise reagierten. Dennoch erlebte die private Versicherung bis 1945 keinen wirtschaftlichen Höhenflug, Gründungen von Aktiengesellschaften etwa blieben bis dahin aus. Die rechtlichen Grundlagen zum damaligen Zeitpunkt waren das Versicherungsvertragsgesetz aus dem Jahr 1917, welches bis zum 31. Dezember 1941 in Kraft blieb, sowie das Versicherungsregulativ, das 1880 erlassen wurde und auf dem Vereinspatent von 1852 sowie dem Vereinsgesetz von 1867 basierte; eine Neufassung erfolgte 1921.<sup>202</sup>

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges nahmen mit dem „Austria-Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit“, der „Collegialität Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit“, der „Mercur Wechselseitigen Versicherungsanstalt“, der „Wiener Wechselseitigen Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit“ und der „Versicherungsanstalt der österreichischen Bundesländer“ fünf Krankenversicherer ihre Tätigkeit auf und verzeichneten einen schnellen Aufstieg. So kam es zwischen 1950 und 1954 zu einem erhöhten Prämienaufkommen von nunmehr 199,3 Millionen Schilling gegenüber 58,5, die Schadenauszahlungen steigen von 40 auf 126,3 Millionen an.<sup>203</sup>

Durch die stetige Ausweitung der gesetzlichen Sozialversicherung wurden die privaten Krankenversicherungen zunehmend aus dem Markt der Vollversicherungen verdrängt und konzentrierten sich in weiterer Folge mehr und mehr auf Zusatzversicherungen und damit zusammenhängende Leistungsverbesserungen. Die Konjunkturphase der privaten Krankenversicherung dauerte bis etwa Mitte der 1970er Jahre an und wurde von einer kontinuierlichen Anzahl an Zusatzversicherungen, Angeboten und neuen Tarifgruppen begleitet. So belief sich

---

<sup>202</sup> Vgl. Egl, H. und Keckeis, R.: Gesundheitswesen und Krankenversicherung 1918 – 1938. In: Versicherungsgeschichte Österreichs, Band 3. Wien, 1988, S.252 und Usar, Robert.: Die historische Entwicklung der privaten Krankenversicherung unter Berücksichtigung der aktuellen Situation. Wien, Diss., 1989, S.54-57

<sup>203</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard: a.a.O., S.51-52

das Prämienaufkommen im Jahr 1975 bereits auf 3,471 Milliarden Schilling, das Leistungsvolumen auf 2,521 Milliarden.<sup>204</sup>

Dem Hoch folgte eine Negativentwicklung, die nicht zuletzt durch die gesetzliche Einbeziehung der Gewerblich Selbständigen ohne Wahloption in die allgemeine Krankenversicherung im Jahr 1977 verursacht wurde, da durch diese Maßnahme die wichtigste Kundengruppe weg gebrochen ist. Ebenso schlugen sich die rasanten Kostensteigerungen im Spitalswesen auch auf die Finanzsituation der privaten Versicherungsanbieter nieder. Bereits 1981 wiesen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen technischen Verlust von etwa 100 Millionen Schilling aus, was sich in weiterer Folge negativ auf das Prämienwachstum auswirken sollte. Die Anzahl der Neuabschlüsse begann aufgrund der zu hohen Prämiensteigerungen als Folge der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu stagnieren. Viele Versicherte entschlossen sich dazu, ihre Verträge aufzulösen. Jüngere Menschen entschieden sich immer seltener für eine private Krankenversicherung und waren zunehmend schwerer zu akquirieren. Somit stieg auch das Durchschnittsalter der privat Versicherten deutlich an.<sup>205</sup>

## 7.2. Begriffsdefinition

Die private Krankenversicherung bietet für beinahe die gesamte Bevölkerung in Österreich eine freiwillige Zusatzversicherung zur verpflichtenden gesetzlichen Krankenversicherung an. Für den Berufsstand der kammermäßig vertretenen Freiberufler besteht seit dem 1. Jänner 2000 auch die Möglichkeit einer Vollversicherung anstelle der gesetzlichen Krankenversicherung, haben doch die Mitglieder dieser Berufsstände zwar eine Verpflichtung zur Krankenversicherung, aber auch ein Wahlrecht zwischen privater und gesetzlicher. Weiters übernimmt die private Krankenversicherung etwa für einen kleinen Teil der Bevölkerung wie Diplomaten und Grenzgänger, welcher nicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt, die Funktion eines Vollversicherers.<sup>206</sup>

In Österreich sind derzeit etwa eine Million Menschen privat krankenversichert, wobei der Großteil der Neuabschlüsse von der Altersgruppe der 30- bis 40jährigen getätigt wird. Zu den wichtigsten Gründen zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung zählen:<sup>207</sup>

---

<sup>204</sup> Vgl. Dickinger, Gerhard: a.a.O., S.53-55

<sup>205</sup> Vgl. Usar, Robert.: a.a.O., S.110-111

<sup>206</sup> Vgl. Eichler, Peter: Reflexionen aus der Sicht der Privatversicherungswirtschaft. In: Pichler, Johannes W. (Hg.): Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung. Wien, Verlag Österreich, 2001, S.122

<sup>207</sup> Vgl. Spreitzer, Susanne et al: Gut versichert. Wien, Paperback, 2006, S.73

- freie Arztwahl
- keine Wartezeiten auf freie Spitalsbetten
- höherer Komfort in den Sonderklassen
- freie Spitalswahl auch unter Privatkliniken
- keine limitierten Besuchszeiten

Auch eine vermeintlich bessere und intensivere Betreuung und Behandlung durch einen Mediziner nach Wahl wird eine nicht unbedeutende Rolle bei der Motivationsfindung spielen, wobei an dieser Stelle angemerkt werden sollte, dass bei der medizinischen Betreuung und Behandlung laut Gesetz kein Unterschied zwischen Privatversicherten und Kassenpatienten gemacht werden darf.

### **7.3. Charakteristika der privaten Krankenversicherung**

#### **7.3.1. Unterschiede zur gesetzlichen Krankenversicherung**

Dadurch, dass in Österreich etwa 99 Prozent der Bevölkerung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfasst werden, kommt der privaten Versicherung beinahe ausschließlich eine Ergänzungsfunktion zu. Während bei der gesetzlichen Versicherung ein Annahmewang besteht, werden private Krankenversicherungen aufgrund freier Vereinbarungen geschlossen.

#### **7.3.2. Alternative Funktionen der privaten Krankenversicherung**

Unter diesem Punkt lassen sich die Begriffe Substitutiv- Komplementärfunktion anführen.

Unter ersterer versteht man solche Verträge, die dafür geeignet sind, die im Rahmen einer gesetzlichen Sozialversicherung vorgesehene Krankenversicherung ganz oder zu einem Teil zu ersetzen. Das bedeutet somit ein Leistungsniveau, das jenem der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes zumindest entspricht und für deren Nicht-Mitglieder einen vergleichbaren privaten Schutz gegen Krankheitsrisiken bietet. Diese Funktion der Eigenvorsorge, die sich vor allem bei besser verdienenden Bevölkerungsschichten wachsender Akzeptanz erfreut und zu der vor allem die Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung zu zählen sind, kam europaweit über einen längeren Zeitraum eher selten vor, als Beispiel lassen sich



Deutschland, Spanien und auch die Niederlande anführen.<sup>208</sup>

Die Komplementärfunktion hingegen umfasst sowohl eine Ersatz- wie auch Ergänzungsfunktion. Eine Ersatzfunktion ist dann gegeben, wenn eine private Voldeckung neben einer mehr oder weniger umfangreichen gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen wird, was sich schließlich in einer doppelten Versicherung äußert, die im Krankheitsfall die Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlichem Gesundheitssystem oder privater Behandlung von einem Arzt oder Krankenhaus nach Wahl bietet. Diese Funktion, besonders in Großbritannien lange Zeit verbreitet, sieht im Fall einer Behandlung im staatlichen Bereich die Auszahlung eines festgelegten Tagegelds aufgrund der privaten Krankendeckung vor. Kommt es zu keiner Doppelversicherung, sondern zu einer Schließung von Leistungslücken des gesetzlichen Versicherungssystems durch eine Zusatzversicherung, handelt es sich um eine Ergänzungsfunktion.<sup>209</sup>

### 7.3.3. Prämie und Risiko

Die Höhe der Versicherungsprämie richtet sich nach gewähltem Tarif, örtlichen Geltungsbereich, jeweiligem Sozialversicherungsträger, Eintrittsalter, Geschlecht und Gesundheitszustand der zu versichernden Person. Private Krankenversicherungen können nur bis zu einem gewissen Alter abgeschlossen werden, wobei sich hier der Bereich zwischen 60 Jahren (Merkur, MuKi) und 70 Jahren (Wiener Städtische) bewegt. Es handelt sich hierbei um einen grundsätzlich auf Lebensdauer unkündbaren Vertrag, der von Seiten des Versicherungsunternehmens nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes beendet werden kann, wie etwa Verheimlichung einer Vorerkrankung oder Prämienverzug.<sup>210</sup>

Für etwaige Prämienanpassungen wurden folgende objektivierbare und überprüfbare Anpassungsfaktoren ermittelt:<sup>211</sup>

- ein vereinbarter Index
- die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung der Versicherten des Tarifs
- die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Leistungen und ihre Aufwendigkeit, bezogen auf die Versicherten des Tarifs
- Kostensteigerungen der gesetzlichen Sozialversicherungen
- Änderungen im Gesundheitswesen

---

<sup>208</sup> Vgl. Bastiani, Adriano: Die private Krankenversicherung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union. Eine vergleichende Analyse vor und nach der Deregulierung. Karlsruhe, VWV, 1995, S.4-6

<sup>209</sup> Vgl. Bastiani, Adriano, a.a.O., S.6-7

<sup>210</sup> Vgl. Eisenmenger, Thomas: a.a.O., S.4-5

<sup>211</sup> Vgl. Braumüller, Ulrike: Krankenversicherung in Österreich, S.3

Weiters hat der Krankenversicherer zwingend eine Altersrückstellung zu bilden, die verhindern soll, dass die höhere Krankheitsanfälligkeit älterer Menschen mit meist geringerem Einkommen zu einem Anstieg der Prämien entsprechend dem Risiko führt, weshalb auch die Prämien der jüngeren Versicherten etwa zehn Prozent über ihrer eigentlichen Risikobeurteilung liegen.<sup>212</sup>

## **7.4. Rechtliche Grundlagen der privaten Krankenversicherung**

Die Berechnung der Prämien basiert auf versicherungsmathematischen Verfahren und unterliegt einer Versicherungssteuer in Höhe von einem Prozent. Sämtliche Prämien der privaten Krankenversicherung sind unabhängig von der Art des privaten Versicherungsvertrages als Sonderausgaben steuerlich absetzbar und senken somit das steuerpflichtige Einkommen, wobei für sämtliche Sonderausgaben eine jährliche Höchstgrenze von 2.920 Euro gilt. Bis zu dieser Höchstgrenze wirken 25 Prozent der nachgewiesenen Sonderausgaben steuermindernd. Sämtliche Leistungen aus der privaten Krankenversicherung sind einkommenssteuerfrei.<sup>213</sup>

## **7.5. Leistungen der privaten Krankenversicherungen**

### **7.5.1. Krankenhauskostentarif**

Hier werden operative als auch nicht operative Kosten von Aufenthalt, Behandlung und Sachaufwand im Krankenhaus ersetzt. Dies schließt auch Neben- und Transportkosten sowie zusätzliche Kosten der Sonderklasse sowie freie Arztwahl mit ein. Weiters wird im Rahmen einer qualitativen Mehrleistung eine komfortablere Zimmerausstattung, geringere Bettenanzahlen pro Zimmer oder Menüwahl im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung geboten. Durch die regional unterschiedlichen Leistungen der einzelnen Sozialversicherungsträger für stationäre Spitalsaufenthalte sowie die unterschiedlich hohen Spitalskosten differieren auch die Prämien regional dementsprechend. Von sämtlichen Leistungen der privaten Krankenversicherung nimmt dieser Punkt mit über 70 Prozent den größten Stellenwert ein, im Jahr 2005 wurden 705 von insgesamt 982 Millionen Euro für diesen Posten aufgewendet.<sup>214</sup>

---

<sup>212</sup> Vgl. Braumüller, Ulrike: a.a.O.: S.3

<sup>213</sup> Vgl. Braumüller, Ulrike: a.a.O.; S.6

<sup>214</sup> Vgl. Eisenmenger, Thomas: a.a.O., S.10 und Braumüller, Ulrike: a.a.O., S.4

### **7.5.2. Operationskostenversicherung**

Diese Variante deckt die Kosten eines stationären Aufenthalts in der Sonderklasse lediglich dann ab, falls ein operativer Eingriff nötig geworden ist.<sup>215</sup>

### **7.5.3. Privatarztversicherung**

Es werden die Kosten ambulanter Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen, Hausbesuche, Medikamente, Heilbehelfe sowie alternativer medizinischer Behandlungen und Therapien rückerstattet, allerdings meistens nur bis etwa 80 Prozent der tatsächlichen Kosten bzw. bis zu einem festgelegten jährlichen Höchstbetrag.<sup>216</sup>

### **7.5.4 Unfallkostenversicherung**

Es gilt die gleiche Regel wie bei der Operationskostenversicherung, allerdings muss der Aufenthalt in der Sonderklasse durch einen Unfall bedingt sein.<sup>217</sup>

### **7.5.5. Arzneimittel**

Versicherte haben zunächst verschriebene Arzneimittel selbst zu bezahlen, im Nachhinein wird die bestätigte Medikamentenrechnung dem leistungszuständigen Versicherer vorgelegt und entsprechend dem abgeschlossenen Versicherungstarif ersetzt.<sup>218</sup>

### **7.5.6. Zahnkostentarif**

Hierbei werden die Kosten für Zahnbehandlungen, -regulierungen und -ersätze zu einem gewissen Prozentsatz übernommen, wobei es wiederum ein Gesamtlimit pro Jahr oder eine mit 80 Prozent nicht vollständige Kostenübernahme gibt. Dieser Tarif wird ausschließlich in Kombination mit einem anderen angeboten.<sup>219</sup>

---

<sup>215</sup> Vgl. Spreitzer, Susanne et al: a.a.O., S.74

<sup>216</sup> Vgl. Eisenmenger, Thomas: a.a.O., S.3-4 und Spreitzer, Susanne et al: a.a.O., S.74-75

<sup>217</sup> Vgl. Spreitzer, Susanne et al: a.a.O., S.74

<sup>218</sup> Vgl. Braumüller, Ulrike: a.a.O.; S.5

<sup>219</sup> Vgl. Eisenmenger, Thomas: a.a.O., S.3

### **7.5.7. Krankenhaus-Taggeldversicherung**

Es wird für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes ein vertraglich festgelegter Betrag entrichtet. Ein Ersatztagegeld wird auch dann geleistet, wenn ein Sonderklassepatient in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses gelegen ist.<sup>220</sup>

### **7.5.8. Krankheitskostenversicherung**

Diese Versicherungsform ersetzt die Kosten eines stationären wie ambulanten Spitalaufenthaltes sowie von Arztbesuchen, Medikamenten und anderen Heilbehelfen. Zahnarztkosten sind hierbei ausgenommen.<sup>221</sup>

### **7.5.9. Auslandsreiseversicherung**

Dieser Typ wird für einen bestimmten Zeitraum abgeschlossen und ersetzt einen gewissen Prozentsatz einer angefallenen und nachgewiesenen ambulanten oder stationären Behandlung im Ausland bis zu einem festgelegten Höchstbetrag.<sup>222</sup>

### **7.5.10. Kein Versicherungsschutz**

Kein Schutz durch die Versicherung besteht, falls Prämien nicht rechtzeitig entrichtet worden sind. Weiters werden keine Zahlungen übernommen für:<sup>223</sup>

- Krankheiten und Unfälle, die aufgrund von Alkohol- und Suchtgiftmissbrauch entstehen oder vorsätzlich herbeigeführt wurden
- Heilbehandlungen, die bereits vor Versicherungsbeginn aufgetreten sind
- Behandlungen von bei Vertragsabschluss vorliegenden, aber verschwiegenen Erkrankungen und Operationen
- prophylaktische Maßnahmen
- kosmetische Behandlungen
- Entwöhnungskuren

---

<sup>220</sup> Vgl. Eisenmenger, Thomas: a.a.O., S.3 und Spreitzer, Susanne et al: a.a.O., S.74

<sup>221</sup> Vgl. Spreitzer, Susanne et al: a.a.O., S.74

<sup>222</sup> Vgl. Braumüller, Ulrike: a.a.O.; S.5

<sup>223</sup> Vgl. Eisenmenger, Thomas: a.a.O., S.3

Tabelle 15: Leistungen der Krankenversicherung 2004

Arztleistungen	44,2 Mio. €
Medikamente	10,7 Mio. €
Untersuchungen, Behandlung, Heilbehelfe	33,3 Mio. €
Zahnbehandlung	48,1 Mio. €
Kurleistungen	25 Mio. €
Sterbegeld	116.000€
Krankengeld	3 Mio. €
Spitalgeld	99,9 Mio. €
Begleitpersonen	774.000€
Krankenhauskostenersatz	699 Mio. €
Auslandsreiseversicherung	4,5 Mio. €
<b>Gesamtleistungen</b>	<b>968,6 Mio. €</b>

Quelle: Spreitzer (2006), S.76

## 8. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens 2003

### 8.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2003

Im März 2003 wurde der erste Rechnungsabschluss der Krankenkassen nach der 60. ASVG-Novelle präsentiert. Demnach wich das Defizit von 218 Millionen Euro nur unwesentlich vom prognostizierten Minus von 232 Millionen Euro ab. Mit Ausnahme von Tirol und Kärnten befanden sich alle Gebietskassen im Minus, durch die geringer als die Ausgaben steigenden Einnahmen (Prognosen 11,1 sowie 10,8 Milliarden Euro) wurde für Jahresende ein Defizit sämtlicher Kassen prophezeit, Beitragserhöhungen waren erst für 2004 geplant. Vorgesehen waren dabei ein Anstieg der Pensionistenabgaben um ein Prozent, verteilt auf zwei Jahre sowie ein einheitlicher Beitragssatz für Arbeiter und Angestellte in der Höhe von 7,3 Prozent.<sup>224</sup> Für ÖVP-Gesundheitssprecher Erwin Rasinger stellten diese geplanten Maßnahmen eine zukunftsweisende Sicherstellung der finanziellen Notwendigkeiten der Krankenkassen dar.

Bezüglich der Gesundheitsausgaben hatte der World Health Report der WHO zuvor ein stetes Abnehmen in Österreich konstatiert. So sank der Ausgabenanteil am BIP von 8,6 Prozent im Jahr 1995 auf 7,7 Prozent 2001, im selben Zeitraum sanken weiters die staatlichen Gesundheitsausgaben von 71,8 Prozent auf 69,7 Prozent, während die privaten Gesundheitsausgaben nunmehr 30,3 Prozent ausmachten.<sup>225</sup>

Mit dem erwarteten Minus von 288 Millionen für das Jahr 2003 wurde vom Hauptverband zeitgleich im September 2003 ein Defizit von 682 Millionen Euro zwei Jahre später prognostiziert, für Gesundheitsstaatssekretär Waneck (FPÖ) war diese Prognose „völlig unglaubhaft“<sup>226</sup>, im Bereich der steigenden Medikamentenkosten forderte er danach eine Halbierung der Mehrwertsteuer von 20 auf zehn Prozent.<sup>227</sup>

---

<sup>224</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen: Ab heuer schreiben alle rote Zahlen. In: Kurier (29. März 2003)

<sup>225</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitspolitik: Ausgaben sinken. In: Kurier (8. Juli 2003)

<sup>226</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen rutschen tiefer ins Minus. In: Der Standard (3. September 2003)

<sup>227</sup> Vgl. O.V.: Waneck will Bankomatkarte. In: Der Standard (27. Oktober 2003)

Zur gleichen Zeit gab es den Beschluss des Verwaltungsrates im Hauptverband der Sozialversicherungsträger zur Vergabe der Strukturmittel in der Höhe von 155 Millionen Euro. Dabei handelte es sich um die ein Jahr zuvor von einigen Kassen abgeschöpften Rücklagen, die nun an die (hauptsächlich finanziell unter Druck geratenen) Kassen verteilt wurden.<sup>228</sup>

Parallel dazu kündigte die Wiener Krankenkasse den Gesamtvertrag mit den Wiener Ärzten, um eine automatische Verlängerung zu verhindern und eine bessere Verhandlungsposition zu bekommen. Forderungen waren etwa bessere Öffnungszeiten, ein Stellenplan für eine gerechtere Verteilung der Arztstellen, moderne Qualitätssicherung, Mithilfe beim Sparen im Medikamentenbereich und mehr Effizienz.<sup>229</sup>

## 8.2. Steigende Medikamentenkosten und Förderung von Generika

Angesichts der prekären finanziellen Situation der Krankenkassen wurden 2003 intensive Überlegungen zur Dämpfung der Ausgaben im Medikamentenbereich durch stärkere Verwendung von Generika-Produkten angestellt. So betrug der Generika-Anteil am Medikamentenverbrauch in Österreich laut einer Studie des Instituts für medizinische Statistik (IMS) nur 9,88 Prozent, während er zum selben Zeitraum in Deutschland oder Holland etwa bereits das Drei- bis Vierfache ausmachte. Der Anteil an den Kosten in Österreich betrug durch die günstigeren Kosten lediglich 5,4 Prozent.<sup>230</sup>

Laut einer gleichzeitig erschienenen Studie der Gesundheitsökonomin Maria M. Hofmarcher vom Institut für Höhere Studien (IHS) sind die Ausgaben der Krankenversicherung in den vorigen beiden Jahrzehnten um 400 Prozent angestiegen, ein Fünftel ihrer Gesamtausgaben floss bereits in den Medikamentenbereich, mit einer aktuellen Steigerung von 6,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Eine Anhebung der Generika-Quote auf 30 Prozent würde in den nächsten drei Jahren zu einer Entlastung um eine halbe Milliarde Euro führen, so die Studie.

Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat (ÖVP) sah in Summe ein Einsparergebnis von etwa 800 Millionen Euro für realistisch an.<sup>231</sup> Weiters wollte sie eine ökonomischere Verschreibeweise der Ärzte, mehr Vorsorge und ärztliche Gespräche sowie den Hausarzt als eine Art Drehscheibe. Vorschlägen zur Einschränkung der freien Arztwahl oder einer „Aut idem“-

---

<sup>228</sup> Vgl. O.V.: Kassenvertrag mit Ärzten in Wien gekündigt. In: Der Standard (1. Oktober 2003)

<sup>229</sup> Vgl. O.V.: Krankenkasse stellt Ärzten Bedingungen. In: Der Standard (2. Oktober 2003)

<sup>230</sup> Vgl. O.V.: Generika mit Minianteil. In: Der Standard (4. August 2003)

<sup>231</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Teure Pillen mit Ablaufdatum. In: Der Standard (18. Juli 2003)

Regelung zur Verschreibung des billigsten verfügbaren und gleich zusammengesetzten Wirkstoffes durch einen Apotheker stand die Österreichische Ärztekammer sehr ablehnend gegenüber.<sup>232</sup>

### 8.3. Pläne zum Ende der Chefarztpflicht

Zum Thema Chefarztpflicht wurde für 2004 ein Pilotprojekt zu deren einjähriger Aussetzung ins Leben gerufen. Ziel war es, Erleichterungen für die Versicherten und weniger Verwaltungsaufwand sicherzustellen. Nach Schätzungen der OÖGKK waren etwa 20 Prozent der Arbeitskapazität der Chefärzte mit chefärztlichen Genehmigungen verbunden, waren doch neben rund 3.000 automatisch von der Krankenkasse bezahlten Heilmitteln etwa 1.700 Präparate auf dem Markt, die einer solchen Bewilligung bedurften.<sup>233</sup>

Ende Oktober kündigte Gesundheitsministerin Rauch-Kallat das geplante Ende der Chefarztpflicht bereits für Jahresbeginn 2004 an.<sup>234</sup> Im Ende November 2003 im Sozialausschuss des Nationalrats als ASVG-Abänderungsantrag behandelten Medikamenten-Sparpaket wurde die Frist für die Details in diesem Punkt auf Ende März des Folgejahres festgelegt. Weitere Teile der Reform betrafen die künftige Bewertung neuer Medikamente durch eine zur Hälfte vom Dachverband der Sozialversicherungsträger beschickten Heilmittlevaluierungskommission sowie eine niedrigere Rezeptgebühr von 2,8 Euro statt 4,25 Euro für Generika. Ebenso müssen Medikamente nach Ablauf des Patentschutzes um mindestens 30 Prozent günstiger werden, das erste auf den Markt kommende Generikum um weitere 25 Prozent billiger sein.<sup>235</sup>

---

<sup>232</sup> Vgl. O.V.: Schatzsuche im Gesundheitswesen. In: Der Standard (5. August 2003) und Schlosser, Hannes: Gesundheitswesen aus der Kostenkrise führen. In: Der Standard (21. August 2003)

<sup>233</sup> Vgl. Linsinger, Eva: Chefarztpflicht fällt – vorerst für ein Jahr. In: Der Standard (21. Oktober 2003)

<sup>234</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Streit ums gesunde Tempo. In: Der Standard (31. Oktober/1./2. November 2003)

<sup>235</sup> Vgl. Salomon, Martina: Pillenpaket mit Nebenwirkungen. In: Der Standard (25. November 2003) und Salomon, Martina: Preiskampf um Medikamente. In: Der Standard (3. Dezember 2003)



## 9. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens 2004

### 9. 1. Die Krankenversicherung im Jahr 2004

Am 13. März 2004 wurden Teile des Ausgleichsfonds der Sozialversicherungsträger vom Verfassungsgerichtshof (VfGH) als verfassungswidrig aufgehoben. Es handelte sich somit um das bereits fünfte Gesetz im Bereich der Sozialversicherung, das seit dem Antritt des Kabinetts Schüssel I aufgehoben wurde, zuvor war dies bereits bei folgenden Fällen geschehen:<sup>236</sup>

- 16. März 2001: Ambulanzgebühr (wegen nicht ordnungsgemäßer Kundmachung)
- 17. Dezember 2002: Besteuerung der Unfallrenten (wegen fehlender Übergangsfristen)
- 27. Juni 2003: Neuregelung der Hinterbliebenenpension vom Herbst 2000
- 10. Oktober 2003: Reform des Hauptverbandes

Dieses Urteil und die damit anstehenden Rückzahlungen an den Ausgleichsfonds brachten vor allem die Gebietskrankenkassen von Wien, Burgenland, Steiermark, Kärnten und Tirol sowie die Bauernkasse in massive Finanzprobleme.<sup>237</sup> In besonderem Ausmaß von diesem Urteil sollte die OÖGKK profitieren, die durch Auflösung der Rücklagen mit insgesamt 59 Millionen Euro am meisten als Art Darlehen an die anderen Kassen übermittelt hat.<sup>238</sup>

Die genaue Darstellung sämtlicher Zahlungen ist in folgender Tabelle zu erkennen, in der linken Spalte sind die Einzahlungen in den Ausgleichsfonds aufgelistet, in der rechten die entnehmenden Kassen.

---

<sup>236</sup> Vgl. Klec, David und Mum, David: Woran krankt da System? In: Kompetenz (Ausgabe 4, 5. April 2004), S.9

<sup>237</sup> Vgl. Luger, Fritz: Drohende Zerschlagung. In: Solidarität (April 2004). S.14

<sup>238</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Kassen brauchen frisches Geld. In: Der Standard (16. März 2004)

Tabelle 16: Zahlungen in den und aus dem Ausgleichfonds 2002 - 2004

Gebietskrankenkassen		Gebietskrankenkassen	
Oberösterreich	59 Mio €	Wien	122,4 Mio €
Niederösterreich	50,5 Mio €	Kärnten	37,3 Mio €
Salzburg	25 Mio €	Steiermark	36,1 Mio €
Vorarlberg	18 Mio €	Tirol	28,3 Mio €
<b>Versicherungsanstalt</b>		Burgenland	8 Mio €
Gewerbliche Wirtschaft	94 Mio €	<b>Versicherungsanstalt</b>	
Öffentlicher Dienst	88 Mio €	Bauern	74,8 Mio €
Eisenbahnen	37 Mio €		
Bergbau	6,5 Mio €	<b>Gesamt</b>	<b>306,9 Mio €</b>
<b>Gesamt</b>	<b>471 Mio €</b>		

Quelle: APA, Parlament, nach Standard (17. März 2004)

Der Ausgleichsfonds wurde 1961 mit der Zielsetzung der Sicherstellung einer ausreichenden Liquidität der einzelnen Kassen ins Leben gerufen. Bis Anfang 2003 wurden etwa zwei Prozent der aus Beitragseinnahmen gewonnenen Mittel nach Strukturkriterien unter den Sozialversicherungsträgern aufgeteilt. Mit der 60. ASVG-Novelle vom 1. Jänner 2003 kam es zu einer Aufspaltung in einen „Strukturtopf“ sowie einen „Zielerreichungstopf“. Ebenfalls mit dieser Novelle kamen die Sozialversicherungsträger der Beamten und Eisenbahner neu hinzu, die Gewerbliche Versicherung war bereits 1977 und jene der Bauern 2001 zum Fonds und zu den 17 ASVG-Krankenkassen hinzu gestoßen.<sup>239</sup>

Für die Darlehen aus 2002 und 2003 in der Höhe von 172 sowie 256 Millionen Euro wurde ein Tilgungsplan von 2005 bis 2009 erstellt, sodass die Darlehen nicht sofort zurückgezahlt werden mussten.<sup>240</sup>

In der Diskussion um die finanzielle Situation der Krankenkassen beklagte der Obmann der am stärksten betroffenen Krankenkasse in Wien, Franz Bittner, durch die Gesetzgebung der vorangegangenen Jahre entstandene Mindereinnahmen von etwa 63 Millionen Euro pro Jahr, wie etwa durch geringere Kassenbeiträge für Arbeitslose durch das Arbeitsmarktservice. Weiters verschärfen die schlechte wirtschaftliche Lage, die demographische Entwicklung hin zu

<sup>239</sup> Vgl. O.V.: 33 Jahre in einem Topf. In: Der Standard (17. März 2004)

<sup>240</sup> Vgl. O.V.: „Wir kriegen unser Geld zurück“. In: Der Standard (17./18. April 2004)

mehr älteren Menschen und stadttypische Probleme die Situation.<sup>241</sup>

Aus der Gebarungsvorschau des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger ging hervor, dass eine überraschend günstige Einnahmenentwicklung ermöglichte, das prognostizierte Defizit von 318 Millionen mit einem Minus von 139,4 Millionen Euro deutlich zu unterschreiten, dass sich aber das Defizit bis 2006 mit einem erwarteten Abgang von 579,7 Millionen Euro mehr als vervierfachen könnte. Konnten einige Kassen wie Steiermark, Tirol oder Salzburg durch die Ausgleichszahlungen sogar noch ein kleines Plus verzeichnen, so wurde für das Folgejahr ein Minus in sämtlichen Gebietskrankenkassen erwartet. Besonders drastisch stellte sich die Situation für Wien dar, wo sich die hohen Arbeitslosenzahlen besonders belastend auswirkten.<sup>242</sup>

Einer Erhöhung von Beiträgen oder der Höchstbemessungsgrundlage, wie von der Opposition zur Finanzierung gefordert<sup>243</sup>, wurde vom Gesundheitsministerium eine Absage erteilt, so lange nicht sämtliche Effizienzpotentiale im Gesundheitssystem ausgeschöpft sind.<sup>244</sup> Der Hauptverband erhoffte sich neben Auswirkungen der geplanten Gesundheitsreform Entlastungen von etwa 250 Millionen Euro bei den Verhandlungen über die Spitalsfinanzierung und etwa 150 Millionen Euro von der Arbeitslosenversicherung als Leistungersatz für das Krankengeld für Arbeitslose.<sup>245</sup>

---

<sup>241</sup> Vgl. Linsinger, Eva: „Ernste Zahlungsprobleme“. In Der Standard (16. März 2004)

<sup>242</sup> Vgl. O.V.: Krankassendefizit droht zu explodieren. In: Der Standard 21./22. August 2004)

<sup>243</sup> Vgl. Toth, Barbara: Ärger über Gesundheitsleistungsinformation. In: Der Standard (7./8. August 2004)

<sup>244</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Kampf gegen Doppelbefunde. In: Die Presse (7. August 2004)

<sup>245</sup> Vgl. Kopeinig, Margaretha: Kassen-Rezepte für Einsparungen. In: Kurier (21. August 2004)

Tabelle 17: Gebarungsergebnis 2003 und Gebarungsvorschau bis 2006

	2003	2004	2005	2006
Gesamt	-139,4	-285,6	-417,8	-579,7
Ausgleichsfonds	-	138,1	146,9	152,0
Gebietskrankenkassen	-139,8	-489,7	-665,5	-772,9
Wien	-75,9	-177,3	-221,3	-260,8
Niederösterreich	-73,1	-77,2	-109,4	-130,6
Burgenland	0,4	-23,0	-31,5	-39,2
Oberösterreich	-3,4	-25,2	-49,4	-71,1
Steiermark	10,2	-77,6	-101,9	-115,2
Kärnten	7,7	-53,7	-66,9	-69,9
Salzburg	0,3	-10,7	-19,6	-20,9
Tirol	5,8	-29,3	-40,1	-41,3
Vorarlberg	-11,8	-15,7	-25,4	-23,9
Betriebskrankenkasse	1,3	-0,1	0,1	-0,6
VA Bergbau	-1,2	-1,8	-0,7	-1,8
VA Eisenbahn	-3,6	-2,9	-6,0	-10,2
VA Öffentlicher Dienst	-8,8	26,5	28,5	14,2
SVA Gewerbliche	-6,3	37,2	31,8	30,5
SVA Bauern	19,0	7,1	47,1	9,1

Quelle: APA, Hauptverband. Nach Kurier (21. August 2004)

Durch das im Dezember 2004 beschlossene Gesundheitspaket wurde bei den Krankenkassen im Rahmen der Finanzvorschau für die Folgejahre ein geringeres Minus erwartet, statt der befürchteten rund 420 Millionen Euro Minus ging man nunmehr von einem um 200 Millionen niedrigeren Abgang aus, das Defizit 2006 wurde in einem ähnlichen Rahmen mit 370 Millionen angesetzt.<sup>246</sup>

## 9.2. Angekündigte Reformen und Fusionierungen

Gesundheitsstaatssekretär Reinhart Waneck (FPÖ) forderte im Zuge der Diskussion nach der Aufhebung des Sanierungsmodells durch den VfGH die Einführung einer bundesweiten Krankenkasse mit neun Landesstellen und in weiterer Folge eine Zusammenlegung auf vier Gesundheitsregionen.<sup>247</sup> Den Vorschlag von Gesundheitsministerin Rauch-Kallat zur Schaf-

<sup>246</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitspaket. In: Der Standard (6. Dezember 2004)

<sup>247</sup> Vgl. O.V.: Waneck für bundesweite Krankenkasse. In: Der Standard (18. März 2004)

fung von Landesgesundheitsagenturen sah er als Ende der Selbstverwaltung an, ein Vorwurf, den er seinerseits für seinen Vorschlag von der Opposition zu hören bekam.<sup>248</sup>

Noch ehe Ministerin Rauch-Kallat ihre für Herbst angekündigte Gesundheitsreform mit neuen Gesundheitsagenturen präsentierte, stellte der Hauptverband der Sozialversicherungsträger selbst ein Reformkonzept vor, das eine Neuordnung zwischen Hauptverband und den einzelnen Trägern sowie eine stärkere Einbindung dieser in die Entscheidungen vorsah. Als Recht setzendes und kontrollierendes Organ sei laut Hauptverbandschef Josef Kandlhofer eine Trägerkonferenz zu installieren, um dem Spruch des VfGH zur Neukonstruktion des Hauptverbandes aus dem Vorjahr zur Repräsentation der Träger Folge zu leisten.<sup>249</sup>

Gesundheitsministerin Rauch-Kallat kündigte im Juli 2004 zunächst für Herbst gleichen Jahres eine Fusion der Kassen der Bauern und Gewerbetreibenden als neue Selbstständigen-Kasse an. Dazu sollte nach der bereits erfolgten Anhebung der Beiträge der Landwirte von 6,5 auf 7,4 Prozent eine Senkung der Beiträge der Unternehmer von ihren neun Prozent auf denselben Wert erfolgen.<sup>250</sup>

### **9.2.1. Vorschläge zur Reorganisation**

Kurz danach wurde der „Österreichische Strukturplan Gesundheit 2005“ vorgestellt. Dieser sah eine Regionalisierung der Gesundheitsversorgung vor, nach der künftig neun Gesundheitsagenturen 32 Gesundheitsregionen steuern, die wiederum in vier Gesundheitsregionen unterteilt sind, nämlich:<sup>251</sup>

- Versorgungszone Nord (Oberösterreich, Salzburg)
- Versorgungszone West (Vorarlberg, Tirol)
- Versorgungszone Süd (Kärnten, Steiermark, Südburgenland)
- Versorgungszone Ost (Niederösterreich, Wien, Nordburgenland)

Im Entwurf wird ein Abgehen vom bisherigen zur Spitalsfinanzierung herangezogenen Krankenanstalten- und Großstädteplan angeregt, statt bislang Betten und Abteilungen sollten künftig Leistungen in Regionen und Zonen geplant werden. Für die Erstellung eines umfassenden

---

<sup>248</sup> Vgl. Linsinger, Eva: Schwarz-blaue Vorwehen für Hauptverband neu. In: Der Standard (6. April 2004) und O.V.: Waneck für bundesweite Krankenkasse. In: Der Standard (18. März 2004)

<sup>249</sup> Vgl. O.V.: Hauptverband mit Reform-Solo. In: Der Standard (24./25. Juli 2004)

<sup>250</sup> Vgl. Zornig, Gabi: Rauch-Kallat will Selbständigen-Kasse schon im Herbst. In: Kurier (27. Juli 2004)

<sup>251</sup> Vgl. Toth, Barbara: Phantompolitik. In: Der Standard (31. Juli/1. August 2004)

Gesamtkonzepts soll die Bundesagentur zuständig sein, für die Umsetzung die neun Landesagenturen. Für strittige Maßnahmen sicherte sich das Ministerium im Entwurf ein Einspruchsrecht, dessen Vereinbarung mit der Selbstverwaltung noch ungeklärt blieb.<sup>252</sup> Wesentliche Fragen zur Spitals- und Kassenfinanzierung oder dem qualitativen wie quantitativen Leistungsangebot blieben jedoch unbeantwortet, Personal- und Finanzierungsfragen sollten erst im Rahmen der Finanzausschussverhandlungen geklärt werden.

Der Vorwurf machtpolitischer Interessen und Umorganisation kam sowohl von Regierungspartner FPÖ wie von Opposition und Hauptverband<sup>253</sup> und richtete sich besonders an den Teil des Vorentwurfs zum Gesundheitsagenturgesetz (GAG), der vorsah, dass die Geschäftsführer der Gesundheitsagenturen vom jeweiligen Landeshauptmann zu bestimmen seien.<sup>254</sup> Weiters in der Kritik stand auch die ungeklärte Rolle des Hauptverbandes in den Agenturen, kolportiert wurde eine Zusammensetzungsverhältnis von 40 Prozent Länder, 40 Prozent Sozialversicherung und 20 Prozent Bund, im Entwurf selbst wurde dieser Aspekt ausgeklammert.<sup>255</sup>

Die parlamentarischen Verhandlungen sollten laut Plan bis Dezember abgeschlossen sein, um die Agenturen ab 1. Jänner 2005 errichten können, damit sie ein Jahr später in Form von GesmbHs dann ihre tatsächliche Arbeit aufnehmen können.<sup>256</sup> SPÖ-Chef Alfred Gusenbauer warf den Vorschlägen des Ministeriums lediglich eine weiter aufgeblähte Bürokratie als Resultat vor, aber keine Antworten auf die Finanzierungsfrage zu haben und sah eine bewusste Pseudoreform, um die Reform auf 2007 zu verschieben.<sup>257</sup>

IHS-Gesundheitsökonomin Hofmarcher begrüßte den Vorschlag, die Mittelaufbringung künftig aus einem Pool zu organisieren und eine sektorenübergreifende Versorgung sicherzustellen, sah aber ebenfalls in der geplanten Entkoppelung der Finanzierungszuständigkeit und der Zurückstufung der Sozialversicherung in den Entscheidungsgremien ein wesentliches Problem, da ohne gewichtete Mitsprache weniger Sparanreize zu erwarten seien.<sup>258</sup>

---

<sup>252</sup> Vgl. O.V.: Gesundheit, anders gedacht. In: Der Standard (31.Juli/1. August 2004)

<sup>253</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform: „Planwirtschaft, willkürliche Mixtur“. In: Die Presse (31.Juli 2004) und Toth, Barbara: Breite Front gegen Rauch-Kallats Pläne. In: Der Standard (31. Juli/1. August 2004)

<sup>254</sup> Vgl. Moser, Karin und Toth, Barbara: „Zizerlweise“ gesund. In: Der Standard (3. August 2004)

<sup>255</sup> Vgl. Toth, Barbara: Breite Front gegen Rauch-Kallats Pläne. In: Der Standard (31. Juli/1. August 2004)

<sup>256</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Rauch-Kallat verteidigt Modell. In: Die Presse (4. August 2004) und O.V.: Weniger Leistungen bei Wiener Kasse. In: Der Standard (4. August 2004)

<sup>257</sup> Vgl. Novak, Rainer: Gesundheitspolitik: „Regierung verschiebt Reform auf 2007“. In: Die Presse (16. September 2004)

<sup>258</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: „Wer viel zahlt, muss auch mitreden können“. In: Der Standard (21. September 2004)

Wenige Tage darauf kündigte Rauch-Kallat weitere fünf Teilpakete zur Gesundheitsreform an. Neben Struktur- und Finanzfragen und Qualitätssicherung wurde im Bereich Innovation mit der bereits mehrmals verschobenen Einführung der E-Card und im Segment Vorsorge mit einem Anti-Raucher-Paket und Einführung eines Vorsorgepasses für alle Österreicher baldige Verbesserungen versprochen.<sup>259</sup>

Eben das Vorgehen um die geplante Einführung der Chipkarte wurde im September 2004 von einem Rechnungshofbericht wegen Überteuerung und Verletzung der Vergaberichtlinien stark kritisiert.<sup>260</sup>

### 9.2.2. Die Beschlussfassung des Gesundheitspakets

Ende Oktober 2004 waren die vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mitentwickelten Gesundheitsagenturen noch nicht zur Beschlussfassung vorgesehen, stattdessen wurde im Rahmen des Finanzausgleiches ein Gesundheitspaket im Volumen von rund 305 Millionen Euro geschnürt, das je zur Hälfte in die Sozialversicherung und die Spitalsfinanzierung fließen sollte.<sup>261</sup> Darin enthalten waren bislang von der Regierung stets abgelehnte Abgabenerhöhungen, konkret handelte es sich um die Erhöhung der Beitragssätze zur Krankenversicherung um 0,1 Prozent mit dem langfristigen Ziel einer Vereinheitlichung auf 7,5 Prozent sowie einer Anhebung der Rezeptgebühr von 4,35 auf fünf Euro.<sup>262</sup> Ebenso stiegen die Höchstbemessungsgrundlage um 90 auf 3.450 Euro, der Spitalskostenbeitrag von 7,98 auf zehn Euro sowie die Tabaksteuer um 18 Cent pro Packung.<sup>263</sup>

Sowohl SPÖ wie Regierungspartner FPÖ forderten Neuverhandlungen. Während die SPÖ eine weitere Höchstbemessungsgrundlagenerhöhung um nochmals 90 Euro statt einem Ansteigen der Krankenscheingebühr und Spitalskostenbeitrag forderte<sup>264</sup>, trat die FPÖ stattdessen für eine Senkung der Arbeiterkammerumlage von 0,5 auf 0,3 Prozent ein.<sup>265</sup>

Etwas überraschend wurde während der Verhandlungen um den Finanzausgleich zwischen Gesundheitsministerium und Ländern eine Einigung über die Eckpunkte einer Gesundheitsre-

---

<sup>259</sup> Vgl. O.V.: Rauch-Kallat: Ausgedehnte Rauchverbote. In: Die Presse (3. August 2004) und Moser, Karin und Toth, Barbara: "Zizerlweise" gesund. In: Der Standard (3. August 2004)

<sup>260</sup> Vgl. Seidl, Conrad: Wirbel um Chipkarte: FPÖ und SPÖ murren. In: Der Standard (7. September 2004)

<sup>261</sup> Vgl. Toth, Barbara: Rauch-Kallats Gesundheitsberater. In: Der Standard (30./31. Oktober/1. November 2004) und O.V.: Finanzausgleich ausverhandelt: Gesundheit und Rauchen teurer. In: Die Presse (26. Oktober 2004)

<sup>262</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Der Reiz des Verpönten. In: Der Standard (28. Oktober 2004)

<sup>263</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitspaket: Patienten zahlen mehr pro Spitalstag. In: Die Presse (27. Oktober 2004) und Nimmervoll, Lisa: Gestückelte Gesundheitsreform. In: Der Standard (10. November 2004)

<sup>264</sup> Vgl. O.V.: FPÖ lehnt Gesundheitspaket ab. In: Der Standard (30./31. Oktober/1. November 2004)

<sup>265</sup> Vgl. O.V.: Finanzkarussell dreht sich. In: Der Standard (3. November 2004)

form erzielt. Eine neu zu schaffende Bundesgesundheitsagentur sollte demnach die gemeinsame Planung, Steuerung und Finanzierung sämtlicher Bereiche übernehmen, für die operative Umsetzung waren Gesundheitsplattformen in den Ländern vorgesehen. Dort können die Länder flexibel agieren, sämtliche Sozialversicherungsträger seien ausreichend einzubeziehen. Rauch-Kallat erwartete sich dadurch Kostendämpfungen und eine Effizienzsteigerung.<sup>266</sup>

Mitte November einigten sich die Regierungsparteien ÖVP und FPÖ auf ein Finanzierungspaket für das Gesundheitswesen über maximal 300 Millionen Euro, das gegenüber den ursprünglichen Plänen bei der Rezeptgebühr abgeändert wurde, die Erhöhung betrug nunmehr lediglich 10 Cent auf 4,45 statt vormalig geplant fünf Euro. Gleichzeitig fiel damit allerdings auch die Deckelung der Rezeptgebühr für Generika.<sup>267</sup> Der erhöhte Krankenversicherungsbeitrag um 0,1 Prozent, befristet auf vier Jahre, blieb ebenso unverändert wie die erhöhte Tabaksteuer. Hinzu kamen dafür noch Einsparungen von rund 35 Millionen Euro durch eine Reduzierung der Zuschüsse bei Sehhilfen.<sup>268</sup> Beim auf zehn Euro erhöhten Spalkostenbeitrag wurden die Länder ermächtigt, diese Anhebung bei Bedarf durchzuführen.<sup>269</sup>

### 9.3. Studien über Entlastungen und Selbstbehalte

Laut einer Studie der Kärntner Gebietskrankenkasse würde ein genereller zehnpromtiger Selbstbehalt beim Arzt den Kassen nur eine Entlastung von etwa zwei Prozent bringen und dafür hauptsächlich den Verwaltungsaufwand erhöhen.<sup>270</sup> Geld fehle den Kassen auch durch Lehrlingsförderung und Arbeitslosenpauschalierung, die in Kärnten ein Finanzloch von etwa 16 Millionen Euro reißen. Ein Umstand, der lediglich durch eine neue Gesetzeslage beseitigt werden könne.<sup>271</sup>

Der Inhalt einer weiteren Studie, diesmal vom IHS aus dem August 2004, besagte, dass etwa zwei Milliarden Euro durch die Schließung kleiner, peripherer Spitäler eingespart werden könnten.<sup>272</sup> Im Hauptverband ging man laut der dortigen Direktorin für Spitäler von 30 bis 40

---

<sup>266</sup> Vgl. O.V.: Einigung über Strukturreform. In: Die Presse (6. November 2004) und O.V.: Gesundheitsagentur doch fix. In: Der Standard (8. November 2004)

<sup>267</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Schwarz-blaues Rezept wird teurer. In: Der Standard (12. November 2004)

<sup>268</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform unter Dach und Fach. In: Die Presse (11. November 2004) und O.V.: 300-Millionen-Paket. In: Der Standard (2. Dezember 2004)

<sup>269</sup> Vgl. O.V.: Länder heben Spalkosten. In: Der Standard (13./14. November 2004)

<sup>270</sup> Vgl. O.V.: "Arzt-Selbstbehalt bringt fast nichts". In: Der Standard (6. Mai 2004)

<sup>271</sup> Vgl. O.V.: "Arzt-Selbstbehalt bringt fast nichts". In: Der Standard (6. Mai 2004)

<sup>272</sup> Vgl. O.V. Kassen: Ärztekammer will "Kopfpauschale". In: Der Standard (25. August 2004)



Standorten aus, die ohne großen Verlust medizinischer Qualität einzusparen wären.<sup>273</sup> Ebenfalls vorgeschlagen wurde von IHS-Chef Bernhard Felderer die Einführung in der Höhe noch nicht festgelegter Selbstbehalte für alle.<sup>274</sup>

Einer 2004 abgehaltenen österreichweiten market-Umfrage zufolge sahen etwas zwei Drittel der Bevölkerung das Gesundheitssystem als besonders gut im Vergleich mit anderen Ländern an, 51 Prozent sprachen sich gegen Selbstbehalte bei Routineuntersuchungen und für kostenlose Arztbesuche aus, während 47 Prozent pro Selbstbehalte eintraten. Höhere Versicherungsbeiträge wurden von 70 Prozent der Befragten abgelehnt.<sup>275</sup>

Die Wiener Ärztekammer schlug zur Sanierung der Budgetnöte der Kassen einen kassenspezifischen Pauschalbetrag in nicht näher dargelegtem Ausmaß vor. Dieser Vorschlag, der Staat soll für jene, die danach unter diesem Betrag liegen, die Differenz an die Kasse überweisen, wurde vom ÖGB als Abgang vom Prinzip der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens abgelehnt.<sup>276</sup>

#### **9.4. Der Wiener Kassenstreit und seine Auswirkungen**

Anfang April 2004 wurde durch von der ÖVP entsandte Vertreter im Verwaltungsrat des Hauptverbandes der Wiener Kassenvertrag abgelehnt, sowohl WGKK-Obmann Franz Bittner als auch Ärztekammerchef Walter Dorner forderten daraufhin den Rücktritt des Präsidenten des Verwaltungsrates, Herwig Frad, sowie seines Vize und Vertreters der Wirtschaftskammer, Martin Gleitsmann.<sup>277</sup> Zeitgleich wurde von Gesundheitsministerin Rauch-Kallat eine erneute, zweiwöchige Sonderprüfung der Wiener Gebietskrankenkasse angeordnet, um die damalige Verwendung der 2,183 Milliarden Euro Ausgaben (gegenüber Einnahmen von 1,982 Milliarden Euro) zu eruieren, nachdem es bereits 2001 unter dem damaligen Minister Herbert Haupt zu so einer Prüfung gekommen war.<sup>278</sup> Der Vorwurf einer politischen Retourkutsche wurde zwar dementiert, durch die Forderung von Sozialminister Haupt, auch die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft (SVA) aufgrund vermeintlicher Unzulänglichkeiten in der Buchhaltung und relativ hoher Ärztehonorare einer Sonderprüfung zu unterzie-

---

<sup>273</sup> Vgl. Seidl, Conrad: Nicht nur mit dem Rotstift. In: Der Standard (8. November 2004)

<sup>274</sup> Vgl. O.V.: Gesundheit: Die Wirtschaft fordert Selbstbehalte für alle. In: Die Presse (26. August 2004)

<sup>275</sup> Vgl. Seidl, Conrad: Umfrage: Lob der Krankenkassen. In: Der Standard (28. Februar 2005)

<sup>276</sup> Vgl. O.V.: Kassen: Ärztekammer will "Kopfpauschale". In: Der Standard (25. August 2004)

<sup>277</sup> Vgl. Linsinger, Eva und Nimmervoll, Lisa: VP nimmt Kasse ins Visier. In: Der Standard (3./4. April 2004)

<sup>278</sup> Vgl. Linsinger, Eva: Schwarz-blaue Vorwehen für Hauptverband neu. In: Der Standard (6. April 2004) und

hen, allerdings nicht unbedingt enthärtet.<sup>279</sup>

Ein erster Rohbericht nach der Sonderprüfung der WGKK bescheinigte dieser eine sehr korrekte Arbeit, kritisierte aber als Hauptfinanzproblem den Betrieb des Hanusch-Spitals.<sup>280</sup> Sowohl Rauch-Kallat als auch Waneck äußerten daraufhin ihre Vorschläge, das Spital, zu deren Betrieb die WGKK laut Gesetz verpflichtet ist, abzugeben und auszugliedern.

Josef Kandlhofer, Sprecher der Hauptverband-Geschäftsführung, hatte sich bereits einige Wochen zuvor gegen die Führung des Spitals durch die WGKK ausgesprochen und den Versorgungsauftrag für den stationären Bereich als Ländersache angesehen. Das wiederum wurde von der Stadt Wien abgelehnt, mit dem Verweis, bereits jährlich die Hälfte des Abganges (21,7 Millionen Euro im Jahr 2002) zu decken und nicht noch mehr Kosten übernehmen zu können.<sup>281</sup>

Tabelle 18: Kassen-Ausgaben pro Patient

<b>Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen 2003 in Euro</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Saldo in Mio. €</b>	
VA Eisenbahner	524,65	152.814	-6,3
VA öffentlicher Dienst	449,46	446.343	-13,0
VA Bergbau	372,05	35.372	-1,6
SVA Gewerbliche Wirtschaft	315,34	397.049	-22,0
GKK Niederösterreich	300,01	796.484	-81,9
GKK Wien	298,84	1.085.645	-110,4
GKK Tirol	278,59	368.008	8,1
GKK Vorarlberg	270,54	204.676	-11,9
GKK Salzburg	266,29	296.019	-0,2
GKK Steiermark	262,53	618.987	2,5
GKK Burgenland	260,09	131.795	-2,0
GKK Kärnten	258,41	279.736	5,1
SVA Bauern	239,32	280.391	17,2
GKK Oberösterreich	223,65	784.220	-10,8

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (17./18. April 2004) und Standard (4. August 2004)

Nimmervoll, Lisa: "Wir würden im Geld schwimmen". In: Der Standard (6. April 2004)

<sup>279</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Haupt knöpft sich die Gewerbekasse vor. In: Der Standard (17./18. April 2004)

<sup>280</sup> Vgl. Linsinger, Eva: "Da tickt Gesundheitskosten-Bombe". In: Der Standard (4. Mai 2004)

<sup>281</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: "Wir würden im Geld schwimmen". In: Der Standard (6. April 2004) und O.V.: Geringel um Hanusch-Spital. In: Der Standard (5. Mai 2004)

Zwei Wochen nach der ersten Ablehnung wurde der Wiener Kassenvertrag neuerlich zu Fall gebracht, woraufhin es am Abstimmungsverhalten der VP-Vertreter nicht nur von der Opposition, sondern auch vom Koalitionspartner FPÖ Kritik hagelte. Gesundheitsstaatssekretär Waneck sah den Vertrag etwa als „ausgewogen und moderat“ an, über den „Skandal“ gab man sich bestürzt.<sup>282</sup> Der Entwurf sah etwa eine Erhöhung der Ärztehonorare um 1,94 Prozent für 2004 und 0,65 Prozent für 2005 sowie eine Reduktion der Vertragsarztstellen um 134 Posten ebenso vor wie den Plan, die Verschreibung von Generika auf zunächst 36,7 Prozent zu verdoppeln und in weiterer Folge auf 62 Prozent zu steigern.<sup>283</sup>

Laut Angaben der Apothekerkammer würde eine Verdopplung des Generika-Anteils ein Einsparungspotential von jährlich zwischen 25 und 35 Millionen Euro bedeuten, seit 2002 wäre zur Erreichung dieser Ziele bereits in Summe eine Million mehr an Generika eingelagert worden.<sup>284</sup> Der Generikaverband nannte in diesem Zusammenhang weiteres Einsparungspotential in der Höhe von 35 bis 78 Millionen Euro durch stärkere Verwendung von Nachfolgemedikamenten.<sup>285</sup>

Vorwürfe an einem Naheverhältnis Gleitsmanns zur Pharmaindustrie, wie etwa von Hauptverbandsgeschäftsführerin Beate Hartinger (FPÖ) geäußert<sup>286</sup>, wies dieser zurück und erklärte seine Ablehnung mit inhaltlichen Gründen aufgrund der dramatischen Situation und forderte Neuverhandlungen bis zur Sondersitzung am 7. Mai 2004, die aber von Kasse wie Ärztekammer umgehend ausgeschlossen wurden.<sup>287</sup> Bei der Bauern- sowie der Wirtschaftskrankenkasse war zuvor allerdings höheren Tarifierhebungen noch zugestimmt worden.<sup>288</sup>

Als unmittelbare Reaktion auf das Scheitern setzte die Ärztekammer Verhandlungen über Chefarztpflicht neu, Gesundheitsuntersuchung und E-Card bis auf weiteres aus.<sup>289</sup>

## 9.5. Medikamente und Generika

Laut einer Studie aus dem Jahr 2004 von Arnold Relman und Marcia Angell, beide ehemalige Chefredakteure des New England Journal of Medicine, enthielten lediglich 15 Prozent aller tausend seit 1990 zugelassene Präparate Wirkstoffe, die Patienten nachweislich mehr nutzten

---

<sup>282</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: ÖVP kippt Wiener Ärztevertrag erneut. In: Der Standard (15. April 2004) und O.V. Schwarz kalmiert, Blau tobt. In: Der Standard (15. April 2004)

<sup>283</sup> Vgl. O.V.: Ärzte boykottieren Verhandlung. In: Der Standard (16. April 2004)

<sup>284</sup> Vgl. Seidl, Conrad: Dämpfer für Medikamentenpreise. In: Der Standard (20. Juli 2004)

<sup>285</sup> Vgl. O.V.: Einsame Ärzte: alle Parteien lehnen Beitragserhöhung ab. In: Der Standard (5. August 2004)

<sup>286</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Bewegung im Kassenstreit. In: Der Standard (23. April 2004)

<sup>287</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Harte Fronten im Kassenstreit. In: Der Standard (24./25. April 2004)

<sup>288</sup> Vgl. Linsinger, Eva: Gesundheitspolitischer Crashkurs. In: Der Standard (15. April 2004)

als ihre Vorgänger. Der überwiegende Teil stellt durch den Ersatz durch neue und stets teurere Medikamente lediglich eine finanzielle Belastung dar, dies führe zu den enormen Kostensteigerungen in diesem Bereich.<sup>290</sup>

Josef Kandlhofer merkte zur Verschärfung der Entwicklung bei den Medikamenten an, dass deren Kosten in den letzten zehn Jahren von 1994 bis 2004 um 150 Prozent angestiegen sind, während die Kosten für die Versicherungsleistungen nur um rund 60 Prozent zugelegt haben.<sup>291</sup>

Die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel sowie die Steigerungsraten sind in den beiden folgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 19a: Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel

Jahr	Ausgaben
1998	1,6 Mrd. Euro
1999	1,9 Mrd. Euro
2000	2,0 Mrd. Euro
2001	2,1 Mrd. Euro
2002	2,2 Mrd. Euro
2003	2,3 Mrd. Euro (vorläufig)
2004	2,4 Mrd. Euro (Schätzung)
2005	2,6 Mrd. Euro (Schätzung)

Tabelle 19b: Ausgaben der Krankenversicherung für Heilmittel – Steigerung zum Vorjahr in Prozent

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
8,3	5,3	6,2	3,7	13,4	13,3	5,7	4,8	6,5	6,6	4,2	3 - 4*
											* Ziel

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (20. Juli 2004)

Während des Streits um den Wiener Kassenvertrag kam auch Kritik an Martin Gleitsmanns Aufforderung an Gesundheitsministerin Rauch-Kallat, es bis 2006 bei den Reformbemühungen zu keinen weiteren Belastungen zulasten der Pharmawirtschaft kommen zu lassen, auf.

<sup>289</sup> Vgl. O.V.: Ärzte fürchten „komplettes Desaster“. In: Der Standard (17./18. April 2004)

<sup>290</sup> Vgl. Langbein, Kurt: Medizin für Aktionäre. In: Der Standard (23. März 2004)

<sup>291</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: “Wir würden im Geld schwimmen“. In: Der Standard (6. April 2004)

Zeitgleich hatte die Ministerin bekannt gegeben, den Entwurf des Hauptverbandes für die Verordnung zur Konstituierung der geplanten Heilmittellevaluierungskommission wegen zu geringer Entbürokratisierung abzulehnen, auch sehr zum Wohlfallen der Pharmaindustrie.<sup>292</sup>

## 9.6. Neue Vorschläge zur Chefarztpflicht

Ein Mitte Juni von Ministerin Rauch-Kallat eingebrachter Abänderungsantrag zum Sozialversicherungsgesetz enthielt die Reform der Chefarztpflicht. Mit dem neuen Modell sollte ein Großteil der neuen und teuren Medikamente an klare Indikatoren, wie etwa Krankheitsbilder, Befunde und Laborwerte gebunden werden. Die verschreibenden Ärzte sollten demnach die Einhaltung dieser Regeln genau zu dokumentieren und eine ökonomische Haftung zu übernehmen haben.<sup>293</sup> Von den etwa 100 Millionen jährlich verschriebenen Medikamentenpackungen, die bei den Kassen mit 2,3 Milliarden Euro zu Buche stehen, entfielen 400 Millionen Euro auf nur etwa fünf Prozent chefarztpflichtige Arzneien, deren Kostensteigerungsrate bei 15 bis 20 Prozent lag.<sup>294</sup> Von Seiten des Hauptverbandes wurde auch vorgeschlagen, die beiden geplanten Innovationen Chipcard und modifizierte Chefarztpflicht gemeinsam mit 1. Jänner 2006 ins Leben zu rufen, um Übergangskosten für einige Monate zu vermeiden.<sup>295</sup>

---

<sup>292</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Haupt hat “null Verständnis” für VP-Gleitsmann. In: Der Standard (20. April 2004)

<sup>293</sup> Vgl. O.V.: “Ökonomische Haftung” statt Chefarztpflicht. In: Der Standard (9./10. Juni 2004)

<sup>294</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: „Den Kassen etwas Luft verschaffen“. In: Der Standard (25./26. September 2004)

<sup>295</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreformen: „Bürokratische Schikanen“. In: Die Presse (24. September 2004)

## 10. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens 2005

### 10.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2005

Im Juli 2005 kam es zu einem Beschluss der Fusionierung von Gewerblicher und Bäuerlicher Sozialversicherung zu einer Versicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS) für den Juli nächsten Jahres, das entsprechende Überleitungsgesetz war für 1. Jänner 2006 vorgesehen. Damit würden künftig 15 Prozent der Bevölkerung unter einheitlichem Versicherungsschutz stehen. Zu den vereinheitlichten Versichertenbedingungen gehören 7,5 Prozent Versicherungsbeitrag und gestaffelte Selbstbehalte. Mit der Zusammenlegung kam es zu einer weiteren Straffung der Organisation der Sozialversicherungsträger auf nunmehr 22, im Jahr 2000 waren es noch 28 gewesen.<sup>296</sup>

Die zu Jahresende 2005 veröffentlichte Gebarung der Krankenkassen wies zwar für das Jahr 2005 ein im Vergleich zu den Vorjahren relativ kleines Minus von 72,8 Millionen Euro aus, dabei wurde aber ein Zuschuss von 100 Millionen Euro von der AUVA eingerechnet. Trotz Beitragserhöhungen und Selbsthalten sahen die Prognosen für die Folgejahre wieder drastische Defizite voraus.<sup>297</sup> Zur Finanzierung propagierte SP-Chef Alfred Gusenbauer eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf 5.000 Euro, die bis zu 340 Millionen Euro jährlich an Mehreinnahmen garantieren solle.<sup>298</sup> ÖAAB-Generalsekretär Werner Amon lehnte dies ab, stimmte aber grundsätzlich dem SP-Vorschlag zu, als Wertschöpfungsabgabe auch für Einkommen aus Kapitalerträgen, Unternehmen, Mieten und Spekulationen Sozialversicherungsbeiträge einzuheben. Weiters konnte er sich eine Anhebung der Beiträge um bis zu 0,5 Prozent vorstellen.<sup>299</sup> Auch Ärztekammerpräsident Brettenthaler befürwortete aufgrund erschöpfter Rationalisierungsmöglichkeiten zusätzliche Beitragserhöhungen zur Finanzierung des Gesundheitssystems.<sup>300</sup>

---

<sup>296</sup> Vgl. O.V.: Selbständige in neuer Sozialversicherung. In: Der Standard (21. Juli 2005)

<sup>297</sup> Vgl. Linsinger, Eva: Die Richtigen schröpfen. In: Der Standard (6. Dezember 2005)

<sup>298</sup> Vgl. Urschitz, Josef: Der Fasching hat schon begonnen. In: Die Presse (6. Dezember 2005)

<sup>299</sup> Vgl. Linsinger, Eva: Die Richtigen schröpfen. In: Der Standard (6. Dezember 2005)

<sup>300</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: „Der Machtkampf ist im Gang“. In: Die Presse (10. Dezember 2005)

Tabelle 20: Defizit der Krankenkassen in Millionen Euro

	2004	2005	2006	2007
<b>KV insgesamt</b>	-236,6	-72,8	-283,4	-408,7
<b>GKK gesamt</b>	-318,7	-212,0	-369,1	-464,3
GKK Wien	-125,4	-75,0	-188,0	-224,7
GKK Niederösterreich	-52,3	-42,0	-67,2	-81,8
GKK Burgenland	-14,1	-5,0	-22,7	-27,2
GKK Oberösterreich	0,4	-1,4	-35,6	-57,0
GKK Steiermark	-50,1	-37,6	-99,0	-112,1
GKK Kärnten	-33,5	-19,8	-57,7	-59,4
GKK Salzburg	-8,1	-6,2	-14,6	-19,1
GKK Tirol	-17,3	-17,3	-27,7	-30,9
GKK Vorarlberg	-18,3	-6,3	-8,6	-8,1
<b>alle BKK</b>	-0,9	-1,5	-1,7	-2,7
VA für Eisenbahnen	-1,9	4,7	-2,2	-9,4
VA öff. Bediensteter	32,7	69,7	49,6	40,0
SVA gew. Wirtschaft	46,6	24,7	26,2	19,9
SVA Bauern	5,6	41,0	13,8	7,8

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (6. Dezember 2005)

## 10.2. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit

Ärztammerpräsident Brettenthaler kritisierte bei der Konstruktion der neuen Gesundheitsplattformen die Stärkung der Länder, die als Spitalerhalter zu wenig Interesse an einer Auslagerung von Patienten aus den Spitälern hin zu niedergelassenen Ärzten hätten.<sup>301</sup>

Im Dezember 2005 wurde der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) von der Gesundheitskommission angenommen. Demnach sollten künftig nicht mehr die Spitalerhalter entscheiden, wie viele Betten zur Verfügung stehen, sondern neun Landesplattformen. Diese müssten weiters nach dem Bedarf gehen, der zur Behandlung aller Krankheiten in den 32 Versorgungsregionen nötig sei, die Mittelaufteilung auf Spitäler und niedergelassene Ärzte erfolge nach Schätzungen beziehungsweise Qualitätskriterien. Eine Einigung von Bund, Ländern und Sozialversicherung stand allerdings noch aus und sollte bis 30. Juni 2006 erfolgen, bis dahin sollte die rechtliche Grundlage des alten Krankenanstaltenplanes gelten.<sup>302</sup>

<sup>301</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: „Der Machtkampf ist im Gang“. In: Die Presse (10. Dezember 2005)

<sup>302</sup> Vgl. O.V. Gesundheitspolitik: Nur Grundstruktur steht. In: Die Presse (17. Dezember 2005)

### **10.3. Änderungen im Hauptverband und Überlegungen zu den Spitälern**

Im Jänner 2005 wurde die ursprünglich vom VfGH aufgehobene Trägerkonferenz im Hauptverband der Sozialversicherungsträger in nunmehr modifizierter Form neu gewählt, erster Vorsitzender des Gremiums wurde VP-Mann Karlheinz Kopf, Wirtschaftsbundgeneralsekretär und Vizeobmann der gewerblichen Versicherung. Als Vorstandsvorsitzender im Hauptverband wurde Wilhelm Haberzettl von der SPÖ-dominierten Eisenbahnergewerkschaft eingesetzt.<sup>303</sup>

Im Juli 2005 wurden vom Gesundheitsministerium neue Zahlen über das Gesundheitswesen geliefert. Demnach gab es in den letzten acht Jahren von 1996 bis 2004 5.104 Spitalsbetten und eine Million Spitalstage weniger. In den 139 länderfondsfinanzierten Spitälern gab es 48.662 Akutbetten, verglichen mit 53.766 Betten 1996. Ebenfalls um eine Million gesunken ist die Anzahl der Belegstage auf 14,2 Millionen, die Belegsdauer reduzierte sich von 7,07 auf 5,85 Tage. Im EU-weiten Spitzenfeld rangiert Österreich im Bereich der Akutbetten nach wie vor, liegt dieser doch um 1,3 über dem Durchschnitt von 4,7 Betten pro 1.000 Bürger. Weiterer Bettenabbau war für Michaela Moritz, Direktorin des ÖBIG, nötig, ebenso weitere Spitalschließungen.<sup>304</sup> Auch bei den Aufnahmezeiten war Österreich europaweit im Spitzenfeld zu finden, 2003 landeten von 100 Österreichern 31 in einem Klinikbett, in der EU lag dieser Wert bei 18,6 Prozent.<sup>305</sup> Einer Studie des IHS zufolge kostete jedes leer stehende Spitalbett 82.000 Euro pro Jahr, bei Verweildauern im EU-Schnitt würden sich hier alleine bei Kataraktoperationen jährlich 156 Betten und 12 Millionen Euro einsparen lassen. Auch der Ausbau von Tageskliniken würde laut Studie bei Operationen bis zu 30 Prozent Kostenersparnis bringen.<sup>306</sup>

### **10.4. Kritik an der Chefarztpflicht und E-Card**

Die seit Jahresbeginn 2005 gültige neue Chefarztpflicht sah sich schon bald heftiger Kritik aufgrund von Umstellungsschwierigkeiten ausgesetzt, die Faxbestätigung wurde von der

---

<sup>303</sup> Vgl. O.V.: Neue Köpfe im Hauptverband. In: Der Standard (11. Jänner 2005)

<sup>304</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Der langwierige Kampf gegen die "Mystik des Spitalbetts". In: Der Standard (26. Juli 2005)

<sup>305</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Gesunde Betten. In: Der Standard (26. Juli 2005)

<sup>306</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Österreicher liegen EU-weit am öftesten im Krankenhaus. In: Der Standard (28. Juli 2005)



WGKK bereits nach elf Tagen wieder fallengelassen.<sup>307</sup> Gesundheitsministerin Rauch-Kallat forderte daraufhin Änderungen vom Hauptverband und ein dreimonatiges Aussetzen von Sanktionen den Ärzten gegenüber, was vom Hauptverband aufgrund der bevorstehenden Einführung der Chipkarte ein Jahr später als Übergangslösung der Übergangslösung bezeichnet wurde. Ebenso kritisierte die Ministerin den noch wenige Wochen zuvor von ihr gelobten Erstattungskodex und verlangte eine Neuauflage, die aber ohnehin bereits vorgesehen war.<sup>308</sup> Auch Ärztekammerpräsident Reiner Brettenthaler forderte durch die wochenlang andauernden Probleme bei der neuen Chefarztpflicht im Hinblick auf die Einführung der E-Card eine Überarbeitung des Heilmittelverzeichnisses vor der Einführung des automatischen Bewilligungssystems.<sup>309</sup>

In seinem Wahrnehmungsbericht übte der Rechnungshof scharfe Kritik an den Vergabepraktiken der E-Card. Überdurchschnittliche Kilometergelder, Personalkosten im IT-Bereich von 45 Prozent über dem Mindestgrundgehalt der Branche, Managementfehler bei einem nicht ausgeschriebenen Consultingvertrag und unvollständige und nur begrenzt aussagefähige Kostenabschätzungen waren die Hauptkritikpunkte der Prüfer.<sup>310</sup>

Mit 30. Mai wurde der Betrieb der E-Card stufenweise aufgenommen, bis Ende November sollten sie in alle Haushalte geliefert werden, um zu Jahresbeginn 2006 den Krankenschein endgültig abzulösen.<sup>311</sup> Besonders in Wien kam es zu den häufigsten Problemen bei der Einführung, waren doch davor nur etwa 60 Prozent aller Wiener Ärzte auf EDV umgestellt.<sup>312</sup> Vor allem aufgrund zweier Totalausfälle im System kam von der Ärztekammer deutliche Kritik an der E-Card.<sup>313</sup>

Nach der flächendeckenden Einführung der E-Card gab Hauptverbandsdirektor Josef Kandhofer bekannt, mit 116 Millionen Euro exakt im Budget zu sein und erwartete volkswirtschaftliche Einsparungen im Bereich von 40 bis 50 Millionen Euro.<sup>314</sup>

---

<sup>307</sup> Vgl. O.V.: Chefarztpflicht eine "ziemliche Katastrophe". In: Der Standard (11. Jänner 2005)

<sup>308</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: "Ein Schuldiger, der wir nicht sind". In: Der Standard (15. Jänner 2005)

<sup>309</sup> Vgl. Ruzicka, Johanna und Nimmervoll, Lisa: Chefarztpflicht in Chaosfahrt. In: Der Standard (16. März 2005)

<sup>310</sup> Vgl. Moser, Karin: Teurer Weg zur E-Card. In: Der Standard (6./7. August 2005)

<sup>311</sup> Vgl. O.V.: E-Card: Chronologie der Verschiebungen. In: Die Presse (30. Mai 2005)

<sup>312</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Wiener EDV-Neulinge kämpfen mit E-Card. In: Der Standard (28. September 2005)

<sup>313</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: "Ärzte sagen: Das ist super". In: Der Standard (29. September 2005)

<sup>314</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Zufriedene Patienten, skeptische Ärzte. In: Der Standard (3./4. Dezember 2005)

## 10.5. Novelle bei den Medikamenten

Als Reaktion auf Berichte im Sommer 2005 über Präsente und Verschenken von Medikamenten von Pharmafirmen an Ärzte, die von diesen dann an die Krankenkassen weiterverrechnet werden, brachte Gesundheitsministerin Rauch-Kallat im September eine Novelle ein, die ein gänzlich Verbot von Naturalrabatten beinhaltete. Dies geschah gegen den Willen der Ärztekammer und der Pharmaindustrie, Geldrabatte blieben weiterhin erlaubt.<sup>315</sup>

---

<sup>315</sup> Vgl. Linsinger, Eva: Verbot für Gratispillen. In: Der Standard (21. September 2005)

## 11. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens 2006

### 11.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2006

In Anbetracht der prognostizierten Defizite der Krankenkassen für die Folgejahre wurde vom Vorstand des Hauptverbandes angekündigt, ein neues Fondsmodell zu finden, das einen Ausgleich zwischen den defizitären Gebietskrankenkassen und den positiv bilanzierenden Sonderversicherungsanstalten bringen sollte. Das Minus der neun Gebietskrankenkassen wurde bereits für 2006 ohne Ausgleichsfonds auf knapp über eine halbe Milliarde Euro geschätzt.<sup>316</sup> Das relativ gute Ergebnis 2005 war neben der gesetzlich verordneten Finanzunterstützung durch die AUVA von 100 Millionen Euro laut Angaben des Hauptverbandes vor allem durch Einsparungen in der Verwaltung, wo nur 1,2 statt erwarteter 3,4 Prozent zusätzlicher Ausgaben anfielen, und unerhofft niedrigerer Entwicklung bei den Medikamentkosten gekommen, wo die Mehrkosten mit zwei Prozent um 3,2 Prozent unter dem erwarteten Wert lagen.<sup>317</sup>

Tabelle 21: Defizit der Krankenkassen zu Beginn 2006

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
148	218	184	236	73*	283**	409**
* 100 Mio von AUVA ** Prognose						

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (5./6. Jänner 2006)

Die Gründe für das gute Abschneiden der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ist besonders auf das Fehlen einer Höchstbemessungsgrundlage und einem Selbstbehalt von 20 Prozent bei Arztbesuchen zurückzuführen, weiters hat man in dieser Kasse keine Arbeitslosen, für die eine GKK keine vollen Beträge bekommt. Das Positivergebnis der Kasse der Bauern ist durch einen Extrazuschuss aus der Tabaksteuer zu relativieren, den sich die Sonderversicherungsanstalten aufteilen konnten.<sup>318</sup>

<sup>316</sup> Vgl. Nimmervoll, Lisa: Finanzloch wächst und wächst. In: Der Standard (5./6. Jänner 2006)

<sup>317</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Kassen-Defizit viel kleiner als erwartet. In: Die Presse (17. Februar 2006)

<sup>318</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Klientelpolitik mit kranken Kassen. In: Die Presse (18. Mai 2006)

Im Mai 2006 wurde die Gebarung der Krankenversicherungen für das Vorjahr veröffentlicht, entgegen der Prognosen kam es sogar zu einem unerwarteten positiven Saldo von 20,3 Millionen Euro, für Gesundheitsministerin Rauch-Kallat ein klarer Beleg, dass die Kassen saniert seien.<sup>319</sup> Das Minus der Gebietskrankenkassen betrug nach wie vor 125,3 Millionen Euro und drohte, sich bis zum Folgejahr zu verdoppeln, ein finanzieller Ausgleich mit den Sonderversicherungsträgern war rein gesetzlich nicht möglich.<sup>320</sup>

Tabelle 22: Gebarung der Krankenkassen 2005

	<b>Saldo 2005</b>	<b>Voranschlag 2006</b>
GKK Wien	-38,7	-81,3
GKK Niederösterreich	-25,8	-49,4
GKK Burgenland	-4,7	-11,2
GKK Oberösterreich	11,2	-15,2
GKK Steiermark	-31,4	-46,6
GKK Kärnten	-15,5	-34,9
GKK Salzburg	1,9	-3,5
GKK Tirol	-18,6	-4,8
GKK Vorarlberg	-3,7	-12,2
<b>alle BKK</b>	-0,4	-0,7
VA für Eisenbahnen	7,5	0,9
VA öff. Bediensteter	73,4	51,9
SVA gew. Wirtschaft	20,7	35,9
SVA Bauern	44,4	13,9
<b>KV gesamt</b>	20,3	-157,2

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (18. Mai 2006)

Neben den bereits im Vorjahr geforderten Erhöhungen von Beiträgen regte Ärztekammerpräsident Brettenthaler weiters an, dass die Krankenversicherung künftig verschiedene Versicherungsmodelle anbieten sollte, die unterschiedliche Kombinationen von Prämien und Leistungen beinhalten. Ebenso wollte er nach 2001 eine neuerliche Diskussion über Versicherungspflicht versus Pflichtversicherung anregen.<sup>321</sup>

Die Erhöhung der Kassenbeiträge bringt den Krankenkassen nach Expertenschätzungen etwa

<sup>319</sup> Vgl. O.V. Krankenkassen: Plus nur durch „Tricks“? In: Die Presse (17. Mai 2006).

<sup>320</sup> Vgl. O.V.: Verstecktes „Drama“ hinter dem Miniplus. In: Der Standard (18. Mai 2006)

<sup>321</sup> Vgl. O.V. Ärztechef will Auswahl bei Krankenkassen. In: Die Presse (4. Jänner 2006)

120 Millionen Euro an zusätzlichen Einnahmen.<sup>322</sup>

Im Spätsommer 2006 machte der Obmann der WGKK, Franz Bittner, auf die ungewöhnlichen Sprünge bei den Medikamentenkosten im ersten Halbjahr 2006 aufmerksam. So kam es im Jänner im Vergleich zum Vorjahr zu einem Anstieg um 14 Prozent, im April zu einem Rückgang auf Minus 0,25 Prozent, um im Mai wiederum auf 15,24 Prozent Zuwachs anzuwachsen. Ende Juni wurde bundesweit ein Ansteigen der Medikamentenkosten um 8,5 Prozent oder 70 Millionen Euro festgestellt. Eine Entwicklung, bei der künftig nicht nur Niederösterreich höhere Kosten für Medikamente als für die Ärzte haben würden. Für 2006 wurden von den Krankenversicherungsträgern ein Plus von 6,5 Prozent budgetiert, womit man bereits im Widerspruch zu Vorgaben war, die vier Prozent Anstieg als höchste Grenze verlangt hatte.<sup>323</sup> Den prognostizierten Abgang von 253,6 Millionen Euro bei den Gebietskrankenkassen sah das Gesundheitsministerium anders, Ministerin Rauch-Kallat gab sich optimistisch und erwartete erneut ein mehr oder weniger ausgeglichenes Ergebnis.<sup>324</sup>

### **11.1.1 Verzögerung bei Kassenfusionierung**

Die im Herbst 2004 angekündigte Zusammenlegung der Kassen für Gewerbe und Bauern verzögerte sich um einige Monate, das Ende der Verhandlungen wurde im Dezember 2006 für das Frühjahr erwartet, damit die Fusion der etwa 700.000 Versicherten 2007 abgeschlossen und in Kraft sein könne. Angelehnt an das System der Gewerbetreibenden mit 20 Prozent Selbstbehalt waren einkommensabhängig gestaffelte Selbstbehalte vorgesehen, vereinfachte Verwaltung und teilweise Rücklagenauflösung sollten den reduzierten Krankenversicherungsbeitrag der Gewerbetreibenden von 9,1 auf 7,5 kompensieren.<sup>325</sup>

## **11.2. Vorschläge des Kompetenzteams Gesundheit der SPÖ**

Zu Jahresbeginn 2006 präsentierte das von der SPÖ unter Leitung von Salzburgs Landeshauptfrau Gabi Burgstaller eingesetzte Kompetenzteam Gesundheit ihre ersten Vorschläge zur Sanierung des Gesundheitssystems. Neben der bereits im Vorjahr geforderten Anhebung der Höchstbemessungsgrundlage von 3.750 auf 5.000 Euro mit geplanten Mehreinnahmen von

---

<sup>322</sup> Vgl. O.V.: Was mögliche Finanzierungsmaßnahmen bringen. In: Die Presse (5. Jänner 2006)

<sup>323</sup> Vgl. Stuibler, Petra: Pillen bald teurer als Ärzte. In: Der Standard (10. August 2006)

<sup>324</sup> Vgl. O.V.: Kassendefizit steigt "unaufhörlich". In: Der Standard (26./27. August 2006)

<sup>325</sup> Vgl. O.V.: Bauern/Gewerbe: Krankenkassen-Fusion. In: Die Presse (10. Jänner 2006)

200 Millionen Euro wurden eine bedarfs- statt der gängigen angebotsorientierten Versorgung und eine Umverteilung innerhalb des Systems propagiert, mit gleichzeitiger Beseitigung von Ungerechtigkeiten, etwa durch eine Beschränkung der Rezeptgebühr für chronisch Kranke auf 150 Euro jährlich.<sup>326</sup> Weitere Forderungen betrafen etwa die maximale Staffelfung von Selbstbehalten auf 0,8 Prozent des Bruttojahreseinkommens, Anreize für eine ökonomische Verschreibweise, Prävention und verstärkten Einsatz von Generika. Strukturell sollte der Bund zur Gänze die gesetzliche Zuständigkeit erhalten, deren Ausführung danach Sache der Gesundheitsregionen sei.<sup>327</sup> Durch eine Halbierung der Mehrwertsteuer auf Medikamente wären etwa 250 Millionen Euro an Ausgabenreduktion zu erwarten, die in einer OECD-Studie ausgewiesenen Effizienznutzungspotentiale von 850 Millionen Euro sollten zumindest zur Hälfte realisiert werden.<sup>328</sup> Ebenfalls von der OECD veröffentlicht wurden die Aufwendungen für das Gesundheitswesen, gemessen am BIP des vorliegenden Vergleichsjahres 2002, demnach lag Österreich mit 7,5 Prozent (Angaben des IHS lauteten 8,5) unter dem EU-Schnitt von 9,1 Prozent und deutlich unter den 14,6 Prozent von Spitzenreiter USA, der gemeinsam mit der Schweiz die höchsten Gesamtausgaben vorzuweisen hat, obwohl sie den niedrigsten Beitrag der öffentlichen Hand haben.<sup>329</sup>

### 11.3. E-Card und E-Health

Im Februar 2006 wurde vom ehemaligen E-Card-Programmdirektor Reinhold Bierbaum erklärt, dass es am Vortag der Abgabefrist zu Preisabsprachen zwischen Vertretern des Hauptverbandes und dem letztlich erfolgreichen Bieter gekommen sei.<sup>330</sup> Seiner Aussage nach hätten sich die Kosten zwischen 25 und 30 Millionen Euro belaufen dürfen.<sup>331</sup> Bei dem unterschiedlich als protokolliert und nicht protokolliert bezeichneten Treffen soll Siemens ein Angebot von knapp unter 38 Millionen Euro empfohlen worden sein, das dann auch gelegt wurde. Der von SPÖ und den Grünen zum Thema geforderte Untersuchungsausschuss wurde von den Regierungsparteien nicht unterstützt, FPÖ und BZÖ sandten dennoch Sachverhaltsdarstellungen wegen Amtsmissbrauch und Untreue an die Staatsanwaltschaft.<sup>332</sup> Der Hauptverband gab an, durch seine Verhandlungen rund 30 Millionen eingespart zu haben.<sup>333</sup>

<sup>326</sup> Vgl. Kopper, Samo: Doktor Gusenbauers Kur für die Kassen. In: Der Standard (5./6. Jänner 2006)

<sup>327</sup> Vgl. O.V.: SP-Klausur: Mehr Beiträge, weniger Selbstbehalte. In: Die Presse (4. Jänner 2006)

<sup>328</sup> Vgl. Kobenter, Samo: Rote Rezepte fürs Gesundheitssystem. In: Der Standard (21. April 2006)

<sup>329</sup> Vgl. O.V.: Ausgaben für Gesundheit unter Schnitt. In: Der Standard (21. April 2006)

<sup>330</sup> Vgl. O.V.: E-Card im Zangengriff von SPÖ und Grünen. In: Der Standard (11./12. Februar 2006)

<sup>331</sup> Vgl. O.V.: E-Card: Noch mehr Anzeigen. In: Die Presse (15. Februar 2006)

<sup>332</sup> Vgl. Toth, Barbara: Blau-oranger Paarlauf in der E-Card-Causa. In: Der Standard (15. Februar 2006)

<sup>333</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: E-Card-Auftrag: „Der Vorwurf ist absurd“. In: Die Presse (16. Februar 2006)

Der im Mai 2006 veröffentlichte Endbericht des Rechnungshofes (RH) kritisierte das Projekt E-Card in etlichen Punkten scharf. So vertrat der RH etwa die Auffassung, die dem Projekt zuzurechnenden Kosten würden sich insgesamt auf 130 statt wie vom Hauptverband angegeben auf 117 Millionen Euro belaufen. Als Gründe dafür wurden etwa die Entwicklung eigener Chiplesegeräte durch die Research Industrial Software Engineering (RISE) in der Höhe von 2,3 Millionen Euro genannt, statt auf handelsübliche Geräte zurückzugreifen.<sup>334</sup> Weitere Mehrkosten lagen laut RH darin, dass es mehrere Monate eine Parallelstruktur in der Führungsebene der Chipkartengesellschaft gegeben und die Honorierung der Projektleitung 200 Prozent über dem Marktwert gelegen habe. Generell wurden eine Straffung der Projektorganisation der Chipkartengesellschaft und eine Reduktion der Führungsebene gefordert.<sup>335</sup> Aufgrund der zu erwartenden Vorteile für die Ärzte wurde auch die Notwendigkeit von Barzahlungen von 9,2 Millionen Euro von der Sozialversicherung an die Ärzte zum Umstieg auf das Computersystem in Frage gestellt.<sup>336</sup> Überhaupt stellte sich der RH gegen die herausragende Stellung der Ärztekammer bei den Verhandlungen mit dem Hauptverband und forderte eine Eingrenzung des im ASVG geregelten Vertragspartnerrechts in den Bereichen, wo gesundheitspolitische Entwicklungen behindert würden.<sup>337</sup>

Die unter anderem durch die E-Card bemerkbare Voranschreitung der Digitalisierung im Gesundheitswesen unter dem Titel E-Health legte den Grundstein für ein umfassendes Informationssystem, um medizinische Daten über Patienten rasch verfügbar zu haben. Dazu gehört die Erstellung eines elektronischen Gesundheitsaktes (Elag) von jedem Patienten in einem Spital des Krankenanstaltenverbundes (KAV), innerhalb dessen die Digitalisierung durch Anschaffungen im letzten Jahrzehnt weitgehend gewährleistet ist. Probleme gab es vor allem bei Befundaustausch mit privaten Spitälern und dem niedergelassenen Bereich, zur Lösung der Schnittstellenthematik gab es bisher lediglich Versuchsprojekte.<sup>338</sup>

---

<sup>334</sup> Vgl. Seidl, Conrad: E-Card wurde um 13 Millionen teurer. In: Der Standard (30. Mai 2006)

<sup>335</sup> Vgl. O.V.: Prüfbericht: Zu viel Geld für die E-Card. In: Die Presse (30. Mai 2006)

<sup>336</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: E-Card in Gold für Götter in Weiß. In: Die Presse (30. Mai 2006)

<sup>337</sup> Vgl. O.V.: Prüfbericht: Zu viel Geld für die E-Card. In: Die Presse (30. Mai 2006)

<sup>338</sup> Vgl. Spudich, Helmut: E-Health ist noch eine Baustelle. In: Der Standard (12. Juli 2006)

## 11.4. Anstieg im Bereich der Generika

Einer Fessel-Studie zufolge veränderte sich seit 2000 das Kostenbewusstsein der Ärzte und die Verschreibung von Medikamenten langsam Richtung Generika. So verschrieben 2006 mit 54 Prozent bereits mehr als die Hälfte bei gleicher Verfügbarkeit Generika statt teurerer Markenprodukte, 2000 war es mit 33 Prozent noch ein Drittel. Umgekehrt wählten 2006 nur mehr 22 Prozent das teurere Präparat, 2000 waren dies noch 31 Prozent. Weitere Ergebnisse der Studie besagten, dass lediglich 40 Prozent aller Medikamentenpackungen aufgebraucht werden und nur 64 Prozent der Bevölkerung Arzneien genau nach Vorschrift einnehmen. 39 Prozent nahmen überhaupt keine Medikamente ein.<sup>339</sup>

---

<sup>339</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitskosten werden bewusst. In: Der Standard (12. Juli 2006) und O.V.: Generika: Akzeptanz steigt. In: Die Presse (11. Juli 2006)



## 12. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens 2007

### 12.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2007

Zur Bekämpfung des Defizits der Krankenkassen verlangte die neue Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky (ÖVP) eine Einsparung von etwa 150 Millionen bei den Sozialversicherungsträgern durch Effizienzsteigerungen, Strukturüberlegungen und Verwaltungsstraffung.<sup>340</sup> Für die andere Hälfte der rund 300 Millionen benötigten Euro wurde im Regierungsprogramm eine Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,15 Prozent bei voriger Einigung der Sozialpartner bezüglich der Aufteilung vorgesehen, eine Erhöhung von Selbstbehalten wurde nicht angestrebt.<sup>341</sup> Durch den bereits im internationalen Vergleich mit 2,9 Prozent niedrigen Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamteinnahmen wollte der Hauptverband die geforderte Summe vor allem durch Abänderung der Rückerstattung der Mehrwertsteuer für Medikamente aufgrund tatsächlicher Ausgaben statt bisher pauschal erreichen, wodurch man sich 70 Millionen erhoffte. Leistungseinsparungen und Honorarkürzungen wurden vorerst nicht angedacht.<sup>342</sup>

Diese Einsparungen wurden von der Wirtschaftskammer im Februar als Bedingung angesehen, um konkret mit den Arbeitnehmervertretern über eine Erhöhung der Beiträge und somit Lohnnebenkosten zu verhandeln, Wirtschaftskammer-Generalsekretär Reinhold Mitterlehner rechnete frühestens 2008 mit einer eventuellen Anhebung.<sup>343</sup> Mitterlehner wurde neben Franz Bittner und Wirtschaftsbund-Generalsekretär Kopf daraufhin in eine Arbeitsgruppe berufen, die künftige Einsparungen bei den Kassen ausfindig machen und in die Wege leiten sollte.<sup>344</sup>

Aus Kosten- und Qualitätsgründen schlug Ministerin Kdolsky zunächst eine mittelfristig drastische Reduktion von Spitalsambulanzen – ausgenommen Notfalls- und Spezialambulanzen – vor, da deren Leistungen von niedergelassenen Ärzten außerhalb der Spitäler billiger und besser zu erbringen sei.<sup>345</sup> Dieser Vorschlag wurde aber wenig später von ihr zurückgenommen,

---

<sup>340</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Kdolsky: „Politiker sind auch keine Lichtgestalten“. In: Die Presse (27. Jänner 2007) und O.V.: Kdolsky will bei Krankenkassen sparen. In: Der Standard (21. Februar 2007)

<sup>341</sup> Vgl. Bundeskanzleramt Österreich.: Regierungsprogramm 2007 – 2010 - Regierungsprogramm für die XXII. Gesetzgebungsperiode. Wien, Jänner 2007, S.117

<sup>342</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: „Wollen nicht, dass Patienten leiden“. In: Die Presse (7. Februar 2007)

<sup>343</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen: Wirtschaft stellt nun Bedingung für Beitragserhöhung. In: Die Presse (19. Februar 2007)

<sup>344</sup> Vgl. O.V.: Arbeitsgruppe zur Krankenversicherung. In: Die Presse (7. März 2007)

<sup>345</sup> Vgl. O.V.: „Wir brauchen die Ambulanzen nicht“. In: Salzburger Nachrichten (20. Februar 2007)

aber mit der Ergänzung, künftig den niedergelassenen Bereich stärken und die Spitalsambulanzen entlasten zu wollen, dies sollte durch neue Kooperationsformen in Form von Gesundheitszentren geschehen.<sup>346</sup>

Im April 2007 kündigte Ministerin Kdolsky Ergebnisse der oben genannten Arbeitsgruppe zur Aufteilung eines um 0,15 Prozent erhöhten Versicherungsbeitragssatzes sowie zur Aufbringung der geforderten 150 Millionen Euro Einsparpotential ebenso an wie eine kurz bevorstehende Einigung mit den Sozialversicherungsträgern über dieses Thema. Weiters stellte sie Pläne zur Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen und voriger Harmonisierung der Kassenleistungen vor.<sup>347</sup> Die endgültige Absegnung jeglicher Beitragserhöhungen blieb den Chefs der Sozialpartner, Christoph Leitl und Rudolf Hundstorfer vorbehalten.<sup>348</sup>

Ablehnung zur Änderung kam vom Koalitionspartner SPÖ, da lediglich die Harmonisierung der Leistungen im Regierungsprogramm<sup>349</sup> vorgesehen war, die Grünen stimmten Kdolskys Vorstoß zu, lehnten aber darüber hinaus die berufsständischen Krankenkassen als nicht mehr zeitgemäß ab.<sup>350</sup> Zwei Tage nach ihrer Ankündigung nahm die Ministerin den Vorschlag zur Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zurück und könne sich momentan keine Zentralisierung vorstellen, hielt aber an einheitlichen Kriterien für die Leistungsabgeltung fest.<sup>351</sup>

Aus der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage an Sozialminister Erwin Buchinger (SPÖ) ging hervor, dass die Krankenkassen für das Jahr 2006 insgesamt 134 Millionen Euro an uneinbringlichen Forderungen abschreiben mussten, mit Stichtag 31. Dezember 2006 hatten Unternehmen insgesamt 924 Millionen Euro an Sozialversicherungsbeiträgen noch nicht fristgerecht an die Kassen abgeführt. Der WGKK schuldeten etwa Bauunternehmen knapp 160 Millionen Euro.<sup>352</sup>

---

<sup>346</sup> Vgl. O.V.: Kdolsky will Ambulanzen nicht schließen. In: Der Standard (27. Februar 2007)

<sup>347</sup> Vgl. O.V.: Kdolsky für Zusammenlegung der Krankenkassen. In: Die Presse (12. April 2007)

<sup>348</sup> Vgl. Ettinger, Karl: Höhere Krankenbeiträge: Es hängt an Arbeitern. In: Die Presse (24. April 2007)

<sup>349</sup> Vgl. Bundeskanzleramt Österreich.: Regierungsprogramm 2007 – 2010 - Regierungsprogramm für die XXII. Gesetzgebungsperiode. Wien, Jänner 2007, S.116

<sup>350</sup> Vgl. O.V.: Kdolsky will neun Länderkassen fusionieren. In: Die Presse (13. April 2007)

<sup>351</sup> Vgl. O.V.: Kdolsky schwächt Krankenkassen-Pläne ab. In: Die Presse (15. April 2007)

<sup>352</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen: 134 Millionen an SV-Beiträgen fehlen. In: Die Presse (8. Mai 2007)

Tabelle 23a: Uneinbringliche Beträge der Krankenkassen bis 2006

Jahr	uneinbringlich	Defizit
2000	87 Mio. Euro	230,7 Mio. Euro
2001	92 Mio. Euro	148,2 Mio. Euro
2002	115 Mio. Euro	176,8 Mio. Euro
2003	124 Mio. Euro	139,4 Mio. Euro
2004	140 Mio. Euro	236,7 Mio. Euro
2005	147 Mio. Euro	31,7 Mio. Euro
2006	134 Mio. Euro	60,9 Mio. Euro

Tabelle 23b: Rückstände der Gebietskrankenkassen

WGKK	344,2 Mio. Euro
NÖGKK	137,2 Mio. Euro
BGKK	25,2 Mio. Euro
OÖGKK	143,8 Mio. Euro
StGKK	125,7 Mio. Euro
KGKK	37,6 Mio. Euro
SGKK	68,4 Mio. Euro
TGKK	31,4 Mio. Euro
VGKK	20,5 Mio. Euro
<b>Gesamt</b>	<b>930 Mio. Euro</b>

Quelle: Die Presse (8. Mai 2007)

Aufgrund der erneut alarmierenden Salden der Krankenkassen für das Jahr 2006 und besonders der Prognosewerte für 2007 verwies WGKK-Obmann Franz Bittner einmal mehr auf die dramatische Entwicklung der Finanzsituation der letzten Jahre. Demnach betrug das kumulierte Minus zwischen 1998 und 2006 rund 1,2 Milliarden Euro, laut Berechnungen könnten dies bis ins Jahr 2009 bereits auf 2,3 Milliarden anwachsen.<sup>353</sup> Während die vier berufsständisch organisierten Krankenversicherungen und die sechs Betriebskassen positiv abschlossen und auch positive Prognosen für 2007 aufweisen konnten, erzielten die neun Gebietskrankenkassen trotz einzelner positiver Ergebnisse mit 167,2 Millionen Defizit ein um 50 Millionen schlechteres Ergebnis als im Vorjahr, für 2006 wurde eine Verdoppelung des Defizits auf 336,1 Millionen Euro erwartet.<sup>354</sup> Bittner sah die positiven Bilanzen der kleinen Sonderversicherungsträger ab 2005, nachdem sie 2004 noch ein Minus von 89 Millionen Euro erwirt-

<sup>353</sup> Vgl. O.V.: Defizit der Krankenkassen steigt massiv. In: Der Standard (18. Mai 2007)

<sup>354</sup> Vgl. O.V.: Krankenversicherung hatte 2006 Defizit von 61 Mio. In: Die Presse (16. Mai 2007)

schafteten, unter anderem in der gesetzlich verordneten Verlagerung von Versicherten, durch die sie nunmehr über mehr Geld verfügen.<sup>355</sup>

Tabelle 24: Gebarung der Krankenkassen 2006 und Voranschlag 2007

	Saldo 2006	Voranschlag 2007
GKK Wien	-71,3	-102,0
GKK Niederösterreich	-29,8	-53,1
GKK Burgenland	-6,2	-10,4
GKK Oberösterreich	15,1	-18,5
GKK Steiermark	-55,5	-74,0
GKK Kärnten	-21,4	-34,4
GKK Salzburg	0,4	-19,5
GKK Tirol	9,3	-11,1
GKK Vorarlberg	-7,8	-13,1
<b>GKK gesamt</b>	<b>-167,2</b>	<b>-336,1</b>
VA für Eisenbahnen	9,1	0,8
VA öff. Bediensteter	63,1	34,4
SVA gew. Wirtschaft	16,6	26,7
SVA Bauern	13,5	k.A.
alle BKK	4,0	0,1
KV gesamt	-60,9	-274,1

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (18. Mai 2007)

Durch die von den Sozialpartnern abgesegnete Einigung auf ein Krankenkassen-Sparpaket, das vor allem eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge und eine Angleichung der Beiträge beinhaltete, erhoffte sich die Regierung jährlich 300 Millionen mehr für das Gesundheitssystem. Ministerin Kdolsky kündigte eine entsprechende Novellierung des Sozialversicherungsrechts an, damit die Beitragserhöhungen mit 1. Jänner 2008 wirksam werden könnten.<sup>356</sup> Die geplanten Einsparungen bezogen sich mit 90 Millionen Euro zum Großteil auf die Pharmaindustrie, 20 Millionen sollten bei ärztlichen Leistungen gespart werden, 18 Millionen bei der Verwaltung der Sozialversicherung und 16 Millionen bei der Betrugsbekämpfung.<sup>357</sup>

<sup>355</sup> Vgl. O.V.: Defizit der Krankenkassen steigt massiv. In: Der Standard (18. Mai 2007)

<sup>356</sup> Vgl. O.V.: Beitragserhöhungen bei Krankenkassen. In: Die Presse (5. Juli 2007)

<sup>357</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen: Einheitliche Beiträge ab 2008. In: Die Presse (6. Juli 2007)

Tabelle 25: Krankenkassen-Sparpaket

<b>Einsparungen</b>	Leistungen, Medikamente, Verwaltung		<b>150 Mio. Euro</b>
<b>Beitragserhöhung</b>	0,15%		<b>150 Mio. Euro</b>
<b>Beitragshöhen ab 2008</b>			
<b>Angestellte</b>	7,65%		
Arbeitgeber	3,83%	Anhebung	+ 0,075%
Arbeitnehmer	3,83%	Anhebung	+ 0,075%
<b>Arbeiter</b>	7,65%		
Arbeitgeber	3,70%	Anhebung	+ 0,15%
Arbeitnehmer	3,95%	keine Anhebung	
<b>Gewerbetreibende</b>	7,65%	Senkung	- 1,45%
<b>Bauern</b>	7,65%		+ 0,15%
<b>Beamte</b>	7,65%		
Arbeitgeber	3,55%	Anhebung	+ 0,35%
		Streichung Heilbehandlungszuschlag	- 0,40%
Arbeitnehmer	4,10%	keine Anhebung	
<b>Gesamt</b>			<b>300 Mio. Euro</b>

Quelle: APA, nach Standard (6. Juli 2007)

Ebenfalls für 1. Jänner 2008 vorgesehen wurde die wenige Tage darauf beschlossene Deckelung der Rezeptgebühren auf zwei Prozent des Nettoeinkommens der Versicherten. Durch diesen Beschluss entgehen den Krankenkassen nach Schätzungen künftig rund 60 Millionen Euro pro Jahr, mit einem zusätzlichen administrativen Aufwand von etwa zwei Millionen.<sup>358</sup>

## 12.2. Der Rechnungshofvergleich WGKK - OÖGKK

Laut eines Rohberichts des Rechnungshofes war die WGKK gegen Jahresende 2007 finanziell schwer angeschlagen, aufgrund gesetzlicher Vorschriften haben sich 2006 rund 107 Millionen Euro negativ auf die Bilanz ausgewirkt, weitere Mehrkosten von 80 Millionen Euro im Vergleich zur ebenfalls geprüften OÖGKK fielen bei Arzthonoraren und Medikamenten an. Das von der WGKK betriebene Hanusch-Spital belastete das Budget mit zusätzlichen 41 Millionen Euro.<sup>359</sup> Die Prognosen aus dem November 2007 für das laufende Jahr sahen bei der

<sup>358</sup> Vgl. O.V.: Zwei Prozent „Deckel“ für Rezeptgebühr. In: Der Standard (12. Juli 2007)

<sup>359</sup> Vgl. O.V.: Wiener Krankenkasse mit Geldsorgen. In: Der Standard (30. Oktober 2007)

WGKK einen Anstieg des Minus von 71,3 auf 140,6 Millionen Euro voraus, womit die Krankenkasse verstärkt mit einer drohenden Zahlungsunfähigkeit zu kämpfen hatte.<sup>360</sup> Im Verhältnis des Defizits zu den Einnahmen hatte die WGKK mit 5,8 Prozent allerdings nicht das schlechteste Ergebnis, die Kassen in der Steiermark und Kärnten wiesen hier mit 6,3 Prozent schlechtere Werte auf.<sup>361</sup> Die Forderung des Gesundheitsministeriums, aufgrund des Kassen-Sparpaketes nun selbst ein Sanierungskonzept für das große Defizit vorzulegen, stieß bei der WGKK auf Unverständnis, da man Kdolskys Vorgängerin Maria Rauch-Kallat zwei von ihr letztlich abgelehnte Konzepte vorgelegt habe und durch die Deckelung der Rezeptgebühren wieder um etliche Millionen der aus dem Paket vorgesehenen zusätzlichen Finanzmittel umzufallen drohe. Als wesentliche Gründe für das hohe Defizit nannte Jan Pazourek, Direktor der WGKK, die um 13 Prozent gestiegenen Medikamentenkosten, höhere Aufwendungen für Krankengeld und Arztbesuche sowie die hohen Kosten für Zinsen, die sich schon im zweistelligen Millionenbereich befanden und bereits mehr Aufwendungen als für Zahnersatz nötig machten.<sup>362</sup> Weiters seien vereinbarte Rabatte mit der Pharmaindustrie für die Jahre 2004 bis 2006 in der Höhe von 13,5 Millionen Euro erst unzureichend eingehalten worden, laut Angaben der WGKK flossen erst vier Millionen.<sup>363</sup>

Ärztammerpräsident Walter Dorner zeigte Verständnis für die Lage der Kassen und besonders der WGKK, die seiner Ausführung nach ein Plus von 30 Millionen Euro gemacht hätte, würde man ihr das zustehende Geld auch tatsächlich zuführen und schlug auch zur Entlastung der Kasse vor, die Gesundheitszentren bei Bedarf und auf Wunsch hin von Ärztesgesellschaften übernehmen zu lassen.<sup>364</sup> An der Unterstützung durch die Ärztesammer änderte auch der Konflikt über die Erhöhung der Ärztehonoreare nichts, wo die Forderung von vier Prozent deutlich entfernt von den 1,5 Prozent lag, die die WGKK angeboten hatte. Vielmehr kritisierte die ÄK etwa die von den Kassen zu bezahlende Mehrwertsteuer auf Medikamente, die dann dem Finanzminister zugute komme.<sup>365</sup>

Als erste Reaktion auf die prekäre Situation besonders in Wien wurde vom Hauptverband ein neues Finanzausgleichssystem mit neuem Verteilungsschlüssel für Dezember 2007 gebastelt, welches die Liquiditätsprobleme der WGKK zumindest abschwächen sollte, da sie wie auch

---

<sup>360</sup> Vgl. Ettinger, Karl: Krankenkassen: Defizit steigt auf 355 Millionen. In: Die Presse (16. November 2007)

<sup>361</sup> Vgl. O.V.: Defizit der Krankenkassen steigt weiter. In: Die Presse (16. November 2007)

<sup>362</sup> Vgl. Heigl, Andrea: Kranke Kassen: 355 Millionen Minus. In: Der Standard (17./ 18. November 2007)

<sup>363</sup> Vgl. O.V.: Teure Pillen machen es den Kassen schwer. In: Der Standard (20. November 2007)

<sup>364</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitssystem: Ärzteschaft warnt vor „heimlichem Umbau“. In: Die Presse (22. November 2007)

<sup>365</sup> Vgl. Pink, Oliver: „Die Politik hat der Kassa Geld entzogen, bis sie pleite war“. In: Die Presse (29. November 2007)

etwa die Steiermark und Niederösterreich mehr aus dem Ausgleichstopf empfangen als etwa die Nettozahler Oberösterreich oder Salzburg.<sup>366</sup>

Zeitgleich beschlossen die Regierungsparteien SPÖ und ÖVP im Sozialausschuss die Übernahme des fiktiven Dienstnehmeranteils für Pensionisten durch den Bund in der Höhe von etwa 34 Millionen Euro zur Entlastung der Kassen, neben der Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge wurde weiters noch über die Einführung des Krankengeldes für freie Dienstnehmer Einigung erzielt.<sup>367</sup>

Der Endbericht des Rechnungshofes im Februar 2008 stellte endgültig fest, dass ein Umsetzen der Rechnungshofempfehlungen, wie es die OÖGKK ab dem Jahr 1995 getan hat, bei der WGKK selbst zu Einsparungen in der Höhe von 80 Millionen Euro führen würde. Im Vergleich wendete die WGKK besonders in den Bereichen der ärztlichen Hilfe und Heilbehelfen mit 260 Millionen und der Verwaltung mit 120 Millionen Euro mehr auf als die verglichene Kassa.<sup>368</sup> Als einige spezifische Details nannte der RH etwa das häufigere Aufsuchen von Fachärzten in Wien (mit 52 zu 36 Prozent) oder die Tatsache, dass es in Wien um 57 Prozent mehr Fachärzte gibt, sowie um fünf Prozent weniger Praktiker als in Oberösterreich. Bei den Tarifen gab die WGKK pro Anspruchsberechtigtem um 41 Euro mehr aus, bei Untersuchungen wie etwa einer Augendruckmessung fielen in Wien mit 9,6 Euro fast um das vierfache höhere Kosten als in Oberösterreich mit 2,74 Euro an.<sup>369</sup> Neben der Forderung, den gesetzlichen Auftrag zum Betrieb des Hanusch-Spitals zu streichen forderte der RH weiters etwa, bei Verhandlungen mit Ärzten sämtliche Positionen besser anzusehen und das Honorar nicht pauschal zu verhandeln sowie bei den Medikamenten auf Kostendämpfung zu drängen.<sup>370</sup>

### **12.3. Probleme bei der Umsetzung der Gesundheitsreform**

Die Probleme bei der konkreten Umsetzung der Gesundheitsreform zeigten sich etwa am Beispiel Salzburg. Dort war im März 2007, rund zwei Jahre nach dem Startschuss, noch kein einziges Reformprojekt realisiert worden, obwohl acht Millionen Euro für deren Finanzierung vorgesehen waren. Der Grund dafür lag an der Beschickung der Gremien durch unterschiedlichste Interessensgruppen, die sich gegenseitig blockierten. Vertreten waren Bund, Länder,

---

<sup>366</sup> Vgl. Heigl, Andrea und Moser, Karin: Kassendefizit, "so ernst wie noch nie". In: Der Standard (20. November 2007)

<sup>367</sup> Vgl. O.V.: WGKK: Regierung sucht Wege aus der Finanzkrise. In: Die Presse (27. November 2007)

<sup>368</sup> Vgl. O.V.: Wiener Kasse soll 80 Millionen einsparen. In: Salzburger Nachrichten (23. Februar 2008)

<sup>369</sup> Vgl. O.V.: Prüfbericht: Wiener Kasse soll 80 Millionen einsparen. In: Die Presse (23. Februar 2008)

<sup>370</sup> Vgl. Rechnungshof: Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse.

Gemeinden und Krankenkassen.<sup>371</sup>

## 12.4. Vorschläge zum Gesundheitssystem und den Spitälern

Felix Unger, Präsident der europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste, forderte eine Entpolitisierung des Gesundheitssystems in Österreich durch Aufgabe der Zuständigkeiten von Bund und Ländern und deren Verlagerung auf EU-Ebene. Die europäischen medizinischen Fachgesellschaften sollten dann eine Klassifizierung erarbeiten, welche medizinischen Leistungen von den Kassen zu übernehmen seien. Für Österreich sollte es laut Unger nur mehr die Krankenkassen als einzigen Zahler für das Gesundheitssystem geben, deren Finanzierung sollte weiterhin aus lohnabhängigen Beiträgen, aber auch aus Steuermitteln erfolgen. Bezahlt werden sollten fortan die tatsächlich in Spitälern und Praxen anfallenden Kosten, um so die Diskussion über „vermeintliche Spitalsdefizite“, die für Unger lediglich nicht bezahlte Leistungen sind, zu beenden. Leistungs- und Angebotsplanung entsprechend der Klassifizierung würde der Markt regeln.<sup>372</sup>

Zu Beginn ihrer Amtszeit sprach sich Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky (ÖVP) gegen die Schließung von Spitälern aus, kritisierte aber die zu hohe Anzahl an Akutbetten und das gleichzeitige Fehlen von genügend Pflege- und Rehabilitationsbetten und kündigte diesbezüglich Verhandlungen mit den zuständigen Ländern an.<sup>373</sup>

Der Gesundheitsökonom Christian Köck erwartet für Österreich künftig eine ähnliche Situation wie in Deutschland, wo 2007 etwa bereits rund 15 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser in Privathand waren, und zwar beteiligt durch Private Equity Fonds. Diese würden durch die Sparpotentiale in den Spitälern angelockt werden, die Köck etwa in ineffizienten Strukturen, mangelnder Auslastung und Nutzung teurer Investitionen, effektiver gestaltbaren Prozessen und Abläufen oder Anwesenheit der Mitarbeiter sah. Einsparungen im Spitalsbereich sollten zu niedergelassenen Ärzten in Ärztezentren oder Ärzte GesmbHs umgeschichtet werden. Abgespeckte Krankenhäuser könnten sich dann spezialisieren, während kleine Spitäler aus Kosten- und Qualitätsgründen geschlossen werden sollten. In Summe sei das von Rechnungshof

---

Prüfbericht – Onlineversion. Wien, Februar 2008, S.11, S13, S.33

<sup>371</sup> Vgl. Pfeiffenberger, Alfred: Gebremste Reform. In: Salzburger Nachrichten (9. März 2007)

<sup>372</sup> Vgl. O.V.: Unger: „Gesundheitswesen entpolitisieren“. In: Salzburger Nachrichten (16. April 2007)

<sup>373</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Kdolsky: „Politiker sind auch keine Lichtgestalten“. In: Die Presse (27. Jänner 2007)



und Ministerin Kdolsky angeführte Einsparungspotential von 3 Milliarden Euro realistisch.<sup>374</sup>

### 12.4.1 Spitalsfinanzierung

Laut Gesundheitsministerium wurden im Jahr 2005 rund 25 Milliarden Euro für die Gesundheit ausgegeben, finanziert durch die Soziale Krankenversicherung, Steuereinnahmen und private Aufwendungen. Die öffentliche Hand bezahlte dabei knapp 19 Milliarden Euro, die private Finanzierung betrug 6,1 Milliarden.<sup>375</sup>

Die für die Finanzierung der Krankenhäuser zuständigen Krankenanstalten-Fonds wurden 2006 mit 3,6 Milliarden Euro jährlich gespeist, hinzu kamen noch die gesetzlich festgelegten Beiträge von Bund, Ländern und Gemeinden sowie Privatversicherungen. Sämtliche das Fondsvolumen übersteigende Kosten werden vom jeweiligen Spitalsbetreiber übernommen.<sup>376</sup>

Von den 264 Krankenhäusern in Österreich sind mit 121 knapp die Hälfte Eigentum von Bund, Ländern oder Gemeinden, weitere 51 werden von Privatpersonen und –gesellschaften betrieben, 33 von Pensions- und Unfallversicherungsanstalten, und 42 stehen im Besitz von geistlichen Orden.<sup>377</sup>

Tabelle 26a: Gesundheitsausgaben in Österreich in Milliarden Euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Gesamt</b>	20,95	21,63	22,24	23,07	24,25	25,08
<b>davon öffentl. Ausgaben</b>	15,90	16,39	16,78	17,38	18,32	18,99

Tabelle 26b: Aufteilung öffentlicher Gesundheitsausgaben

Stationäre Versorgung	8,39 Mrd. Euro
Ambulante Versorgung	4,62 Mrd. Euro
Medizinische Erzeugnisse, Geräte, etc.	2,58 Mrd. Euro
Häusliche Langzeitpflege	1,54 Mrd. Euro
Rest	1,86 Mrd. Euro

Quelle: APA, Statistik Austria, nach Standard (3. September 2007)

<sup>374</sup> Vgl. Müller, Walter: Heuschrecken lauern vor den Spitälern. In: Der Standard (3. September 2007)

<sup>375</sup> Vgl. O.V.: 25 Milliarden Euro für die Gesundheit. In: Der Standard (3. September 2007)

<sup>376</sup> Vgl. O.V.: 25 Milliarden Euro für die Gesundheit. In: Der Standard (3. September 2007)

<sup>377</sup> Vgl. O.V.: 25 Milliarden Euro für die Gesundheit. In: Der Standard (3. September 2007)

## 12.5. Ärzte drohen mit Streik

Im Oktober 2007 entbrannte ein Streit über einen Entwurf aus dem Gesundheitsministerium, der die Errichtung ständig geöffneter ambulanter Versorgungszentren außerhalb der Spitäler vorsah und die von den Gesundheitsplattformen der Länder jederzeit beschlossen werden könnten.<sup>378</sup> Diese Zusammenschlüsse von Ärzten und anderen medizinischen Berufen wurden von der Ärztekammer und ihrem Präsident Walter Dorner heftig kritisiert. Begründet wurde die Ablehnung mit einer dadurch bevorstehenden Verstaatlichung des Gesundheitswesens und einer damit bevorstehenden Einführung einer Zwei-Klassen-Medizin.<sup>379</sup> Weiters sahen die Ärzte in dem zwischen Bund und Ländern ausgearbeiteten Vertragsentwurf für den Finanzausgleich (15a-Vertrag) einen Eingriff in bestehende Verträge, eine Aushöhlung der Selbstverwaltung und Einschränkung der Macht ihrer Interessensvertretung, da die Ärztekammer künftig nicht mehr mit den Kassen über die Vergabe von Kassenverträgen und –stellen entscheiden würde. Stattdessen sollte den ambulanten Versorgungszentren Einzelleistungsverträge mit den Krankenkassen gegeben werden, unter gleichzeitiger Ruhestellung oder Reduktion bestehender Kassenverträge.<sup>380</sup> Aus dem Ministerium wurde argumentiert, dass die geplanten Gesundheitszentren jahrelangen Forderungen der Ärzte in Richtung einer Verlagerung der Gesundheitsleistungen in den niedergelassenen Bereich waren. Dementsprechend verwundert gab man sich über die Proteste und den für 8. November angekündigten bundesweiten Ärztestreik.<sup>381</sup> Nichtsdestotrotz erklärte Gesundheitsministerin Kdolsky zunächst, dass es sich bei dem diskutierten Papier um einen unautorisierten und ihr unbekanntem Entwurf über die Finanzierung des Gesundheitswesens handle, der in dieser Form nicht umgesetzt werde.<sup>382</sup>

Weiters kündigte sie die Einsetzung einer bis ins Jahr 2009 tätigen Arbeitsgruppe zu den Versorgungszentren an, mit Teilnehmern von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Ärztekammer, die Gesamtvertragsverhandlungen sollten weiterhin bei Sozialversicherung und Ärztekammer bleiben.<sup>383</sup> Als weiteren Kompromiss an die Ärztekammer in der 15a-Vereinbarung zur Gesundheitsfinanzierung im Rahmen des Finanzausgleichs änderte Ministerin Kdolsky die ursprünglich vorgesehene Lenkung der Finanzierungsströme durch die Landesplattformen für Spitals- sowie niedergelassenen Bereich als Konsequenz aus der Gesundheitsreform 2005.

<sup>378</sup> Vgl. O.V.: Intrigen und Ärztestreik. In: Salzburger Nachrichten (8. Oktober 2007)

<sup>379</sup> Vgl. Moser, Karin: Aufgeregter Ärztevertreter. In: Der Standard (9. Oktober 2007)

<sup>380</sup> Vgl. Wörgetter, Sylvia: „Bereiten uns auf Streik vor“. In: Salzburger Nachrichten (9. Oktober 2007)

<sup>381</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Totaler Ärztestreik am 8. November.. In: Die Presse (6. Oktober 2007)

<sup>382</sup> Vgl. O.V.: Ärztestreik: Kdolsky zieht die Notbremse. In: Salzburger Nachrichten (9. Oktober 2007)

<sup>383</sup> Vgl. O.V.: Ärztestreik: Kdolsky sieht Einigung. In: Die Presse (9. Oktober 2007)

Nunmehr sollten nach wie vor die Ärzte darüber die Oberhoheit haben.<sup>384</sup> WGKK-Chef Franz Bittner kritisierte im Zusammenhang mit den angedrohten Streiks, den damit zugestandenen Änderungen und dem zu späten Agieren und Verhandeln der betroffenen Parteien, dass dadurch etwaige Änderungen in der Gesundheitsstruktur für die nächsten sechs Jahre möglicherweise nicht mehr durchführbar sein könnten.<sup>385</sup>

---

<sup>384</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Einigung: Ärztestreik wird abgeblasen. In: Die Presse (10. Oktober 2007)

<sup>385</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Bittner: Wildgewordene Fundamentalisten“. In: Die Presse (11. Oktober 2007)

## **13. Die Situation der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens 2008**

### **13.1. Die Krankenversicherung im Jahr 2008**

Ende Jänner 2008 wurden erste Details über mögliche Reformansätze der eingesetzten Arbeitsgruppen bekannt. Eines von ihnen sah etwa sehr zum Missfallen der Ärztekammer vor, die Gesamtverträge zwischen eben jener und der Sozialversicherung über Tarife und Honorare zu zerstückeln, um so eine leichte Kündigung des Gesamtvertrages bei Nicht-Einigung mit einer Ärztekammer zu verhindern.<sup>386</sup> Ein von ÖGB-Präsident Hundstorfer vorgestelltes Konzept richtete sich weiters gegen Nebenbeschäftigungen der Spitalsärzte sowie das Vetorecht der Ärztekammer bei der Vergabe von Ärzteplanstellen, eine leichtere Kündbarkeit wurde gefordert. Auch sollten Qualitätskontrollen nicht mehr der Ärzteschaft alleine überlassen werden und leichtere einseitige Kündigung durch die Kassen möglich sein, wenn Ärzte zu viele oder zu teure Medikamente verschreiben.<sup>387</sup> Ebenfalls angedacht wurde eine Erhöhung des Pensionisten-Hebesatzes. Dieser Anteil wird vom Staat für die Krankenversicherung der Pensionisten übernommen und stellte bei den Versicherten der Gebietskrankenkassen 80 Prozent des Betrages dar, der von der Pensionsversicherung an die Kassen bezahlt wird. Eine Erhöhung auf denselben Prozentsatz wie bei der Versicherung der Gewerbetreibenden, nämlich 101 Prozent, würde laut Angaben der WGKK etwa 50 Millionen jährlich bringen. Bei den Bauern betrug der Satz übrigens 300 Prozent.<sup>388</sup> Überlegungen über neue Einnahmequellen erteilte Ministerin Kdolsky rasch eine Absage, trotz der finanziellen Probleme der Kassen sah sie die 26 Milliarden Euro im System für ausreichend an und forderte eine Konzentration auf strukturelle Fragen.<sup>389</sup>

#### **13.1.1. Probleme der Krankenkassen mit Zinszahlungen**

Aus einer parlamentarischen Anfrage an Sozialminister Erwin Buchinger (SPÖ) ging hervor, dass die Krankenkassen im Jahr 2007 alleine 30,5 Millionen Euro an Zinszahlungen zu verbuchen hatten, den Großteil verzeichnete dabei mit 18 Millionen die WGKK, die in den letz-

---

<sup>386</sup> Vgl. O.V.: „Schweinerei zu Lasten der Ärzte“. In: Die Presse (31. Jänner 2008)

<sup>387</sup> Vgl. Oswald, Günther: Ärzte im Visier. In: Der Standard (31. Jänner 2008)

<sup>388</sup> Vgl. O.V.: Kassenreform: Ärzteverträge sollen leichter kündbar sein. In: Der Standard (30. Jänner 2008)

<sup>389</sup> Vgl. Oswald, Günther: „26 Milliarden Euro sind genug“. In: Der Standard (5. März 2008)

ten vier Jahren einen Anstieg um 14,9 Millionen Euro zu übernehmen hatte.<sup>390</sup> Dies bei einem Defizit im Jahr 2007 von etwa 140 Millionen Euro der WGKK. Ihr Direktor, Jan Pacourek, bestätigte darin die Not vieler Kassen, ihren Verpflichtungen nur mehr mit zusätzlichen Fremdmitteln gerecht werden zu können und verwies auf beinahe 200 Millionen Euro, die die Kassen seit 2003 an Banken für Zinszahlungen zu entrichten hatten.<sup>391</sup>

Tabelle 27: Zinszahlungen der Krankenkassen in Millionen Euro

<b>Jahr</b>		<b>Zahlung</b>	
2003		5,8	
2004		9,5	
2005		12,6	
2006		20,5	
2007		30,5	

<b>nach Bundesländern 2007</b>	
Salzburg	0,02
Oberösterreich	0,02
Tirol	0,17
Vorarlberg	0,76
Burgenland	0,89
Kärnten	2,74
Niederösterreich	3,67
Steiermark	4,20
Wien	18,00

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (6. Februar 2008)

Für eine zusätzliche Steuerfinanzierung für das Gesundheitssystem sprach sich Ärztekammerpräsident Dorner aus. So forderte er eine Anhebung des Bundesbeitrages zur Krankenversicherung auf das Niveau von 2001, was 200 Millionen Euro bedeuten würde. Weiters eine Vergütung der Mehrwertsteuer auf Medikamente für die Kassen in Höhe von 100 Millionen Euro. Das Wochengeld sei seiner Meinung nach nicht Aufgabe der Krankenversicherung und vom Staat zu übernehmen, was eine Entlastung von 320 Millionen Euro bedeuten würde. Eine Milliarde Euro zusätzlich würde sich theoretisch alleine im Bereich der Versicherung der Arbeitslosen befinden, da die Kassen vom AMS nur 30 Prozent der Krankenversicherungsbeiträge erhalten und sich eine volle Vergütung im besagten finanziellen Ausmaß bewegt. Die den Kassen entgehenden Einnahmen durch insolvente Firmen und eine mögliche Ersetzung dieser Ausfälle durch den Staat oder Wirtschaftskammer nannte Dorner als weitere Möglichkeit, Geld im Gesundheitssystem zu belassen.<sup>392</sup>

<sup>390</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen zahlten 2007 30,5 Mio. an Zinsen. In: Die Presse (5. Februar 2008)

<sup>391</sup> Vgl. O.V.: Krankengeld für die Banken. In: Salzburger Nachrichten (5. Februar 2008)

Rechnungshof-Chef Josef Moser forderte im Gesundheitsbereich eine finanzielle Umschichtung in Richtung der niedergelassenen Ärzte ebenso wie das Bereitstellen neuer, erforderlicher Mittel auf der Einkommenseite, um die Gesundheitsversorgung künftig sicherstellen zu können.<sup>393</sup>

### 13.2. Spitalereffizienz und Arztbesuche

Laut einer Studie des IHS im April 2008 lag Österreich im Spitalsbereich mit einem Anteil von 41 Prozent der stationären Versorgung an den gesamten Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich im Spitzenfeld, lediglich Schweiz, Italien und Frankreich gaben für diesen Bereich noch mehr aus. Neben der Finanzierung durch die jeweiligen Spitalsträger wie Länder oder Gemeinden flossen 26 Prozent der Kassenausgaben in die Krankenhäuser. Auch bei den Spitalsaufnahmen lag Österreich mit 26 auf 100 Bewohner jährlich nach wie vor weit über dem EU-Schnitt von 17. Die sinkende Verweildauer erklärt die Studie durch die Entlohnung der Krankenhäuser pro Fall und nicht der Behandlungsdauer.<sup>394</sup>

Tabelle 28: Spitäler-Effizienz

	1990	1995	2000	2005
<b>Aufnahmen in Spitäler je 100 Einwohner</b>	11,2	22	24	26
<b>Verweildauer in Tagen</b>	21	9,7	7,6	6,9

Quelle: APA, IHS, nach Standard (19./20. April 2008)

In der Diskussion nach dem Reformvorschlag der Sozialpartner verwies Hauptverband-Chef Erich Laminger auf die Kostenexplosionen im Bereich der Medikamente (mit einem Anstieg von 8,2 Prozent 2007) sowie der Ärzte (5,6 Prozent), die nicht begründbar sein und verwies weiters darauf, dass trotz Verdoppelung des Generika-Anteils in den letzten Jahren die Kassen deutlich mehr für Medikamente aufwenden müssten, was auf zum Teil unnötig verschriebene Heilmittel durch die Ärzte zurückzuführen sei. Auch der Anstieg bei den Arztbesuchen sei nicht logisch erklärbar.<sup>395</sup>

<sup>392</sup> Vgl. Oswald, Günther: "Eine Schande, dass man von Einsparungen spricht". In: Der Standard (7. April 2008)

<sup>393</sup> Vgl. O.V.: „Keine Leistungskürzungen“. In: Salzburger Nachrichten (7. April 2008)

<sup>394</sup> Vgl. Heigl, Andrea: Teure Spitäler, viele Patienten. In: Der Standard (19./20. April 2008)

<sup>395</sup> Vgl. Oswald, Günther: Gesundheitskampf zwischen David und Goliath. In: Der Standard (23. April 2008)

Tabelle 29: Zahl der Arztbesuche (alle Vertragsärzte)

	2006	2007	Veränderung
<b>Ordinations-Konsultationen</b>	77,817.156	81,754.993	+ 5,1%
<b>Erstbesuche</b>	39,532,180	40,845.077	+ 3,3%
<b>Folge-Konsultationen</b>	38,284.976	40,909.916	+ 6,9%

Quelle: Hauptverband, nach Standard (23. April 2008)

Ärztammer-Präsident Walter Dorner wollte den Freiraum für Ärzte nicht einschränken lassen und wehrte sich erneut dagegen, dass Ärzte künftig wie dem Vorschlag entsprechend nur mehr Wirkstoffe verschreiben sollten. ÖGB-Präsident Rudolf Hundstorfer trat genau für diese Regelung ein, da sie in 17 EU-Ländern einwandfrei funktioniere und der Arzt nach wie vor ein Rezept verschreiben würde, das vom Apotheker auch ausgehändigt werden soll, sofern keine gleichwertige, billigere Arznei vorhanden sei. Einigung konnte darüber allerdings ebenso keine erzielt werden wie über das Ziel Hundstorfers, die Anzahl der unbenutzt weggeworfenen Medikamente zu halbieren, da dies Dorner als nicht unrealisierbar erschien.<sup>396</sup>

### 13.3. Medikamente und Generika

Im Rahmen der Arbeitsgruppen zur Kassenreform wurden Ende Jänner 2008 für Medikamente Kostenreduktionen auf gesetzlicher Basis gefordert, um damit der Sozialversicherung in Verhandlungen mit Pharmafirmen ein entsprechendes Druckmittel zu verschaffen.<sup>397</sup> Beim Verband der pharmazeutischen Industrie (Pharmig) sah man im Medikamentenbereich keine weiteren Einsparungspotentiale mehr und verwies stattdessen auf den Spitalsbereich und dort nötige Maßnahmen. Die Ausgaben für Arzneimittel in den nächsten Jahren würden sich ihrer Schätzung nach bei einer Steigerung von etwa sechs Prozent bewegen.<sup>398</sup> Ministerin Kdolsky kündigte wenig später an, dass sie von den stattfindenden Verhandlungen zwischen Hauptverband und Pharmaindustrie klare Vorgaben für die prozentuellen Steigerungen erwarte, um bis 1. Juli 2008 entsprechende gesetzliche Maßnahmen in Kraft treten lassen zu können, ansonsten werde es gesetzlich festgelegte Rabatte geben.<sup>399</sup>

<sup>396</sup> Vgl. Oswald, Günther: Gesundheitskampf zwischen David und Goliath. In: Der Standard (23. April 2008)

<sup>397</sup> Vgl. Oswald, Günther: Ärzte im Visier. In: Der Standard (31. Jänner 2008)

<sup>398</sup> Vgl. O.V.: Pharmaindustrie will keine „Melkkuh“ sein. In: Der Standard (8. Februar 2008)

<sup>399</sup> Vgl. Oswald, Günther: „26 Milliarden Euro sind genug“. In: Der Standard (5. März 2008)

Bei der erst sechs Wochen zuvor zu Jahresbeginn eingeführten Deckelung der Rezeptgebühren forderte die ÖVP durch Sozialsprecher Amon eine Abkehr vom zu schwer administrierbaren System mit einer Obergrenze von zwei Prozent und stattdessen eine Einführung eines Fixbetrages.<sup>400</sup>

Tabelle 30: Einnahmen aus Rezeptgebühren

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Rezeptgebühr in Euro</b>	3,27	4,00	4,07	4,25	4,35	4,45	4,60	4,70
<b>Einnahmen in Mio. Euro</b>	271	308	311	329	335	344	371	391

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (11. Februar 2008)

Im März 2008 plädierte Ärztekammerpräsident Walter Dorner für eine grundsätzliche Reform des Medikamentenvertriebs, indem er die Übernahme des am Land praktizierten Systems des Arztes mit Hausapotheke österreichweit einforderte. Aus vorliegenden Statistiken würde sich zeigen, dass solche Ärzte wesentlich günstiger verschreiben als andere Kassenärzte, woraus sich eine wesentliche Sparmöglichkeit bei den Medikamentenkosten ergebe.<sup>401</sup> Durch das Prinzip von Diagnose, Therapie und Medikament aus einer Hand würden sich Patienten langwierige Umwege in Apotheken ersparen, die möglichen Kostenreduktionen bezifferte Dorner mit 130 bis 250 Millionen Euro jährlich. Ablehnung kam sowohl von Ministerin Kdolsky, die das System nicht in Frage stellen wollte, und dem Apothekerverband, der finanzielle Motive und praktische Undurchführbarkeit erkannte.<sup>402</sup>

### **13.3.1. Umsetzen des Sanierungspaketes**

Im Mai 2008 erklärte Hauptverbands-Vorstandschef Erich Laminger, dass es im ersten Quartal 2008 zu einem Anstieg der Medikamentenkosten um über zehn Prozent gekommen sei, auf das ganze Jahr hochgerechnet erwarte man sich eine Steigerung von sieben Prozent, womit insgesamt über drei Milliarden Euro für Medikamente ausgegeben würden. Ohne Umsetzung des Sanierungspaketes durch die Regierung prognostizierte er ein Defizit von etwa 310 Millionen Euro. Parallel dazu liefen Verhandlungen mit der Pharmaindustrie über einen jährlichen

<sup>400</sup> Vgl. O.V.: ÖVP will fixen Oberbetrag für Rezeptgebühren. In: Der Standard (11. Februar 2008)

<sup>401</sup> Vgl. O.V.: Dorner: Ärzte sollen Medikamente abgeben dürfen. In: Die Presse (16. März 2008)

<sup>402</sup> Vgl. O.V.: Medikamenten-Abgabe durch Ärzte: Kdolsky dagegen. In: Der Standard (18. März 2008)



Solidarbeitrag in der Höhe von 30 Millionen Euro, die bis zum Sommer abgeschlossen sein sollten, ansonsten würden gesetzliche Rabatte vom Gesundheitsministerium erlassen werden.<sup>403</sup>

Laut Auskunft der Apothekerkammer im Mai 2008 ist der Anteil der verschriebenen Generika in Österreich seit dem Jahr 2000 zwar von sechs auf mittlerweile 20 Prozent gestiegen, allerdings liegt dieser Wert im internationalen Vergleich weiterhin im unteren Bereich. In den Ländern mit dem höchsten Anteil ist auch die zu diesem Zeitpunkt in Österreich gerade heftig diskutierte „Aut idem“-Regelung in Kraft. Laut Daten der IMS-Health kosten Generika durchschnittlich etwa die Hälfte von nichtgenerischen Medikamenten.<sup>404</sup>

Tabelle 31: Generika-Anteil in Europa

Litauen	78%
Polen	77%
Dänemark	70%
Deutschland	60%
Slowakei	60%
Niederlande	50%
Schweden	45%
Österreich	20%

Quelle: APA, Apothekerverband, nach Standard (27. Mai 2008)

Otmar Peischel, Obmann des österreichischen Generikaverbandes, verwies in der Diskussion um den steigenden Kostenfaktor der Pharmaerzeugnisse darauf, dass die Durchschnittspreise für Medikamente gegen Volkskrankheiten in Österreich seit dem Jahr 2000 um 36 Prozent gesunken seien und Medikamente um 18,6 Prozent unter dem EU-Schnitt kosten würden. Das Anwachsen der Medikamentenkosten begründete er mit dem wachsenden Anstieg der älteren Bevölkerung als Hauptkonsument der Arzneimittel.<sup>405</sup>

<sup>403</sup> Vgl. O.V.: Feilschen um Medikamente. In: Der Standard (17./18. Mai 2008)

<sup>404</sup> Vgl. O.V.: Generika-Anteil gestiegen. In: Der Standard (27. Mai 2008)

<sup>405</sup> Vgl. Dihlmann, Michael: Einseitige Veränderungen im Gesundheitssystem. In: Consilium (6/2008)

## 14. Die geplante Gesundheitsreform 2008

### 14.1. Vorschläge zur Gesundheitsreform von den Sozialpartnern

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger wurde von Bundeskanzler Gusenbauer und Vizekanzler Molterer mit der Ausarbeitung eines Reform-Konzeptes beauftragt, das im wesentlichen von den beiden Chefverhandlern Franz Bittner (WGKK) sowie Karlheinz Kopf (Wirtschaftsbund) verfasst wurde und von ÖGB-Präsident Rudolf Hundstorfer sowie Wirtschaftskammer-Präsident Christoph Leitl nur mehr in einigen Details adaptiert wurde. Das fertige 24-seitige Konzept zur Umgestaltung des Gesundheitssystems sollte als Grundlage für die Verhandlungen zwischen Gesundheitsministerin Kdolsky und Sozialminister Buchinger dienen und wurde von den vier oben genannten Verfassern am 7. April 2008 präsentiert.<sup>406</sup>

Aktueller Anlass waren die Prognosen des Hauptverbandes, die ein Ansteigen des saldierten Gebarungsabganges aller Krankenversicherungsträger von 354,8 Millionen Euro im Jahr 2007 auf etwa 626 Millionen Euro im Jahr 2012 errechneten.<sup>407</sup> Als besonders preistreibende Faktoren wurden einmal mehr etwa je nach Kassen unterschiedliche Ärztehonorare, Kostensteigerungen im Medikamentenbereich um rund 8,2% (230 Millionen Euro) sowie die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Bund, Land, Gemeinden und Sozialversicherung genannt.<sup>408</sup>

Im Folgenden werden nun die Grundzüge dieses von den Sozialpartnern ausgearbeiteten Papiers als wesentliche Grundlage für die weitere Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich in den nächsten Monaten dargelegt:

#### 14.1.1. Die Ausgangssituation

Die Führung der sozialen Krankenversicherung soll nach einer einnahmenorientierten Ausgabengestaltung erfolgen, wobei zu berücksichtigen ist, dass im Jahr 2007 ein Anstieg der Versicherungsleistungen um sechs Prozent zu verzeichnen war, während die Beitragseinnahmen lediglich um 4,2 Prozent erhöht wurden. Für 2008 sind diesbezüglich 4,7 Prozent zu erwarten, für die Folgejahre wurde eine durchschnittliche Steigerung des Beitragsvolumens von etwa 3,6 Prozent zugrunde gelegt. Im Hauptverband wurden Einsparungspotentiale aller Kranken-

---

<sup>406</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform-Papier der Sozialpartner steht. In: Die Presse (6. April 2008)

<sup>407</sup> Vgl. Oswald, Günter und Heigl, Andrea: 600 Millionen auf 24 Seiten. In: Der Standard (8. April 2008)

versicherungsträger ermittelt, wobei die OÖGKK als Krankenkasse mit dem besten Betriebsergebnis als Benchmark herangezogen wurde.<sup>409</sup>

### **14.1.2. Vereinbarungen zwischen Hauptverband und Bund**

Durch Einsparungspotentiale in den Bereichen Vertragsärzte, Institute, Medikamente, Transportwesen und Verwaltung (bei mindestens 60 Prozent Umsetzungsquote der Vorschläge) und einnahmenseitige Maßnahmen wird eine Angleichung von Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2012 als realisierbar angesehen. Durch nachhaltige Ausgabenreduktion wird von etwa 600 Millionen jährlichem Einsparungspotential ausgegangen. Neben Gesetzesänderungen wird im Konzept ein Leistungersatz durch den Bund in Höhe von 150 Millionen Euro pro Jahr ange-regt, dabei soll es zu einer vollen Rückerstattung für Arbeitslose, Erhöhung des Hebesatzes für Pensionisten, voller Refundierung der Mehrwertsteuer und gesetzlicher Absicherung für die Sozialversicherung vor finanziell nachteiligen Gesetzesbeschlüssen kommen.<sup>410</sup>

Als Überbrückung bis zum Jahr 2012 sollen zunächst mit 150 Millionen beginnende und jähr-lich um 30 Millionen Euro abnehmende Zahlungen vom Bund geleistet werden und ebenso die Abschöpfung des Katastrophenfonds der GKK für 2008 und 2009 sowie die Reduzierung der Nachdotierungspflicht einem weiteren Schuldenanstieg entgegenwirken.<sup>411</sup>

Nicht ganz einig waren sich die Verfasser des Reformpapiers etwa in der Frage, ob und woher zusätzliches Geld nötig sein würde. Während Rudolf Hundstorfer davon ausging, dass eine zweckgebundene Vermögensumsatzsteuer benötigt und somit kommen werde, sah Christoph Leitl diese lediglich als Rettungsanker, den man nicht brauchen werde, da bereits genug Geld vorhanden sei.<sup>412</sup>

### **14.1.3. Neuausrichtung der Sozialversicherung**

Weiterhin soll die Sozialversicherung soziale Sicherheit und Solidarität zwischen den Bürgern vermitteln. Die derzeitige Struktur gewährleiste allerdings nicht, dass sämtliche Sanierungsziele und Instrumente zur Effizienzsteuerung ausreichend erfasst werden, daher wird die Ein-führung einer schlanken, strategischen Holding mit Zielvorgaben und aktivem Controlling

---

<sup>408</sup> Vgl. Heigl, Andrea und Nimmervoll, Lisa: Marod durch zu viel Medizin. In: Der Standard (28. März 2008)

<sup>409</sup> Vgl. ÖGB und WKO: Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung. Onlineversion, Wien, 7. April 2008, S. 2-3

<sup>410</sup> Vgl. ÖGB und WKO, a.a.O., S. 4-5 und Zimmermann, Maria: Mehr Geld, um zu sparen. In: Salzburger Nachrichten (8. April 2008)

<sup>411</sup> Vgl. O.V.: Sozialpartner wollen 600 Mio. jährlich einsparen. In: Die Presse (7. April 2008)

<sup>412</sup> Vgl. O.V.: „Es ist genug Geld im System“. In: Die Presse (8. April 2008)

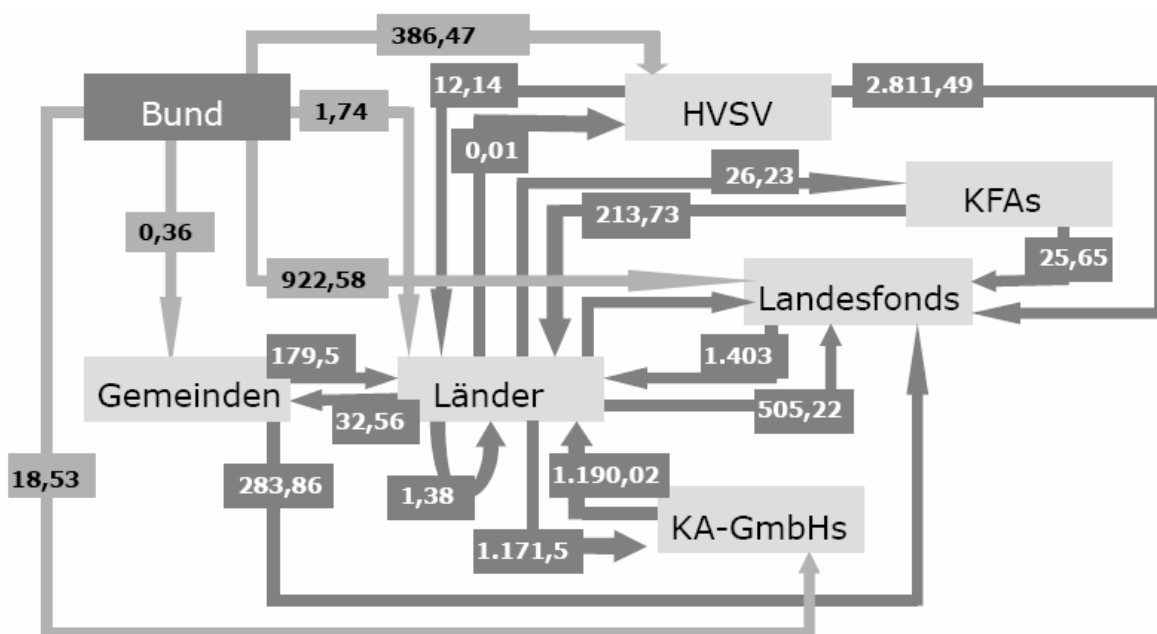
gefordert. Diese SV-Holding solle künftig für die Träger rechtsverbindliche Richtlinien erstellen, Budgets genehmigen, Großinvestitionen tätigen und als Dienstleister zentrale Aufgabe erfüllen.<sup>413</sup>

Der Vorstand des Hauptverbandes solle weiters in einen Verwaltungsrat umgewandelt werden und aus zwölf Mitgliedern mit beschließender Stimme bestehen. Arbeitnehmer wie –geber entsenden jeweils sechs Vertreter. Mit beratender Stimme sollen zusätzlich Vertreter der drei Spartenkonferenzen (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung), zwei Vertreter des Seniorenrates, ein Minderheitenvertreter sowie zwei Vertreter des Betriebsrates sitzen. Im Bereich der operativen Führung wurde sowohl bei den einzelnen Sozialversicherungen sowie der Holding selbst die Einsetzung von auf fünf Jahre bestellten, ergebnisverantwortlichen Zweiergeschäftsführungen vorgeschlagen.<sup>414</sup>

#### 14.1.4. Finanzierung aus einer Hand

Als Resultat der mitunter nur mehr schwer nachvollziehbaren und in der folgenden Abbildung dargestellten Finanzströme soll eine einheitliche Finanzierung geschaffen werden.

Graphik 4: Bruttoausgabenströme in Millionen Euro



Quelle: Industriewissenschaftliches Institut, nach Gleitsmann (2006)

<sup>413</sup> Vgl. ÖGB und WKO, a.a.O., S. 8

<sup>414</sup> Vgl. O.V.: Holding soll Hauptverband ersetzen. In: Der Standard (8. April 2008)

Demnach sollten künftig die Kassen auch für die Spitäler zuständig sein, welche bislang in Landeskompetenz fielen und die Kassen einen Pauschalbetrag an die Länder überwiesen. Mit einer einheitlichen Finanzierung sollte nunmehr das bisherige Problem verhindert werden, dass die Kassen daran Interesse hatten, möglichst viele Patienten in den Spitäler behandeln zu lassen und den Ländern jeder Besuch beim niedergelassenen Arzt Geld spart. Durch eine Finanzierung aus einem Topf sollten Ärztestellen effizienter zu planen und der Patientenstrom besser koordinierbar und kontrollierbar sein.<sup>415</sup>

#### 14.1.5. Ausgabenseitige Möglichkeiten im Detail

##### ➤ Vertragsärzte

In Verhandlungen mit der Ärztekammer sollte es zu gemeinsam erarbeiteten Modellen der Kostendämpfung in der Höhe von etwa 160 Millionen Euro in diesem Bereich kommen, wobei eine bessere rechtliche Position der Sozialversicherungsträger gefordert wurde. Im Papier vorgeschlagen wurden:

- Eine bedarfsorientierte Stellenplanung und Nachbesetzung frei werdender Vertragsarztstellen. Falls darüber keine Einigung erzielt werden kann, soll im ASVG der Abschluss von Einzelverträgen im vertragslosen Zustand sichergestellt sein.<sup>416</sup>
- Bei den Honorarverhandlungen sollen bei Nichteinigung mit der Ärztekammer das jeweiligen Bundeslandes und keiner Einigung über Einsparungen Honorarverhandlungen mit den Fachgruppen möglich sein.<sup>417</sup>
- Verstärkte und strengere Kontrolle über die Arbeitsweise, Weiterbildung und ökonomische Medikamentenverschreibung der Ärzte und bei negativer Bewertung mögliche Kündbarkeit der Verträge.<sup>418</sup>
- Einführung einer Patientenquittung zur Sensibilisierung, Aufbau eines Versicherten-Informationssystems, Erstellung von Behandlungspfaden und diagnosebezogene Dokumentation.<sup>419</sup>

---

<sup>415</sup> Vgl. Heigl, Andrea: "Ein grundlegender Fehler im System". In: Der Standard (9. April 2008)

<sup>416</sup> Vgl. O.V.: Sozialpartner wollen Gesundheitssystem umkrepeln. In: Salzburger Nachrichten (9. April 2008)

<sup>417</sup> Vgl. Oswald, Günter und Heigl, Andrea: 600 Millionen auf 24 Seiten. In: Der Standard (8. April 2008)

<sup>418</sup> Vgl. O.V.: Sozialpartner wollen 600 Mio. jährlich einsparen. In: Die Presse (7. April 2008)

<sup>419</sup> Vgl. ÖGB und WKO, a.a.O., S. 15

➤ Institute

Bei Labors und Instituten (Dialyse, CT/MR usw.) werden ein zweistelliger Millionenbetrag für die nächsten Jahre und eine Steigerungsrate von 6,3 Prozent erwartet, die auf gedeckelte zwei Prozent reduziert werden soll. Besonders die Anzahl der Computer- und Magnetresonanztomografen soll wegen Überangebot reduziert werden, weitere Verbesserungen werden durch Kooperation mit dem Fachverband oder bedarfsorientierter Gestaltung der Versorgungsstruktur angestrebt.<sup>420</sup>

➤ Heilmittel

Auch in diesem Bereich sind Einsparungen in der Höhe von etwa 160 Millionen Euro veranschlagt. Diese sollen unter anderem dadurch erreicht werden, dass Ärzte künftig nicht mehr die Medikamente verschreiben, sondern nur mehr die Wirkstoffe und die Apotheker danach über das Arzneimittel entscheiden.<sup>421</sup> Des Weiteren soll der Umgang mit Generika stärker sensibilisiert und eine stärkere Akzeptanz erreicht werden. Neben dem Ausbau eines Systems zur ökonomischeren Verschreibeweise soll abschließend eine gesetzliche Verordnungsmöglichkeit zur Senkung von Gewinnspannen im Arzneigroßhandel und in Apotheken ermöglicht werden.<sup>422</sup>

➤ Transporte

Einsparungspotentiale werden hier durch eine konsequentere Zusammenarbeit von Verordnern, Leitstellen und Rettungsorganisationen zur besseren Einsatzkoordination, Festlegung von Qualitäts- und Versorgungsstandards sowie Zielvereinbarungen zur Folgekostenregelung erkannt.<sup>423</sup>

➤ Verwaltungskosten

Besonders im IT-Bereich hatten sich die Kosten als besonders dynamischer Faktor erwiesen. Durch Bündelung sämtlicher IT-Dienstleistungen der gesamten Sozialversicherung wird das Einsparungspotential bei den IT-Aufwendungen auf etwa 30 Prozent geschätzt.<sup>424</sup>

➤ Spitäler

Neben einer Reduzierung der in Österreich extrem hohen Anzahl an Akutbetten und einer

---

<sup>420</sup> Vgl. Oswald, Günter und Heigl, Andrea: 600 Millionen auf 24 Seiten. In: Der Standard (8. April 2008)

<sup>421</sup> Vgl. O.V.: Sozialpartner wollen Gesundheitssystem umkrepeln. In: Salzburger Nachrichten (9. April 2008)

<sup>422</sup> Vgl. ÖGB und WKO, a.a.O., S. 17-18

<sup>423</sup> Vgl. ÖGB und WKO, a.a.O., S. 19

<sup>424</sup> Vgl. ÖGB und WKO, a.a.O., S. 22

vollständigen Umstellung sämtlicher Abrechnungen auf das LKM-System wird, wie bereits weiter oben erwähnt, eine Finanzierung aus einer Hand propagiert. So lange diese nicht erreicht ist, wird das Einfrieren des Beitrages der Kassen an die Länder zur Spitalsfinanzierung vorgeschlagen, was aufgrund der gültigen 15a-Vereinbarung bis ins Jahr 2013 einen heiklen Punkt darstellte.<sup>425</sup> Noch vor Präsentation der Sozialpartner-Vorschläge hatten die Gesundheitslandesräte von Niederösterreich, Tirol und Vorarlberg – Wolfgang Sobotka, Elisabeth Zanon und Markus Wallner – bereits ein Aufschnüren des Finanzausgleichs mit dem Hinweis darauf abgelehnt, dass die Kassen ihre Finanzprobleme selbst in den Griff bekommen sollten.<sup>426</sup> Wobei eine Änderung der 15a-Vereinbarung von Sozialminister Buchinger kurz daraufhin ohnedies als nicht vorgesehen bezeichnet wurde und Verhandlungen für einen neuen Finanzierungsschlüssel erst 2011 oder 2012 ein Thema sein würden. Diskutieren könne man seiner Ansicht nach die Spitälerfrage allerdings bereits jetzt schon.<sup>427</sup> Gesundheitsministerin Kdolsky setzte sich zum Ziel, bereits ab Herbst 2008 Strukturqualitätskriterien für Spitäler vorzugeben und somit auch die nötigen Verbesserungen im Spitalsbereich anzuregen, um so die geschätzten drei bis fünf Milliarden Euro an vorhandenem Potential nutzen zu können.<sup>428</sup>

#### **14.1.6. Unmittelbare Reaktionen auf die Vorschläge**

Das Konzept für die Gesundheitsreform wurde am Tag nach der Präsentation vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger ohne Gegenstimme angenommen, wobei vier Obmänner bei der Abstimmung den Sitzungssaal verließen. Unter ihnen mit Alois Stöger auch der Obmann der oftmals als „Vorzeigemodell“ bezeichneten OÖGKK. Seine Ablehnung begründete er mit Angst um das Gesundheitssystem, da er durch den Vorschlag Leistungskürzungen und eine Aushöhlung der demokratischen Selbstverwaltung fürchtete.<sup>429</sup> Am Tag der Präsentation hatte Hauptverhandler Karlheinz Kopf auf die Ablehnung der drei oben genannten Länder gemeint, bei einer Nichteinigung dazu gezwungen zu sein, das Modell Oberösterreich flächendeckend fahren zu müssen, indem man Leistungen im Sozialbereich einsparen und in den Spitalsbereich drücken wolle.<sup>430</sup>

Die weiteren politischen Reaktionen fielen erwartungsgemäß unterschiedlich aus. Während

---

<sup>425</sup> Vgl. Heigl, Andrea: „Ein grundlegender Fehler im System“. In: Der Standard (9. April 2008)

<sup>426</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: „Die Kassen sollen ihre Probleme selbst lösen“. In: Die Presse (3. April 2008)

<sup>427</sup> Vgl. Oswald, Günther: „Nicht Rute ins Fenster stellen“. In: Der Standard (9. April 2008)

<sup>428</sup> Vgl. O.V.: Kdolsky will Spitalsstruktur im Herbst angehen. In: Der Standard (28. Mai 2008)

<sup>429</sup> Vgl. O.V.: Protest aus Oberösterreich. In: Der Standard (9. April 2008)

<sup>430</sup> Vgl. O.V.: „Es ist genug Geld im System“. In: Die Presse (8. April 2008)

Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky das Papier erst nach Beratung mit Kanzler, Vizekanzler und allen Verantwortungsträgern beurteilen wollte<sup>431</sup>, sah Vizekanzler Wilhelm Molterer (ÖVP) in dem Papier ein mutiges Konzept als wichtigen Baustein zu einer Gesundheitsreform. BZÖ-Chef Peter Westenthaler hingegen bezeichnete die Vorschläge als Schröpfpaket und Schande.<sup>432</sup>

Die Salzburger Landeshauptfrau Gabi Burgstaller (SPÖ) erkannte positive Grundgedanken, kritisierte jedoch das Fehlen der Bedarfsorientierung nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ und lehnte die empfohlene Deckelung der Pauschalzahlungen an die Landesspitäler ab. Zusätzlich sprach sie sich für eine Flexibilisierung bei den Arztstellen aus.<sup>433</sup> Vorarlbergs Landeshauptmann Herbert Sausgruber sah neben positiven Ansätzen auch den Finanzausgleich in Gefahr und erklärte, dass höhere Zahlungen der Länder für das System und besonders die Spitäler ausgeschlossen sein und sich der Bund an die 15a-Vereinbarungen zu halten habe.<sup>434</sup>

Ärztammerpräsidenten Walter Dorner verwies einmal mehr auf die Bereitschaft der Zusammenarbeit sowie auch darauf, die Ärzteschaft nicht abschlachten zu lassen und nötige Leistungskürzungen, sollte man die genannten Geldsummen einsparen wollen.<sup>435</sup> Ähnlich empört reagierte Günther Wawrowky, Obmann der niedergelassenen Ärzte, der in der angekündigten Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen im Falle eines vertragslosen Zustands eine Knebelung und Fesselung des Ärztstandes sah, auf die es ernste Konsequenzen geben werde, sollte man die Ärzte nicht noch zu Wort kommen lassen.<sup>436</sup>

Ebenso unterschiedlich und kontrovers kommentierten die Gesundheitssprecher der fünf Parlamentsparteien die Reformvorschläge. Sabine Oberhauser (SPÖ) befand das Papier der Sozialpartner als gute Verhandlungsgrundlage für weitere Lösungsvorschläge, das weitere Kostenzuwächse eindämpfen würde, ohne dabei Leistungskürzungen mit sich zu bringen.<sup>437</sup> Erwin Rasinger von der ÖVP befürchtete massive Leistungskürzungen und bewertete das Konzept als Machtverschiebung und Anschlagversuch auf die Ärzteschaft.<sup>438</sup> Für Kurt Grünwald

---

<sup>431</sup> Vgl. O.V.: Ärzte: „Lassen uns nicht abschlachten“. In: Salzburger Nachrichten (8. April 2008)

<sup>432</sup> Vgl. Oswald, Günther: „Nicht Rute ins Fenster stellen“. In: Der Standard (9. April 2008)

<sup>433</sup> Vgl. Lagler, Claudia und Dannhauser, Claudia.: Sozialpartner-Papier einstimmig angenommen. In: Die Presse (9. April 2008)

<sup>434</sup> Vgl. O.V.: Sozialpartner-Plan: OÖGKK hat „Angst um Gesundheitssystem“. In: Die Presse (8. April 2008)

<sup>435</sup> Vgl. Oswald, Günther und Heigl, Andrea: 600 Millionen auf 24 Seiten. In: Der Standard (8. April 2008)

<sup>436</sup> Vgl. O.V.: Ärzte: „Lassen uns nicht abschlachten“. In: Salzburger Nachrichten (8. April 2008)

<sup>437</sup> Vgl. Pollack, Karin: Ein Gesundheitspapier, fünf Befunde. In: Der Standard (18. April 2008)

<sup>438</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Kopf: „Die Ärztekammer nimmt sich selbst aus dem Spiel“ In: Die Presse (8. April 2008)



(Die Grünen) handelte es sich hauptsächlich um nicht nachhaltige, kosmetische Korrekturen und um Maßnahmen, die für Patienten spürbar werden. Die Finanzierung aus einem Topf begrüßte er, stellte aber die Wahrscheinlichkeit einer Einigung deutlich in Frage.<sup>439</sup> Dagmar Belakowitsch-Jenewein (FPÖ) begrüßte einzig ebenso die Forderung nach einer einheitlichen Finanzierung, ansonsten erkannte sie keinerlei Bereitschaft, die Millionenlöcher in den Kassen über längere Sicht aufgrund von Struktur- und Verwaltungseinsparungen in den Griff zu bekommen und befürchtete massive Leistungskürzungen.<sup>440</sup> Ähnlich argumentierte Ursula Haubner (BZÖ), die das Papier als Katastrophe bezeichnete und keine Systemverbesserungen erkannte, sondern lediglich das Stopfen von finanziellen Löchern aus Steuergeldern. Mit Ausnahme der Sozialpartner würden alle zur Kassa gebeten werden und gegen die Ärzte ein Vernichtungsfeldzug und Hetzjagd geführt.<sup>441</sup>

#### 14.1.7. Reformpapier der Ärzte

Nur wenige Tage nach den Vorschlägen der Sozialpartner kündigte die Ärztekammer die Einsetzung einer eigenen Expertenkommission an, die Vorschläge für eine nachhaltige Gesundheitsreform liefern sollte. Die vom Gesundheitsökonom Leo Chini von der Wirtschaftsuniversität Wien geleitete Arbeitsgruppe sollte bis Juni ohne inhaltliche Vorgaben der Ärztekammer Vorschläge liefern. Erste Andeutungen über mögliche Ergebnisse lieferte Chini bereits kurz nach seiner Bestellung, indem er auf ein nur moderates Ansteigen der Ausgaben für ärztliche Hilfen im Verhältnis zu den Kasseneinnahmen ebenso hinwies wie auf die sukzessive Belastung der Kassen durch gesetzliche Regelungen in den letzten Jahren, wodurch eine Sanierung somit auch durch den Bund geschehen müsse.<sup>442</sup> Alleine der WGKK seien auf diese Weise in den letzten fünf Jahren 500 Millionen Euro vorenthalten worden. Als Beispiele nannte Chini die nicht mehr zur Gänze abziehbare Vorsteuer durch die Kassen, die Deckelung des Sozialversicherungsbeitrages für Arbeitslose und die Verpflichtung der Kassen, nunmehr für das Wochengeld für frisch gewordene Mütter aufzukommen. Als größtes ökonomisches Problem führte er die Entwicklung in der Demographie an und die Notwendigkeit von Seiten der Politik, darauf entsprechend zu reagieren, etwa um die Bevölkerung länger gesund zu halten oder mehr Anreize zu schaffen, um in Prävention zu investieren.<sup>443</sup>

<sup>439</sup> Vgl. O.V.: Sozialpartner wollen 600 Mio. jährlich einsparen. In: Die Presse (7. April 2008) und Ärzte: „Lassen uns nicht abschlachten“. In: Salzburger Nachrichten (8. April 2008)

<sup>440</sup> Vgl. Oswald, Günter und Heigl, Andrea: 600 Millionen auf 24 Seiten. In: Der Standard (8. April 2008)

<sup>441</sup> Vgl. Pollack, Karin: Ein Gesundheitspapier, fünf Befunde. In: Der Standard (18. April 2008) und O.V.: Sozialpartner wollen 600 Mio. jährlich einsparen. In: Die Presse (7. April 2008)

<sup>442</sup> Vgl. O.V.: Gastgewerbe: Raucherschutz fürs Personal. In: Die Presse (16. April 2008)

<sup>443</sup> Vgl. Heigl, Andrea: Ärzte geben eigenes Reformpapier in Auftrag. In: Der Standard (16. April 2008)

## 14.2. Die Gesundheitsreform 2008

### 14.2.1. Ablehnung im Vorfeld

Als Reaktion auf das Sozialpartner-Papier und den für Anfang / Mitte Mai vermuteten Gesetzesentwurf für eine Gesundheitsreform initiierte die Wiener Ärztekammer bis 30. April ein Patientenbegehren, um auf die bevorstehende „Zwei-Klassen-Medizin“ hinzuweisen und davor zu warnen.<sup>444</sup> Bis zur geplanten Begutachtung des Gesetzestextes kritisierten die Ärzte etliche geplante Vorhaben erneut heftig. Besonders das Vorhaben, Kassenverträge mit einzelnen Ärzten abschließen zu können, die Rezertifizierung von Einzelverträgen nach qualitativen und ökonomischen Kriterien, die Einführung einer Patientenquittung und die „Aut idem“-Regelung wurden von der Ärztekammer strikt abgelehnt und in weiteren Verhandlungen mit dem Hauptverband diskutiert.<sup>445</sup>

Das zeigte auf politischer Ebene rasch Wirkung, kündigte Gesundheitsministerin Kdolsky doch bereits zwei Tage danach - am gerüchteweise geplanten Tag der Finalisierung des Gesetzesentwurfs – an, weiter verhandeln zu wollen, um alle betroffenen Gruppen einzubeziehen und einige bereits als fix ausverhandelt geglaubte Vorschläge der Sozialpartner wieder zu streichen.<sup>446</sup> Die „Aut idem“- Regel sollte demnach auf 2010 verschoben werden, da die Umstellung 2009 technisch noch nicht möglich sei. Wenige Tage danach wurde bereits 2011 als Einführungstermin genannt. Auch die Patientenquittung sollte fallen.<sup>447</sup> Dem Vernehmen nach hatten vor allem Landesvertreter beider Regierungspartner Druck zu einer Verzögerung ausgelöst. Innerhalb einer Woche sollten sich nunmehr Gesundheits-, Finanz- und Sozialministerium auf einen Gesetzesentwurf einigen, bei dem vor allem die Budgetverteilung geklärt werden sollte, ansonsten war mit den genannten Ausnahmen die Umsetzung des Sozialpartner-Papiers vorgesehen.<sup>448</sup>

---

<sup>444</sup> Vgl. Heigl, Andrea: „Wir Ärzte sind nicht die Rationierungsvollzieher der Kassen“. In: Der Standard (5.Mai 2008)

<sup>445</sup> Vgl. Heigl, Andrea: Weiter an Reform herumdoktern. In: Der Standard (6.Mai 2008)

<sup>446</sup> Vgl. O.V.: Begutachtung der Gesundheitsreform nach Pfingsten. In: Die Presse (7. Mai 2008)

<sup>447</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen: Molterer lässt ÖAAB-Chef abblitzen. In: Die Presse (8. Mai 2008) und O.V.: Details zur Gesundheitsreform noch offen. In: Die Presse (12. Mai 2008)

<sup>448</sup> Vgl. Heigl, Andrea: Reformpaket wieder aufgeschürt. In: Der Standard (8.Mai 2008) und O.V.: Nur noch Finanzfragen offen. In: Der Standard (9.Mai 2008)

In einer finalen Verhandlungsrunde am 13. Mai wurden letzte Details geklärt, am Tag danach wurden die Gesetzestexte von den Ministern Kdolsky und Buchinger vorgestellt und für eine ungewöhnlich kurze Dauer von zwei Wochen in Begutachtung geschickt, um eine Beschlussfassung noch vor dem Sommer zu ermöglichen. Buchinger erklärte, man habe sich mit dem Entwurf fast vollständig an die Vorschläge der Sozialpartner gehalten und lediglich jene Aspekte herausgenommen, die die Länder betrafen, da man den Finanzausgleich nicht aufschnüren konnte und wollte.<sup>449</sup>

### 14.2.2. Die Grundsätze der Reform

Die wesentlichsten Punkte der Gesundheitsreform umfassten somit dem Regierungsvorschlag nach folgende Aspekte:

- Im Bereich der Medikamente und ihrer Verschreibung sollten ab 2010 die Apotheker darüber bestimmen, welches Medikament der Patient bekommt. Entgegen des Wunsches von Gesundheitsministerin Kdolsky, die diese „Aut idem“-Regelung erst ab 2011 einführen wollte, wählen nunmehr die Apotheker nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten das Produkt aus, als Entscheidungsgrundlage dient eine ärztliche Verschreibung, die nur mehr den Wirkstoff beinhaltet. Ausnahmen werde es für chronisch Kranke ebenso geben wie für Patienten, bei denen der Arzt die Auswahl eines bestimmten Medikamentes begründet.<sup>450</sup>
- Im Falle eines vertragslosen Zustandes zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung besteht nunmehr die Möglichkeit eines Einzelabschlusses mit den Ärzten. Diese beiden ersten Reformpunkte wurden von den Ärzten am heftigsten kritisiert, sodass umgehend Beratungen über mögliche künftige Protestmaßnahmen begonnen wurden.<sup>451</sup> Als erstes Kompromissangebot der Ärzte wurde wenig später ein Schiedsgericht genannt, das bei einem vertragslosen Zustand entscheiden solle.<sup>452</sup>
- Wenn Ärzte künftig gewisse Qualitätskriterien nicht erfüllen, können sie gekündigt werden. Anders als im Vorschlag der Sozialpartner ist diese Möglichkeit allerdings nicht an eine wirtschaftliche Verschreibung von Medikamenten gekoppelt.<sup>453</sup>

---

<sup>449</sup> Vgl. O.V.: Buchinger sieht Einigung bei Gesundheitsreform. In: Salzburger Nachrichten (14. Mai 2008)

<sup>450</sup> Vgl. O.V.: Apotheker sollen künftig über Medikamente entscheiden. In: Salzburger Nachrichten (14. Mai 2008)

<sup>451</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform: Der erste „Mosaikstein“ ist am Tisch. In: Die Presse (14. Mai 2008)

<sup>452</sup> Vgl. O.V.: „Der schwärzeste Tag für die Ärzte“. In: Der Standard (19. Mai 2008)

<sup>453</sup> Vgl. Oswald, Günther: Gesundheitsreform im Eilzugstempo. In: Der Standard (14. Mai 2008)

- Neue Kassenärzte müssen ab August 2008 eine Quittung über erbrachte Leistungen und angefallene Kosten ausstellen, die dem Patienten lediglich als Information dient und die er nicht zu begleichen hat. Für Ärzte mit einem bestehendem Vertrag gilt eine Übergangsregelung bis 2012.<sup>454</sup> Auch diese Regelung widersprach dem eigentlichen Wunsch von Gesundheitsministerin Kdolsky, die eine spätere Einführung bevorzugt hatte.<sup>455</sup>
- Als Überbrückungshilfe für die Kassen steuert der Bund insgesamt 450 Millionen Euro bei, die bis 2012 in insgesamt drei Tranchen zu je 150 Millionen Euro geleistet wird.<sup>456</sup> Im Gegenzug müssen die Kassen insgesamt etwa 600 Millionen Euro bei sich selbst einsparen. Durch die vollständige Refundierung der Mehrwertsteuer würden die Kassen um 120 bis 130 Millionen entlastet, weiters durch eine Anhebung des Hebesatzes um drei Prozentpunkte sowie durch Zinsersparnisse in den nächsten vier Jahren, die man mit etwa 100 Millionen Euro ansetzte.<sup>457</sup>
- Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger schließlich wird exakt nach dem Vorschlag der Sozialpartner in eine neue Holding umgewandelt, die ein stärkeres Durchgriffsrecht auf die einzelnen Sozialversicherungsträger ermöglicht. Die Aufsicht des Bundes wird dabei gestärkt.<sup>458</sup>

In Summe erwarteten sich Sozialminister Buchinger und Gesundheitsministerin Kdolsky, dass die geplante Reform den Krankenkassen bis 2012 rund zwei Milliarden Euro bringen würde, davon würden etwa drei Viertel durch Maßnahmen des Bundes bewirkt werden, andere Maßnahmen wie etwa vermehrte Verschreibung von Generika sollten sich mit etwa 600 Millionen Euro zu Buche schlagen. Der zweite wesentliche Baustein einer Gesundheitsreform, nämlich die Spitalsfinanzierung könne wegen des Finanzausgleichs erst von der Folgeregierung in Angriff genommen werden.<sup>459</sup>

---

<sup>454</sup> Vgl. Wörgetter, Sylvia: Finanzspritze rettet Kassen. In: Salzburger Nachrichten (14. Mai 2008)

<sup>455</sup> Vgl. O.V.: Eine Reform und ihre vielen Gegner. In: Der Standard (19. Mai 2008)

<sup>456</sup> Vgl. O.V.: Regierung einigt sich auf Gesundheitsreform. In: Die Presse (13. Mai 2008)

<sup>457</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Gesundheit: Großbaustelle eröffnet. In: Die Presse (14. Mai 2008)

<sup>458</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Gesundheit: Großbaustelle eröffnet. In: Die Presse (14. Mai 2008)

<sup>459</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform: Der erste „Mosaikstein“ ist am Tisch. In: Die Presse (14. Mai 2008)

### 14.2.3. Reaktionen auf die Reformvorschläge

Alois Stöger, Obmann der OÖGKK, erneuerte nach Veröffentlichung der Gesetzesvorlage seine Kritik wie bereits zum Sozialpartner-Papier und wollte sich gegen das Gesetz möglichst lange wehren.<sup>460</sup> Auch Siegfried Schluckner, Obmann der Salzburger GKK, verlautbarte, die seiner Meinung nach katastrophale Reform mit allen Mitteln verhindern zu wollen und richtete seine Kritik vor allem auf die geplante Umwandlung des Hauptverbandes in eine Holding und das damit verbundene Durchgriffsrecht auf die einzelnen Kassen, wodurch sämtliche Entscheidungen in Wien getroffen würden.<sup>461</sup> So wie auch Schluckner kritisierte auch die Salzburger Landeshauptfrau Gabi Burgstaller die Schwächung der Arbeitnehmer. Während sie etwa die Finanzierung der Kassen oder die Reduzierung der Medikamentenkosten begrüßte, forderte sie neben einigen Nachverhandlungen im Bereich der befristeten Kassenverträge etwa mehr Entscheidungen auf regionaler Planung und einen Diskussionsbeginn bezüglich der Spitalsfinanzierung, ohne jedoch den geltenden Finanzausgleich in Frage stellen zu wollen.<sup>462</sup> Der oberösterreichische SP-Chef Erich Haider äußerte sich noch unzufriedener und bemängelte das Einstimmigkeitsprinzip, durch das eine Schwächung der WGKK durch die Wirtschaft herbeigeführt werde, ebenso wie die Holding-Lösung und die damit verbundene Aufgabe der Selbstverwaltung sowie die „Aut idem“-Regelung. Sollten die gewünschten Abänderungsvorschläge zur Verhinderung von Leistungsverlechterungen nicht entsprechend gewürdigt werden, kündigte er an, dass die elf SPÖ-Abgeordneten aus Oberösterreich nicht zustimmen werden.<sup>463</sup>

Auch auf Seiten der ÖVP wurden rasch Drohungen laut, der Reform im Parlament nicht zuzustimmen. So sah ÖAAB-Obmann Werner Amon weniger Probleme im medizinischen Bereich als in der geplanten Holding mit Durchgriffsrecht, die eine Aufwertung der Arbeitgeber darstelle, der man nicht zustimmen könne. Während er neben sich selbst noch etwa Gesundheitsprecher Rasinger als Abgeordneten ansah, der nicht zustimmen würde<sup>464</sup>, drohte ÖAAB-Obmann Fritz Neugebauer kurz darauf bereits mit einem Nein aller 28 ÖAAB-Abgeordneten. Auch er verwehrte sich gegen die Umwandlung in eine Holding, die eine Entmachtung der Selbstverwaltung darstelle und konnte sich auch eine Stärkung von Kontroll-, Revisions- und

---

<sup>460</sup> Vgl. O.V.: Regierung einigt sich auf Gesundheitsreform. In: Die Presse (13. Mai 2008)

<sup>461</sup> Vgl. Pfeiffenberger, Alfred: GKK: „Wehren uns mit allen Mitteln“. In: Salzburger Nachrichten (14. Mai 2008)

<sup>462</sup> Vgl. Oswald, Günther: „Wo es Zweifel gibt, sollte man aufschieben“. In: Der Standard (17./18. Mai 2008)

<sup>463</sup> Vgl. Völker, Michael: „Das ist ein Schnellschuss, der nicht funktioniert“. In: Der Standard (17./18. Mai 2008)

<sup>464</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Gesundheits-Reform: Schreiduelle in der ÖVP. In: Die Presse (15. Mai 2008)

Vetorechten in der vorherrschenden Struktur vorstellen, etwa durch Teilnahme von Vertretern der involvierten Ministerien.<sup>465</sup> ÖVP-Verhandler Karlheinz Kopf beharrte hingegen sowohl auf Holding als auch der 50:50-Parität, da er diese als Garant für das vom Finanzministerium bereitgestellte Geld sah, auch versprochene Kostendämpfungseffekte umgesetzt zu bekommen.<sup>466</sup>

Die Gewerkschaft Öffentlicher Dienst lehnte die Reform aus mehreren Gründen ab. So wurde die „Aut idem“-Regelung zwar als kostensenkend, aber letztlich zu versichertenunfreundlich betrachtet, der Einfluss der Wirtschaft auf Entscheidungen als zu groß empfunden, ein zentralistisches und einheitliches Gesundheitswesen als unfähig gesehen, auf regionale und berufliche Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen sowie die Förderung einer Zwei-Klassen-Medizin befürchtet.<sup>467</sup>

Auch im ÖGB regte sich bald, trotz Mitwirkung von Präsident Hundstorfer am ursprünglichen Sozialpartner-Papier, erster Widerstand gegen die Reform, vor allem gegen die geänderte Machtverteilung im Gesundheitssystem, durch die künftig keine Beschlüsse mehr ohne die Zustimmung der Arbeitgeber getroffen werden könnten.<sup>468</sup> Dieser Sichtweise schloss sich Karl Haas, Chef der Pensionsversicherung und Metaller-Gewerkschafter an.<sup>469</sup> Zum Ende der Begutachtungsfrist brachte auch der ÖGB selbst noch Änderungswünsche vor, indem die staatlichen Aufsichtsrechte nicht so weit wie ursprünglich verhandelt gehen sollten. Zusätzliche Änderungen forderten die Gewerkschafter bei den Gremien, nunmehr sollte der neue Holding-Vorstand um die – ursprünglich nur beratenden – Vertreter aus Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung erweitert werden, während in den einzelnen Kassen ein Abgehen von der Zustimmung der Arbeitgeber-dominierten Kontrollversammlungen zu jedem Beschluss kommen solle.<sup>470</sup> Trotz der bestehenden Bedenken erklärte ÖGB-Chef Hundstorfer nach einer Vorstandssitzung, dass der ÖGB letztlich die Gesundheitsreform mittragen werde, trotz gegenteiliger Stimmen von christdemokratischen Gewerkschaftern.<sup>471</sup>

---

<sup>465</sup> Vgl. O.V.: Neugebauer droht mit Nein. In: Der Standard (17./18.. Mai 2008)

<sup>466</sup> Vgl. Kolar, Gabriele und Oswald, Günther: Zu schade für „zahlendes Anhängsel“. In: Der Standard (27. Mai 2008)

<sup>467</sup> Vgl. Siller, Hans: Die Verlierer der „Gesundheitsreform“ werden als Letztbetroffene die Versicherten sein. Presseaussendung (16. Mai 2008)

<sup>468</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform spaltet den ÖGB. In: Die Presse (27. Mai 2008)

<sup>469</sup> Vgl. Kolar, Gabriele und Oswald, Günther: Rot-roter Streit um private Nutzung eines Dienstautos. In: Der Standard (27. Mai 2008)

<sup>470</sup> Vgl. Oswald, Günther: Gesundheitsreform „nicht auf lange Bank schieben“. In: Der Standard (29. Mai 2008)

<sup>471</sup> Vgl. O.V.: ÖGB will nicht umfallen. In: Der Standard (14./15. Juni 2008)

Michael Maier lehnte als Leiter des Zentrums für Abteilung Public Health an der Medizinischen Universität Wien den Entwurf aus mehreren Gründen ab. So befand er, dass das Gesundheitssystem dadurch weiter ohne kurz- und langfristige Planungen auskommen müsse und dem an ohnehin bereits zu vielen Schnittstellen leidendem System noch weitere hinzugefügt würden. Der Spitalsbereich als Hauptkostenverursacher bleibe hingegen unangetastet, während der bereits unterbewertete Bereich der niedergelassenen Ärzte weiter geschwächt würde. Als Konsequenz daraus forderte er eine starke und qualitativ hochwertige primärmedizinische Versorgung beim Hausarzt, ein Listensystem für sämtliche Staatsbürger, Zugang zu den weiteren Versorgungsebenen über den Hausarzt, adäquate Pauschalhonorierung dieser mit Leistungsanreizen, Reduktion des Spitalsbereichs in Richtung EU-Norm sowie Finanzierung des Gesundheitssystems aus einer Hand.<sup>472</sup>

Enttäuscht zeigte sich der Rechnungshof in seiner Stellungnahme zum Reformpaket. So begrüßte RH-Präsident Josef Moser zwar einige von den Ärzten bekämpfte Aspekte grundsätzlich, vermisste aber vor allem mit der Entflechtung der komplizierten Strukturen den Kernpunkt einer Gesundheitsreform, der gar nicht erst in Angriff genommen wurden. Ebenso forderte er eine Kosten-Nutzen-Analyse sowie mehr Rechts- und Planungssicherheit für die Mediziner und kritisierte die geplante Erlassung der 450 Millionen Euro an Kassenschulden durch den Bund, ohne dafür ein nachhaltiges Sanierungskonzept zu verlangen.<sup>473</sup>

IHS-Chef Bernhard Felderer sah ebenfalls im unerledigten Spitalsbereich das Hauptproblem des Gesundheitswesens und trat für eine striktere Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich ein.<sup>474</sup>

Die Ärztekammer befürchtete die Zerstörung des Gesundheitswesens und bemängelte vor allem das fehlende Einbinden in den Entscheidungs- und Ausarbeitungsprozess.<sup>475</sup> Der Wirtschaftskammer unterstellte sie, ein strategisch langfristiges Konzept zu verfolgen, damit Kapitalgesellschaften den Gesundheitsbereich mit ökonomischen Interessen einnehmen könnten.<sup>476</sup> Damit bewege sich Österreich in Richtung des britischen Gesundheitswesens, es würden Rationierungen drohen, da niedergelassene Ärzte nur noch billige Fälle behandeln und

---

<sup>472</sup> Vgl. Maier, Michael: „Gesundheitsreform“ - Gesetzesentwurf. Aussendung der Medizinischen Universität Wien (20. Mai 2008)

<sup>473</sup> Vgl. O.V.: Scharfe Ablehnung der Reformpläne. In: Der Standard (28. Mai 2008)

<sup>474</sup> Vgl. O.V.: „Sehr gut begonnen“. In: Der Standard (29. Mai 2008)

<sup>475</sup> Vgl. O.V.: Ärzte wollen Reform „bis zum Umfallen“ bekämpfen. In: Die Presse (19. Mai 2008)

<sup>476</sup> Vgl. O.V.: Ärzte machen gegen Reform mobil. In: Die Presse (19. Mai 2008) und Heigl, Andrea: „Es geht um die Existenz der Ärzte“. In: Der Standard (9. Juni 2008)

Patienten, die eine teure Therapie benötigen an Spitäler überweisen würden, was neben Nachteilen für die Betroffenen auch noch kostenintensiver wäre.<sup>477</sup>

Inhaltlich kritisierte man einmal mehr die ihrer Auffassung nach Möglichkeit zu Einzel- und Direktverträgen, die aufgrund von Misstrauen geplante Patientenquittung, die keine wirtschaftliche Verbesserung mit sich bringende „Aut idem“-Regelung, die befristeten Fünf-Jahres-Verträge sowie die Qualitätskontrollen durch das Bundesinstitut für Gesundheitswesen.<sup>478</sup> Unterstützung in der Ablehnung der „Aut idem“-Regelung kam vom österreichischen Generikaverband, deren Obmann Otmar Peischl keine Studie über einen Beleg des finanziellen Nutzens dieses Vorhabens bekannt war, sodass er im Gegenteil mit Mehrkosten rechnete, da durch fehlende vertrauensbildende Gespräche mit dem zuständigen Arzt Folgekosten wie Krankenhausaufenthalte, Pflegeleistungen oder weitere Arztbesuche entstehen würden.<sup>479</sup>

Wenig Verständnis für die Argumentation der Ärzte brachten die Vorarlberger Sozialpartner auf. Sie befürchteten, aufgrund von Unwahrheiten und Missinterpretationen werde es zu negativen Konsequenzen für die VGKK kommen. Streikdrohungen erteilten sie ebenso eine klare Absage wie dem in der Reform geplanten Durchgriffsrecht in der neu zu schaffenden Holding.<sup>480</sup>

Um ihre Forderungen durchzusetzen, kündigten die Ärzte für den 3. Juni 2008 eine Großdemonstration an, der zwei Wochen später zwischen 16. und 18. Juni ein dreitägiger Streik folgen sollte, in denen die Ordinationen geschlossen bleiben würden, was von der WGKK als klassischer Vertragsbruch und vom Hauptverband als Auflösung des Vertrages vonseiten der Ärzteschaft gewertet wurde.<sup>481</sup>

### **14.3. Versuch der Einigung**

Durch den Zeitdruck, noch vor dem Sommer eine Beschlussfassung zu ermöglichen, äußerten unter anderem die Nationalratspräsidenten Barbara Prammer, Michael Spindelegger und Eva Glawischnig Bedenken an einem raschen Durchpeitschen eines Gesetzes, während die Ärztekammer Äußerungen von Gesundheitsministerin Kdolskys über eine baldige Einigung ver-

---

<sup>477</sup> Vgl. Seidl, Conrad: Mediziner wollen nicht „billige und willige Ärztesklaven“ sein. In: Der Standard (28. Mai 2008)

<sup>478</sup> Vgl. O.V.: „Der schwärzeste Tag für die Ärzte“. In: Der Standard (19. Mai 2008) und O.V.: Ärzte tüfteln an Strategie in Grado. In: Die Presse (19. Mai 2008)

<sup>479</sup> Vgl. Dihlmann, Michael: Einseitige Veränderungen im Gesundheitssystem. In: Consilium (6/2008)

<sup>480</sup> Vgl. O.V.: Die Gesundheitsreform muss dem Patienten dienen. In: Die Wirtschaft (6. Juni 2008, Nr. 24/63. Jahrgang), S.3

<sup>481</sup> Vgl. O.V.: Ärztestreik wäre „Vertragsbruch“. In: Der Standard (23. Mai 2008) und O.V.: „Die Ärzte werden von allen Seiten bedroht“. In: Der Standard (24./25. Mai 2008)



wundert dementierte.<sup>482</sup> Finanzstaatssekretär Christoph Matznetter (SPÖ) plädierte aufgrund des sofortigen Handlungsbedarfes und der prekären Situation der Kassen auf eine rasche Beschlussfassung noch vor dem Sommer und erteilte zu großen Entgegenkommen in Richtung der Ärzte ebenso eine Absage wie der Forderung, vom Prinzip der Parität zwischen Arbeitnehmern und –gebern abzugehen.<sup>483</sup> Auch Karlheinz Kopf warnte aufgrund sich anbahnender Kompromisse und Zugeständnisse an die Ärzte davor, wesentliche Teile des Pakets herauszunehmen und etwa ein von den Ministern Buchinger und Kdolsky in Aussicht gestelltes Schiedsgericht im Falle eines vertragslosen Zustandes einzusetzen, da durch ein Aufschüren die Substanz der Reform und somit die Finanzierung des Gesundheitssystems in Gefahr seien.<sup>484</sup>

Während die Ärzte am 3. Juni ihre Großdemonstration abhielten, wurde weiter verhandelt. Gesundheitsministerin Kdolsky war bereit, Lockerungen bei der „Aut idem“-Regelung sowie eine Schiedsstelle bei den Ärzteverträgen mit aufzunehmen.<sup>485</sup> Von der letztlich vorgelegten Regierungsvorlage zeigten sich die Vertreter der Ärztekammer schwer enttäuscht, auch das Entgegenkommen bei der Schiedsstelle wurde als Lösung mit Scheincharakter abgelehnt.<sup>486</sup> Dieses Entgegenkommen hatte bereits wiederum in der SPÖ Unmut gegenüber Gesundheitsministerin Kdolsky ausgelöst. Ebenso wie ihr Versäumnis, zeitgerecht mit der Pharmaindustrie Verpflichtungen zur Kostendämpfung auszuhandeln oder ein alternatives Szenario zu erstellen, wodurch im Gesetzestext lediglich ein nicht näher definierter Zwangsrabatt aufschien.<sup>487</sup>

Unterdessen regte sich auch im ÖGB immer heftigerer Widerstand gegen die Änderungen bei den Hauptverbandstrukturen, Protestmaßnahmen wurden von einigen Gewerkschaften angekündigt.<sup>488</sup>

Innerhalb der ÖVP wurde die Kritik von mehreren Seiten immer lauter. So lehnte neben dem ÖAAB Bauernbund-Präsident Fritz Grillitsch das Paket ebenso ab wie etwa die Niederösterreichische ÖVP, Landeshauptmann Erwin Pröll störte sich vor allem am Durchgriffsrecht auf einzelne Kassen.<sup>489</sup> Beamten-gewerkschafter Fritz Neugebauer riet der Regierung zu einer Verschiebung der Reform, dem Vernehmen nach hat er in der neuen Holding einen dritten

---

<sup>482</sup> Vgl. O.V.: Nationalrat bremst Regierung bei Gesundheitsreform. In: Die Presse (29. Mai 2008) und O.V.: Streit um engen Zeitplan für die Gesundheitsreform. In: Der Standard (31. Mai 2008)

<sup>483</sup> Vgl. O.V.: „Sofortiger Handlungsbedarf“. In: Der Standard (31. Mai/1. Juni 2008)

<sup>484</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen: Wirtschaftler Kopf warnt Regierung. In: Die Presse (30. Mai 2008)

<sup>485</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform: Regierung schlägt Ärzten Kompromiss vor. In: Die Presse (2. Juni 2008)

<sup>486</sup> Vgl. Heigl, Andrea: Die Zeichen stehen auf Streik. In: Der Standard (6. Juni 2008)

<sup>487</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: Gesundheitsreform steht auf der Kippe. In: Die Presse (3. Juni 2008)

<sup>488</sup> Vgl. O.V.: Verhandlungen auf allen Ebenen. In: Der Standard (4. Juni 2008)

Direktorenposten für die Beamten, neben Arbeitnehmer und –geber verlangt.<sup>490</sup>

Durch nach wie vor nicht erzielte Einigungen mit der Regierung kündigten die Ärzte neben einer nunmehr zumindest eintägigen Schließung der Ordinationen mit Sicherstellung der medizinischen Notversorgung am 16. Juni weitere Streiks für 26. und 27. Juni sowie von 7. bis 9. Juli an. Zusätzlich war für den 7. Juli eine erneute Großdemonstration der Ärzte geplant.<sup>491</sup> Ministerin Kdolsky warf den Ärztevertretern etwa bei vermeintlich befristeten Verträgen, die sich nirgends im Gesetz wieder finden würden, Falschinformationen vor, bekräftigte aber ihren Willen zu weiteren Kompromissen.<sup>492</sup>

Dem einstimmig bei der Generalversammlung der Ärztekammer gefassten Beschluss der Ordinationsschließungen am 16. Juni schloss sich laut Angaben der Ärztekammer mit rund 15.000 Teilnehmern der Großteil der Ärzte an.<sup>493</sup>

#### 14.4. Das Scheitern der Gesundheitsreform

Am 1. Juli 2008 befasste sich der Gesundheitsausschuss des Nationalrats mit der Reform, auf einen entsprechenden Antrag konnten sich die Regierungsparteien dabei allerdings nicht einigen.<sup>494</sup> Die Ablehnung ging vor allem vom ÖAAB aus, deren Obmann Fritz Neugebauer – zusätzlich auch Chef der Beamtenversicherung – sich vehement gegen die neue Holding wehrte, die den einzelnen Kassen künftig verbindliche, finanzielle Zielvorgaben machen könnte, größere Durchgriffsrechte auf die einzelnen Träger bedeute und auch mehr Kontrollrechte für die Arbeitgeber in den Kassen mit sich bringen würde.<sup>495</sup> Als weiterer strittiger Punkt entpuppte sich zudem das Angebot der Pharmaindustrie, eine einmalige Zahlung von 180 Millionen Euro zur Sanierung des Gesundheitssystems zu leisten, was für die ÖVP ausreichend war, für die SPÖ jedoch zu gering, forderte Gesundheitsministerin Oberhauser doch jährlich 110 Millionen Euro ein.<sup>496</sup>

---

<sup>489</sup> Vgl. Winkler-Hermaden, Rosa: “Ich bin gegen unnötigen Zeitdruck”. In: Der Standard (6.Juni 2008)

<sup>490</sup> Vgl. O.V.: Verhandlungen auf allen Ebenen. In: Der Standard (4.Juni 2008) und Winkler-Hermaden, Rosa: “Ich bin gegen unnötigen Zeitdruck”. In: Der Standard (6.Juni 2008)

<sup>491</sup> Vgl. O.V.: Keine Ordination am 16. Juni. In: Der Standard (9.Juni 2008) und Heigl, Andrea: “Weltuntergangsszenarien” der Ärzte. In: Der Standard (10.Juni 2008)

<sup>492</sup> Vgl. Heigl, Andrea: “Die Patienten sind schlecht aufgeklärt”. In: Der Standard (14./15. Juni 2008)

<sup>493</sup> Vgl. Winkler-Hermaden, Rosa: Ärztestreik: 15.000 Ordinationen geschlossen. In: Der Standard (16.Juni 2008)

<sup>494</sup> Vgl. O.V.: Kassensanierung: Kein Beschluss am Donnerstag. In: Der Standard (2.Juli 2008)

<sup>495</sup> Vgl. Dannhauser, Claudia: ÖVP gegen ÖVP bei der Kassenreform. In: Die Presse (2. Juli 2008)

<sup>496</sup> Vgl. Oswald, Günther: VP-Machtspiele bei Kassen. In: Der Standard (3.Juli 2008)

Als Kompromiss den Ärzten gegenüber war die Regierung noch zu etlichen Zugeständnissen bereit. So sollten im Fall eines vertragslosen Zustands keine Einzelverträge mehr drohen, sondern die Möglichkeit von Teilkündigungen, ein bestimmter Prozentsatz der Vertragsärzte sollte bei einer Nichteinigung im System bleiben dürfen. Die Qualitätsprüfung sollte gemeinsam von der Gesellschaft zu Qualitätsprüfung ÖQMed und dem Österreichischen Bundesinstitut für das Gesundheitswesen ÖBIG durchgeführt werden, mit Letztverantwortlichkeit des Gesundheitsministeriums.<sup>497</sup> Weiters wurde die Patientenquittung gestrichen und die „Aut idem“-Regelung verschoben.<sup>498</sup> Ebenfalls verzichtet wurde laut Ärztekammer auf befristete Einzelverträge, staatliche Behandlungsleitlinien, Streichung des Wahlarztkostenrückerersatzes und Ökonomieprüfungen als Qualitätssicherungsinstrument bei Kassenärzten. Allerdings lehnte sie die vorgesehene Neuregelung der Einzelverträge im vertragslosen Zustand ebenso wie die Kriterien der Zwangsschlichtung und daher den gesamten Kompromiss ab.<sup>499</sup>

In der letzten Verhandlungsrunde am 4. Juli konnte erneut innerhalb der Regierungsparteien keine Übereinkunft erzielt werden. Nach wie vor forderten einige ÖVP-Abgeordnete um Fritz Neugebauer, dass die bundesweit tätigen Kassen wie jene für öffentliche Bedienstete und Bauern weniger strengen Vorgaben durch die neue Zentralholding unterliegen sollen als die Gebietskrankenkassen.<sup>500</sup> Ebenso offen waren zwischen SPÖ und ÖVP noch Punkte im Bereich des Ärzte- und Pharmapakets geblieben.<sup>501</sup> Am 6. Juli schließlich scheiterte die letzte Verhandlungsrunde, Tags darauf wird der Rücktritt der Bundesregierung bekannt gegeben, die für den selben Tag angekündigte Großdemonstration der Ärzte findet statt, die ebenfalls geplanten Ordinationsschließungen hingegen werden ausgesetzt.<sup>502</sup>

Durch das mehr aus Machtgründen denn gesundheitspolitischen Überlegungen Nichtzustandekommen der inhaltlich ohnehin bereits überaus abgeschwächten Gesundheitsreform wurde auch die Lage für die Krankenkassen wieder prekärer, waren doch alle vorgesehenen Zahlungen und Finanzierungshilfen aus dem Finanzministerium an die Einigung über eine Reform gekoppelt.<sup>503</sup>

---

<sup>497</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform: Regierung will Ärzten entgegenkommen. In: Die Presse (3.Juli 2008)

<sup>498</sup> Vgl. O.V.: Rot-Schwarz kommt Ärzten bei Reform entgegen. In: Der Standard (4.Juli 2008)

<sup>499</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform gescheitert: Aufgeschoben ist nicht aufgehoben. In: Mitteilungen (3. Oktober 2008, Nr.3/49. Jahrgang), S.6

<sup>500</sup> Vgl. O.V.: Ordinationen bleiben heute geschlossen. In: Der Standard (7.Juli 2008)

<sup>501</sup> Vgl. O.V.: Gesundheitsreform: Gespräche wieder gescheitert. In: Die Presse (4.Juli 2008)

<sup>502</sup> Vgl. O.V.: Die Chronologie einer fehlgeschlagenen Reform. In: Mitteilungen (3. Oktober 2008, Nr.3/49. Jahrgang), S.10

## 14.5. Folgen aus dem Scheitern

Eine Woche nach dem Aus für die Regierung warnte die WGKK vor dem drohenden Konkurs, bei Überschreiten der selbst gesetzten Kreditobergrenze von 617 Millionen Euro sei ein entsprechender Antrag zu Jahresbeginn 2009 nicht ausgeschlossen.<sup>504</sup> Einen Monat danach meldete auch die zumeist als Positivbeispiel hervorgehobene OÖGKK Probleme und erwartete für das laufende Jahr ein vor allem durch den Anstieg von Medikamentenkosten bedingtes Minus von 12,6 Millionen Euro.<sup>505</sup>

Bei den Ende 2008 präsentierten Zahlen zeichnete sich jedoch eine leichte Entspannung der Finanzlage ab. So blieb das Gesamtdefizit mit 238 Millionen Euro deutlich unter den zu Jahresbeginn befürchteten Werten. Die günstige Prognose für 2009 entstand vor allem durch die in der letzten Nationalratssitzung des Kabinetts Gusenbauer beschlossenen Halbierung der Mehrwertsteuer auf Medikamente, die laut Berechnungen alleine der WGKK Ersparnisse von 50 Millionen Euro bringen sollte.<sup>506</sup>

Die in nachfolgender Tabelle dargestellte Gebarung der Krankenkassen für 2008 zeigt ein niedrigeres Minus als im Vorfeld angenommen.

---

<sup>503</sup> Vgl. O.V.: Die offenen Baustellen der Koalition. In: Der Standard (8.Juli 2008)

<sup>504</sup> Vgl. O.V.: Krankenkassen drängen auf frisches Geld nach der Wahl. In: Der Standard (16.Juli 2008)

<sup>505</sup> Vgl. O.V.: Oberösterreichische Kasse im Minus. In: Der Standard (14./15. August 2008)

<sup>506</sup> Vgl. John, Gerald und Heigl, Andrea: Achtung, Baustelle: Wo die Regierung anpacken muss. In: Der Standard (11./12. Oktober 2008)

Tabelle 32a: Gebarung der Krankenkassen in Millionen Euro

	2008	2009	2010
GKK Wien	-84,9	-37,8	-59,3
GKK Niederösterreich	-46,3	-23,9	-48,4
GKK Burgenland	1,5	2,7	-7,5
GKK Oberösterreich	-7,1	-20,3	-59,6
GKK Steiermark	-57,5	-41,6	-61,9
GKK Kärnten	-10,8	-6,3	-24,7
GKK Salzburg	-12,7	-16,9	-24,4
GKK Tirol	0,0	6,6	1,0
GKK Vorarlberg	-13,4	-11,5	-18,5
VA für Eisenbahnen	2,8	9,5	6,1
VA öff. Bediensteter	35,6	49,5	30,8
SVA gew. Wirtschaft	-46,2	8,5	-2,2
SVA Bauern	1,5	17,1	5,5

Tabelle 32b: Prognose der Krankenversicherungen 2008 bis 2010

	Prognose 2008	Vorschau 2009	Vorschau 2010
Gebietskrankenkassen	-231	-149	-303
Betriebskrankenkassen	-1	1	-3
berufsständische Krankenkassen	-6	85	40
<b>alle Krankenversicherungen</b>	<b>-238</b>	<b>-63</b>	<b>-266</b>

Quelle: APA, Hauptverband, nach Standard (19. November 2008)

Mit einem Verweis auf die Zinsbelastungen der Krankenkassen, die von Jänner bis November 2008 die der Tabelle zu entnehmenden Werte erreichten und mit Jahresende über 33 Millionen Euro aufweisen würden, forderten die Grünen erneut ebenso eine Entschuldung der Kassen wie auch zuvor bereits die Ärztekammer.<sup>507</sup>

<sup>507</sup> Vgl. O.V.: Ärzte für Entschuldung der Krankenkassen. In: Der Standard (4. November 2008) und O.V.: Die Last der Zinsen. In: Der Standard (22. Dezember 2008)

Tabelle 33: Aufwendungen der GKK für Kreditzinsen 2008 in Millionen Euro

Salzburg	0,01
Vorarlberg	0,20
Oberösterreich	0,30
Tirol	0,30
Burgenland	1,00
Niederösterreich	1,90
Kärnten	3,80
Steiermark	6,90
Wien	17,00

Quelle: Hauptverband, nach Standard (22. Dezember 2008)

## 14.6. Aktuelle Entwicklungen

Im Wahlkampf für die Nationalratswahl vom 28. September 2008 spielte das Thema Gesundheitsreform und Sanierung der Krankenversicherung keine tragende Rolle. Die beiden Chefverhandler der Neuauflage der Großen Koalition, Wilhelm Haberzettl (SPÖ) und Fritz Neugebauer (ÖVP) einigten sich zunächst darauf, den Kassen zur teilweisen Entschuldung 450 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen, wenn diese im Gegenzug 50 Millionen bei sich selbst einsparen würden.<sup>508</sup> Davor hatte Karl Donabauer, Obmann der Bauern-Kasse, die Diskussion von Strukturfragen angeregt, wie etwa das Zusammenlegen einiger Kassen und auch einen erneuten Anlauf eines zuvor gescheiterten Zusammengehens seiner Kassa mit den Gewerbetreibenden. Ebenso sprach er sich für eine Auseinandersetzung mit dem Thema Selbstbehalt aus, um ein stärkeres Kosten- und Wertebewusstsein zu bewirken.<sup>509</sup> Unterstützung erhielt er dabei von Hauptverband-Chef Erich Laminger, der aufgrund eines nicht vorhandenen Steuerungseffektes der Rezeptgebühr Selbstbehalte überprüfen und anpassen wollte.<sup>510</sup>

Im Regierungsübereinkommen des Kabinetts Faymann wurde kein weiterer Versuch für eine konkrete Gesundheitsreform unternommen, vielmehr sollten eine Zwei-Klassen-Medizin verhindert, die Effizienz gesteigert, das Gesundheitswesen unter einem System mit Selbstverwal-

<sup>508</sup> Vgl. Heigl, Andrea und Weißinger, Katharina: Der kleinste gemeinsame Nenner. In: Der Standard (22./23. November 2008)

<sup>509</sup> Vgl. Oswald, Günther: Gesundheit: Bauern fordern Debatte über Selbstbehalte. In: Der Standard (6. November 2008)

<sup>510</sup> Vgl. Oswald, Günther: Hauptverband-Chef für „intelligente“ Selbstbehalte. In: Der Standard (10. November 2008)

tung der Sozialversicherung solidarisch finanziert oder der Patientenbedarf in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik gestellt werden, ohne näher auf Details einzugehen.<sup>511</sup> Einer eventuellen Änderung des aktuellen Finanzausgleichs erteilten die Landesvertreter einmal mehr eine Absage, für Verbesserungen bei Steuerung und Planung kündigte die Regierung die Bildung von Modellregionen an.<sup>512</sup> Im Bereich der Kassen bekannte sich die Regierung zu einem schrittweisen Abbau des negativen Reinvermögens der Krankenversicherungsträger und knüpfte dies an Dämpfungen der Ausgabendynamik und neue Verteilungsmodelle unter stärkerer Berücksichtigung von Strukturfragen.<sup>513</sup> Zusätzliche Finanzmittel für die Kassen in der Höhe von 110 Millionen Euro wollte Finanzminister Josef Pröll (ÖVP) allerdings erst 2010 bereitstellen, woraufhin WGKK-Obmann Franz Bittner eine Bundshaftung für die Gebietskrankenkassen forderte, da die WGKK bereits sehr nahe am maximal festgelegten Schuldenstand von 617 Millionen Euro liege.<sup>514</sup>

Der neue Gesundheitsminister, der frühere OÖGKK-Obmann Alois Stöger (SPÖ) sprach sich zu Amtsbeginn für das Einheben von Sozialversicherungsbeiträgen auf zusätzliche Einkommensarten aus, erteilte neuen Selbsthalten eine kategorische Absage und kündigte an, dass Leistungen, die den Kassen vom Staat aufgebürdet werden, auch von diesem zu übernehmen sein, eventuell hieße das auch, frühere Bestimmungen wieder aufzuheben. Weiters forderte er einen größeren finanziellen Beitrag der Pharmawirtschaft als die gerade vereinbarten 180 Millionen Euro, aufgeteilt auf die nächsten drei Jahre und stellte sich gegen eine „Aut idem“-Regelung. Im Bereich von Strukturmaßnahmen gestand Stöger ein, dass es bislang innerhalb der Regierung noch zu keinen konkreten Regelungen gekommen sei.<sup>515</sup>

---

<sup>511</sup> Vgl. Bundeskanzleramt Österreich.: Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode. Wien, November 2008, S.179

<sup>512</sup> Vgl. Heigl, Andrea: Gesundheit. In: Der Standard (25. November 2008)

<sup>513</sup> Vgl. Bundeskanzleramt Österreich.: Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode. Wien, November 2008, S.179-186

<sup>514</sup> Vgl. Oswald, Günther: „Ein Reißverschlussprinzip ist unrealistisch“. In: Der Standard (4. Dezember 2008) und O.V.: Bittner fordert Bundshaftung für Gebietskrankenkassen. In: Der Standard (10. Dezember 2008)

<sup>515</sup> Vgl. Heigl, Andrea und Oswald, Günther: „Tödlich ist, wenn es Diskussion nicht gibt“. In: Der Standard (13./14. Dezember 2008)

## 15. Conclusio

Das österreichische Gesundheitswesen und mit ihr die gesetzliche Krankenversicherung wird oftmals als eines der besten Systeme weltweit bezeichnet und trägt diesen Titel wohl nicht zu Unrecht. So gut wie jeder Bürger ist österreichweit krankenversichert und auch die vielfach prophezeite Zwei-Klassen-Medizin ist nicht in diesem Ausmaß vorhanden, in dem es etwa in Ländern wie den USA der Fall ist. Vielmehr wird dafür gesorgt, dass sämtliche medizinischen Leistungen unabhängig von der finanziellen Situation der Patienten in Anspruch genommen werden können.

Unübersehbar ist allerdings auch seit Einführung des ASVG, dass die finanzielle Situation der Krankenversicherung wohl zu keinem Zeitpunkt eine wirklich rosige war. Defizite waren nicht erst in den jüngst vergangenen Jahren entstanden, wenn auch nicht in diesem Ausmaß wie zuletzt. Gründe dafür gab es viele und es lassen sich über die letzten Jahrzehnte betrachtet auch im Bereich der Sozialversicherung genug Beispiele finden, wo die Maßnahmen der Selbstverwaltung nicht unbedingt zu einem raschen und effizienten Ergebnis geführt haben. Hinzu kamen Aspekte wie die demographische Entwicklung, die zu einer Überalterung führen und sich somit nicht nur auf die Pensions-, sondern auch auf die Krankenversicherung auswirken. Medizinischer Fortschritt sorgt nicht nur für bessere Behandlungsmethoden, sondern natürlich auch für entsprechend höhere Kosten, will man den Patienten nicht die bestmögliche Versorgung vorenthalten. Vor allem in den letzten Jahren explodierte auch der Bereich der Medikamentenkosten und stellt somit ein zusätzliches Problemfeld im Bereich der Finanzierung dar.

Bei all diesen Entwicklungen darf natürlich die Rolle der Politik und diverser Interessensvertretungen nicht außer Acht gelassen werden. Sorgt doch vor allem die Gesetzgebung zu einem Großteil für die Rahmenbedingungen für die Sozialversicherungsträger, die sich innerhalb dieser Grenzen möglichst effektiv zu bewegen haben. Und liest man sich Stellungnahmen, Magazine, Zeitungsberichte oder Gesprächsprotokolle der letzten Jahre durch, so wird zwar von fast allen Seiten eine Gesundheitsreform angekündigt, alleine wirklich auf Schiene gebracht hat in den letzten Jahren keine Regierung eine wirklich umfassende Reform, die diesen Namen auch verdient. Dabei scheint es nicht unbedingt stets an mangelndem Willen zu liegen, sondern vielmehr an den verschiedenen Interessen und Verbindungen sowie Abhängigkeiten, die eine Lösung stets verhindert haben. Bund und Länder haben in einem mitunter undurchschaubaren System an Kompetenzen unterschiedliche (Eigen)Interessen, die abseits der politischen Zugehörigkeit anzusiedeln sind. Seit Jahren wird von Gesundheitsökonom



auf Einsparungen im Millionen-, teilweise Milliardenbereich hingewiesen, die durch eine bessere Abstimmung über die Bundesländergrenzen hinaus (etwa bei den Spitälern), einheitliche Finanzierung und so weiter erreicht werden könnten. Die Angst vor der nächsten Kommunalwahl scheint aber hier ebenso ein wesentliches Element zur Verhinderung einer Einigung zu sein wie die relativ langen Regelungen durch den Finanzausgleich sowie innerparteilicher Druck diverser Kammern, Vereinigungen und Interessensvertretungen auf Bundesebene. Zuletzt war dies an der gescheiterten Gesundheitsreform 2008 beobachtbar, wo von einem doch ambitionierten Grundstock durch den Vorschlag der Sozialpartner Stück für Stück sämtliche Elemente der Reform zurückgenommen oder abgeschwächt wurden und schließlich nicht einmal die Kompromisslösung zur Beschlussfassung gebracht werden konnte.

So verständlich es aus jeweiliger Sicht auch ist, dass Bund, Länder, Ärztekammer, Pharmaindustrie, Gewerkschaften und so weiter ihre eigenen Interessen im Vordergrund haben, so schwer bis unmöglich macht es die jeweilige Haltung natürlich, nur bei anderen Einsparungspotentiale zu sehen, aber die eigene Klientel davon auszuklammern, da dort bereits nach eigener Auffassung optimal gearbeitet würde und somit keinerlei ökonomische Reserven vorhanden seien. Statt eine umfassende Gesundheitsreform in Angriff zu nehmen, haben sich in Österreich die unterschiedlichsten Regierungskonstellationen meistens nach optimistischen Ankündigungen auf Stückwerke geeinigt, die meist kleinere Umschichtungen und Gebührenerhöhungen vorsahen, aber die generelle Struktur nicht wesentlich angetastet haben.

Die gegenwärtige Bundesregierung hat in ihrem Regierungsprogramm von einer Reform ohnehin bereits Abstand genommen und bislang wenig konkrete Pläne genannt, die zu einer Verbesserung der Situation führen könnten. Klar erscheint aber auch, dass ein umfassendes Sanierungspaket unumgänglich sein wird, wenn man sich die finanzielle Lage einiger Krankenkassen vor Augen führt. Besonders bedrohlich ist dies natürlich bei der WGKK, die seit Jahren mit einer möglichen Zahlungsunfähigkeit und Insolvenz konfrontiert ist.

Aufgrund der steigenden Kosten in den Bereichen Arzneien, Spitäler und Ärzte und im Hinblick auf die Altersstruktur des Landes scheint eine einschneidende Reform unausweichlich. Verhandlungen darüber werden durch die gegenwärtige 15a-Vereinbarungen wohl erst 2010 oder 2011 beginnen. Eine rasche Inangriffnahme einer Lösung wäre wohl dringend anzuraten, um sämtliche Beteiligten einzubeziehen und nicht wieder unter Zeitdruck zu geraten, wie im Sommer 2008 geschehen, sondern eine längst benötigte Sanierung des Gesundheitswesens zu erreichen.

## 16. Tabellen- und Graphikverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenstand in Österreich 1890 .....	15
Tabelle 2: Die Anzahl der Krankenkassen 1914, 1918 und 1927 .....	17
Tabelle 3: Anteil der Sozialausgaben an den Staatsausgaben .....	19
Tabelle 4: Vorläufiges Gebarungsergebnis in der Krankenversicherung 2002 .....	42
Tabelle 5: Gebarung der Krankenversicherungsträger 1954.....	44
Tabelle 6: Gebarung der Krankenkassen 1955-1957 .....	44
Tabelle 7: Geschützte Personen in der Krankenversicherung.....	47
Tabelle 8: Passiv gebarende Krankenversicherungsträger im Jahr 1976.....	48
Tabelle 9: Anteil des Bundesbeitrages in Prozent der Gesamteinnahmen der Sozialversicherung.....	49
Tabelle 10: Entwicklung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung.....	51
Tabelle 11: Entwicklung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung .....	52
Tabelle 12: Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer 1965 bis 2001 .....	55
Tabelle 13a: Spitäler in Österreich 2001 .....	56
Tabelle 13b: Spitalsbetten in Österreich .....	56
Tabelle 14: Ärztedichte international und österreichweit je 1000 Einwohner.....	57
Tabelle 15: Leistungen der Krankenversicherung 2004 .....	84
Tabelle 16: Zahlungen in den und aus dem Ausgleichfonds 2002 – 2004 .....	89
Tabelle 17: Gebarungsergebnis 2003 und Gebarungsvorschau bis 2006 .....	91
Tabelle 18: Kassen-Ausgaben pro Patient .....	97
Tabelle 19a: Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel.....	99
Tabelle 19b: Ausgaben der Krankenversicherung für Heilmittel – Steigerung zum Vorjahr in Prozent.....	99
Tabelle 20: Defizit der Krankenkassen in Millionen Euro .....	102
Tabelle 21: Defizit der Krankenkassen zu Beginn 2006.....	106
Tabelle 22: Gebarung der Krankenkassen 2005 .....	107
Tabelle 23a: Uneinbringliche Beträge der Krankenkassen bis 2006 .....	114
Tabelle 23b: Rückstände der Gebietskrankenkassen .....	114
Tabelle 24: Gebarung der Krankenkassen 2006 und Voranschlag 2007 .....	115
Tabelle 25: Krankenkassen-Sparpaket .....	116
Tabelle 26a: Gesundheitsausgaben in Österreich in Milliarden Euro.....	120
Tabelle 26b: Aufteilung öffentlicher Gesundheitsausgaben .....	120

Tabelle 27: Zinszahlungen der Krankenkassen in Millionen Euro .....	124
Tabelle 28: Spitäler-Effizienz .....	125
Tabelle 29: Zahl der Arztbesuche .....	126
Tabelle 30: Einnahmen aus Rezeptgebühren .....	127
Tabelle 31: Generika-Anteil in Europa .....	128
Tabelle 32a: Gebarung der Krankenkassen in Millionen Euro .....	148
Tabelle 32b: Prognose der Krankenversicherungen 2008 bis 2010.....	148
Tabelle 33: Aufwendungen der GKK für Kreditzinsen 2008 in Millionen Euro.....	149
Graphik 1: Wachstumsraten der Arzneimittel.....	40
Graphik 2: Aufteilung der Krankenversicherungsausgaben 2002 .....	40
Graphik 3: Gebührensätze, Arztleistungen und Moral Hazard .....	67
Graphik 4: Bruttoausgabenströme in Millionen Euro .....	131

## 17. Literaturverzeichnis

Ableitinger, Alfred: Die innenpolitische Entwicklung. In: Mantl, Wolfgang (Hg.), Politik in Österreich: Die Zweite Republik: Bestand und Wandel. Wien, Böhlau, 1992, S.119-203.

Albrecht, Martin et al (Hg.): Modelle einer integrierten Krankenversicherung. Finanzierungseffekte, Verteilungswirkungen, Umsetzung. Berlin, edition sigma, 2006.

Andel, Norbert: Finanzwissenschaft, 4. Auflage. Tübingen, Mohr, 1998.

Bachner, Michael: "Gesundheitsbereich bleibt eine Baustelle". In: Der Standard (20./21. Mai 2006).

Badelt, Christoph und Österle, August: Grundzüge der Sozialpolitik. Spezieller Teil: Sozialpolitik in Österreich. Wien, Manz, 1998.

Badelt, Christoph: Ökonomische Herausforderungen an das österreichische Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit, Heft 6. 2000, S.557-565.

Badelt, Christoph: Grundzüge der Sozialpolitik. Allgemeiner Teil: Sozialökonomische Grundlagen. Wien, Manz, 2001.

Bastiani, Adriano: Die private Krankenversicherung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union. Eine vergleichende Analyse vor und nach der Deregulierung. Karlsruhe, VWW, 1995.

BMSG: LKF 2003, Stand 30.9.2002.

BMSG: LKF 2001, Stand 30.9.2000.

Bonanomi, Klaus: Gut, aber teuer. In: Der Standard (12. November 2007).

Borger, Sebastian: Briten müssen warten. In: Der Standard (12. November 2007).

Böhm, Reinhard: Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen von 1970 – 1988. Wien, Dipl., 1990.

Braumüller, Ulrike: Krankenversicherung in Österreich (März 2008). [www.vvo.at](http://www.vvo.at), Download 14.3.2008.

Braun, Thomas: Analyse, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen. Geographische Möglichkeiten und Perspektiven am Beispiel von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sankt Augustin, Arsgard, 2002.

Bruckmüller, Ernst: Zur Entwicklung der Sozialversicherung für Selbständige in Gewerbe und Landwirtschaft. In: Tomandl, Theodor: 100 Jahre Sozialversicherung in Österreich. Wien, Ueberreuter, 1988, S.13-30.

Bundeskanzleramt Österreich.: Regierungsprogramm 2007 – 2010 - Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode. Wien, Jänner 2007, S.103-125.

Bundeskanzleramt Österreich.: Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode. Wien, November 2008, S.179-186.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Endbericht. Wien, BMGF, 2003.

Busch, Georg: Das System der sozialen Sicherheit ist Belastungen ausgesetzt, für die es ursprünglich nicht gedacht war. In: Handelsblatt (26. November 1986).

Busch, Georg: Sind 28 Träger immer noch tragbar? In: Der Standard (16. Juli 1990).

Dannhauser, Claudia: Rauch-Kallat verteidigt Modell. In: Die Presse (4. August 2004).

Dannhauser, Claudia: Kampf gegen Doppelbefunde. In: Die Presse (7. August 2004).

Dannhauser, Claudia: „Der Machtkampf ist im Gang“. In: Die Presse (10. Dezember 2005).

Dannhauser, Claudia: E-Card-Auftrag: „Der Vorwurf ist absurd“. In: Die Presse (16. Februar 2006).

Dannhauser, Claudia: Kassen-Defizit viel kleiner als erwartet. In: Die Presse (17. Februar 2006).

Dannhauser, Claudia: Klientelpolitik mit kranken Kassen. In: Die Presse (18. Mai 2006).

Dannhauser, Claudia: E-Card in Gold für Götter in Weiß. In: Die Presse (30. Mai 2006).

Dannhauser, Claudia: Kdolsky: „Politiker sind auch keine Lichtgestalten“. In: Die Presse (27. Jänner 2007).

Dannhauser, Claudia: „Wollen nicht, dass Patienten leiden“. In: Die Presse (7. Februar 2007).

Dannhauser, Claudia: Kassendefizit: So geht's nicht weiter“. In: Die Presse (18. Mai 2007).

Dannhauser, Claudia: Totaler Ärztestreik am 8. November. In: Die Presse (6. Oktober 2007).

Dannhauser, Claudia: Einigung: Ärztestreik wird abgeblasen. In: Die Presse (10. Oktober 2007).

Dannhauser, Claudia: Bittner: Wildgewordene Fundamentalisten“. In: Die Presse (11. Oktober 2007).

Dannhauser, Claudia: Wien soll Krankenkasse sanieren. In: Die Presse (29. Oktober 2007).

Dannhauser, Claudia: RH warnt Wiener Kasse vor Pleite. In: Die Presse (30. Oktober 2007).

Dannhauser, Claudia: Gesundheitskosten: „Können nicht wie Sklaven arbeiten“. In: Die Presse (7. November 2007).

Dannhauser, Claudia: „Die Kassen sollen ihre Probleme selbst lösen“ In: Die Presse (3. April 2008).

Dannhauser, Claudia: Kopf: „Die Ärztekammer nimmt sich selbst aus dem Spiel“ In: Die Presse (8. April 2008).

Dannhauser, Claudia: Gesundheit: Großbaustelle eröffnet. In: Die Presse (14. Mai 2008).

Dannhauser, Claudia: Gesundheits-Reform: Schreiduelle in der ÖVP. In: Die Presse (15. Mai 2008).

Dannhauser, Claudia: Gesundheitsreform steht auf de Kippe. In: Die Presse (3. Juni 2008).

Dannhauser, Claudia: ÖVP gegen ÖVP bei der Kassenreform. In: Die Presse (2. Juli 2008).

Dezsy, Josef: Die andere Seite der Zwei-Klassen-Medizin: In: die Presse (26. April 2006).

Dickinger, Gerhard: Vom Krankenversicherer zum Gesundheitssicherer. Linz, Universitätsverlag Rudolf Trauner, 1999.

Dihlmann, Michael: Einseitige Veränderungen im Gesundheitssystem. In: Consilium (6/2008).

Dragaschnig, Alois: 1889 – 1989 – 2089. Streiflichter. In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989, S.87-98.

Egl, H. und Keckeis, R.: Gesundheitswesen und Krankenversicherung 1918 – 1938. In: Versicherungsgeschichte Österreichs, Band 3. Wien, 1988, S.201-315.

Eichler, Peter: Reflexionen aus der Sicht der Privatversicherungswirtschaft. In: Pichler, Johannes W. (Hg.): Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung. Wien, Verlag Österreich, 2001, S.121-124.

Eichner, Thomas: Staatliche Sozialversicherung, individuelle Vorsorge und Arbeitsangebot. Wiesbaden, Gabler, 1999.

Eidenberger, Barbara: Qualitätssicherung bei AllgemeinmedizinerInnen in Österreich im Vergleich zum niederländischen System. Wien, Dipl., 2005.

Eisenmenger, Thomas: Private Krankenversicherung (November 2006). [www.akwien.at](http://www.akwien.at), Download 12.2.2008.

Ettinger, Karl: Höhere Krankenbeiträge: Es hängt an Arbeitern. In: Die Presse (24. April 2007).

Ettinger, Karl: Krankenkassen: Defizit steigt auf 355 Millionen. In: Die Presse (16. November 2007).

Fettner, Ernst: Ein abgeräumter Christbaum. In: Volksstimme (9. Oktober 1987).

Fiereder, Helmut: Soziale Krankenversicherung in Oberösterreich 1869 – 1994. Linz, 1994.

Findl, Peter, Holzmann, Robert, Münz, Rainer: Demographische Entwicklung und Sozialausgaben: 1986-2051. In: Holzmann, Robert (Hg.): Ökonomische Analyse der Sozialversicherung. Ergebnisse für Österreich, Wien, Manz, 1988, S.251-286.

Firoozeh, Shahsavanpoor: Krankenversicherung in Österreich (Vgl. zw. PKV und SKV). Wien, Dipl., 1997.

Fischer, Wolfram: Homepage Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin:  
[www.fischer-zim.ch](http://www.fischer-zim.ch)

Flemmich, Günther (Hg.): Anforderungen an den modernen Sozialstaat. Methoden zur Sicherstellung des gesetzlichen Auftrages der umfassenden Versorgung. Wien, ÖGB Verlag, 1997.

Flemmich, Günther (Hg.): Aufgaben in der sozialen Krankenversicherung, Prävention und Leistung der Pflichtversicherung. Wien, ÖGB Verlag, 1995.

Franz, Marcus: Gesundheit darf auch etwas kosten. In: Der Standard (8. April 2008).



Freihofner, Gerald: Watschentanz ums Goldene Kalb. In: Österreichische Ärztezeitung, Nr. 15/16, 1992, S.15-18.

Friederich, Dominique Nicole: Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung. Ein Ansatz diskursiver Politikberatung zur Reform des Gesundheitswesens. Baden-Baden, Nomos, 2005.

Geppert, Walter: Mit neuen Strukturen in 3. Jahrtausend. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1993, S.136-140.

Gleitsmann, Martin: Mehr Geld, mehr Gesundheit? pdf-Version zu Vortrag (21. März 2006).

Göweil, Reinhard: Das lange Warten auf die Sozialversicherungs-Reform. In: Der Standard (5. März 1991).

Göweil, Reinhard: Symptomkur für Sozialversicherung. In: Der Standard (15. Mai 1991).

Greß, Stefan: Krankenversicherung und Wettbewerb. Frankfurt, Campus, 2002.

Guttenbrunner, Michael: Aus der Vogelschau In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989.

Güttler, Johannes Lukas: Adverse versus Propitious Selection im Gesundheitsbereich am Beispiel des Marktes für private Krankenzusatzversicherungen. Wien, Dipl., 1999.

Haller, Patricia: Versicherte Sozialversicherung. In: Kurier (3. Februar 1998).

Haller, Patricia: Sozialversicherungen haben die aufgetragenen Sparziele erfüllt. In: Kurier (19. Dezember 1998).

Haller, Patricia: Spitäler brauchen Erste Hilfe. In: Kurier (22. Mai 1999).

Haller, Patricia: Weniger Betten, mehr Patienten. In: Kurier (30. Mai 2000).

Hanus, Romana: Reformansätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wien, Dipl., 1997.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Wien, Hauptverband, 2002.

Hausner, Franz: Die Zukunft der österreichischen Sozialversicherung. In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989, S.99-106.

Heigl, Andrea und Moser, Karin: "Tut mir leid, Aufnahmestopp". In: Der Standard (5. November 2007).

Heigl, Andrea: ein System, viele Geldgeber. In: Der Standard (12. November 2007).

Heigl, Andrea und Moser, Karin: Ein Ziel, viele Probleme, ein angezeigter Rektor. In: Der Standard (13. November 2007).

Heigl, Andrea: Kranke Kassen: 355 Millionen Minus. In: Der Standard (17./ 18. November 2007).

Heigl, Andrea und Moser, Karin: Kassendefizit, "so ernst wie noch nie". In: Der Standard (20. November 2007).

Heigl, Andrea: Ärzte als "Patientenfighter". In: Der Standard (8. Februar 2008).

Heigl, Andrea und Nimmervoll, Lisa: Marod durch zu viel Medizin. In: Der Standard (28. März 2008).

Heigl, Andrea: "Ein grundlegender Fehler im System". In: Der Standard (9. April 2008).

Heigl, Andrea: Ärzte geben eigenes Reformpapier in Auftrag. In: Der Standard (16. April 2008).

Heigl, Andrea: Teure Spitäler, viele Patienten. In: Der Standard (19./20. April 2008).

Heigl, Andrea: “Wir Ärzte sind nicht die Rationierungsvollzieher der Kassen”. In: Der Standard (5.Mai 2008).

Heigl, Andrea: Weiter an Reform herumdoktern. In: Der Standard (6.Mai 2008).

Heigl, Andrea: Reformpaket wieder aufgeschnürt. In: Der Standard (8.Mai 2008).

Heigl, Andrea: Höchst unterschiedliche Honorare. In: Der Standard (24./25. Mai 2008).

Heigl, Andrea: Britische Ärzte mobilisieren Patienten. In: Der Standard (31. Mai/1.Juni 2008).

Heigl, Andrea: “Die Patienten sind schlecht aufgeklärt”. In: Der Standard (14./15. Juni 2008).

Heigl, Andrea: Pfiffe, Buhrufe und andere Unfreundlichkeiten. In: Der Standard (4. Juni 2008).

Heigl, Andrea: Die Zeichen stehen auf Streik. In: Der Standard (6. Juni 2008).

Heigl, Andrea: “Es geht um die Existenz der Ärzte”. In: Der Standard (9. Juni 2008).

Heigl, Andrea: “Weltuntergangsszenarien” der Ärzte. In: Der Standard (10. Juni 2008).

Heigl, Andrea und Weißinger, Katharina: Der kleinste gemeinsame Nenner. In: Der Standard (22./23. November 2008).

Heigl, Andrea: Gesundheit. In: Der Standard (25. November 2008).

Heigl, Andrea und Oswald, Günther: „Tödlich ist, wenn es Diskussion nicht gibt“. In: Der Standard (13./14. Dezember 2008).

Herder-Dornreich, Philipp: Gesetzliche Krankenversicherung heute. Erfahrungen aus der Kostenexplosion und Steuerungsaufgaben in den 80er Jahren. Köln, Deutscher Instituts-Verlag, 1983.

Hofer, Alexander, Seidl, Wolfgang: Leitfaden zu den Sozialversicherungsnovellen 1998. Graz, dbv-Verlag, 1998.

Hofmeister, Herbert: Die Verbände in der österreichischen Sozialversicherung. Wien, Ueberreuter, 1989.

Holik, Johanna: 100 Jahre Sozialversicherung. In : Österreichische Monatshefte, Nr. 6, 1989, S.38.

Holzmann, Robert (Hg.): Ökonomische Analyse der Sozialversicherung. Ergebnisse für Österreich. Wien, Manz, 1988.

Holzweber, D. und Kotanko, Christoph.: Zehn Millionen für “Spar-Studie”. In Kurier (9. Juli 1990).

Horr, Franz: Die gesetzliche Krankenversicherung - einst und jetzt. In: Soziale Sicherheit, Heft 7, Juli 1963.

Institut für höhere Studien (IHS), Wien: Gesundheitsausgaben in Österreich: Stabilisierung auf hohem Niveau. Online-Presseinformation, Wien, 1.März 2007.

Institut für höhere Studien (IHS), Wien: Effizienz im Gesundheitswesen: Vorschläge für eine neue Finanzierungsstruktur. Onlineversion, Wien, 14. September 2007.

Jabornegg, Peter et al (Hg.): Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Essen, CW Haarfeld, 2002.

Jabornegg, Peter et al (Hg.): Qualitätssicherung für Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wien, Manz, 2003.

Jabornegg, Peter et al (Hg.): Haftungsfragen im System der Leistungserbringung des Krankenversicherungsrechts. Essen, CW Haarfeld, 2006.

John, Gerald und Winkler-Hermaden, Rosa: Schlechte Vorzeichen für die Klausur der Koalition. In: Der Standard (4.Juni 2008).

John, Gerald und Heigl, Andrea: Achtung, Baustelle: Wo die Regierung anpacken muss. In: Der Standard (11./12. Oktober 2008).

Jurkovics, Reinhard: Die Struktur des österreichischen Gesundheitssystems unter Berücksichtigung der privaten Krankenversicherung. Wien, Dipl., 1996.

Karl, Beatrix: Auswirkungen des europäischen Wettbewerbsrechts und des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf Leistungserbringung in der Krankenversicherung. Band I: Allgemeines. Wien, Manz, 2005.

Kiesl, Franz: Neue Zusammenarbeitsformen und Honorierungsmodelle als Mittel zur Kostensenkung. In: Jabornegg, Peter, Rech, Reinhard, Seewald, Otfried (Hg.): Ökonomie und Krankenversicherung, Manz, Wien, 2001.

Kindermann, Dieter: Sozialversicherung: Jetzt soll das ganze System reformiert werden. In: Neue Kronen Zeitung (29. August 1989).

Kindermann, Dieter: Vranitzky will "heilige Kühe" der Sozialversicherungen schlachten. In: Neue Kronen Zeitung (8. Juli 1990).

Klec, David und Mum, David: Woran krankt da System? In: Kompetenz (Ausgabe 4, 5. April 2004).

Klenner, Fritz: Die Geburtsstunde der Sozialversicherung. In: Arbeit & Wirtschaft, Nr.1, 1988.

Kolar, Gabriele und Oswald, Günther: Zu schade für "zahlendes Anhängsel". In: Der Standard (27. Mai 2008).

Kolar, Gabriele und Oswald, Günther: Rot-roter Streit um private Nutzung eines Dienstautos. In: Der Standard (27. Mai 2008).

Kopeinig, Margaretha: Kassen-Rezepte für Einsparungen. In: Kurier (21. August 2004).

Kopenter, Samo: Doktor Gusenbauers Kur für die Kassen. In: Der Standard (5./6. Jänner 2006).

Kobenter, Samo: Rote Rezepte fürs Gesundheitssystem. In: Der Standard (21. April 2006).

Korosec, Ingrid: Rettung für marodes System: Steuern statt Beiträge. In: Der Standard (8. April 2008).

Kosicek, Peter: Das Krankenversicherungssystem in Österreich und alternative Finanzierungsmodelle im Bereich des Gesundheitssystems. Wien, Dipl., 1991.

Kotanko, Christoph: Arznei mit Nebenwirkungen. In: Kurier (12. Juli 2002).

Kux, Karlheinz: Gesundheitspolitik - ihre Zwänge und Chancen. Plädoyer für eine neue Sachlichkeit. In: Payrleitner, Alfred (Hg.): Österreich neu: Herausforderungen nach der Wende, Wien, Molden, 2000.

Lagler, Claudia und Dannhauser, Claudia.: Sozialpartner-Papier einstimmig angenommen. In: Die Presse (9. April 2008).

Langbein, Kurt: Medizin für Aktionäre. In: Der Standard (23. März 2004).

Lausch, Andreas P.: Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen. Strukturen, Einrichtungen, Betriebsführungen und Organisationslehre im Gesundheitswesen. 3. Auflage. Wien/München/Bern, Maudrich, 2006.

Laux, Helmut: Risiko, Anreiz und Kontrolle, Berlin, Springer, 1990.

Leidlmair, Doris: Die Reformen der Sozialversicherung durch das Sparpaket 1996, Wien, Dipl., 1997.

Leutner, Richard: Neue Strukturen für die Versicherten - Von der Verwaltung zum modernen Dienstleistungsunternehmen. In: Arbeit und Wirtschaft, Nr.6, 1993, S.21-24.

Leutner, Richard: Organisationsreform der Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 1, 1994, S.4-7.

Linsinger, Eva: Chefarztpflicht fällt – vorerst für ein Jahr. In: Der Standard (21. Oktober 2003).

Linsinger, Eva: „Ernste Zahlungsprobleme“. In Der Standard (16. März 2004).

Linsinger, Eva und Nimmervoll, Lisa: VP nimmt Kasse ins Visier. In: Der Standard (3./4. April 2004).

Linsinger, Eva: Schwarz-blaue Vorwehen für Hauptverband neu. In Der Standard (6. April 2004).

Linsinger, Eva: Gesundheitspolitischer Crashkurs. In: Der Standard (15. April 2004).

Linsinger, Eva: “Da tickt Gesundheitskosten-Bombe”. In: Der Standard (4. Mai 2004).

Linsinger, Eva: Der Wettlauf von Spitalsbudgets und Therapiekosten. In: Der Standard (13./14./15. August 2005).

Linsinger, Eva: Tabu Zweiklassenmedizin. In: Der Standard (25. August 2005).

Linsinger, Eva: Verbot für Gratispillen. In: Der Standard (21. September 2005).

Linsinger, Eva: (K)ein “Gagenskandal im Hauptverband. In: Der Standard (23. November 2005).

Linsinger, Eva: Die Richtigen schröpfen. In: Der Standard (6. Dezember 2005).

Luger, Fritz: Drohende Zerschlagung. In: Solidarität (April 2004).

Luhan, Wolfgang Jörg: Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems. Ein internationaler Vergleich der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssektors in Österreich, für die zweite Hälfte der Neunziger Jahre. Linz, OÖGKK, 2004.

Maier, Michael: „Gesundheitsreform“ - Gesetzesentwurf. Aussendung der Medizinischen Universität Wien (20. Mai 2008).

Maier, Stefan und Nimmervoll, Lisa: Schwieriger Kampf um möglichst viel Gesundheit für alle. In: Der Standard (31. Juli 2003).

Mandl, Adolf: Die Verwaltung der österreichischen Sozialversicherung - ein moderner Dienstleistungsbetrieb. In: Soziale Sicherheit, Nr.9 1989.

Mantl, Wolfgang (Hg.): Die Zweite Republik: Bestand und Wandel. Wien, Böhlau, 1992.

Marhold, Franz (Bearb.): Sozialversicherung, 28. Auflage. Wien, Linde, 2002.

Marhold, Franz (Bearb.): Sozialversicherung, 29. Auflage. Wien, Linde, 2003.

Meggeneder, Oskar: Prävention als Leistung und Pflichtaufgabe der sozialen Krankenversicherung. In: Flemmich, Günther (Hg.): Aufgaben in der sozialen Krankenversicherung - Prävention und Leistung der Pflichtversicherung, Wien, Verlag ÖGB, 1995.

Melas, Reinhold et al: Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG.). In: Soziale Sicherheit, Heft 9/10, September/Okttober 1955.

Merkens, Günther und Birgelen, Werner von: Gesetzliche oder private Krankenversicherung? Beiträge und Leistungen im Vergleich. 2. Auflage. dtv, 1998.

Millendorfer, Franz: Die Lage der Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 6, Juni 1977.

Moser, Karin und Toth, Barbara: “Zizerlweise” gesund. In: Der Standard (3. August 2004).



Moser, Karin: Teurer Weg zur E-Card. In: Der Standard (6./7. August 2005).

Moser, Karin: Aufgeregter Ärztevertreter. In: Der Standard (9. Oktober 2007).

Mörth, M.: VP-Vorstoß abgewiesen. In: Kurier (7. August 1990).

Müller, Walter: Heuschrecken lauern vor den Spitälern. In: Der Standard (3. September 2007).

Müller, Wolfgang: Sozialversicherung von A – Z. Wien, Linde, 2000.

Newdick, Christopher: Who should we treat? Rights, Rationing, and Resources in the NHS, second edition. Oxford, University Press, 2005.

Neudeck, Werner: Zur ökonomischen Analyse der österreichischen Krankenversicherung: Marktversagen und Arzthonorierung. In: Holzmann, Robert (Hg.): Ökonomische Analyse der Sozialversicherung, Ergebnisse für Österreich. Wien, Manz, 1988, S.131-152.

Niederdorfer, Norbert: Organisation der österreichischen Sozialversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Stellung des Hauptverbands. Salzburg, Dipl, 1998.

Nimmervoll, Lisa: Teure Pillen mit Ablaufdatum. In: Der Standard (18. Juli 2003).

Nimmervoll, Lisa: "Das Bett ist nicht mehr das Maß aller Dinge". In: Der Standard (23. Juli 2003).

Nimmervoll, Lisa: Streit ums gesunde Tempo. In: Der Standard (31. Oktober/1./2. November 2003).

Nimmervoll, Lisa: Kassen brauchen frisches Geld. In: Der Standard (16. März 2004).

Nimmervoll, Lisa: Kein Eintopf aus Neunerlei. In: Der Standard (18. März 2004).

Nimmervoll, Lisa: "Wir würden im Geld schwimmen". In: Der Standard (6. April 2004).

Nimmervoll, Lisa: ÖVP kippt Wiener Ärztevertrag erneut. In: Der Standard (15. April 2004).

Nimmervoll, Lisa: Haupt knöpft sich die Gewerbekasse vor. In: Der Standard (17./18. April 2004).

Nimmervoll, Lisa: Haupt hat “null Verständnis” für VP-Gleitsmann. In: Der Standard (20. April 2004).

Nimmervoll, Lisa: Bewegung im Kassenstreit. In: Der Standard (23. April 2004).

Nimmervoll, Lisa: Harte Fronten im Kassenstreit. In: Der Standard (24./25. April 2004).

Nimmervoll, Lisa: Apotheker raus, Ärzte rein. In: Der Standard (2. Juni 2004).

Nimmervoll, Lisa: „Wer viel zahlt, muss auch mitreden können“. In: Der Standard (21. September 2004).

Nimmervoll, Lisa: „Den Kassen etwas Luft verschaffen“. In: Der Standard (25./26. September 2004).

Nimmervoll, Lisa: Der Reiz des Verpönten. In: Der Standard (28. Oktober 2004).

Nimmervoll, Lisa: Gestückelte Gesundheitsreform. In: Der Standard (10. November 2004).

Nimmervoll, Lisa: Schwarz-blaues Rezept wird teurer. In: Der Standard (12. November 2004).

Nimmervoll, Lisa: “Ein Schuldiger, der wir nicht sind”. In: Der Standard (15. Jänner 2005).

Nimmervoll, Lisa: Der langwierige Kampf gegen die “Mystik des Spitalbetts”. In: Der Standard (26. Juli 2005).

Nimmervoll, Lisa: Gesunde Betten. In: Der Standard (26. Juli 2005).

Nimmervoll, Lisa: Österreicher liegen EU-weit am öftesten im Krankenhaus. In: Der Standard (28. Juli 2005).

Nimmervoll, Lisa: Wiener EDV-Neulinge kämpfen mit E-Card. In: Der Standard (28. September 2005).

Nimmervoll, Lisa: “Ärzte sagen: Das ist super”. In: Der Standard (29. September 2005).

Nimmervoll, Lisa: Zufriedene Patienten, skeptische Ärzte. In: Der Standard (3./4. Dezember 2005).

Nimmervoll, Lisa: Finanzloch wächst und wächst. In: Der Standard (5./6. Jänner 2006).

Nimmervoll, Lisa: Therapieplan für ein chronisches Defizit. In: Dossier Wahl 06 - Der Standard (September 2006).

Novak, Rainer: Gesundheitspolitik: „Regierung verschiebt Reform auf 2007“. In: Die Presse (16. September 2004).

ÖGB und WKO: Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung. Onlineversion, Wien, 7. April 2008.

Oswald, Günther: Ärzte im Visier. In: Der Standard (31. Jänner 2008).

Oswald, Günther: “26 Milliarden Euro sind genug”. In: Der Standard (5. März 2008).

Oswald, Günther: “Eine Schande, dass man von Einsparungen spricht”. In: Der Standard (7. April 2008).

Oswald, Günther und Heigl, Andrea: 600 Millionen auf 24 Seiten. In: Der Standard (8. April 2008).

Oswald, Günther: “Nicht Rute ins Fenster stellen”. In: Der Standard (9. April 2008).

Oswald, Günther: Gesundheitskampf zwischen David und Goliath. In: Der Standard (23. April 2008).

Oswald, Günther: Gesundheitsreform im Eilzugstempo. In: Der Standard (14. Mai 2008).

Oswald, Günther: „Wo es Zweifel gibt, sollte man aufschieben“. In: Der Standard (17./18. Mai 2008).

Oswald, Günther: Millionen-Rabatte für Landärzte. In: Der Standard (23. Mai 2008).

Oswald, Günther: Pharma-Rabatte im Visier der Krankenkassen. In: Der Standard (24./25. Mai 2008).

Oswald, Günther: Gesundheitsreform „nicht auf lange Bank schieben“. In: Der Standard (29. Mai 2008).

Oswald, Günther: VP-Machtspiele bei Kassen. In: Der Standard (3. Juli 2008).

Oswald, Günther: Gesundheit: Bauern fordern Debatte über Selbstbehalte. In: Der Standard (6. November 2008).

Oswald, Günther: Hauptverband-Chef für „intelligente“ Selbstbehalte. In: Der Standard (10. November 2008).

Oswald, Günther: „Ein Reißverschlussprinzip ist unrealistisch“. In: Der Standard (4. Dezember 2008).

O.V.: Die finanzielle Gebarung der österreichischen Krankenversicherung im Jahre 1954. In: Soziale Sicherheit, Heft 11, November 1955.

O.V.: Die Parteien zur sozialen Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 2, Februar 1959.

O.V.: Ohne Radikalreform bricht Sozialstaat völlig zusammen. In: Neues Volksblatt (24.9.1987).

O.V.: Sozialversicherung: Ist eine große Anstalt billiger als viele kleine Anstalten?. In: Neue AZ (3. Dezember 1988).

O.V.: Gefahr für soziale Sicherheit. In: Volksstimme (10. Juli 1990).

O.V.: Sozialversicherung: Riegler für Direktwahl und Konzentration. In: Der Standard (11. Juli 1990).

O.V.: Organisationsanalyse der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 7/8 1991.

O.V.: Die Reform der Sozialversicherung beginnt zaghaft - Watschentanz ums Goldene Kalb. In: österreichische Ärztezeitung, Nr. 15/16, 1992, S.15-18.

O.V.: Kalendarium. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1993, S.130.

O.V.: Organisationsanalyse der österreichischen Sozialversicherung - Umsetzungskonzept des Hauptverbandes. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1993, S.132-135.

O.V.: "Full-Service" der Sozialversicherung - Keine Beitragserhöhung durch die Reform. In: Die Presse (4. März 1993).

O.V.: Soziale Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 7/8, 1993.

O.V.: 52. ASVG-Novelle zur Sozialversicherungsreform in Begutachtung - Privilegien werden abgebaut. In: Neues Volksblatt (9. Oktober 1993).

O.V.: Weniger Privilegien bei der Sozialversicherung. In: Salzburger Nachrichten (1. Dezember 1993).

O.V.: Krankenkassen nicht so krank. In: Kurier (25. Jänner 1997).

- O.V.: Krankenkassen: Finanzen genesen. In: Kurier (17. Oktober 1997).
- O.V.: “Es geht nur um Posten”. In: Salzburger Nachrichten (29. März 2000).
- O.V.: Prävention und Gesundheitsförderung. In: Soziale Sicherheit, Heft 9, 2000.
- O.V.: Machtpolitik statt Gesundheitspolitik. In: Arbeit und Wirtschaft, Nr. 2, 2001, S.24-27.
- O.V.: Krankenkassen fallen noch tiefer ins Minus. In: Kurier (23. August 2002).
- O.V.: Noch eine Klage beim Verfassungsgerichtshof. In: Kurier (2. Oktober 2002).
- O.V.: Krankenkassen: Ab heuer schreiben alle rote Zahlen. In: Kurier (29. März 2003).
- O.V.: Hauptverband: Kritik an “Postenschacher”. In: Der Standard (8. Juli 2003).
- O.V.: Gesundheitspolitik: Ausgaben sinken. In: Kurier (8. Juli 2003).
- O.V.: Gesundheit, bitte sparen. In: Der Standard (28. Juli 2003).
- O.V.: Generika mit Minianteil. In: Der Standard (4. August 2003).
- O.V.: Schatzsuche im Gesundheitswesen. In: Der Standard (5. August 2003).
- O.V.: Krankenkassen rutschen tiefer ins Minus. In: Der Standard (3. September 2003).
- O.V.: Kassenvertrag mit Ärzten in Wien gekündigt. In: Der Standard (1. Oktober 2003).
- O.V.: Krankenkasse stellt Ärzten Bedingungen. In: Der Standard (2. Oktober 2003).
- O.V.: Waneck will Bankomatkarte. In: Der Standard (27. Oktober 2003).
- O.V.: ÖVP gegen Beitragserhöhung. In: Der Standard (17. März 2004).

O.V.: 33 Jahre in einem Topf. In: Der Standard (17. März 2004).

O.V.: Waneck für bundesweite Krankenkasse. In: Der Standard (18. März 2004).

O.V. Schwarz kalmiert, Blau tobt. In: Der Standard (15. April 2004).

O.V.: Ärzte boykottieren Verhandlung. In: Der Standard (16. April 2004).

O.V.: “Wir kriegen unser Geld zurück”. In: Der Standard (17./18. April 2004).

O.V.: Ärzte fürchten „komplettes Desaster”. In: Der Standard (17./18. April 2004).

O.V.: Gerangel um Hanusch-Spital. In: Der Standard (5. Mai 2004).

O.V.: “Arzt-Selbstbehalt bringt fast nichts”. In: Der Standard (6. Mai 2004).

O.V.: “Ökonomische Haftung” statt Chefarztpflicht. In: Der Standard (9./10. Juni 2004).

O.V.: Hauptverband mit Reform-Solo. In: Der Standard (24./25. Juli 2004).

O.V.: Gesundheitsreform: „Planwirtschaft, willkürliche Mixtur“. In: Die Presse (31. Juli 2004).

O.V.: Gesundheit, anders gedacht. In: Der Standard (31. Juli/1. August 2004).

O.V.: Rauch-Kallat: Ausgedehnte Rauchverbote. In: Die Presse (3. August 2004).

O.V.: Weniger Leistungen bei Wiener Kasse. In: Der Standard (4. August 2004).

O.V.: Einsame Ärzte: alle Parteien lehnen Beitragserhöhung ab. In: Der Standard (5. August 2004).

O.V.: Ratlose Mitarbeiter bei der Krankenkasse. In: Der Standard (5. August 2004).

O.V.: Krankassendefizit droht zu explodieren. In: Der Standard 21./22. August 2004).

O.V. Kassen: Ärztekammer will "Kopfpauschale". In: Der Standard (25. August 2004).

O.V.: Gesundheit: Die Wirtschaft fordert Selbstbehalte für alle. In: Die Presse (26. August 2004).

O.V.: Gesundheitsreformen: „Bürokratische Schikanen“. In: Die Presse (24. September 2004).

O.V.: Finanzausgleich ausverhandelt: Gesundheit und Rauchen teurer. In: Die Presse (26. Oktober 2004).

O.V.: Gesundheitspaket: Patienten zahlen mehr pro Spitalstag. In: Die Presse (27. Oktober 2004).

O.V.: FPÖ lehnt Gesundheitspaket ab. In: Der Standard (30./31. Oktober/1. November 2004).

O.V.: Finanzkarussell dreht sich. In: Der Standard (3. November 2004).

O.V.: Einigung über Strukturreform. In: Die Presse (6. November 2004).

O.V.: Gesundheitsagentur doch fix. In: Der Standard (8. November 2004).

O.V.: Gesundheitsreform unter Dach und Fach. In: Die Presse (11. November 2004).

O.V.: Länder heben Spitalskosten. In: Der Standard (13./14. November 2004).

O.V.: Zweiter Anlauf für Hauptverbandsreform. In: Der Standard (17. November 2004).

O.V.: 300-Millionen-Paket. In: Der Standard (2. Dezember 2004).

O.V.: Gesundheitspaket. In: Der Standard (6. Dezember 2004).



O.V.: Chefarztpflicht eine “ziemliche Katastrophe”. In: Der Standard (11. Jänner 2005).

O.V.: Neue Köpfe im Hauptverband. In: Der Standard (11. Jänner 2005).

O.V.: E-Card: Chronologie der Verschiebungen. In: Die Presse (30. Mai 2005).

O.V.: Selbständige in neuer Sozialversicherung. In: Der Standard (21. Juli 2005).

O.V. Gesundheitspolitik: Nur Grundstruktur steht. In: Die Presse (17. Dezember 2005).

O.V. SP-Klausur: Mehr Beiträge, weniger Selbstbehalte. In: Die Presse (4. Jänner 2006).

O.V. Ärztechef will Auswahl bei Krankenkassen. In: Die Presse (4. Jänner 2006).

O.V. Was mögliche Finanzierungsmaßnahmen bringen. In: Die Presse (5. Jänner 2006).

O.V. Bauern/Gewerbe: Krankenkassen-Fusion. In: Die Presse (10. Jänner 2006).

O.V.: E-Card im Zangengriff von SPÖ und Grünen. In: Der Standard (11./12. Februar 2006).

O.V. E-Card: Noch mehr Anzeigen. In: Die Presse (15. Februar 2006).

O.V. Ausgaben für Gesundheit unter Schnitt. In: Der Standard (21. April 2006).

O.V. Kassen-Defizit steigt auf 159 Mio. In: Die Presse (25. April 2006).

O.V. Krankenkassen: Plus nur durch „Tricks“? In: Die Presse (17. Mai 2006).

O.V.: Verstecktes “Drama” hinter dem Miniplus. In: Der Standard (18. Mai 2006).

O.V.: Prüfbericht: Zu viel Geld für die E-Card. In: Die Presse (30. Mai 2006).

O.V.: Generika: Akzeptanz steigt. In: Die Presse (11. Juli 2006).

O.V.: Gesundheitskosten werden bewusst. In: Der Standard (12. Juli 2006).

O.V.: Kassendefizit steigt “unaufhörlich”. In: Der Standard (26./27. August 2006).

O.V.: Krankenkassen: Wirtschaft stellt nun Bedingung für Beitragserhöhung. In: Die Presse (19. Februar 2007).

O.V.: „Wir brauchen die Ambulanzen nicht“. In: Salzburger Nachrichten (20. Februar 2007).

O.V.: Kdolsky will bei Krankenkassen sparen. In: Der Standard (21. Februar 2007).

O.V.: Kdolsky will Ambulanzen nicht schließen. In: Der Standard (27. Februar 2007).

O.V.: Arbeitsgruppe zur Krankenversicherung. In: Die Presse (7. März 2007).

O.V.: Kdolsky für Zusammenlegung der Krankenkassen. In: Die Presse (12. April 2007).

O.V.: Kdolsky will neun Länderkassen fusionieren. In: Die Presse (13. April 2007).

O.V.: Kdolsky schwächt Krankenkassen-Pläne ab. In: Die Presse (15. April 2007).

O.V.: Unger: „Gesundheitswesen entpolitisieren“. In: Salzburger Nachrichten (16. April 2007).

O.V.: Krankenkassen: 134 Millionen an SV-Beiträgen fehlen. In: Die Presse (8. Mai 2007).

O.V.: Krankenversicherung hatte 2006 Defizit von 61 Mio. In: Die Presse (16. Mai 2007).

O.V.: Defizit der Krankenkassen steigt massiv. In: Der Standard (18. Mai 2007).

O.V.: Doppelte Gesundheitskosten bis 2050. In: Der Standard (22. Juni 2007).

O.V.: Beitragserhöhungen bei Krankenkassen. In: Die Presse (5. Juli 2007).

O.V.: Beiträge werden angeglichen. In: Der Standard (6. Juli 2007).

O.V.: Krankenkassen: Einheitliche Beiträge ab 2008. In: Die Presse (6. Juli 2007).

O.V.: Zwei Prozent „Deckel“ für Rezeptgebühr. In: Der Standard (12. Juli 2007).

O.V.: Österreich lässt sich Gesundheit viel kosten. In: Der Standard (20. Juli 2007).

O.V.: 25 Milliarden Euro für die Gesundheit. In: Der Standard (3. September 2007).

O.V.: Beschluss für Gruppenpraxen noch heuer. In: Der Standard (3. September 2007).

O.V.: Intrigen und Ärztestreik. In: Salzburger Nachrichten (8. Oktober 2007).

O.V.: Ärztestreik: Kdolsky sieht Einigung. In: Die Presse (9. Oktober 2007).

O.V.: Ärztestreik: Kdolsky zieht die Notbremse. In: Salzburger Nachrichten (9. Oktober 2007).

O.V.: Ärztestreik: Rechnungshof übt Kritik an Wiener Krankenkasse. In: Die Presse (29. Oktober 2007).

O.V.: Wiener Krankenkasse mit Geldsorgen. In: Der Standard (30. Oktober 2007).

O.V.: System-Diagnose von fünf Experten. In: Der Standard (13. November 2007).

O.V.: Defizit der Krankenkassen steigt weiter. In: Die Presse (16. November 2007).

O.V.: Teure Pillen machen es den Kassen schwer. In: Der Standard (20. November 2007).

O.V.: Gesundheitssystem: Ärzteschaft warnt vor „heimlichem Umbau“. In: Die Presse (22. November 2007).

O.V.: WGKK: Regierung sucht Wege aus der Finanzkrise. In: Die Presse (27. November 2007).

O.V.: Kassenreform: Ärzteverträge sollen leichter kündbar sein. In: Der Standard (30. Jänner 2008).

O.V.: „Schweinerei zu Lasten der Ärzte“. In: Die Presse (31. Jänner 2008).

O.V.: Suche nach dem Schwarzen Peter in der Gesundheitsreform. In: Die Presse (1. Februar 2008).

O.V.: Krankenkassen zahlten 2007 30,5 Mio. an Zinsen. In: Die Presse (5. Februar 2008).

O.V.: Krankengeld für die Banken. In: Salzburger Nachrichten (5. Februar 2008).

O.V.: Krankenkassen: 30,5 Millionen Zinsen. In: Der Standard (6. Februar 2008).

O.V.: Neun leere Kassen. In: Der Standard (8. Februar 2008).

O.V.: Pharmaindustrie will keine „Melkkuh“ sein. In: Der Standard (8. Februar 2008).

O.V.: ÖVP will fixen Oberbetrag für Rezeptgebühren. In: Der Standard (11. Februar 2008).

O.V.: Rechnungshof sieht 80 Mio. Einsparungspotenzial bei WGKK. In: Die Presse (22. Februar 2008).

O.V.: Prüfbericht: Wiener Kasse soll 80 Millionen einsparen. In: Die Presse (23. Februar 2008).

O.V.: Wiener Kasse soll 80 Millionen einsparen. In: Salzburger Nachrichten (23. Februar 2008).

O.V.: Dorner: Ärzte sollen Medikamente abgeben dürfen. In: Die Presse (16. März 2008).

O.V. Medikamenten-Abgabe durch Ärzte: Kdolsky dagegen. In: Der Standard (18. März 2008).

O.V. Gesundheit in Zahlen. In: Der Standard (28. März 2008).

O.V.: Gesundheitsreform-Papier der Sozialpartner steht. In: Die Presse (6. April 2008).

O.V.: Sozialpartner wollen 600 Mio. jährlich einsparen. In: Die Presse (7. April 2008).

O.V.: „Keine Leistungskürzungen“. In: Salzburger Nachrichten (7. April 2008).

O.V.: Kdolsky für Einzelverträge mit Ärzten. In: Die Presse (7. April 2008).

O.V.: Holding soll Hauptverband ersetzen. In: Der Standard (8. April 2008).

O.V.: „Es ist genug Geld im System“. In: Die Presse (8. April 2008).

O.V.: Ärzte: „Lassen uns nicht abschlachten“. In: Salzburger Nachrichten (8. April 2008).

O.V.: Sozialpartner-Plan: OÖGKK hat „Angst um Gesundheitssystem“. In: Die Presse (8. April 2008).

O.V.: Sozialpartner wollen Gesundheitssystem umkrempeln. In: Salzburger Nachrichten (9. April 2008).

O.V.: Protest aus Oberösterreich. In: Der Standard (9. April 2008).

O.V.: Gesundheitsreform-Papier der Sozialpartner steht. In: Salzburger Nachrichten (10. April 2008).

O.V.: Gastgewerbe: Raucherschutz fürs Personal. In: Die Presse (16. April 2008).

O.V.: Begutachtung der Gesundheitsreform nach Pfingsten. In: Die Presse (7. Mai 2008).

O.V.: Krankenkassen: Molterer lässt ÖAAB-Chef abblitzen. In: Die Presse (8. Mai 2008).

O.V.: Nur noch Finanzfragen offen. In: Der Standard (9. Mai 2008).

O.V.: Details zur Gesundheitsreform noch offen. In: Die Presse (12. Mai 2008).

O.V.: Regierung einigt sich auf Gesundheitsreform. In: Die Presse (13. Mai 2008).

O.V.: Apotheker sollen künftig über Medikamente entscheiden. In: Salzburger Nachrichten (14. Mai 2008).

O.V.: Gesundheitsreform: Der erste „Mosaikstein“ ist am Tisch. In: Die Presse (14. Mai 2008).

O.V.: Buchinger sieht Einigung bei Gesundheitsreform. In: Salzburger Nachrichten (14. Mai 2008).

O.V.: Neugebauer droht mit Nein. In: Der Standard (17./18. Mai 2008).

O.V.: Feilschen um Medikamente. In: Der Standard (17./18. Mai 2008).

O.V.: Experten: Spitalskosten „explodieren“. In: Der Standard (23. Mai 2008).

O.V.: Feilschen um Medikamente. In: Der Standard (17./18. Mai 2008).

O.V.: Ärzte wollen Reform „bis zum Umfallen“ bekämpfen. In: Die Presse (19. Mai 2008).

O.V.: „Der schwärzeste Tag für die Ärzte“. In: Der Standard (19. Mai 2008).

O.V.: Ärzte tüfteln an Strategie in Grado. In: Die Presse (19. Mai 2008).

O.V.: Eine Reform und ihre vielen Gegner. In: Der Standard (19. Mai 2008).

O.V.: Ärzte machen gegen Reform mobil. In: Die Presse (19. Mai 2008).

O.V. Ärztestreik wäre „Vertragsbruch“. In: Der Standard (23. Mai 2008).

O.V. “Die Ärzte werden von allen Seiten bedroht”. In: Der Standard (24./25. Mai 2008).

O.V.: Generika-Anteil gestiegen. In: Der Standard (27. Mai 2008).

O.V.: Gesundheitsreform spaltet den ÖGB. In: Die Presse (27. Mai 2008).

O.V.: Scharfe Ablehnung der Reformpläne. In: Der Standard (28. Mai 2008).

O.V.: Kdolsky will Spitalsstruktur im Herbst angehen. In: Der Standard (28. Mai 2008).

O.V.: Nationalrat bremst Regierung bei Gesundheitsreform. In: Die Presse (29. Mai 2008).

O.V.: “Sehr gut begonnen”. In: Der Standard (29. Mai 2008).

O.V.: Krankenkassen: Wirtschaftler warnt Regierung. In: Die Presse (30. Mai 2008).

O.V.: Streit um engen Zeitplan für die Gesundheitsreform. In: Der Standard (31. Mai 2008).

O.V.: “Sofortiger Handlungsbedarf”. In: Der Standard (31. Mai/1. Juni 2008).

O.V.: Gesundheitsreform: Regierung schlägt Ärzten Kompromiss vor. In: Die Presse (2. Juni 2008).

O.V.: Grüne legen Gesundheitspaket vor. In: Der Standard (3. Juni 2008).

O.V.: Verhandlungen auf allen Ebenen. In: Der Standard (4. Juni 2008).

O.V.: Die Gesundheitsreform muss dem Patienten dienen. In: Die Wirtschaft (6. Juni 2008, Nr. 24/63. Jahrgang).

O.V.: Keine Ordination am 16. Juni. In: Der Standard (9. Juni 2008).

O.V.: ÖGB will nicht umfallen. In: Der Standard (14./15. Juni 2008).

O.V.: Kassensanierung: Kein Beschluss am Donnerstag. In: Der Standard (2. Juli 2008).

O.V.: Gesundheitsreform: Regierung will Ärzten entgegenkommen. In: Die Presse (3. Juli 2008).

O.V.: Rot-Schwarz kommt Ärzten bei Reform entgegen. In: Der Standard (4. Juli 2008).

O.V.: Gesundheitsreform: Gespräche wieder gescheitert. In: Die Presse (4. Juli 2008).

O.V.: Ordinationen bleiben heute geschlossen. In: Der Standard (7. Juli 2008).

O.V.: Die offenen Baustellen der Koalition. In: Der Standard (8. Juli 2008).

O.V.: Krankenkassen drängen auf frisches Geld nach der Wahl. In: Der Standard (16. Juli 2008).

O.V.: Oberösterreichische Kasse im Minus. In: Der Standard (14./15. August 2008).

O.V.: Gesundheitsreform gescheitert: Aufgeschoben ist nicht aufgehoben. In: Mitteilungen (3. Oktober 2008, Nr.3/49. Jahrgang), S.6-7.

O.V.: Die Chronologie einer fehlgeschlagenen Reform. In: Mitteilungen (3. Oktober 2008, Nr.3/49. Jahrgang), S.8-10.

O.V.: Ärzte für Entschuldung der Krankenkassen. In: Der Standard (4. November 2008).

O.V.: Kassenminus niedriger als angenommen. In: Der Standard (19. November 2008).

O.V.: Bittner fordert Bundshaftung für Gebietskrankenkassen. In: Der Standard (10. Dezember 2008).

O.V.: Die Last der Zinsen. In: Der Standard (22. Dezember 2008).



Öhlinger, Theo: Die Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. In: Das Recht der Arbeit, Heft 277, Juni 2002, S.191-201.

Petersen, Thomas: Optimale Anreizsysteme - Betriebswirtschaftliche Implikationen der Prinzipal-Agenten-Theorie. Wiesbaden, Gabler, 1989.

Pfaff, Anita B. et al: Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Berlin, edition sigma, 2006.

Pfeiffenberger, Alfred: Gebremste Reform. In: Salzburger Nachrichten (9. März 2007).

Pfeiffenberger, Alfred: GKK: „Wehren uns mit allen Mitteln“. In: Salzburger Nachrichten (14. Mai 2008).

Pichler, Johannes W. (Hg.): Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung. Wien, Verlag Österreich, 2001.

Pink, Oliver: „Die Politik hat der Kassa Geld entzogen, bis sie pleite war“. In: Die Presse (29. November 2007).

Pollack, Karin: Ein Gesundheitspapier, fünf Befunde. In: Der Standard (18. April 2008).

Quadagno, Jill: One Nation Uninsured. Why the U.S. Has No National Health Insurance. Oxford, University Press, 2005.

Radner, Alfred: Strukturprobleme der Krankenversicherung. Linz, Rudolf Trauner, 1977.

Radner, Alfred (Hg.): Öffentliche - Private Krankenanstalten im Spannungsfeld der Sozialversicherung, Finanz- und Gesundheitspolitik. Linz, Universitätsverlag Rudolf Trauner, 1992.

Rauch-Kallat, Maria: Kritische Diskussion. In: Kompetenz (Ausgabe 4, 5. April 2004).

Rauscher, Magdalena: Der vorsichtige Wille zur Reform: Auf die Analyse folgt eine Analyse. In: Kurier (3. Dezember 1998).

Rauscher-Weber, Magdalena: Die Leiden eines Systems. In: Kurier (10. April 2004).

Rechnungshof: Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse. Prüfbericht – Onlineversion. Wien, Februar 2008.

Rentzsch, Anne: Es geht noch besser. In: Der Standard (12. November 2007).

Resch, Katharina: Gesundheitsförderung als neue Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich – Alibi oder Re-Orientierung?. Wien, Dipl., 2007.

Resch, Reinhard: Krankenbehandlung und Ökonomiegebot in Österreich. In: Jabornegg, Peter, Rech, Reinhard, Seewald, Otfried (Hg.): Ökonomie und Krankenversicherung. Wien, Manz, 2001.

Rimpel, Robert: Die Sozialversicherung - Geschichte und Zukunftsentwicklung. In: Soziale Sicherheit, Heft 11, November 1964.

Rosengren, Andreas: Sozialversicherung am Prüfstand. In: Wirtschaftsblatt (30. September 1999).

Roßmann, Bruno, Talos, Emmerich: Materielle Sicherung im Wohlfahrtsstaat. In: Talos, Emmrich (Hg.): Der geforderte Wohlfahrtsstaat, Traditionen - Herausforderungen – Perspektiven. Wien, Löcker, 1992.

Rudda, Johannes: Reform der Organisation und der Selbstverwaltung in der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1993, S.141-154.

Rudolf, Gert: Eduard Graf Taaffe, Franz Kafka, Josef Resch, Lorenz Böhler, Friedrich Hillegeist. In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989, S.61-86.

Rudolf, Gert: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 9, September 1989.

Ruzicka, Johanna und Nimmervoll, Lisa: Chefarztpflicht in Chaosgefahr. In: Der Standard (16. März 2005).

Rümmele, Martin: Empörung macht die Kassen nicht gesund. In: Der Standard (8. April 2008).

Sallinger, Rudolf: Soziale Sicherheit auch in der Zukunft sichern. In: Soziale Sicherheit, Heft 6, Juni 1977.

Salomon, Martina: Mehr Qualitätskontrolle für Arztpraxen. In: Der Standard (13. August 2003).

Salomon, Martina: Pillenpaket mit Nebenwirkungen. In: Der Standard (25. November 2003).

Salomon, Martina: Preiskampf um Medikamente. In: Der Standard (3. Dezember 2003).

Salomon, Martina: Wo Patienten besser aufgehoben wären. In: Die Presse (12. September 2007).

Schencking, Franz: Entwicklungsmöglichkeiten privater Krankenversicherung. Zur Rekonstruktion des Versicherungsbegriffes. Wiesbaden, Gabler, 1999.

Scharsach, Herta: Sozialversicherung wird Koalitionsthema - Stummvoll will "Profis" in die Führung. In: Die Presse (6. September 1990).

Scharsach, Herta: Privilegien fallen. In: Die Presse (24. August 1993).

Schlosser, Hannes: Gesundheitswesen aus der Kostenkrise führen. In: Der Standard (21. August 2003).

Schmid, Tom: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung. In: Weg und Ziel, Nr.11, 1989.

Schmid, Tom: Selbstverwaltung – Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Sozialversicherung. Wien, Kammer für Arbeiter und Angestellte, 2001.

Seidl, Conrad: Dämpfer für Medikamentenpreise. In: Der Standard (20. Juli 2004).

Seidl, Conrad: Wirbel um Chipkarte: FPÖ und SPÖ murren. In: Der Standard (7. September 2004).

Seidl, Conrad: Nicht nur mit dem Rotstift. In: Der Standard (8. November 2004).

Seidl, Conrad: Umfrage: Lob der Krankenkassen. In: Der Standard (28. Februar 2005).

Seidl, Conrad: E-Card wurde um 13 Millionen teurer. In: Der Standard (30. Mai 2006).

Seidl, Conrad: Weißer Kittel, roter Stift. In: Der Standard (12. Juli 2006).

Seidl, Conrad: Mediziner wollen nicht "billige und willige Ärztesklaven" sein. In: Der Standard (28. Mai 2008).

Siller, Hans: Die Verlierer der „Gesundheitsreform“ werden als Letztbetroffene die Versicherten sein. Presseaussendung (16. Mai 2008).

Sonnleitner, Kristina: Das Gebot der wirtschaftlichen Betrachtungsweise gemäß § 539a ASVG. Wien, Linde, 2005.

Sozialwissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Wien, 1976.

Spitzauer, Martin: Stationen der gewerblichen Sozialversicherung. In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989, S.249-258.

Spreitzer, Susanne et al: Gut versichert. Wien, Paperback, 2006.

Spudich, Helmut: E-Health ist noch eine Baustelle. In: Der Standard (12. Juli 2006).

Statistik Austria, Homepage: [statistik.at](http://statistik.at)

Stein, Dwora: Gesundheit in Gefahr. In: Kompetenz (Ausgabe 4, 5. April 2004).

Steinnocher, Kurt: Die zentrale Datenverarbeitung in der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 9 1974.

Stepan, Adolf: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989, S.275-291.

Straubhaar, Thomas et al: Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen. Beschäftigungsauswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems. Baden-Baden, Nomos, 2006.

Strejcek, Gerhard: Ungesundes Kompetenzgerangel. In: Der Standard (11. Juni 2008).

Stuiber, Petra: Pillen bald teurer als Ärzte. In: Der Standard (10. August 2006).

Stuiber, Petra und Toth, Barbara: „So stelle ich mir die Arbeit vor“. In: Der Standard (12. Juli 2007).

Talos, Emmerich: Staatliche Sozialpolitik in Österreich - Rekonstruktion und Analyse, 2. Auflage. Wien, Verlag für Gesellschaftskritik, 1981.

Talos, Emmerich: Sozialpolitik. In: Dachs et al: Handbuch des politischen Systems Österreichs. Die Zweite Republik, 3. Auflage. Wien, Manz, 1997.

Talos, Emmerich: Sozialpolitik in der Ersten Republik. In: Dachs et al: Handbuch des politischen Systems Österreichs. Erste Republik 1918 –1933. Wien, Manz, 1995.

Teschner, Helmut: 100 Jahre Sozialversicherung im Spiegel der Literatur. In: Rudolf, Gert (Hg.): 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Horn, Berger & Söhne, 1989, S.259-274.

Thiede, Michael: Gesundheit und Wirtschaftlichkeit. Ein Beitrag zur Evaluation und Verteilung von Gesundheitsgütern im System der Krankenversicherung. Frankfurt am Main, Lang, 1998.

Toeppfer, Johannes: Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat. Bayreuth, P.C.O, 1997.

Tomandl, Theodor (Hg.): Von der Krankenversicherung zur sozialen Vorsorge. Wien, Universitätsbuchhandlung Ges.m.b.H, 1972.

Tomandl, Theodor: Sind 100 Jahre Sozialversicherung genug?. In: Die Presse (28. August 1987).

Tomandl, Theodor: 100 Jahre Sozialversicherung in Österreich. Wien, Ueberreuter, 1988.

Tomandl, Theodor: Das Netz der sozialen Sicherheit. In Mantl, Wolfgang (Hg.), Politik in Österreich: Die Zweite Republik: Bestand und Wandel. Wien, Böhlau, 1992, S.723-736.

Toth, Barbara: Breite Front gegen Rauch-Kallats Pläne. In: Der Standard (31. Juli/1. August 2004).

Toth, Barbara: Breite Front gegen Rauch-Kallats Pläne. In: Der Standard (31. Juli/1. August 2004).

Toth, Barbara: Ärger über Gesundheitsleistungsinformation. In: Der Standard (7./8. August 2004).

Toth, Barbara: Rauch-Kallats Gesundheitsberater. In: Der Standard (30./31. Oktober/1. November 2004).

Toth, Barbara: Blau-oranger Paarlauf in der E\_Card-Causa. In: Der Standard (15. Februar 2006).

Tschudi, Peter: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung. In: SMUV-Zeitung Nr. 46, 1987.

Thür, Hans: Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung - "Den Nulltarif gibt es nicht". Wien, 1988.

Usar, Robert: Die historische Entwicklung der privaten Krankenversicherung unter Berücksichtigung der aktuellen Situation. Wien, Diss., 1989.

Urschitz, Josef: Der Fasching hat schon begonnen. In: Die Presse (6. Dezember 2005).

Völker, Michael: „Das ist ein Schnellschuss, der nicht funktioniert“. In: Der Standard (17./18.. Mai 2008).

Wassener, Dietmar: Das Gesundheits-Strukturgesetz 1993 und die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt am Main, Lang, 1995.

Weigel, Wolfgang, Schneider, Friedrich: Determinanten der Entwicklung der österreichischen Sozialversicherung 1945-1985. Forschungsbericht 1987.

Wesenauer, Andrea und Bencic, Werner (Hg.): Betriebswirtschaftliche Instrumente der Unternehmenssteuerung in der sozialen Krankenversicherung. Linz, 2006.

Winkler-Hermaden, Rosa: „Ich bin gegen unnötigen Zeitdruck“. In: Der Standard (6.Juni 2008).

Winkler-Hermaden, Rosa: Ärztestreik: 15.000 Ordinationen geschlossen. In: Der Standard (16.Juni 2008).

Wolff, Karl-Heinz: Entwicklungstendenzen der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft 5, Mai 1970.

Wolff, Karl-Heinz: Die Entwicklung der EDV in der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit, Nr.10 1981.

Wörgetter, Sylvia: „Bereiten uns auf Streik vor“. In: Salzburger Nachrichten (9. Oktober 2007).

Wörgetter, Sylvia: Vorspiel zur Kassenreform. In: Salzburger Nachrichten (9. Februar 2008).

Wörgetter, Sylvia: Finanzspritze rettet Kassen. In: Salzburger Nachrichten (14. Mai 2008).

Zimmermann, Maria: Mehr Geld, um zu sparen. In: Salzburger Nachrichten (8. April 2008).

Zornig, Gabi: Rauch-Kallat will Selbständigen-Kasse schon im Herbst. In: Kurier (27. Juli 2004).

Zupancic, A.: Die Entwicklung schreitet weiter. In: Soziale Sicherheit, Heft 1, Jänner 1964.



## 18. Anhang

### 18.1. Zusammenfassung

Die Entwicklung der österreichischen Sozialversicherung und Krankenversicherung war durch zahlreiche Einzelregelungen seit Beginn des frühen 19. Jahrhunderts gekennzeichnet, ehe es 1889 zur Geburtsstunde der Sozialversicherung in Österreich kommen sollte. In den Folgejahren wurde kontinuierlich der Kreis der Begünstigten erweitert, mit der Ausweitung der Krankenversicherungspflicht 1920/1921 waren etwa 60 Prozent in Österreich krankenversichert. Durch die Weltwirtschaftskrise wurde auch die gesetzliche Versicherung vor Finanzierungsprobleme gestellt, Folgen waren unter anderem ein erster Konzentrationsprozess der Krankenkassen.

Noch während des Zweiten Weltkrieges wurden die Grundlagen für eine Neuordnung der Sozialsysteme und eine ausgebauten Krankenversicherung geschaffen. Eine zehnjährige Vorlaufphase resultierte schließlich 1955 im auf dem Prinzip der Selbstverwaltung basierenden Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), in dem erstmals eine umfassende Kodifizierung unter Berücksichtigung damaliger Gegebenheiten und moderner Entwicklungstendenzen unternommen wurde. Zusätzlich wurden das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) verabschiedet. Innerhalb der nächsten 20 Jahre stieg der Anteil der krankenversicherten Menschen in Österreich von etwa 70 Prozent bei Einführung des ASVG zu erstmals über 99 Prozent im Jahr 1978.

Seit der Einführung des ASVG ist auch die Finanzierung der Krankenversicherung ein heikles Thema, erste Schwierigkeiten traten bereits in den ersten Jahren auf und wurden letztlich stets stückweise behoben. Obwohl im Jahr 1976 etwa 17 Sozialversicherungsträger im Bereich der Krankenversicherung mit einem passiven Gebarungsergebnis abschlossen, dauerte es noch über zehn Jahre, ehe erstmals eine größere Diskussion über eine tiefgehende Reform beginnen sollte. Zu einer Systemänderung kam es allerdings nicht, stattdessen wurden Defiziten in der Krankenversicherung vor allem mit neuen Abgaben wie der Rezept- oder Krankenscheingebühr, Selbstbehalten und Erhöhung von Beitragssätzen oder der Höchstbemessungsgrundlage begegnet.

Ursachen für die Kostenexplosion sind vielfältig zu finden. Die demographische Entwicklung mit einer Überalterung etwa birgt höhere Kosten, die durch im höheren Lebensalter verstärkt auftretende Krankheiten und ihre Behandlungen anfallen. Medizinischer Fortschritt erlaubt es, das Leistungsangebot auszuweiten, was vielfach mit einem erhöhten Ressourcenbedarf einhergeht, die die kostendämpfenden Wirkungen meist übersteigen. Als ebenfalls kostenintensiv erweisen sich die in Österreich überdurchschnittlich hohe Krankenhaushäufigkeit und die Verweildauer in Spitälern. Diesen beiden Aspekten versuchte man mit dem Krankenanstaltenszusammenarbeitsfonds KRAZAF und der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung LKF zum Teil erfolgreich entgegenzusteuern. Als besonders in den letzten Jahren verstärkt hinzukommendes Problem erwies sich der Anstieg im Bereich der Medikamentenkosten.

Nicht zuletzt im Hinblick auf die mitunter prekäre Situation einiger Krankenkassen (wie etwa in Wien) kündigten die Regierungen im neuen Jahrhundert oftmals umfassende Gesundheitsreformen an, deren Umsetzungen allerdings meist von vorgeworfener politischer Einflussnahme mehr gekennzeichnet waren als von nachhaltiger Systemverbesserung.

Erschwert wird jede Reformbemühung in Österreich durch ein mitunter undurchschaubares Netz von Abhängigkeiten, Kompetenzen, Finanzierungsströmen und Interessen. Experten weisen seit Jahren auf Einsparungen im Millionen-, wenn nicht Milliardenbereich hin, die durch bessere Abstimmung über etwa Bundesländergrenzen, einheitliche Finanzierung, einheitlicher Planung und Effizienzsteigerung in unterschiedlichen Bereichen realisierbar sind. Einander entgegenstehende Interessen von Bund und Ländern, Sozialversicherung, Ärztekammer oder Pharmaindustrie verhinderten zuletzt auch die für Sommer 2008 geplante Gesundheitsreform. Eine von den Sozialpartnern ausgehandelte Reform scheiterte dabei vor allem am Widerstand der Ärzte und an innerparteilichen Interessensvertretungen, obwohl die zuständigen Minister ohnehin bereits in vielen Bereichen zu erheblichen Kompromissen bereit waren.

## 18.2. Abstract

Since the early nineteenth century the development of the Austrian social and health insurance has been marked by several sole arrangements, before the system of social insurance was finally established in 1889. In the following years more and more people were included in the group to benefit from this system. In 1920/1921 about 60 percent of the population were health insured. Because of the worldwide financial crisis in the late 20s and early 30s the health care system ran into troubles as well, one result amongst others was a concentration process of health insurance schemes in Austria.

During World War II the foundation for a new structure of social systems as well as improved health insurance was created for post war years. In Austria it took ten years of discussion and preparation till in 1955 the social insurance bill (ASVG) was passed. It was based on self administration and included a widely spread codification of social matters for the given time as well as for future and modern development. In addition to it the health and accident insurance bill for appointees ((B-KUVG) was passed as well as the commercial social insurance (GSVG) and the farmers social insurance (BSVG).

Within the next 20 years the number of people covered by health insurance in Austria increased from 70 percent when the ASVG was created to over 99 percent for the first time in 1978.

Since the introduction of the ASVG the financial aspect of health insurance in Austria has been a delicate matter. Only a few years afterwards, problems arose for the first time and like those to follow were solved piece by piece. Although 17 social insurance carriers finished the year 1976 with negative results, it took more than ten years till a nationwide discussion about possible changes in structure was held. A real reform didn't take place however. Instead deficits usually were answered with new contributions, for example on prescriptions or health insurance certificates, as well as cost sharing or increased contribution rates.

There are several reasons for the cost explosion in the health sector. The demographic development leads to 'excess of age' and therefore to higher costs, as older people suffer from more diseases and so require more treatment. Medical advance allows an increase in the service offer, which often goes along with a higher need for resources that outweigh the cost reducing effects of this development. Another factor is that patients in Austria spend more

time in hospitals and attend them more often a year than on worldwide average, leading to the introduction of the system KRAZAF, followed by the LKF to give hospitals less motivation to keep patients longer as required. Particularly in recent years the large increase in costs of pharmaceuticals developed into one of the biggest financial problems.

Primarily because of the drastic situation of some health insurance companies, as for example in Vienna governances in recent years often announced comprehensive reforms of the health insurance sector in Austria. But when it came to their implementation all reforms were criticised more for political exercise of influence than regarded as actual sustainable improvements within the system.

Any effort for a reform in Austria has to deal with a sometimes inscrutable network of dependencies, authorities, financial movements and interest conflicts. For years experts have pointed out that millions or even billions could be saved within the system by better coordination within the federal states, institutional financing and planning and increases in efficiency. However there are different kinds of interests within the political system, between the republic and the federal states, social insurance, medical association or pharmaceutical industry. Conflicts between those players were the reason the planned reform in the summer of 2008 had to be cancelled. A paper presented by the social partners fell through step by step because of the resistance of the medical association and lobbies within the governing parties although the ministers of social and health affairs both agreed to lots of compromises in their favour.

## CURRICULUM VITAE

**Name:** Erwin Eckhart

**Geburtstag:** 27. November 1976

**Geburtsort:** St. Pölten

**Familienstand:** ledig

**Staatsbürgerschaft:** Österreich

### **Ausbildung:**

**Schule:** Volksschule St. Pölten – Wagram  
BG & BRG St. Pölten Josefstraße (AHS Matura)

**Universität:** Studium Betriebswirtschaft am BWZ der Universität Wien  
Studium Theater-, Film- und Medienwissenschaft an der Universität Wien

**Weiterbildung:** Ausbildung zum „Geprüften PR-Berater für Kunstberufe“ an der Universität Wien / VWV