

# Das Gesundheitssystem in Österreich

*E-Card und umfangreiche Zuzahlungen – Folge 12 der RhÄ-Reihe „EU-Gesundheitssysteme“*

von **Julia Bathelt**

Die Organisation des österreichischen Gesundheitswesens entspricht in den Grundzügen dem hierzulande viel diskutierten System der Bürgerversicherung. Nahezu die gesamte Wohnbevölkerung (98 Prozent) gehört der gesetzlichen Krankenversicherung an. Anfang 1997 trat eine Gesundheitsreform in Kraft, deren Ziel es war, die langfristige Finanzierbarkeit des Systems sicherzustellen. Die Reform beruhte auf folgenden Pfeilern: gleicher Zugang aller zu Gesundheitsleistungen, solidarische Krankenversicherung, Mischfinanzierung aus Beitragsleistungen und allgemeinen Steuermitteln sowie die öffentliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen.

## Gesundheitsreform 2005

Die Gesundheitsreform von 2005 baut auf diesen Grundlagen auf. So wird beispielsweise eine stärkere Durchdringung des ambulanten und stationären Sektors angestrebt. Ferner wurde ein „Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ verabschiedet, das auf mehr Effizienz, Transparenz und Patientensicherheit zielt. Weitere Eckpunkte der Gesundheitsreform sind der Ausbau des e-Health-Bereichs, die Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung und die Intensivierung von Vorsorgemaßnahmen.

Das österreichische Sozialversicherungssystem umfasst insgesamt drei Bereiche: die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung. Neben den 17 Krankenkassen gibt es sieben Versicherungsanstalten, von denen einige zwei oder alle drei Sozialversicherungszweige abdecken. Finan-

ziert wird die Sozialversicherung durch Beiträge ihrer Versicherten und deren Arbeitgeber. Die Beitragshöhe orientiert sich am Einkommen des Versicherten, wobei es eine festgesetzte Höchstgrenze gibt. 2005 lag diese bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 3.630 Euro für unselbständige Erwerbstätige und 4.235 Euro für Selbständige. Nicht nur die Versicherten genießen Versicherungsschutz. Auch deren Kinder und Lebens- bzw. Ehepartner sind – von Ausnahmefällen abgesehen – beitragsfrei mitversichert, sofern sie nicht über eine eigene Krankenversicherung verfügen. Die Zahl der Beitragszahler liegt bei rund einem Drittel der Krankenversicherten. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben keine Werbung nötig, da die Mitgliedschaft vom Wohnort und der Berufsgruppenzugehörigkeit abhängig ist. Diese Praxis führt zu einer Vielzahl unterschiedlicher Regelungen.

## Umfangreiche Zuzahlungen

In Österreich sind umfangreiche Zuzahlungen üblich. So müssen Patienten jährlich zehn Euro für die elektronische Gesundheitskarte entrichten. Ärztlich verordnete Arzneimittel können in jeder Apotheke auf Rechnung der Krankenkasse bezogen werden. Pro Packung fällt jedoch ein Selbstbehalt von 4,45 Euro an – Härtefälle ausgenommen.

Ferner müssen Patienten sowohl für Hilfsmittel wie Brillen als auch bei Kuren und Krankenhausaufenthalten kräftig zuzahlen. Damit sollen nicht die medizinischen Leistungen, sondern „Hotelleistungen“ wie das Essen abgegolten werden. Fest-

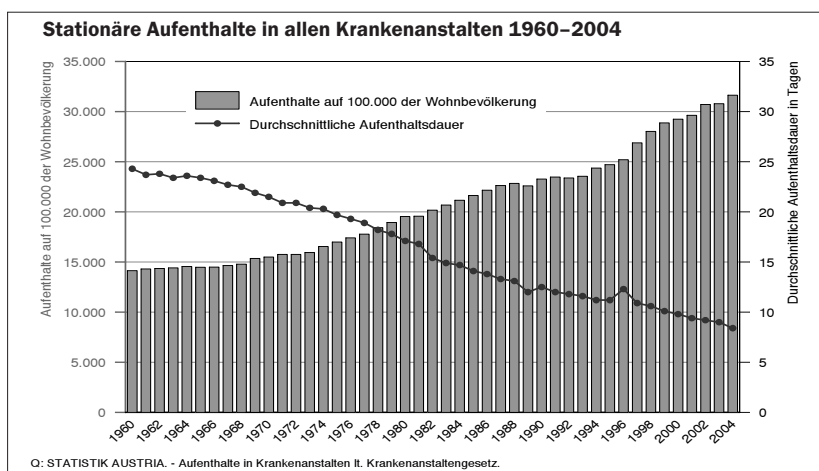
sitzender Zahnersatz – also Brücken, Kronen und Implantate – werden ebenso wie Sterbegeld schon seit einigen Jahren nicht mehr von den Krankenkassen übernommen.

Das Resultat: Etwa jeder dritte Österreicher hat neben seiner gesetzlichen Krankenversicherung noch eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Die privaten Versicherungen decken Risiken und Luxusleistungen ab, die nicht im Katalog der gesetzlichen Versicherungen vorgesehen sind.

## Gesundheitsausgaben

Die Österreicher gaben 2004 mit 9,6 Prozent ihres Bruttoinlandproduktes (BIP) weniger für Gesundheitsleistungen aus als die Deutschen (10,6 Prozent). Die öffentliche Hand finanzierte davon 70,7 Prozent (Deutschland: 76,9 Prozent). Damit liegen beide Länder im Trend der meisten OECD-Staaten, deren Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2004 rascher gewachsen sind als das BIP, nämlich von durchschnittlich sieben auf 8,9 Prozent.

Die österreichischen Krankenversicherungen gaben 2004 insgesamt 11,4 Milliarden Euro für Versicherungsleistungen aus. Am stärksten schlug die stationäre Versorgung mit 3,2 Milliarden Euro zu Buche. Ein weiterer großer Posten waren die Heilmittelausgaben: Rund 2,4 Milliarden Euro gaben die Sozialversicherungen für Arzneimittel aus. Dies entspricht einer Steigerung von 3,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Nicht enthalten sind die im Krankenhaus verabreichten Medikamente, deren Kosten mit den Fallpauschalen abgerechnet werden. Die Verwal-



tungskosten aller Krankenversicherungsträger machten drei Prozent an den Gesamtausgaben aus.

### Mehr als 38.000 Ärzte und Zahnärzte

Die Zahl der praktizierenden Ärzte hat sich seit 1975 mehr als verdoppelt. Derzeit üben gut 38.000 Ärzte und Zahnärzte ihren Beruf aus. Dabei ist ein klarer Trend zur Spezialisierung auszumachen: In den vergangenen 25 Jahren hat sich die Zahl der Fachärzte verdreifacht, während die der Allgemeinmediziner in deutlich geringerem Maße angewachsen ist. 2004 praktizierten rund 11.700 Allgemeinärzte in Österreich. Laut OECD-Angaben kommen 2,9 Ärzte auf 1.000 Einwohner (Deutschland: 2,7). Während die Ärztedichte bis 1998 stetig zugenommen hat, geht sie inzwischen leicht zurück. In Deutschland hat dieser Prozess bereits 1995 eingesetzt.

Jeder Arzt ist Pflichtmitglied der Österreichischen Ärztekammer, die wiederum in neun Landesärztekammern unterteilt ist. Die Ärztekammer nimmt Stellung zu Gesetzesvorschlägen, die die Angelegenheiten von Ärzten betreffen, vertritt die Ärzte in Verhandlungen (zum Beispiel mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger), vergibt die Kassenverträge und hat ein Mitspracherecht bei der Ärzteausbildung.

### Einzelverträge und e-card

Die ambulante ärztliche Versorgung obliegt den rund 18.000 nie-

dergelassenen Allgemein- und Fachärzten, die überwiegend in Einzelpraxen tätig sind. Erste Ansprechpartner sind die Hausärzte, die ihre Patienten bei Bedarf an Fachärzte oder Krankenhausambulanzen überweisen können. Die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte verfügt über Einzelverträge mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern. Grundlage hierfür sind die so genannten Gesamtverträge, die zwischen den Ärztekammern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ausgehandelt werden. Da es keine Kassenärztlichen Vereinigungen gibt, wird die Honorierung in den Einzelverträgen geregelt. Üblich ist ein Mischsystem aus Pauschalhonoraren und Einzelleistungvergütungen.

Die Abrechnung medizinischer Leistungen erfolgt über die elektronische Gesundheitskarte, die den Krankenschein Anfang 2006 abgelöst hat. Auf der e-card sind die administrativen und die Versicherungsdaten der Patienten sowie die europäische Krankenversicherungskarte gespeichert. Da die Karte mit einer elektronischen Signaturfunktion ausgestattet ist, kann sie auch im Bereich elektronischer Verwaltungsverfahren (e-Government) eingesetzt werden.

Versicherte können auch Ärzte ohne Vertrag konsultieren (Wahlarzthilfe). Die Krankenkassen übernehmen dann 80 Prozent der Kosten, die ein Vertragsarztbesuch verursacht hätte. In Gebieten ohne flächendeckende Versorgung können

die Krankenversicherungen jedoch Sonderregelungen festlegen und diese Kosten komplett zurückerstatten.

Neben frei praktizierenden Ärzten nehmen die so genannten Ambulatorien eine wichtige Funktion im ambulanten Sektor ein. Sie können sowohl von Privatpersonen als auch von den Sozialversicherungsträgern geführt werden. Ihre Aufgabenbereiche sind mit denen der niedergelassenen Ärzte vergleichbar. Auch die Krankenhausambulanzen sind eine wichtige Schnittstelle im österreichischen Gesundheitswesen und haben ihre Leistungsbereiche in den letzten Jahren stetig erweitert. Sie stehen sowohl für die Notfall- und Akutversorgung als auch für Vor- und Nachsorgeuntersuchungen bereit.

### Belegdauer halbiert

In Österreich gibt es 272 Krankenhäuser mit 67.700 Betten (Stand: Ende 2003). Dies entspricht 8,4 Betten pro 1.000 Einwohner. Im Jahr 2003 wurden rund 2,5 Millionen Patienten stationär versorgt. Mehr als 70 Prozent der Krankenhausbetten stehen in öffentlichen Häusern bereit. Weitere 27 Kliniken arbeiten ebenfalls nicht gewinnorientiert, so dass der gemeinnützige Krankenhausbereich knapp 80 Prozent der Betten umfasst. Länder und Landesgesellschaften sind die größten Krankenträger; hinzu kommen Häuser in der Trägerschaft von Gemeinden, Kirchen, Krankenkassen und Privatpersonen.

Seit Januar 1997 rechnen die öffentlichen und gemeinnützig geführten Krankenhäuser nach Fallpauschalen ab. Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) wird seit seiner Einführung ständig überprüft und weiterentwickelt. Dass die durchschnittliche Belegdauer trotz einer Zunahme der Krankenhausaufenthalte in den letzten Jahren reduziert werden konnte, schreibt das österreichische Gesundheitsministerium dem Fallpauschalensystem zu. Mit dieser Entwicklung liegt das Land im Trend der EU-Staaten.

### Internet:

[www.statistik.at](http://www.statistik.at)      [www.aek.or.at](http://www.aek.or.at)  
[www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at)      [www.oecd.org](http://www.oecd.org)