

Die Krankenversicherung in Österreich – Ein Erfolgsmodell?

Emmerich Tálos
Herbert Obinger

Bedarf es angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und des Alterungsprozesses in der Gesellschaft eines Systemwechsels in der Krankenversicherung? Die Gestaltung der Krankenversicherung in Österreich, die traditionell viele Parallelen mit dem deutschen System aufweist, zeigt, dass eine solidarische Gesundheitsversorgung trotz relativ niedriger Beitragsbelastung erreicht werden kann. Neben den Stärken beleuchtet der Beitrag auch die Problemzonen der österreichischen Krankenversicherung und stellt die Reformmaßnahmen der seit 2000 regierenden Mitte-Rechts-Regierung sowie die Positionen der Parteien und Verbände zur künftigen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems dar.

1

Einleitung

Die sozialpolitische Debatte in Österreich fokussierte bislang vor allem auf Probleme und Herausforderungen der Rentenversicherung. Erst allmählich rücken auch das Gesundheitssystem und dessen Weiterentwicklung unter veränderten ökonomischen, demografischen und sozialen Rahmenbedingungen in den Blickpunkt des Interesses. Ein wichtiger Punkt dabei ist, ob traditionelle Grundprinzipien wie das Prinzip der Solidarität auch die Zukunft der Gesundheitssicherung prägen und anleiten werden.

In der österreichischen Krankenversicherung sind vielfältige Solidaritätselemente verankert. Dies ist nicht nur an zentralen Gestaltungs- und Finanzierungsprinzipien, sondern nicht zuletzt auch am Begriff der „Sozialen Krankenversicherung“ ablesbar. Das bestehende Modell ist nach wie vor relativ erfolgreich, aktuell allerdings nicht ohne Probleme und Erosionstendenzen. Unter der erstmaligen Koalition zweier bürgerlicher Parteien, ÖVP und FPÖ bzw. BZÖ (2005) wurde in den letzten Jahren verstärkt die Option „Eigenverantwortung bzw. Eigenvorsorge“ ventilert und vorerst in der Erweiterung von Selbsthalten umgesetzt. Im Unterschied zur Rentenversicherung lief dies noch nicht auf einen einschneidenden, auch bereits gesetzlich verankerten Bruch mit den traditionellen Gestaltungsprinzipien hinaus. Die Aushöhlung des Solidaritätsprinzips ist auf der Ebene gesetzlicher Regelungen allerdings ebenso unübersehbar wie im aktuellen gesundheitspolitischen Diskurs.

2

Strukturen der Krankenversicherung

2.1 PFLICHTVERSICHERUNG FÜR ERWERBSTÄTIGE

Österreich zählt mit Deutschland seit den Anfängen des Sozialstaats im ausgehenden 19. Jahrhundert zum Typus der gesetzlich geregelten Krankenversicherung. Eines ihrer zentralen Kennzeichen ist die Pflichtversicherung für Erwerbstätige. Diese galt noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in erster Linie für Arbeiter, Angestellte und Beamte. Die Integration verschiedener Gruppen selbstständig Erwerbstätiger – Gewerblich Selbstständige, Bauern, Freie Dienstnehmer und Neue Selbstständige – erfolgte in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg (Tálos 1982). Die rechtliche Basis für die Regelung der Krankenversicherung für Arbeiter und Angestellte bildet das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) aus dem Jahr 1955, das in der Folgezeit auch zum Leitgesetz für die Entwicklung der Sozialversicherung der Selbstständigen wurde (Tálos 2005, S. 18). Im Gegensatz zu Deutschland ist damit annähernd die gesamte Bevölkerung Teil der Solidargemeinschaft in der Krankenversicherung. Dieser breite Versichertenkreis erwies bzw. erweist sich immer noch als solidaritätsstabilisierender Faktor. Im Unterschied zu Deutschland gibt es in personeller Hinsicht mit wenigen Ausnahmen¹ keine Ausstiegsmöglichkeit aus dem System der gesetzlichen Pflichtversicherung. Dessen ungeachtet ist ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung auch privat ver-

sichert. Allerdings ist dadurch nur die Inanspruchnahme zusätzlicher Service- und Komfortleistungen (z. B. Einbettzimmer im Krankenhaus) oder eine Rückversicherung von Selbstbehaltskosten, nicht jedoch ein Ausstieg aus der sozialen Krankenversicherung möglich (Wendt 2003, S. 181, 186).

Neben einer umfassenden Solidargemeinschaft bildet die Einbeziehung von Familienangehörigen versicherter Personen in die Krankenversicherung ein zweites zentrales Solidaritätselement. Auf diese Weise erhält nämlich mehr als ein Viertel der Bevölkerung ohne eigenständige Beitragsleistungen Zugang zu medizinischen Sachleistungen. Mitversichert sind in der Regel der Ehepartner (mit Einschränkung seit 2001) und die Kinder, sofern sie nicht selbst eigenständig versichert sind. Kinder sind grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beitragsfrei krankenversi-

¹ Angehörige Freier Berufe können seit dem Jahr 2000 bei einer privaten Versicherung einen Gruppenvertrag abschließen.

Emmerich Tálos, Prof. Dr., Institut für Staatswissenschaft Universität Wien.
Arbeitsschwerpunkte: Sozialstaat Österreich, Sozialpartnerschaft, Wohlfahrtsstaatsvergleich.
e-mail: Emmerich.Talos@univie.ac.at
Herbert Obinger, PD Dr., Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen.
Arbeitsschwerpunkte: Vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung und Politische Ökonomie.
e-mail: hobinger@zes.uni-bremen.de

chert. Im Fall einer Schul- bzw. Berufsausbildung kann die Mitversicherung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres bestehen. Darüber hinaus sind auch Empfänger von sozialen Transferleistungen (z. B. Sozialhilfebezieher, Arbeitslose) in die Krankenversicherung einbezogen. Schließlich besteht seit der 32. ASVG-Novelle (1977) die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung, die 1998 auch auf geringfügig Beschäftigte ausgedehnt wurde.

2.2 LEISTUNGSSPEKTRUM

Das Leistungsspektrum umfasst für unselbstständig Erwerbstätige Geldleistungen (Krankengeld, Wochengeld) sowie für alle Versicherten ein breites Spektrum von Sachleistungen: reichend von ärztlicher Hilfe, Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen, Vorsorgeuntersuchungen bis hin zu Arzneimitteln und Heilbehelfen. In Österreich besteht die freie Arztwahl,² nicht jedoch – wie in Deutschland – die freie Wahl der Kassen. Die Kassenzugehörigkeit ergibt sich in Österreich aus der beruflichen Tätigkeit.

2.3 FINANZIERUNGSSYSTEM

Ein drittes Solidaritätselement resultiert aus dem Finanzierungssystem. Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt ab der Geringfügigkeitsgrenze (2006: 333,16 €) über lohnprozentuale Beiträge der Versicherten und ihrer Dienstgeber, deren Höhe – anders als in Deutschland – vom Bundesgesetzgeber festgelegt wird.³ Der mit der einkommensabhängigen Finanzierung verbundene Umverteilungseffekt wird zwar durch die Höchstbeitragsgrundlage (2006: 3.750 € für ASVG-Versicherte) und die beitragsfreie Mitversicherung abgeschwächt (Guger 1996), ist jedoch in einem nicht unbeträchtlichen Ausmaß gegeben (Abschnitt 3). Zur Finanzierung des Gesundheitssystems tragen zudem öffentliche Mittel (vor allem in der Krankenhausfinanzierung), der „Arbeitsmarktservice“ (für Arbeitslose) sowie die Kostenbeteiligung der Versicherten bei. Letztere ist in Österreich im internationalen Vergleich sehr weit ausgebaut und umfasst Zuzahlungen bei Zahnersatz und Heilbehelfen, einen Selbstbehalt bei Krankenhaus- und Kuraufenthalten sowie eine Krankenschein- und Rezeptgebühr. Beamte, Bauern und Selbstständige müssen traditionell einen generellen Selbstbehalt von

20 % der Behandlungskosten tragen. Trotz Ausnahmebestimmungen für bedürftige Personen üben diese Zuzahlungen der Versicherten insofern einen entsolidarisierenden Effekt aus, als dadurch die für eine soziale Krankenversicherung charakteristische Trennung von Krankheits- und Finanzierungsrisiko abgeschwächt wird. Zudem besitzen die damit verbundenen finanziellen Lasten eine regressive Wirkung (Ziniel 2003, S. 407).

Insgesamt bestehen in der konkreten Ausgestaltung der Krankenversicherung ungeachtet ähnlicher Strukturen zwischen Deutschland und Österreich nicht unwesentliche Unterschiede im Hinblick auf den Versichertenkreis, das Ausmaß der solidarischen Finanzierung und die freie Wahl der Kassen. So sind durch die Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen in Österreich auch höhere Einkommensgruppen Teil der Solidargemeinschaft. Hinzu kommt, dass im Gegensatz zu Deutschland für besser Verdienende keine Möglichkeit besteht, von der gesetzlichen zu einer privaten Krankenversicherung zu wechseln. Darüber hinaus ist auch der steuerfinanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland. Allerdings ist in Österreich die Kostenbeteiligung der Versicherten im Krankheitsfall weiter ausgebaut (Ziniel 2003, S. 404). Diese unterschiedlichen Gestaltungsprinzipien schlagen sich in großen Differenzen in der Beitragsbelastung nieder: Derzeit liegen die Beitragssätze der Krankenversicherung in Österreich um fast 50 % unter dem bundesdeutschen Niveau: 2005 betrug in Deutschland der durchschnittliche Beitragssatz 13,72 %, während sich in Österreich der gesamte Beitragssatz für Arbeiter und Angestellte auf nur 7,5 % belief.

3

Realität der Krankenversicherung und gegenwärtige Situation

Durch die beachtliche personelle Ausdehnung des Versichertenkreises in der Nachkriegszeit entspricht die Krankenversicherung realiter dem Typus der Volksversicherung. Waren Ende der 1880er Jahre ca. 7 % und 1948 63,5 % der österreichischen Bevölkerung in die Krankenversicherung integriert, so erfasst diese heute laut einer

jüngsten Studie des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF 2004, S. 23) 97 % der ca. 8 Millionen Einwohner. Davon waren ca. 5,6 Mio. Beitragsleistende und ca. 2,1 Mio. (davon 1,6 Mio. Kinder) beitragsfrei Mitversicherte. Lücken im Versicherungsschutz wurden für 205.000 Personen (ab 15 Jahren) geortet. Nach Abzug von ca. 17.000 über einen Gruppenvertrag privatrechtlich versicherten Personen, von 18.000 registrierten Anspruchsberechtigten auf Krankenhilfe und etwa 8.000 Häftlingen in Justizanstalten verfügen somit zur Zeit ca. 160.000 Personen über keinen registrierten Leistungsanspruch im Krankheitsfall. Dies entspricht einem Anteil von 2,4 % an der Bevölkerung im Alter über 15 Jahre (BMGF 2004, S. 40; Dimmel 2003).

In organisatorischer Hinsicht ist die Krankenversicherung aus historischen Gründen territorial und berufsgruppenspezifisch fragmentiert. Für Arbeiter und Angestellte fungiert pro Bundesland eine Gebietskrankenkasse als Versicherungsträger. Daneben gibt es vier eigenständige Versicherungsanstalten für bestimmte Berufsgruppen (Bauern, Eisenbahner und Bergbaubeschäftigte, Beamte und Selbstständige der gewerblichen Wirtschaft) sowie sieben Betriebskrankenkassen. Auch der Beitragssatz und die Höchstbeitragsgrundlage variiert mit dem Berufsstatus. Der gesamte Beitragssatz in der Krankenversicherung der Arbeiter und Angestellten beträgt 2006 7,5 %; freie Dienstnehmer (ASVG) zahlen 7,1 %, Beamte 7,3 % und selbstständig Erwerbstätige 9,1 %, während in der Krankenversicherung der Bauern ein Satz von 7,5 % gilt. In jüngster Zeit wurde zwar die traditionelle Beitragsdifferenzierung zwischen Arbeitern und Angestellten durch Anhebung der Angestelltenbeiträge eingeebnet, dafür wurde bei den Arbeitern die Abkehr von der paritätischen Finanzierung vollzogen, sodass dort heute der Arbeitnehmeranteil 3,95 %, der Arbeitgeberanteil jedoch nur 3,55 % beträgt.

Im internationalen Vergleich (Riedel 2005) wird dem Gesundheitssystem von der Bevölkerung eine mustergültige medi-

² Versicherte können jeden Vertragsarzt aufsuchen. Bei Wahl eines Arztes ohne Kassenvertrag werden 80% der Kosten ersetzt, die im Fall einer Behandlung durch einen Vertragsarzt angefallen wären.

³ Dies gilt seit der 29. ASVG-Novelle aus dem Jahr 1973 (Wendt 2003, S. 114).

zinische Versorgung attestiert. Im EU-Vergleich zeigten sich in Österreich ca. 70 % der Befragten mit der medizinischen Versorgung sehr zufrieden bzw. zufrieden. Der Durchschnitt bei den EU-15 lag bei knapp über 40 %.

Bei den Gesundheitsausgaben rangiert Österreich im OECD-Vergleich im Mittelfeld (OECD 2004). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt momentan bei 8 % (WHO 2005, Tab. 5 und 6) – das entspricht ungefähr einem Viertel der gesamten Sozialleistungsquote in Höhe von 29 %. Der Großteil der Gesundheitsausgaben wird für Krankenhauskosten, ärztliche Hilfe und Medikamente verausgabt (Probst 2004). Der Verwaltungsaufwand macht 3,3 % (2002) aus. Von den gesamten Gesundheitsausgaben wurden im Jahr 2003 50,5 % von der Sozialen Krankenversicherung, 19,6 % von der öffentlichen Hand, 26,5 % von den privaten Haushalten (über Zuzahlungen und Selbstbehalte) und 3,4 % von privaten Krankenversicherungen getragen (Hofmarcher et al. 2005, S. 12).

Der soziale Ausgleich in der Krankenversicherung zeigt sich an der Umverteilung zwischen Kinderlosen und Familien mit Kindern,⁴ zwischen Einpersonen- und Mehrpersonen-Haushalten, zwischen Menschen mit geringem und höherem Krankheitsrisiko, zwischen niedrigen und höheren Einkommen sowie zwischen jungen und älteren Menschen. Dies wird auch durch die letzte⁵ vorliegende Untersuchung aus dem Jahr 1996 bestätigt (Guger 1996): Die Verteilung erfolgte primär horizontal, nämlich zwischen Gesunden und Kranken, wobei auf Rentner die höchsten Gesundheitsaufwendungen entfielen. Aber auch in vertikaler Hinsicht sind die Umverteilungswirkungen beträchtlich. So waren bei Haushalten im unteren Einkommensdrittel die Gesundheitsleistungen doppelt so hoch wie die geleisteten Krankenversicherungsbeiträge.

4

Aktuelle Probleme und Herausforderungen

Ungeachtet des annähernd umfassenden Versichertenkreises und hohen Versorgungsniveaus ist die Gesundheitsversorgung in Österreich auch mit einer Reihe von Problemen konfrontiert. Vier Pro-

Tabelle 1: Prognose der Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen

Jahr	Alter 15 bis 65	Alter 65 und älter	Verhältnis der über 65 Jährigen zu den 15–65 Jährigen
2000	5.478.118	1.258.992	1 : 4,35
2010	5.433.837	1.487.462	1 : 3,65
2020	5.298.432	1.701.585	1 : 3,11
2030	4.855.101	2.138.846	1 : 2,27
2050	4.334.083	2.325.200	1 : 1,86

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt (o. J.).

WSI Hans Böckler Stiftung

blemkreise sollen in der gebotenen Kürze thematisiert werden.

Eine erste Achillesferse bildet die Existenz von „Randgruppen“. Österle (2005, S. 10) nennt hier Behinderte, Obdachlose, psychisch Kranke, Migranten und sozial ausgegrenzte Personen, deren Zugang zu Gesundheitsleistungen massiv erschwert sei. Soziale Ungleichheit, vor allem Armut, spiegelt sich in Ungleichheiten in der Gesundheit ebenso wie in der gesundheitlichen Versorgung wider.⁶

Zweitens sieht sich die Krankenversicherung mit Finanzierungsproblemen konfrontiert. Weitgehend Konsens besteht darüber, dass die Gründe dafür primär auf der Einnahmenseite liegen (Probst 2004; Bittner 2005; Zechmeister/Meichenitsch 2004). Die Beitragseinnahmen der Krankenversicherung stiegen vor allem infolge des Rückgangs der Lohnquote (1978: 79,3 %, 2005: 67,9 %) langsamer als die Ausgaben. Betrug im Zeitraum zwischen 1997 und 2003 der Zuwachs bei den Versicherungsleistungen 27,7 %, so betrug die entsprechende Veränderung bei den Beitragseinnahmen nur 16,8 %. Die Rechnungsabschlüsse der Krankenkassen wiesen daher in den letzten Jahren ein Defizit von ca. 2 % der Gesamteinnahmen aus. Auf der Ausgabenseite schlugen sich der medizinische Fortschritt, steigende Arzneimittelkosten und der „Alterungsprozess“ der österreichischen Bevölkerung als wachsende Kosten zu Buche. Alle vorliegenden Prognosen gehen davon aus, dass sich der demografisch induzierte Finanzierungsdruck in den nächsten Jahrzehnten massiv zuspitzen wird (Tabelle 1).

Drittens blieben im Vergleich zur klassischen „Reparaturmedizin“ die Präventionsmaßnahmen ungeachtet der seit längerem existierenden allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen und der Mutter-Kind-Untersuchungen ein Stiefkind der Gesundheitspolitik (Badelt/Österle 1998, S. 39). Nicht zuletzt sieht sich die Gesundheitspolitik angesichts der dort vorherrschenden Kompetenzverteilung zwischen

Bund (Krankenversicherung) und Ländern (Krankenhäuser) mit einer Reihe von Koordinierungsproblemen konfrontiert. Die sehr komplexe Kompetenzsituation im Gesundheitswesen hat in der Vergangenheit nicht nur zu Doppelgleisigkeiten und Überkapazitäten im Krankenhausbereich geführt, sondern auch tief greifende Reformen im Gesundheitssystem verhindert. Allerdings wurden in den 1990er Jahren die so genannte leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung eingeführt und mittels einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern eine koordinierte Kapazitätsplanung im stationären Bereich auf den Weg gebracht, die allerdings jüngst auf eine neue Basis gestellt wurde.

5

Aktuelle Politik

Die Erosion traditioneller Grundprinzipien der sozialen Sicherung in Österreich, die sich vor allem in der Pensionsversicherung, ansatzweise auch in der Gesundheitsversorgung zeigt, steht mit den veränderten gesellschaftspolitischen Optionen und Prioritätensetzungen der bürgerlichen Regierungskoalition in den letzten Jahren in engem Zusammenhang. „Soziale Sicherung neu“ hat, wie es im Regierungsprogramm von 2000 heißt, im Vergleich zum bisherigen Selbstverständnis einen grundsätzlich anderen Ansatzpunkt: „Wir vertreten den Standpunkt, dass es zum Wesen einer sozialen Gesellschaft gehört, denjeni-

⁴ Allein im ASVG-Bereich werden pro Jahr ca. 1 Mrd. Euro für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige aufgewendet (Bittner 2005, S. 374).

⁵ Bisherige Bemühungen zur Erstellung einer aktuellen Evaluierungsstudie stießen auf Ablehnung seitens des Finanzministeriums.

⁶ Mit dem Zusammenhang von Armut und Krankheit haben sich einige Beiträge der Armutskonferenz im Jahr 2003 befasst (Fünfte Österreichische Armutskonferenz 2005; Schenk 2004).

gen zu helfen, die unzureichend oder gar nicht zur Selbsthilfe fähig sind. Moderne Sozialpolitik steht dabei im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Verantwortung, von Leistungsbereitschaft und Solidarität. Die Neuordnung der Aufgabenteilung zwischen staatlicher und privater sozialer Verantwortung gehört zu den größten Herausforderungen einer Sozialpolitik, die vor der drohenden Unfinanzierbarkeit und geringen sozialen Treffsicherheit immer teurer werdender Leistungen steht. Nur das, was erarbeitet und erwirtschaftet wird, kann auch verteilt werden. Grundsätzlich muss Vorsorge Vorrang vor Fürsorge haben“ (Regierungsprogramm 2000, S. 14). Eigenvorsorge, Eigenverantwortung und Subsidiarität sind zentrale Lösungen der schwarz-blauen Gesellschafts- und Sozialpolitik. Der ÖVP-Sozialsprecher *Feurstein* umschreibt eindrücklich die neue Konstellation: „Jetzt, da neben uns eben auch von der FPÖ die Subsidiarität, die Eigenverantwortung als genauso wichtig erachtet wird, konnten wir wichtige sozialpolitische Maßnahmen in den vergangenen zweieinhalb Jahren beschließen und auch durchsetzen“ (Nationalrat o. J.). Konkret beinhaltete das Regierungsprogramm 2000 für die Krankenversicherung ein v.a. auf Kostendämpfung zielendes Maßnahmenbündel. So sollten die Kassen u.a. ermächtigt werden, einen Selbstbehalt von bis zu 20 % in ihren Satzungen festzulegen (Regierungsprogramm 2000, S. 21-22). Wurden im Jahr 2000 Beitragserhöhungen noch dezidiert ausgeschlossen, so kündigte die Regierung im Regierungsprogramm 2003 die Anhebung der Beitragssätze für Rentner sowie die Einführung eines Ergänzungsbeitrags für Freizeitunfälle in Höhe von 0,1 % an.

5.1 LEISTUNGSKÜRZUNGEN

Die bislang realisierten Maßnahmen der ÖVP-FPÖ-Regierung zeitigen für die Versicherten negative Konsequenzen sowohl auf der Leistungs- als auch auf der Finanzierungsseite. Die Leistungskürzungen sind an einer Reihe neuer Regelungen ablesbar: So wurde die beitragsfreie Versicherung für nicht Kinder betreuende Ehefrauen/Lebensgefährten durch eine begünstigte Mitversicherung in Höhe des Arbeitnehmerbeitrages zur Krankenversicherung ersetzt. Per Erlass des Gesundheitsministeriums vom Mai 2000 wurden die Krankenkassen aufgefordert, aus Spargründen so genannte „satzungsmäßige Mehrleistungen“ auf den

Grundkatalog des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger zu reduzieren. Die Konsequenzen der Reduktion der Zuzahlungen durch die Krankenkassen (beispielsweise beim Zahnersatz) auf das gesetzliche Mindestmaß waren eine Nivellierung von Leistungen nach unten sowie ein Anstieg der privaten Ausgaben für Gesundheit. Der Entgeltfortzahlungsfonds in der Krankenversicherung der Arbeiter wurde abgeschafft und damit das Kündigungsrisiko kranker Arbeiter beträchtlich erhöht. Die Regelungen der Entgeltfortzahlung wurden zwar analog zum Regierungsprogramm 2000 zwischen Arbeitern und Angestellten angeglichen, dies erfolgte jedoch kostenneutral über eine geänderte Regelung des Urlaubsanspruches. Beim Ausscheiden während des Jahres kann der Urlaub nur noch anteilig in Anspruch genommen werden. Leistungen der Krankenkassen für Sehbehelfe erfuhren 2004 massive Einschränkungen.

5.2 KOSTENBETEILIGUNGEN

Die Kostenbeteiligung in Form der Rezeptgebühr, vor allem in Form diverser Selbstbehalte wurde beträchtlich erhöht, obwohl diesbezüglich Österreich schon seit geraumer Zeit im internationalen Vergleich zu den Spitzenreitern zählt (Pazourek 2005, S. 136; Bittner 2005, S. 376).

Zu den ersten konkreten Aktivitäten zählte die gesetzliche Einführung einer Ambulanzgebühr, deren Realisierung allerdings am Verfassungsgerichtshof scheiterte und schließlich zurückgenommen wurde. Die Regierung trat für die Ermächtigung der Sozialversicherungsträger ein, von allen Versicherten einen sozial gestaffelten Selbstbehalt zu erheben. Die diesbezügliche gesetzliche Regelung (§ 31 Abs. 5a ASVG) wurde bisher noch nicht umgesetzt. Dies scheint damit zusammenzuhängen, dass die Unbestimmtheit der gesetzlichen Vorgabe an den Hauptverband verfassungswidrig sein könnte. Nach dem Scheitern der Regierung in der Frage der Ambulanzgebühr und bei den ersten Versuchen einer Neuorganisation des Hauptverbandes dürfte die Regierung in den Monaten vor den Neuwahlen (voraussichtlich im Herbst 2006) eine neuerliche Niederlage nicht riskieren. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 wurde erneut die Kostenbeteiligung ausgeweitet. Krankenhäuser erhielten die Ermächtigung zur Erhöhung des Spitalskostenbeitrages (von 8 auf

10 €), zu den Kosten bei Heilbehelfen gibt es einen 10 %igen Selbstbehalt, die Rezeptgebühr wurde erhöht. Diese wie auch die anderen Belastungen im Rahmen der so genannten Gesundheitsreform treffen überwiegend Versicherte, nur zu einem geringen Teil die Arbeitgeber.

Für die Entwicklung insgesamt gilt: Während Beiträge zulasten der Versicherten angehoben wurden, erfolgten Kostenentlastungen bei den Unternehmen. Zu den Belastungen zählen die Anhebung des Beitragssatzes bei Angestellten und Rentnern, die Einführung eines „Zusatzbeitrages für Freizeitunfälle“ in Höhe von 0,1 % sowie die befristete Beitragserhöhung im Ausmaß von ebenso 0,1 % für den Zeitraum 2005–2008. Die Lohnkostensenkung für Unternehmen resultiert beispielsweise aus der Senkung des Krankenversicherungsbeitrages bei Zivildienstleistenden und des Arbeitgeberbeitrages zur Krankenversicherung von 3,95 % auf 3,55 %.

Gesetzliche Änderungen betrafen auch die Finanzierungsseite. Die Krankenkassen wurden einnahmenseitig durch Maßnahmen wie die Erhöhung der Zahlungsverpflichtung zur Krankenhausfinanzierung, die Senkung des Beitrags für Arbeitslose und Zivildienstleistende und die Verringerung der Zahlung der Pensionsversicherung an die Krankenversicherung belastet.

Im Unterschied zu den einschneidenden Veränderungen im Bereich der Pensionsversicherung wurden durch jüngste Maßnahmen im Wesentlichen graduelle Veränderungen in der Krankenversicherung realisiert. Allerdings ist unübersehbar, dass eine schleichende Erosion des Solidaritätsprinzips eingeleitet wurde. Diese Erosion wird an der Verschiebung der Beitragsparität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ersichtlich: Beiträge für Versicherte wurden erhöht, die von Arbeitgebern reduziert. Der neu eingeführte Ergänzungsbeitrag in Höhe von 0,1 % wird nur von den Versicherten getragen. Auf der gleichen Linie liegen der Ausbau und die Erhöhung von Selbsthalten. Diese Erosion der Beitragsparität zulasten der Arbeitnehmer ist ein Anzeichen des aktuellen Entsolidarisierungsprozesses im österreichischen Gesundheitssystem. Die ungleiche Belastung durch Kostenbeteiligungen (allgemein: Ziniel 2005; Meggeneder 2005) wird daran ersichtlich, dass 15 % der Versicherten 80 % der Leistungsaufwendungen der Krankenversicherung benöti-

gen. Dieser Trend wird auch durch eine Untersuchung der Auswirkungen von Selbsthalten in der Kärntner Gebietskrankenkasse bestätigt: 6 % der Versicherten benötigen 50 % des Kassenaufwandes. Im Durchschnitt bezahlen die Patienten je nach Leistungsart und Altersklasse bereits bis zu 40 % der Kosten selbst (Wurzer et al. 2005, S. 39, 51).

5.3 VORSORGE UND KOSTEN-DÄMPFUNGEN

Neben diesen Einschnitten wurden im Einklang mit dem Regierungsprogramm 2003 auch die Anstrengungen in den Bereichen Qualitätssicherung und Vorsorgemedizin intensiviert. Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 wurde die Qualitätssicherung durch die Schaffung eines für alle Gesundheitsdienstleister geltenden Gesundheitsqualitätsgesetzes gesetzlich verankert (Gaugg 2005, S. 159). Zudem wurden im Zuge dieser Reform auch die Organisationsstruktur des Gesundheitswesens und die Krankenhausfinanzierung neu geordnet. Durch die Gründung einer Bundesgesundheitsagentur und von Landesgesundheitsfonds auf Länderebene sollen die sektorübergreifende Abstimmung, Planung und Steuerung des Gesundheitswesens verbessert werden. Erwartet werden Kosteneinsparungen und Effizienzgewinne, die zur finanziellen Stabilität des Systems beitragen sollen. Gleichzeitig wurden dadurch dem Gesundheitssystem neue Mittel in Höhe von 300 Millionen € zugeführt, die neben Mitteln aus der Tabaksteuer aus den bereits skizzierten Leistungseinschnitten (Sehbehelfe), der Anhebung der Beitragsätze und der Höchstbeitragsgrundlage sowie der Ausweitung der Zuzahlungen aufgebracht wurden (Maksimovic/Felix 2005, S. 123).

Im Bereich der Arzneimittel wurde von der Regierung eine Stabilisierung des jährlichen Kostenwachses zwischen 3 % und 4 % im Jahr anvisiert. Auf Basis einer Vereinbarung zwischen dem Gesundheitsministerium, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Pharmawirtschaft sowie eines weiteren Übereinkommens unter Einbeziehung der Ärzte- und Apothekerkammer sowie des Arzneimittelgroßhandels wurden eine Reihe von Kostendämpfungsmaßnahmen realisiert. Diese umfassen die Ersetzung des bisherigen Heilmittelverzeichnisses durch einen Erstattungskodex, Änderungen bei der Chef-

arztspflicht, die Reduktion der Großhandels- und Apothekenaufschläge und die Einführung eines jährlichen Solidaritätsbeitrags der Pharmaunternehmen in Höhe von 2 % ihres mit den Sozialversicherungsträgern erzielten Arzneimittelumsatzes, den diese an den Hauptverband überweisen müssen (Wieninger 2004).

Schließlich wurde 2005 (gegen ein Entgelt von 10 € pro Jahr) bundesweit die so genannte e-card eingeführt, die in einem ersten Schritt den Krankenschein ersetzt und als europäische Krankenversicherungskarte dient. Mittelfristig soll die e-card durch Einbindung von Krankenhäusern und Apotheken zusätzliche Funktionen (z. B. e-Rezept und elektronische Befundübermittlung) übernehmen.

6

Wo geht die „gesundheitspolitische Reise“ hin?

Der aktuelle Diskurs über die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems bewegt sich im Wesentlichen zwischen den Optionen von mehr Effizienz, mehr Eigenverantwortung, der Abwehr der drohenden Unfinanzierbarkeit auf der einen Seite und der Sicherung eines qualitativ hoch stehenden, solidarischen Gesundheitssystems sowie seiner Finanzierung auf der anderen Seite. In programmatisch-perspektivischer Hinsicht wird von den entscheidungsrelevanten österreichischen Akteuren – im Unterschied zu Deutschland – bisher kein vollständiger Bruch mit dem System der Pflichtversicherung und dem Solidaritätsprinzip ventiliert. So lehnen beide Koalitionsparteien eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach Alter, Geschlecht etc. ab (Regierungsprogramm 2000, S. 36).

Regierungsparteien und Unternehmervertretungen reklamieren für die Zukunft des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung vor allem mehr Eigenverantwortung und Eigenvorsorge, zum Teil auch mehr Wahlfreiheit. So bekennt sich „Das Österreich-Programm der Volkspartei“ (Volkspartei 2002, S. 60) zum vollen, gleichen und unbeschränkten Zugang zu den Leistungen in einem nach dem Solidaritätsprinzip organisierten und finanzierten Krankenversicherungssystem. Betont wird zugleich, dass Prävention eine Stärkung der Eigenverantwortung erfordere.

Für den Regierungspartner BZÖ (2005, S. 6–7) ist es wichtig, „Gesundheit zu erhalten und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern“. Die eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge soll mit finanziellen Anreizen belohnt werden.

In der konkreten Ausgestaltung der Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren wurden diese Optionen der Regierungsparteien – wie ausgeführt – deutlicher und konkreter konturiert. In Kostenbeteiligungen wird einer der wichtigsten Lösungsansätze für die aktuelle Finanzierungsproblematik wie auch die zukünftige Ausrichtung des Gesundheitssystems gesehen.

Auch Repräsentanten der Wirtschaftskammer Österreich (2003, S. 6, 14) verdeutlichen sehr konkret, wohin sich das Gesundheitssystem bewegen sollte. Fokus ist gleichfalls die Eigenverantwortung bzw. die Kostenbeteiligung: „Zur Stärkung der Eigenverantwortung für eine gesundheitsbewusste Lebensweise fehlt ein Gesamtkonzept eines Systems von Kostenbeteiligungen, das Kontroll-, Steuerungs- und Finanzierungsfunktion übernimmt und gerecht wie sozialverträglich gestaltet wird“. Differenzierungen – wie die zwischen der Abdeckung eines größeren und kleineren Gesundheitsrisikos – sollten ebenso ermöglicht werden wie eine größere Auswahl von Versicherungsmodellen.

Ohne die solidarische Finanzierung der Leistungen des österreichischen Gesundheitssystems infrage zu stellen wird der Aspekt der Wahlmöglichkeit auch in den im Auftrag der Industriellenvereinigung erstellten „Vorschlägen für eine Reform des Gesundheitswesens“ (Köck/Patera 2002, S. 27) als ein wesentlicher Schritt betrachtet. Auf gleicher Linie liegt die von den Autoren aufgeworfene Frage, „ob es nicht zweckmäßig ist auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterschiedliche Prämienstrukturen in Verbindung mit unterschiedlichen Leistungspaketen anzubieten“ (Köck/Patera 2002).

Die derzeitigen Oppositionsparteien, SPÖ und Grüne, propagieren die Fortschreibung des tradierten solidarischen Gesundheitssystems. Die Grünen sehen in der „Beibehaltung der Pflichtversicherung für alle und der Gewährleistung ausreichender Leistungsangebote für Menschen ohne Versicherungsschutz“ Zeichen gelebter Solidarität (Grüne Bildungswerkstatt o. J., S. 15). Aufgrund der akuten Finanzie-

rungsprobleme im Gesundheitssystem gehen die Grünen davon aus, dass eine sofortige Rücknahme der Selbstbehalte nicht möglich sei. Allerdings lehnen sie jede weitere Ausweitung der Selbstbehalte ab und sehen in der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlagen und in der Einbeziehung von weiteren Einkommensquellen in die Finanzierungspflicht (wie Gewinne aus Mieten, Grundbesitz und Vermögen) Möglichkeiten zur Bewältigung der Finanzierungsprobleme.

Ähnliche Überlegungen kennzeichnen die gesundheitspolitischen Vorstellungen der SPÖ. Diese wie auch die Ablehnung der Ausweitung der Selbstbehalte und das Eintreten für eine Reduktion von Kostenbeteiligungen – aus Gründen der damit verbundenen Schieflage der Belastungen – sind

eingebettet in die vertretene Grundposition: „Der gleiche Zugang für alle zu Gesundheitsleistungen, eine bedarfsgerechte Versorgung und die Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip“ (SPÖ 2006).

Die realisierte Gesundheitspolitik der ÖVP-FPÖ(-BZÖ) Koalition deckt sich weitgehend mit ihren grundsätzlichen Vorstellungen. Ein Systembruch steht dabei bisher nicht auf der Regierungsagenda. Mit dem Plädoyer für mehr Eigenverantwortung korrelieren Schritte zur Erosion des Solidaritätsprinzips in der Krankenversicherung. Die partielle Abkehr von der Beitragsparität und die Ausweitung der Selbstbehalte stehen für die politische Strategie der Entsolidarisierung. Ob davon auch die weitere Entwicklung der österreichischen

Krankenversicherung geprägt sein wird, ist vor allem auch von den politischen Kräfteverhältnissen abhängig. Deren Änderung nach den Wahlen im Herbst 2006 gilt als sehr wahrscheinlich. Angesichts möglicher Koalitionsszenarien ist nicht von einer unveränderten Fortschreibung der schwarz-blau-orangen Gesundheitspolitik auszugehen. Bei Berücksichtigung der von SPÖ und Grünen ventilierten Optionen spricht im Fall ihrer Regierungsbeteiligung einiges dafür, dass das traditionelle Solidaritätsprinzip nicht weiter ausgehöhlt und das System der Pflichtversicherung aufrechterhalten wird. Um eine Änderung des traditionellen Finanzierungsmodus in Richtung Verbreiterung der Finanzierungsbasis würden sie dabei allerdings nicht umhin kommen.

LITERATUR

Badelt, C./Österle, A. (1998): Grundzüge der Sozialpolitik. Spezieller Teil: Sozialpolitik in Österreich, Wien

Bittner, F. (2005): Betrachtungen zur Entwicklung der Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit 9, S. 373–385

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.) (2004): Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Endbericht, Wien

BZÖ (2005): Bündnisoptionen. Das Österreich-Programm der Volkspartei. Unsere Ziele für Österreich, Wien, Grüne Bildungswerkstatt

Dimmel, N. (2003): Krankheit und Armutsrisiken, in: Tólos, E. (Hrsg.), Bedarforientierte Grundsicherung, Wien, S. 98–116

Fünfte Österreichische Armutskonferenz (2005): Pflicht zum Risiko? Dokumentation 05, Salzburg

Gugg, H. (2005): Gesundheitsreform 2005, in: Soziale Sicherheit 4, S. 156–166

Grüne Bildungswerkstatt (o. J.): Gesundheitspolitische Leitlinien der Grünen, Wien

Guger, A. (1996): Umverteilung durch öffentliche Haushalte in Österreich, Studie des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen, Wien

Hofmarcher, M. M./ Riedel, M./ Röhrling, G. (2005): Schwerpunktthema: Arztgebühr in Österreich – Wie viel bringt sie, und wer zahlt sie?, in: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, Erstellt durch das Institut für Höhere Studien Health Econ

Köck, C. M./ Patera, N. R. (2002): Vorschläge für eine Reform des österreichischen Gesundheitssystems; im Auftrag der österreichischen Industriellenvereinigung, Wien

Maksimovic, A./Felix, F. (2005): Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung ab 2005 im Rahmen der Gesundheitsreform, in: Soziale Sicherheit 3, S. 115–124

- Meggeneder, O.** (2005): Selbstbehalte und ihre Wirkung, in: Grillberger, K./ Pichler, J. W. (Hrsg.), Selbstbehalte in der gesetzlichen Krankenversicherung aus ökonomischer und rechtlicher Sicht, Wien/Graz, S. 117–131
- Nationalrat** (o. J.): Stenographische Protokolle XXI. GP., S. 152, Wien
- OECD** (2004): Social Expenditure Database, Paris
- Österle, A.** (2005): Gesundheit und Armut, in: Pflicht zum Risiko? Dokumentation 05. Fünfte Österreichische Armutskonferenz, Salzburg, S. 8–11
- Österreichisches Statistisches Zentralamt** (o. J.): Bevölkerungsprognose, mittlere Variante, Wien
- Pazourek, J.** (2005): Kritische Anmerkungen zur Diskussion um Selbstbehalte, in: Grillberger, K./Pichler, J. W. (Hrsg.), Selbstbehalte in der gesetzlichen Krankenversicherung aus ökonomischer und rechtlicher Sicht, Wien/Graz, S. 133–140
- Probst, J.** (2004): Reformstau im Gesundheitswesen, in: Meggeneder, O. (Hrsg.), Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, Frankfurt, S. 107–127
- Regierungsprogramm** (2000): Österreich neu regieren, Februar, Wien
- Riedel, M.** (2005): Gesundheitsökonomie in Österreich, in: Pflicht zum Risiko? Dokumentation 05. Fünfte Österreichische Armutskonferenz, Salzburg, S. 22–23
- Schenk, M.** (2004): Armut kann Ihre Gesundheit gefährden, in: Meggeneder, O. (Hrsg.), Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, Frankfurt, S. 95–105
- SPÖ** (2006): Bericht des Kompetenzteams Gesundheit, Januar
- Tálos, E.** (1982): Staatliche Sozialpolitik in Österreich, Wien
- Tálos, E.** (2005): Vom Siegeszug zum Rückzug. Sozialstaat Österreich 1945–2005, Innsbruck
- Volkspartei** 2002: Das Österreich-Programm der Volkspartei, Wien
- Wendt, C.** (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsvorsorge? Gesundheitssysteme im Vergleich, Wiesbaden
- WHO** (2005): Health Report 2005, Genf
- Wieninger, P.** (2004): Der neue Erstattungskodex, in: Soziale Sicherheit 4, S. 146–151
- Wirtschaftskammer Österreich** (2003): Gesundheit – Neue tiefgreifende Reformen sichern Qualität und Finanzierbarkeit. Vorschläge für eine Gesundheitsreform. Pressegespräch mit Präsident Christoph Leitl und Generalsekretär-Stellvertreter Reinhold Mitterlehner am 1. Oktober
- Wurzer, A./Roibing, R./Rodler, J.** (2005): Selbstbehalteanalyse der Kärntner Gebietskrankenkasse 2002, in: Grillberger, K./Pichler, J. W. (Hrsg.), Selbstbehalte in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus ökonomischer und rechtlicher Sicht, Wien/Graz, S. 35–55
- Zechmeister, I./ Meichenitsch, J.** (2004): Analysen und Empfehlungen zur zukunftsfähigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens, Studie im Auftrag der ARGE Öllinger/Grüner Klub im Nationalrat, Wien
- Ziniel, G.** (2003): Selbstbehalte im Gesundheitswesen – ein gescheitertes Experiment?, in: Soziale Sicherheit 9, S. 404–408
- Ziniel, G.** (2005): Finanzielle Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, in: Grillberger, K./ Pichler, J. W. (Hrsg.), Selbstbehalte in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus ökonomischer und rechtlicher Sicht, Wien/Graz, S. 59–70