



Ambulant-ärztliche Versorgung

Ein Blick ins westeuropäische Ausland

Prof. Dr. Günter Neubauer, Dr. Christof Minartz
(Institut für Gesundheitsökonomik (IfG), München)

Dr. Frank Wild

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de

September 2021

ISBN 978-3-9821682-7-2

Inhalt

1	Ausgangssituation	3
2	Frankreich.....	5
2.1	Grundzüge des Gesundheitssystems in Frankreich	5
2.2	Rahmenbedingungen für Ärzte.....	5
2.3	Zugangshürden in der (ambulanten) Gesundheitsversorgung	7
2.4	Ärztliche Versorgung	8
2.5	Einordnung und Bewertung	11
3	Österreich.....	13
3.1	Grundzüge des Gesundheitssystems in Österreich.....	13
3.2	Rahmenbedingungen für Ärzte.....	14
3.3	Zugangshürden in der (ambulanten) Gesundheitsversorgung	16
3.4	Ärztliche Versorgung	17
3.5	Einordnung und Bewertung	19
4	Schweiz	21
4.1	Grundzüge des Gesundheitssystems in der Schweiz	21
4.2	Rahmenbedingungen für Ärzte.....	21
4.3	Zugangshürden in der (ambulanten) Gesundheitsversorgung	24
4.4	Ärztliche Versorgung	25
4.5	Einordnung und Bewertung	27
5	Zusammenfassung und Fazit	29
	Frankreich	29
	Österreich.....	30
	Schweiz.....	30
	Vergleichende Bewertung	31
	Literaturverzeichnis	34
	WIP-Veröffentlichungen seit 2012.....	40
	Impressum	48

1 Ausgangssituation

In Deutschland steht häufig die unterschiedliche, vom Versicherungsstatus abhängige Vergütung für ambulante ärztliche Leistungen im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. So beklagen unter anderem Befürworter der Bürgerversicherung, dass unterschiedliche Vergütungsregelungen bei den ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringern falsche (finanzielle) Anreize setzen. Die Vergütungsregeln würden dazu führen, dass Privatpatienten bevorzugt behandelt werden. „Vor allem kürzere Wartezeiten für Privatpatienten stehen dabei im Fokus.“¹ So heißt es zum Beispiel im Wahlprogramm der Grünen zur Bundestagswahl: „Gesetzlich Versicherte warten länger auf Termine bei Fachärzt*innen... . Von dieser Zwei-Klassen-Medizin profitieren wenige, zum Nachteil vieler.“²

Die Vergütungsordnungen für ärztliche Leistungen waren auch Gegenstand der Koalitionsverhandlungen nach der Bundestagswahl 2017. Bis zum Schluss wurde in zähen Gesprächen zwischen SPD, CDU und CSU um eine sogenannte vereinheitlichte Gebührenordnung gerungen. Die SPD wollte mit einer Vereinheitlichung der Vergütungssysteme einen Einstieg in die Bürgerversicherung erreichen. Das Ziel sollte der „Einstieg in den Ausstieg aus der Zwei-Klassen-Medizin“ sein. Die Union lehnte dagegen eine Bürgerversicherung und damit auch eine einheitliche Gebührenordnung kategorisch ab. Das Ergebnis war schließlich eine Absichtserklärung: Die Koalitionäre einigten sich schlussendlich auf die Einsetzung einer Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), die sich mit dem ärztlichen Vergütungssystem – bestehend aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – beschäftigen sollte. Um jedes Wort in der entsprechenden Passage des Koalitionsvertrages wurde damals hart gerungen. Am Ende stand eine Formulierung, die den jeweiligen Reformbedarf in beiden Gebührenordnungen anerkennt.³

Die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) hat Ende Januar 2020 ihr Gutachten beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegt. Im Gutachten finden sich sowohl Hinweise auf Reformmöglichkeiten innerhalb der bestehenden Dualität aus EBM und GOÄ als auch Kompromisslinien, die – bei Fortbestehen der Preisdifferenzierung zwischen GKV und PKV – zumindest auf eine gemeinsame medizinische Leistungsbeschreibung abzielen. Die KOMV spricht in diesem Zusammenhang vom Konzept der partiellen Harmonisierung, bei der auch „Unterschiede zwischen vertrags- und privatärztlicher Vergütung erhalten bleiben.“⁴

Aus Sicht der Befürworter einer einheitlichen Vergütung ist das von der KOMV vorgeschlagene Konzept der partiellen Harmonisierung nicht (im Ansatz) als Schritt in Richtung Bürgerversicherung zu betrachten. Mehr Gerechtigkeit und finanzielle Stabilität für das Krankenversicherungssystem ließe sich so nicht erreichen.⁵ Denn nur die Abschaffung der dualen Vergütungssystematik aus EBM und GOÄ würde zu einer vollständigen Gleichbehandlung aller Patienten in Deutschland führen. Nur wenn es eine Gebührenordnung mit einheitlichen Preisen, Vergütungsstrukturen und einem einheitlichen Rechtssystem gibt, nur wenn „es für Ärzte in Zukunft bei Therapie und Terminvergabe keine Rolle mehr spielt, wie ein Patient versichert ist“,⁶ sei ein Schritt hin zur „Bürgerversicherung“ gemacht. Dabei wird in i.d.R. darauf hingewiesen, dass

1 Hess, R.; Thüsing, G.; Ulrich, V.; Wille, E.; Wollenschläger, F., V.; Wille, E., S. 3.

2 Entwurf zum Wahlprogramm der Grünen zur Bundestagswahl (2021), S. 66.

3 Der Koalitionsvertrag vom 12.03.2018 sieht vor: dass „sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM) als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ)“ reformiert werden müssen. Deshalb solle „ein modernes Vergütungssystem geschaffen werden, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet“.

4 Vgl. Gutachten der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), S. 158 f.

5 Vgl. Klein-Schmeink, M. (2020), Statement zum Bericht der KOMV, 28.1.2020, <https://www.klein-schmeink.de/aktuelles/meldung/statement-zum-bericht-der-wissenschaftlichen-kommission-fuer-ein-modernes-verguetungssystem-komv>

6 Interview mit K. Lauterbach in der Welt (2018) vom 11.2.2018.

eine duale Vergütungsstruktur ein deutscher Sonderweg sei. In jedem Land Europas würden einheitliche Honorarordnungen existieren.⁷

Die These, dass es in ganz Europa einheitliche Honorarordnungen gebe, soll Ausgangspunkt der vorliegenden Studie sein. In der Tat unterscheidet sich Deutschland von seinen europäischen Nachbarn durch sein duales Krankenversicherungssystem aus Gesetzlicher (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) – mit EBM und GOÄ als zwei separate Vergütungsordnungen zur Abrechnung vor allem ambulanter ärztlicher Leistungen. Im Unterschied zum deutschen dualen System sind in anderen europäischen Ländern sowohl die Gesundheitssysteme als auch die ärztliche Vergütung, bezogen auf die medizinische Grundversorgung, relativ einheitlich geregelt. Trotzdem ist allerdings auch im europäischen Ausland – analog zur deutschen Diskussion – die sogenannte Zwei-Klassen-Medizin in aller Munde.⁸ Ein Blick auf unsere westeuropäischen Nachbarstaaten ist daher hilfreich, um der Frage nachzugehen, ob es dort einheitliche Vergütungsordnungen gibt und wenn ja, ob eine einheitliche Honorarordnung ärztliche Vergütungs- und medizinische Versorgungsunterschiede innerhalb der Bevölkerung vermeiden kann.

Unsere europäischen Nachbarländer unterscheiden sich hinsichtlich der Finanzierungssystematik und Organisation der (ambulant) medizinischen Versorgung erheblich. Um einen Bezug zu Deutschland herzustellen, werden ausgewählte Länder betrachtet, deren öffentliche Gesundheitssysteme beitragsfinanziert sind und deren Organisation der ärztlichen Versorgung der deutschen ähnlich ist. Hier ist insbesondere das Kriterium von Bedeutung, dass es niedergelassene Fachärzte gibt, deren Vergütung auf Verträgen mit den Kostenträgern basiert. In diesem Zusammenhang ist es zweckmäßig, in einem kommentierten Literatur-Review Frankreich, Österreich und die Schweiz zu betrachten.⁹

Zu Beginn der Länder-Abschnitte erfolgt eine kurze Beschreibung des jeweiligen Gesundheitssystems. Dabei sind auch die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit und Vergütung von Interesse. Darauf aufbauend stellt sich die Frage, ob die ärztlichen Rahmenbedingungen medizinische Versorgungsunterschiede vermeiden können. Dabei geht es auf der einen Seite insbesondere um Wartezeiten und die freie Arztwahl und auf der anderen Seite um privatärztliche (Parallel)-Strukturen, die gegebenenfalls – neben dem öffentlichen System – existieren und einen entsprechenden Einfluss auf die Versorgung der Patienten haben. Abschließend gilt es darüber nachzudenken, was Deutschland beziehungsweise die gesundheitspolitische Diskussion in Bezug auf die ärztliche Vergütung von europäischen Nachbarn lernen kann. Denn die „Vorschläge für ein modernes Vergütungssystem in Deutschland sollten nach Möglichkeit auf die Erfahrungen aus der Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung in anderen vergleichbaren Ländern zurückgreifen.“¹⁰

7 Vgl. Interview mit K. Lauterbach in der Welt (2018) vom 11.2.2018.

8 Vgl. z. B. Wiener Zeitung (2020).

9 Das in Deutschland häufig diskutierte Gesundheitssystem der Niederlande kennt keine niedergelassenen Fachärzte.

10 Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), S. 69.

2 Frankreich

2.1 Grundzüge des Gesundheitssystems in Frankreich

Das Gesundheitssystem ist seit 1945 Teil der französischen beitragsfinanzierten Sozialversicherung (sécurité sociale). Seit der Einführung der Versicherungspflicht im Jahr 2000 umfasst die gesetzliche Krankenversicherung die gesamte Bevölkerung. Die Krankenkassenlandschaft ist historisch bedingt berufsständisch gegliedert, bietet jedoch einen nahezu einheitlichen Leistungskatalog. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung kann als eingeschränkte Einheitsversicherung mit privaten komplementären Zusatzversicherungen bezeichnet werden. Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen gibt es keinen Wettbewerb. Die Versicherten werden je nach Berufsstand einer Krankenkasse zugewiesen. Eine substitutive Privatversicherung – vergleichbar zur Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland – existiert in Frankreich nicht.¹¹

Bis in die Gegenwart gab es neben der allgemeinen nationalen Krankenversicherung (caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)) ein Krankenversicherungssystem für Selbständige mit 4,6 Millionen Versicherten (régime social des indépendents (RSI)) und die landwirtschaftliche Krankenversicherung (mutualité sociale agricole). Ab 2020 wird die Krankenversicherung für Selbständige in die allgemeine Krankenversicherung überführt.¹² Die CNAM ist national, regional und lokal organisiert.¹³

Die französische Krankenversicherung finanziert sich aus unterschiedlichen Quellen. Neben Sozialversicherungsbeiträgen existieren steuerähnliche, von der Einkommensart abhängige Abgaben (Contribution sociale généralisée/maladie) und andere zweckgebundene Steuern (z. B. auf Kfz-Versicherungsprämien, Anteile an Alkohol- und Tabaksteuer etc.), die partiell zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen werden.¹⁴ Der medizinische Leistungskatalog ist relativ umfangreich, allerdings erheblichen Einflüssen aus der Politik ausgesetzt. Selbst der zuständige Minister kann medizinische Leistungen nach entsprechender Prüfung durch eine unabhängige wissenschaftliche Institution in den gesetzlichen Leistungskatalog aufnehmen oder aus dem Leistungsverzeichnis der Krankenversicherung wieder herausnehmen.¹⁵ Der Leistungskatalog der Krankenversicherung ist darüber hinaus mit zum Teil erheblichen Zuzahlungen für die Patienten und Versicherten belegt, die sowohl den ambulanten und stationären Bereich als auch die Arzneimittelversorgung umfassen. Auch deshalb benötigen die Menschen in Frankreich faktisch eine private Zusatzversicherung (mutuelle). Über 95 % der Menschen haben eine private Zusatzversicherung abgeschlossen,¹⁶ deren Angebote, je nach Leistungsumfang, stark variieren.

2.2 Rahmenbedingungen für Ärzte

In Frankreich gilt grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip. Es gibt keine Institutionen, die den deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechen, welche die Abrechnung und die Verteilung ärztlicher Honorare organisieren. Jeder französische Arzt rechnet mit den Patienten zunächst eigenverantwortlich oder mit Hilfe von vom Arzt beauftragten Abrechnungsstellen ab.¹⁷ Die Patienten treten dabei in der Regel in Vorleistung.¹⁸

11 Vgl. Brunn, M; Hassenteufel, P. (2018), S. 7.

12 Vgl. www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire/histoire.

13 Vgl. www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/fonctionnement/organisation/reseau-proximite.

14 Vgl. Bertelsmann Stiftung (2018).

15 Vgl. Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), S. 70.

16 Vgl. Ministère des Solidarités et de la Santé (2019).

17 Vgl. Ärzte Zeitung (2014).

18 TRISAN – Centre de compétences trinational pour vos projets de santé (2017).

Kostenerstattung oder Sachleistung

Das Prinzip der Kostenerstattung steht seit Jahren im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Die französische Ärzteschaft betrachtet das Kostenerstattungsprinzip als Garant des Arztberufes als freier Beruf. Verschiedene französische Regierungen haben das Prinzip der Kostenerstattung dagegen politisch in Frage gestellt. Bereits im Wahlkampf 2012 hatte der damalige Präsidentschaftskandidat Hollande versprochen, für alle Patienten das traditionelle Kostenerstattungs- durch das in europäischen Sozialversicherungssystemen dominierende Sachleistungsmodell zu ersetzen. Das Sachleistungsmodell sollte – so das Ziel – vor allem den Zugang von sozial schwächeren Patienten zur Gesundheitsversorgung erleichtern. Die Einführung eines obligatorischen Sachleistungsprinzips ist jedoch am erbitterten Widerstand der französischen Ärzteschaft gescheitert.¹⁹ Nach einer Klage der französischen Ärzteschaft hat der nationale Verfassungshof am 22.1.2016 das Vorhaben, das Sachleistungsmodell ab Juli 2015 bis Ende 2017 vollumfänglich für alle Patienten und Patientengruppen einzuführen, für verfassungswidrig erklärt.²⁰

Seit 2017 haben bestimmte vulnerable Personengruppen einen Rechtsanspruch darauf, die Behandlungskosten nicht mehr direkt an den Arzt zu zahlen. Der Haus- oder Facharzt rechnet stattdessen mit der Krankenkasse im Rahmen des Sachleistungsprinzips ab. In Frankreich wird das „tiers payant“ – die „Drittzahler-Regelung“ – genannt.²¹ Die „Drittzahler-Regelung“ gilt unter anderem für schwangere Frauen und für Patientengruppen mit schweren oder chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes). Sozialhilfeempfänger hatten bereits vor 2017 einen Anspruch auf das Sachleistungsprinzip.²² Für alle anderen Patienten gilt seit 2017, dass der Arzt das Sachleistungsprinzip auf freiwilliger Basis anbieten kann. Wenn der Arzt allerdings auf das Kostenerstattungsprinzip besteht, hat der Patient, wenn er keiner vulnerablen Personengruppe zugehört, keine andere Wahl.²³

Ärztliche Vergütung

In Frankreich gibt es grundsätzlich keine Einschränkung der freien ärztlichen Niederlassung. Kassenzulassung und dergleichen gibt es in Frankreich genauso wenig wie eine regionale Bedarfsplanung für die Verteilung freier Arztsitze. Wenn französische Ärzte eine Mitgliedschaft in der Ärztekammer nachweisen können, ist grundsätzlich eine freie ärztliche Niederlassung in allen Regionen Frankreichs möglich. Eine stark variierende Arztdichte führt in der Konsequenz jedoch gleichzeitig zu Über- und Unterversorgung in Ballungsräumen beziehungsweise in ländlichen Gebieten.

Die Vergütungshonorare für ärztliche Leistungen sind dagegen – innerhalb des einheitlichen Leistungsverzeichnisses – in der „convention médicale“ festgelegt. Dabei handelt es sich um einen nationalen „Manteltarifvertrag“ („convention nationale“), der 1971 erstmals zwischen der Krankenversicherung und den Gewerkschaften der Ärzte verhandelt worden ist. Ziel war es, die „freie“ ärztliche Praxis mit der gesetzlichen Krankenversicherung in Einklang zu bringen. Während die Ärzte mit der Sicherstellung der ambulanten Versorgung betraut wurden, sollte aus Sicht der Krankenversicherung der gleichberechtigte Zugang zur Versorgung der Versicherten gewährleistet werden.²⁴

Die Vergütungen werden zwischen der Vereinigung der gesetzlichen Krankenkassen (L'Assurance Maladie) und den Ärztegewerkschaften für mehrere Jahre verhandelt²⁵ und je nach Einnahmen- und Ausgaben-situation gegebenenfalls jährlich ergänzt. Die Ärzte des Grundversorgungssektors – dem sogenannten „Sektor 1“ – sind in der Regel Allgemeinmediziner. Sie sind fest an die Vergütungsvereinbarung gebunden.

19 Vgl. Ärzte Zeitung (2016).

20 Vgl. Ärzte Zeitung (2015).

21 Vgl. TRISAN – Centre de compétences trinational pour vos projets de santé (2017).

22 Die „Drittzahler-Regelung“ für die genannten Patientengruppen bezieht sich allerdings nur auf die von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragenden Kosten. Die obligatorischen Eigenanteile muss der Patient weiterhin direkt an den Leistungserbringer zahlen.

23 Vgl. www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/tiers-payant.

24 Vgl. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (2017), S. 5.

25 Vgl. Brunn, M; Hassenteufel, P. (2018), S. 7.

Ausschließlich Ärzte des (partiell) privatärztlichen „Sektors 2 und 3“ ist es erlaubt, außerhalb dieser Gebührenordnung Honorarzuschläge oder freie Behandlungsverträge mit den Patienten zu vereinbaren.²⁶

2.3 Zugangshürden in der (ambulanten) Gesundheitsversorgung

Bürgerversicherungsmodelle einschließlich einer vereinheitlichten Vergütungsordnung versprechen in der deutschen Debatte häufig eine medizinische Versorgung ohne größere Zugangshürden. Dazu gehört unter anderem die Verkürzung der Wartezeiten für gesetzlich Versicherte. Die in Frankreich für den „Grundversorgungssektor/Sektor 1“ vereinbarten einheitlichen Vergütungen können einen derartigen niederschweligen Zugang zur medizinischen Versorgung allerdings nicht gewährleisten. In Frankreich existieren nämlich in der ambulanten Versorgung erhebliche Zugangshürden. Dabei geht es vor allem um die Einschränkung der freien Arztwahl, Zuzahlungen und um Wartezeiten.²⁷

Freie Arztwahl und „Gatekeeping“

In Frankreich ist das „Gatekeeping“ nahezu obligatorisch. Die Patienten sind angehalten, sich bei einem Haus- oder Facharzt zu registrieren. Der ausgewählte Arzt wird der zuständigen Krankenkasse gemeldet. Der Arzt gilt dann als „médecin traitant“ (behandelnder Arzt). Die Wahl eines behandelnden Arztes ist nicht verpflichtend, aber für Patienten entstehen bedeutende finanzielle Nachteile, wenn eine Registrierung unterbleibt. Wird kein „médecin traitant“ gewählt oder wird der vorgegebene „koordinierte Behandlungspfad“ nicht befolgt, den der „médecin traitant“ vorschlägt, reduziert sich die reguläre Kostenerstattung der Krankenkasse von 70 % auf 30 %.²⁸ In diesem Zusammenhang schränken auch die Zuzahlungen die freie Arztwahl nicht unerheblich ein. Unter anderem die Gatekeeper-Funktion der Hausärzte wird über variable Zuzahlungen finanziell gefördert, indem die Praxisgebühr eines Facharztes von 5 Euro auf 1 Euro reduziert wird, wenn die ärztliche Konsultation das Ergebnis einer Überweisung durch den Hausarzt ist.

Zuzahlungen

Frankreich erhebt im internationalen Vergleich sehr hohe Zuzahlungen, die in der Regel aber nicht out-of-pocket, sondern über private Zusatzversicherungen abgedeckt werden.²⁹ In Frankreich übernimmt das öffentliche Gesundheitssystem nur etwa drei Viertel der Kosten medizinisch notwendiger Behandlungen. Konkret heißt das zum Beispiel, dass bei ambulanter Behandlung durch selbständige Ärzte bei gesetzlicher Vergütung 30 % der Kosten vom Patienten selbst übernommen werden müssen. Für Krankenhausleistungen sind – bei Ausnahmen, wie zum Beispiel Geburten und Arbeitsunfällen – 20 % der Kosten als Eigenleistungen aufzuwenden.³⁰ Im Durchschnitt müssen Versicherte in Frankreich nach einer Studie des Instituts de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) über 1.900 Euro jährlich an Zuzahlungen leisten. Für den 10 %-Anteil der Bevölkerung, der mit den höchsten Zuzahlungen belastet wird, liegt der jährliche Durchschnitt bei über 3.000 Euro.³¹ Der hohe Anteil selbst zu tragender Kosten stellt in Frankreich im europäischen Vergleich eine maßgebliche Zugangshürde zur Gesundheitsversorgung dar.³²

Wartezeiten

Wartezeiten erschweren den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die Mehrzahl der Länder mit beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystemen veröffentlicht keine offiziellen Statistiken zu Wartezeiten.

26 Vgl. dazu Abschnitt 2.3.

27 Vgl. zu diesem Abschnitt insbesondere Finkenstädt, V. (2017), S. 25 ff.

28 Vgl. dazu ameli.fr (2019).

29 Vgl. dazu im Abschnitt 2.3 den Absatz Private Krankenzusatzversicherungen.

30 Vgl. IGES (2020), S. 26.

31 Vgl. Franc, C.; Pierre, A. (2016), S. 2.

32 Vgl. Perronnin, M. (2016), S. 2.

Darüber hinaus ist die Erhebung administrativer Daten oftmals nur auf den stationären Bereich beschränkt. Im ambulanten ärztlichen Bereich werden Wartezeiten i.d.R. lediglich im Rahmen von Versicherten- oder Patientenumfragen erhoben. Das gilt auch für Frankreich.

Die aktuellsten vergleichenden Erhebungen stammen aus den Jahren 2016 und 2020. Unter anderem eine Veröffentlichung des Commonwealth Fund (2016) verdeutlicht für Frankreich, dass die Wartezeiten aus Sicht der Bevölkerung i.d.R. zumindest nicht unzumutbar lang sind. Die Umfrageergebnisse zeigen, dass in Frankreich nur 4 % der Befragten zwei Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten.³³ In Deutschland waren es 3 %. Eine weitere Befragung des Commonwealth Fund (2020) deutet in eine ähnliche Richtung. Demnach können in Frankreich (Deutschland) 53 % (75 %) aller Patienten auf Anfrage einen Arzttermin am selben oder nächsten Tag erhalten.³⁴ Auf eine „umgekehrte“ Frage in der oben schon genannten Erhebung des Commonwealth Fund (2016) antworteten 44 % (47 %) der Befragten in Frankreich (Deutschland), dass sie keinen Arzttermin innerhalb eines Tages erhalten haben als sie beim letzten Mal medizinische Hilfe benötigt haben.³⁵

Unter dem Strich ist damit in Frankreich sowohl aus subjektiver als auch objektiver Wahrnehmung den Menschen ein relativ zeitnaher Zugang zum ambulant behandelnden Arzt gewährleistet. Dabei kann darüber hinaus davon ausgegangen werden, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung (Wartezeiten) relativ „gleich“, d. h. einkommensunabhängig möglich ist. Diese Schlussfolgerung ist möglich, weil die aktuelle Erhebung des Commonwealth Fund (2020) nach „Menschen mit niedrigem Einkommen“ und „Menschen mit hohem Einkommen“ differenziert. Dabei zeigen die Ergebnisse des Commonwealth Fund (2020), dass in Frankreich – bei Nachfrage nach einem Arzttermin – gleichermaßen sowohl Menschen mit hohem Einkommen (55 %) als auch Menschen mit niedrigem Einkommen (54 %) einen schnellen Arzttermin am selben oder nächsten Tag realisieren.³⁶ Ähnliche einkommensunabhängige Ergebnisse erzielt in der zitierten Erhebung im europäischen Vergleich auch Deutschland – jedoch auf einem deutlich höheren Niveau (74 %).

2.4 Ärztliche Versorgung

Für Versicherte in Frankreich stellen Wartezeiten auf medizinische Leistungen und jede Form einer nicht freien Arztwahl einen Anreiz dar, eine gewünschte (medizinische) Leistung außerhalb des Grundversorgungssektors – dem sogenannten „Sektor 1“ – oder außerhalb des öffentlichen (französischen) Gesundheitssystems nachzufragen. Für das Angebot und die Nachfrage dieser privatärztlichen Versorgung außerhalb des Grundversorgungssektors gibt es Anhaltspunkte. Dazu gehören unter anderem das Angebot ärztlicher Leistungen, die Verbreitung privater Zusatzversicherungen und die Bereitschaft, medizinische Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen.³⁷ Im Einzelnen:

Angebot ambulanter ärztlicher Gesundheitsleistungen

Ärztliche (ambulante) Leistungen werden in Frankreich von rund 114.000 selbständigen Ärzten in drei Honorarsektoren angeboten. Dem Grundversorgungssektor („Sektor 1“) sind rund 73 % der selbständigen Ärzte zuzuordnen.³⁸ Zumeist handelt es sich um Allgemeinmediziner. Sie kooperieren mit der gesetzlichen Krankenversicherung und rechnen nach dem vom Staat kontrollierten Preisregime für das öffentliche Gesundheitswesen ab („convention médicale“, „médecin de secteur 1“). Dabei handelt es sich i.d.R. um eine Einzelleistungsvergütung. Ergänzend existieren aber auch Pauschalvergütungen und Ansätze zur qualitätsorientierten Vergütung.

33 Vgl. Commonwealth Fund (2016).

34 Vgl. Commonwealth Fund (2020).

35 Vgl. Commonwealth Fund (2016).

36 Vgl. Commonwealth Fund (2020).

37 Vgl. zu diesem Abschnitt insbesondere Finkenstädt, V. (2017), S. 58 ff.

38 Vgl. dazu Le Figaro (2018).

Die „convention médicale“ lässt sich als stetig aktualisierte einheitliche Gebührenordnung des Grundversorgungssektors interpretieren. Aber im Kern hat es in Frankreich eine einheitliche Gebührenordnung im Sinne der Diskussion über Zwei-Klassen-Medizin nie gegeben. Die Frage der Vergütungshöhe ärztlicher Leistungen ist schon sehr früh, auch mit staatlicher Unterstützung, auf Preis- und Honorardifferenzierung ausgerichtet worden. Anfang der 1980er hat die französische Regierung den vergütungsliberalen „Sektor 2“ geschaffen. So sollte das Wachstum der Gesundheitsausgaben begrenzt, gleichzeitig den Ärzten aber höhere Einkommen ermöglicht werden.³⁹ Heute sind rund 26 % der Ärzte dem „Sektor 2“ zuzuordnen.⁴⁰ Dabei handelt es sich in der Regel um Fachärzte (z. B. 85 % der ambulant tätigen Chirurgen). Die im „Sektor 2“ erbrachten medizinischen Leistungen werden – analog zum „Sektor 1“ – auf der Grundlage eines Vergütungsvertrags mit der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Die Ärzte im „Sektor 2“ genießen allerdings das Recht, ärztliche Honorare im Rahmen von Vergütungsaufschlägen auf das Sektor 1-Honorar relativ frei zu gestalten. Damit wird die Vergütungshöhe im Vergleich zum Sektor 1 zum Teil deutlich überschritten. Darüber hinaus können die ärztlichen Leistungserbringer des „Sektor 2“ relativ frei Arzneimittel verordnen. Unter Umständen kann auch die Behandlung einzelner Patienten abgelehnt werden („médecins conventionnés à honoraires libres“/„médecin de secteur 2“). Als Gegenleistung verzichten Ärzte, die sich für den „Sektor 2“ entscheiden, auf staatliche Unterstützung bei der eigenen sozialen Absicherung, die bei einer Praxistätigkeit im „HonorarSektor 1“ gewährt wird.

Die Ärzte des vergütungsliberalen „Sektors 2“ vereinbaren mit dem Patienten ihre Honorare – im Vergleich zu Sektor 1 – relativ frei. Eine „patientenschützende“ Systematik, die die Preisdifferenzierung zwischen „Sektor 1“ und „Sektor 2“ ordnet und Verbraucher in der Arzt-Patienten-Beziehung vor einkommensinduzierten Verhaltensweisen – konkret vor überhöhten Gebühren der Leistungserbringer – schützen könnte, existiert nicht. Im Ergebnis liegt die ärztliche Vergütung zum Teil deutlich über der im „Sektor 1“. Die Ärzte im „Sektor 2“ rechnen in der Regel das dreifache oder noch höhere Gebühren als im „Sektor 1“ ab. Zum Beispiel rechnet die Facharztgruppe der ambulant tätigen Chirurgen im Durchschnitt ein 56 % höheres Honorar ab als in der staatlichen Gebührenordnung vorgesehen. Die Spannbreite des Vergütungsaufschlags reicht dabei von 10 % bis 240 %.⁴¹ In der Summe liegen die Höhervergütungen im „Sektor 2“ – im Vergleich zur Vergütung nach der convention médicale im „Sektor 1“ – bei 2,7 Mrd. Euro (2016). Davon entfallen über 90 % auf das „Zusatz Einkommen“ der Fachärzte.⁴² Im Unterschied zum „Sektor 1“ wird im „Sektor 2“ nur ein geringer Anteil der in Rechnung gestellten Ärztehonorare von den Krankenkassen übernommen. Die Mehrvergütungen werden i.d.R. vom Patienten oder Versicherten als Selbstzahler getragen.

Im „Sektor 3“ – dem Premiumsegment – praktiziert rund 1 % der niedergelassenen Ärzte.⁴³ Sie erbringen medizinische Leistungen ohne jede vertragliche Grundlage mit den Krankenkassen („médecins non conventionnés“/„médecin de secteur 3“). Im „Sektor 3“ gibt es keinerlei verbraucherschützende Gebührenordnung. Die Vergütungshöhe der Ärzte liegt auch deshalb oberhalb der Honorare der im „Sektor 2“ tätigen Ärzte.⁴⁴ Da Fachärzte insbesondere im „Sektor 2“ und „Sektor 3“ tätig sind, stoßen Patienten bei der Suche von Ärzten im „Sektor 1“ je nach ärztlichem Fachgebiet mancherorts, vor allem in städtischen Boom-Regionen (z. B. Paris⁴⁵), auf Schwierigkeiten.

Private Kranken(zusatz)versicherungen

Die private (komplementäre) Zusatzversicherung ist in Frankreich weit verbreitet. Nahezu die gesamte Bevölkerung (95 %) verfügt über einen privaten (zusätzlichen) Versicherungsschutz.⁴⁶ Damit wird insbe-

39 Vgl. ISNAR (2017), S. 5.

40 Vgl. dazu Le Figaro (2018).

41 Vgl. u. a. Albrecht, M. et. al. (2014); Nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer (2011).

42 Vgl. IGES (2020), S. 26.

43 Vgl. Le Figaro (2018).

44 Vgl. Französische Direktion für Rechts- und Verwaltungsinformation (2016).

45 Vgl. In Paris sind über 50 % der Ärzte zum „Sektor 2“ zugelassen; vgl. dazu IGES (2020), S. 26.

46 Vgl. Ministère des Solidarités et de la Santé (2019).

sondere die finanzielle Belastung durch die hohen obligatorischen Zuzahlungen abgesichert. Das betrifft auch oder vor allem die „Höhervergütungen“ für Ärzte, die außerhalb der einheitlichen Gebührenordnung des Grundversorgungssektors („Sektor 1“) im „Sektor 2“ und „Sektor 3“ zu höheren, zum Teil frei gestaltbaren Honoraren praktizieren. Hinzu kommen Leistungen wie Brillen, Hörgeräte oder Zahnimplantate, die vom öffentlichen System – unabhängig von Zuzahlungen – nicht vollständig übernommen werden. Im Ergebnis ist die private Krankenzusatzversicherung in Frankreich für den Zugang zur medizinischen Versorgung maßgeblich. Da die Höhe der Zuzahlungen im Laufe der Jahre immer weiter angestiegen ist,⁴⁷ hat sich das Gewicht der privaten Zusatzversicherung in den letzten zwei Jahrzehnten in der französischen Gesundheitspolitik sukzessive erhöht.

Menschen ohne private Krankenzusatzversicherung können sich in Frankreich – wenn sie finanziell schlechter gestellt sind – die höheren, relativ frei gestaltbaren ärztlichen Honorare der in „Sektor 2“ und „Sektor 3“ praktizierenden Ärzte nicht leisten. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist entsprechend gefährdet. Ein Zusammenhang, den selbst mehrere (schon ältere) Studien bestätigen können.⁴⁸ So verzichteten 15 % der befragten Personen aus finanziellen Gründen auf den Besuch beim Hausarzt, jedoch nur 5 % der Personen mit privater Zusatzversicherung. Die größten Unterschiede zeigten sich bei der zahnärztlichen Behandlung: Über 41 % der erwachsenen Bevölkerung verzichteten aus Kostengründen auf eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung. Im Vergleich war dies nur bei 16 % der Befragten mit privater Krankenversicherung der Fall.⁴⁹ Personen ohne private Zusatzversicherung nehmen somit in Frankreich weniger Leistungen in Anspruch und weisen oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Personen mit privater Absicherung.⁵⁰

Behandlung im Ausland

Stellt das öffentliche Gesundheitssystem eine medizinische Leistung nicht bereit, so besteht auch die Möglichkeit, dass die Patienten sie im Ausland nachfragen. Ob sich ein Patient im Ausland behandeln lässt, hängt von vielen Einflussgrößen ab. So spielen die Größe des Landes, die geografische Lage, die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen in den Nachbarstaaten, die Transportwege und die Einstellungen der Menschen eine Rolle. Entscheidende Größen stellen aber auch eine „niederschwellige“ Zugänglichkeit des Gesundheitssystems dar. So ist die Bereitschaft, zur ärztlichen Behandlung ins Ausland zu reisen, immer auch ein Anhaltspunkt, ob die Menschen ihrem heimischen Gesundheitssystem im Großen und Ganzen vertrauen.⁵¹

Die Bedeutung der Option „Auslandsbehandlung“ wird anhand einer Erhebung der Europäischen Kommission ersichtlich. Auch die EU-Patientenmobilitätsrichtlinie ist in diesem Zusammenhang von Interesse. Mit Bezug auf Artikel 20 erlassen die Mitgliedstaaten der EU regelmäßig Bericht über die Mobilität ihrer Patienten. Dabei werden unter anderem Gesundheitsversorgung mit oder ohne Vorabgenehmigung, Auskunftsersuchen zur Gesundheitsversorgung sowie erbrachte Gesundheitsdienstleistungen beziehungsweise gewährte Erstattungen erfasst.

Die Erhebung der Europäischen Kommission zeigt, dass in Frankreich (Deutschland) 21 % (11 %) der Menschen bereit sind, im Bedarfsfall für eine medizinische Behandlung ins EU-Ausland zu reisen.⁵² Ergänzend dazu zeigt sich mit Blick auf den aktuellsten Bericht zur EU-Patientenmobilität (2019), dass Frankreich sowohl bei den Behandlungen mit und ohne Vorabgenehmigungen die größte Zahl an

47 Der Anteil der niedergelassenen Ärzte, die Zusatzgebühren erheben, steigt. Allein zwischen 2007 und 2012 stieg der Anteil der Hausärzte (Fachärzte) mit Zusatzgebühren von 15,5 % (49 %) auf 17,4 % (53 %). Vgl. Brunn, M. et al. (2015).

48 Vgl. zu den folgenden Passagen Finkenstädt, V. (2017), S. 67 f.

49 Vgl. Célant, N. et al. (2014), S. 5.

50 Vgl. Perronnin, M.; Pierre, A.; Rochereau, T. (2011), S. 5.

51 Vgl. Finkenstädt, V. (2017), S. 50.

52 Vgl. Europäische Kommission (2015), S. 11.

„reisenden“ Patienten aufweist. Dabei entfällt der größte Anteil an der Patientenmobilität (60 %) auf Patienten, die aus Frankreich ins Ausland reisen.⁵³

2.5 Einordnung und Bewertung

In der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion wird zuweilen darauf hingewiesen, dass es in jedem Land Europas eine einheitliche Honorarordnung gibt.⁵⁴ Mit Blick auf die (ambulante) Versorgung in Frankreich müssen sich derartige Hinweise auf die „convention médicale“ beziehen. Die „convention médicale“ ist als einheitliche Gebührenordnung für die Haus- und Fachärzte des Grundversorgungssektors – dem „Sektor 1“ – zu betrachten. Aber auf den zweiten Blick existieren in Frankreich erhebliche Vergütungsunterschiede. Die französischen Verhältnisse rund um die Vergütung ambulanter Leistungen haben nichts mit einer einheitlichen Gebührenordnung im Sinne der Fragestellung, die die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) zu bearbeiten hatte, zu tun. Die Frage der Vergütung ärztlicher Leistungen ist in Frankreich schon sehr früh, auch mit staatlicher Unterstützung, auf Preis- und Honorardifferenzierung ausgerichtet worden. Entsprechend hat sich ein für die Versorgung der Menschen bedeutender Sektor 2 mit jährlich 2,7 Mrd. Euro „Höhervergütungen“ herausgebildet. Davon entfallen über 90 % auf das „Zusatzeinkommen“ der Fachärzte.⁵⁵

Die ambulanten Mehrvergütungen der Sektor 2-Ärzte entstehen durch Vergütungsaufschläge auf das Sektor 1-Honorar. Nicht nur die Spannweite der Vergütungsaufschläge von 10 % bis 240 %⁵⁶ weist darauf hin, dass es für den „HonorarSektor 3“, aber auch für den „Sektor 2“ keine „verbraucherschützende“ Systematik gibt, die die Preisdifferenzierung zwischen „Sektor 1“ und „Sektor 2“ wirksam reglementiert und Verbraucher in der Arzt-Patienten-Beziehung vor einkommensinduzierten Verhaltensweisen – konkret vor zu hohen Preisen bei der medizinischen Leistungserbringung – schützen kann. Die Ärzte vereinbaren relativ frei mit dem Patienten ihre Honorare. Im Ergebnis liegt die ärztliche Vergütung der ambulant niedergelassenen Haus- und Fachärzte im „Sektor 3“ über der im „Sektor 2“ und die in „Sektor 2“ zum Teil deutlich über der in „Sektor 1“.

Seit 1971 wird die zum „Sektor 1“ gehörige „convention médicale“ stetig zwischen der gesetzlichen Krankenkasse (L'Assurance Maladie) und der Vereinigung der Ärzte (Syndicat des Médecins libéraux) neu verhandelt.⁵⁷ Trotzdem kann in Frankreich die als Gebührenordnung zu bewertende „convention médicale“ eine zunehmende Preis- und Leistungsdifferenzierung zwischen einem wie auch immer definierten Grundversorgungssektor und einem mittleren Honorarsegment („Sektor 2“) beziehungsweise dem Premiumsegment („Sektor 3“) nicht verhindern. Oder anders formuliert: Die Gebührenordnung im „Sektor 1“ ist in Frankreich mit Blick auf die Preisdifferenzierungen zwischen Sektor 1 und Sektor 2 nicht in der Lage, die Patienten vor Zugangshürden im Gesundheitssystem zu schützen. Trotz relativ moderater Wartezeiten ist die freie Arztwahl erheblich eingeschränkt und sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sind hohe zunehmende Zuzahlungen zu leisten.

Hinzu kommen Anzeichen, dass die Einheitlichkeit der Honorare im „Sektor 1“ Versorgungsunterschiede in der Bevölkerung befördert. Immer mehr Haus- und Fachärzte erheben „Zusatzhonorare“ und sind damit insbesondere dem „Sektor 2“ zuzuordnen. In Frankreich ist deshalb nicht nur ein privater Gesundheitsmarkt entstanden, sondern Frankreich ist auf diesen privaten Gesundheitsmarkt grundlegend angewiesen. Inzwischen sind z. B. im Raum Paris über 50 % der Ärzte für den „HonorarSektor 2“ zugelassen.⁵⁸ Auch deshalb verfügen über 95 % der Menschen über eine private Zusatzversicherung,⁵⁹ die vor allem die

53 Vgl. Europäische Kommission (2019), S. 7, 23, 33.

54 Vgl. u. a. Interview mit K. Lauterbach in der Welt (2018), 11.2.2018.

55 Vgl. IGES (2020), S. 26.

56 Vgl. Nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer (2011).

57 Vgl. Brunn, M; Hassenteufel, P. (2018), S. 7.

58 Vgl. IGES (2020), S. 26.

59 Vgl. Ministère des Solidarités et de la Santé (2019).

finanziellen Belastungen der Patienten durch die obligatorischen Zuzahlungen sowie die „Höhervergütungen“ für Ärzte, die außerhalb der einheitlichen Gebührenordnung des Grundversorgungssektors („Sektor 1“) im „Sektor 2“ und „Sektor 3“ praktizieren, abdecken.

In Deutschland haben funktionierende Vergütungs- oder Gebührenordnungen nicht nur, aber insbesondere mit Bezug auf die ärztliche Tätigkeit eine (patientenfreundliche) Schutzfunktion. Gebührenordnungen gewährleisten dem Patienten eine transparente Abrechnung der medizinischen Versorgung und vor allem einen Schutz vor finanzieller Überforderung im Krankheitsfall. Im „HonorarSektor 1“ ist das in Frankreich auch unter Einbezug des weit verbreiteten Kostenerstattungsprinzips gewährleistet. Im „Sektor 2“ und „Sektor 3“ fehlt es dagegen offensichtlich an einem funktionierenden Regel- und Gebührenwerk mit Details zur Abrechnungshöhe. Auch deshalb unternimmt die gesetzliche Krankenversicherung (Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM)) erhebliche Anstrengungen, vor allem in Paris Ärzte dazu zu bewegen, die in der öffentlichen Diskussion als überhöht geltenden Gebührensuschläge im „Sektor 2“ zu senken. Dabei spielen seit 2012 auch "Verträge zur Änderung der Preispraktiken" eine Rolle. Im Kern soll mit derartigen Verträgen das Recht der Ärzte auf freie Honorargestaltung vor allem im „HonorarSektor 2“ eingeschränkt werden.⁶⁰

Gerade mit Blick auf die bestehenden Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient stellen sich damit die „Honorarsektoren 2 und 3“ für die Patienten als relativ ungeschützter Raum dar. Als These formuliert heißt das: In Frankreich ist die Existenz lediglich einer (einheitlichen) Gebührenordnung für die Grundversorgung kein Qualitätsmerkmal, sondern Zeichen eines verbraucherpolitischen Defizits. Im Wissen, dass sich in Frankreich ein privates Angebot medizinischer Leistungen und in Folge dessen das Angebot privater Zusatzversicherungen nicht verbieten lassen, wäre im Interesse der französischen Verbraucher eine zusätzliche Gebührensystematik geboten. Eine zweite, in den „Honorarsektoren 2 und 3“ anzuwendende (private) Gebührenordnung könnte Abrechnungstransparenz und Schutz vor finanzieller Überforderung gewährleisten.

60 Vgl. u. a. www.lequotidiendumedecin.fr/archives/tarifs-excessifs-paris-des-medecins-de-secteur-ii-denoncent-une-vague-de-controles-de-la-secu.

3 Österreich

3.1 Grundzüge des Gesundheitssystems in Österreich

Das österreichische Gesundheitssystem wird durch eine Mischung aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zuzahlungen in Form von direkten und indirekten Kostenbeteiligungen finanziert. Mit dieser Mischfinanzierung soll ein „gerechter“ Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bürger in Österreich gewährleistet werden. Die Details der Finanzierung sind im Sozialrecht sowie in zusätzlichen Vereinbarungen (zum Beispiel Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern) geregelt.⁶¹

Das Sozialversicherungssystem ist eine tragende Säule des österreichischen Gesundheitswesens. Es umfasst neben der Krankenversicherung die Zweige Unfall- und Pensionsversicherung sowie Arbeitslosenversicherung und basiert auf dem Modell der Pflichtversicherung. Dadurch ist nahezu die gesamte österreichische Bevölkerung durch eine Krankenversicherung geschützt. Es kann zusätzlich zur sozialen Krankenversicherung eine private Zusatzversicherung abgeschlossen werden. Auch eine Selbstversicherung ist im österreichischen Sozialversicherungssystem unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Personen ohne Krankenversicherung müssen dann für anfallende Kosten bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen selbst aufkommen.⁶²

In Österreich ist die gesetzliche Krankenversicherung öffentlich-rechtlich organisiert, wird aber nicht unmittelbar vom Staat durch Bundes- oder Landesbehörden vollzogen, sondern von eigenen Behörden, nämlich den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. Bis Ende 2019 wird sie von insgesamt 19 Krankenversicherungsträgern (Krankenkassen) durchgeführt, die nach dem versicherten Personenkreis oder zum Teil nach regionalen Gesichtspunkten gegliedert sind. Zum 1. Januar 2020 ist eine Konsolidierung der neun Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) vollzogen worden. Daneben bleiben eine Sozialversicherung für Selbständige und eine Versicherungsanstalt für den öffentlichen Dienst sowie wenige Betriebskrankenkassen für die Gesundheitsversorgung zuständig. Die Krankenkassen können bis auf wenige Ausnahmen nicht frei gewählt werden. Mit der Neustrukturierung ergeben sich vier von der Berufsgruppe abhängige Versicherungssysteme.

Die Sozialversicherung organisiert unter anderem – gemeinsam mit der Ärztekammer – die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die Leistungen der sozialen Kranken- und Unfallversicherung in Österreich umfassen unter anderem die ärztliche Hilfe (ambulante Versorgung), Spitalpflege (stationäre Versorgung), medizinische Rehabilitation, Arzneimittelversorgung, Leistungen von Hebammen, Psychotherapie und klinisch-psychologische Diagnostik, Behandlungen durch medizinisch-technische Dienste, Gesunden- und Vorsorgeuntersuchungen, Zuschüsse für Heilmittel und Hilfsmittel, Krankengeld, Wochengeld bei einer Geburt und Unfallheilbehandlungen.⁶³

Die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung erfolgt dreigleisig: Der Hauptanteil wird von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, Fachärztinnen und Zahnärztinnen in eigenen Praxen übernommen. Zum sogenannten „extramuralen Bereich“ der ambulanten Versorgung zählen auch die Ambulatorien der Krankenkassen sowie andere (privat geführte) selbständige Ambulatorien. Im sogenannten „intramuralen Bereich“, das heißt in den Krankenhäusern, stehen Spitalsambulanzen für die ambulante Versorgung zur Verfügung.⁶⁴ Die stationäre medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird dagegen von öffentlichen, privat-gemeinnützigen und rein privaten Krankenhäusern (Spitälern) durchgeführt. Zu

61 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (o.J.)

62 Vgl. Stärker (2019), Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (o.J.)

63 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (o.J.), Deutscher Bundestag (2017), S. 19f.

64 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (o.J.)

den Betreibern beziehungsweise Trägern der Spitäler zählen die Länder mit ihren Landesgesellschaften, Gemeinden beziehungsweise Gemeindeverbänden, Glaubensgemeinschaften (konfessionelle Träger), Sozialversicherungsträger und private Träger. Es gibt drei Formen von Krankenhäusern: Standardkrankenanstalten, Schwerpunktkrankenanstalten sowie Zentralkrankenanstalten. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung in Österreich ist Ländersache.⁶⁵

3.2 Rahmenbedingungen für Ärzte

Aufgrund der Bestimmungen des Ärztegesetzes (§27 Abs. 2) ist die Eintragung in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) Voraussetzung für eine ärztliche Tätigkeit in Österreich. Die Eintragung hat über die jeweilige Länderärztekammer in dem Bundesland zu erfolgen, in dem die Tätigkeit geplant ist. Eine Eintragung in die Ärzteliste und anschließende Niederlassung als Arzt setzt ein erfolgreich bestandenes Medizinstudium voraus.

Kassenärzte, Wahlärzte und Privatärzte

Ärzte können sich als Kassenärzte niederlassen oder als sogenannter Wahl- oder Privatarzt tätig werden. Kassenärzte unterliegen bei der Niederlassung einer bedarfsorientierten Steuerung. Die Anzahl der Stellen und die Wahl des Niederlassungsortes sind bei den Kassenärzten durch den Stellenplan festgelegt, für Wahlärzte gibt es diesbezüglich keine Einschränkung. „Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung im Sinne des 6. Abschnitts des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen.“⁶⁶

Die verhandelnden Krankenversicherungen bestimmen im Einvernehmen mit der Ärztekammer letztlich, für wie viele kassenärztliche Planstellen in einer Region Verträge vergeben werden. Freiwerdende Positionen im Stellenplan müssen nicht (mehr) automatisch nachbesetzt werden. An welche Ärzte die freien Planstellen vergeben werden, ergibt sich durch die Reihung der Bewerber auf einer Warteliste. Die Reihungskriterien beruhen auf der Reihungskriterien-Verordnung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) und werden in Verhandlungen zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer weiter konkretisiert.⁶⁷

Kostenerstattung und Sachleistung

Krankenbehandlungen werden in der gesetzlichen Versicherung als Sachleistung bei zugelassenen Ärzten, die Vertragspartner der Krankenkasse sind, erbracht. Die Krankenversicherungsträger übernehmen die Organisationspflicht, ein System aufzubauen, welches es den Versicherten ermöglicht, die Leistungen der Krankenversicherung ohne Vorauszahlungspflicht in Anspruch zu nehmen. Hierzu schließen die Krankenversicherungsträger mit den Leistungserbringern Verträge ab, die diese verpflichten, die Versicherten bei Nachweis ihrer Anspruchsberechtigung zu behandeln und die Kosten direkt mit dem Versicherungsträger zu verrechnen.⁶⁸

„Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 % des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung

65 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (o.J.)

66 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) § 84a Abs. 1.

67 Vgl. Riedel (2018), S. 85f.

68 Vgl. Deutscher Bundestag (2017), S. 20.

für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen, bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.“⁶⁹ Im Kern heißt das: Wird in Österreich von Patienten nicht eine kassenärztliche, sondern eine wahlärztliche (ambulante) Behandlung in Anspruch genommen, dann wird im Rahmen der Wahlarztregelung grundsätzlich eine Kostenerstattung in Höhe von 80 % der geltenden vertraglichen Tarife vorgenommen. Die Krankenversicherungsträger können in ihrer Satzung bei Besuch eines Wahlarztes zwar eine höhere Kostenerstattung vorsehen, die Mehrheit der Krankenversicherungen in Österreich sieht das allerdings nicht vor. Eine Absicherung der Patienten innerhalb des Wahlarztsystems gegen alle den Tarif übersteigende Forderungen einzelner Ärzte ist nicht gegeben.

Ärztliche Vergütung

Die Krankenkassen haben verbindliche Leistungsverzeichnisse und Leistungsvergütungen, die sogenannten Honorarordnungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (gemäß § 28 des Gesamtvertrages), an die sich der Kassenarzt halten muss. Bei der Höhe der Vergütungen können die Kassen variieren. Die Kassentarife werden jährlich verhandelt. Laut Gesetz sind die Verhandlungen durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abzuschließen, allerdings verhandeln de facto regionale oder berufsständische Versicherungsträger ziemlich unabhängig voneinander. Die Versicherungsträger stehen in den Verhandlungen jeweils einer ärztlichen Vertretung gegenüber, die durch Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte gewissermaßen über Monopolmacht verfügt.⁷⁰ Es gibt keine Budgetvorgaben für die Kassenärzte, jedoch Pflichten zur Dokumentation der Leistungen.

Grundsätzlich besteht für Pflichtversicherte auch die Möglichkeit, ärztliche Leistungen bei Privat- und Wahlärzten in Anspruch zu nehmen. Wenn der Patient sich die Rechnung eines Wahlarztes zurückerstatten lassen möchte, muss er diese bei seiner Krankenversicherung einreichen. Er hat dann, wie beschrieben, Anspruch auf eine (partielle) Kostenerstattung für jene Leistungen, die auch ein Vertragsarzt hätte erbringen können. Für wahlärztliche und private Leistungen gibt es kein verpflichtendes Tarifwerk. Wahlärzte sind genauso wie Privatärzte damit an keine Abrechnungsgrundlage und an keine Ober- oder Untergrenzen bei der Honorarhöhe gebunden. Sie können ihre Honorare frei bestimmen. Damit die Rechnung von der Krankenkasse des Patienten zumindest teilweise erstattet werden kann, muss diese allerdings im Sinne der Leistungen der Krankenkassen aufgeschlüsselt werden.⁷¹ In der Praxis werden von den regionalen Ärztekammern Abrechnungstarife empfohlen, die sich in der Leistungsbeschreibung an die Kassentarife anlehnen, jedoch in der Vergütungshöhe von jedem einzelnen Arzt individuell gestaltet werden können.

Da die Honorare von Wahlärzten meist deutlich höher sind als die Vertragstarife der Krankenversicherungen, bleibt für den Versicherten ein unterschiedlich hoher finanzieller Eigenanteil: Zum einen erstatten die Krankenkassen nur 80 % des Kassentarifs, wenn die Wahlarztrechnung mit den erforderlichen Angaben beim zuständigen Krankenversicherungsträger eingereicht wird. Die Differenz zum vollen Kassentarif wird mit dem höheren Verwaltungsaufwand im Zuge der Kostenrückerstattung begründet. Zum anderen stellt die Tarifposition im Kassenvertrag das relevante Erstattungskriterium dar und nicht den tatsächlich an den Wahlarzt bezahlten Betrag, der in der Regel höher ausfällt.

Privatärztliche Leistungen, das heißt abgerechnete Leistungen, die nicht im Sinne der Krankenkassenleistungen aufgeschlüsselt wurden, werden nicht – auch nicht anteilig – von der Krankenkasse erstattet. Dies gilt auch für alle Leistungen, die nicht im Tarifkatalog der jeweiligen Krankenkasse enthalten sind. Dazu gehören zum Beispiel viele komplementärmedizinische Leistungen, Atteste, Reiseprophylaxe oder Eignungs- und Tauglichkeitsgutachten (z. B. für den Führerschein).⁷²

69 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) § 131 Abs. 1.

70 Vgl. Riedel (2018), S. 84.

71 Vgl. Ärztekammer für Wien (o.J.)

72 Vgl. Ärztekammer für Wien (o.J.a)

3.3 Zugangshürden in der (ambulanten) Gesundheitsversorgung

Freie Arztwahl

Patienten in Österreich können den Arzt nur begrenzt frei wählen, wenn man keine Zuzahlung hinnehmen will. Der Hausarzt ist erster Ansprechpartner für Vorsorge und Überweisungen zu Fachärzten und Ambulanzen. Im Rahmen der Versicherung in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) beispielsweise können je Quartal ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, bis zu drei Vertragsfachärzte verschiedener Sparten sowie beliebig viele Vertragszahnärzte ohne Überweisung aufgesucht werden („Quartalsregelung“). Die Konsultation von weiteren Fachärzten erfolgt mittels Überweisungen.⁷³ Aufgrund von Verrechnungsmodalitäten im Rahmen der Sozialversicherung müssen sich die Patienten allerdings für einen Facharzt derselben Sparte (Fachrichtung) pro Quartal entscheiden. Wenn Wahl- oder Privatärzte aufgesucht werden, müssen die Patienten die Leistungsvergütung teilweise oder vollständig übernehmen, sofern sie nicht privat Zusatzversichert sind.

Seit 2014 bemüht sich die Politik um den Aufbau von sogenannten Primärversorgungszentren. Hierunter wird eine Art Gruppenpraxis, in der mehrere Berufsgruppen – Allgemeinmediziner, Fachärzte, Pflegepersonal – zusammenarbeiten, verstanden. Im Sommer 2017 wurde das Primärversorgungsgesetz verabschiedet, welches vorsieht, dass bis zum Jahr 2021 75 Primärversorgungszentren österreichweit errichtet und unter Einbeziehung der Ärztekammern partnerschaftlich umgesetzt werden. Durch die Primärversorgungszentren sollen zum einen Warte- und Wegezeiten für die Patienten verkürzt und zum anderen die Ambulanzen der Krankenhäuser entlastet werden.⁷⁴

Zuzahlungen

Patienten müssen in Österreich Zuzahlungen in unterschiedlicher Art und Weise leisten. Die Behandlung durch Vertragsärzte erfolgt über das Sachleistungsprinzip und in der Regel ohne Zuzahlungen. Allerdings sehen manche Versicherungsträger Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte) von Patienten vor. Selbstbehalte können auch von der Sozialversicherung vorgeschrieben werden.⁷⁵ Bei der Inanspruchnahme von Wahlärzten, die über Kostenerstattung erfolgt, sind dagegen stets Zuzahlungen seitens der Patienten zu leisten, da der Versicherungsträger nur 80 % des Kassentarifs erstattet. Wahlärztliche Honorare, die häufig über der Kassenvergütung liegen, sind ohnehin von den Patienten zu tragen.

Privatärztliche Leistungen werden grundsätzlich nicht von den öffentlichen Versicherungsträgern übernommen, so dass diese gänzlich von den Patienten zu tragen sind. Sie können allerdings genauso wie Zuzahlungen bei Wahlärzten über private Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Insgesamt lag der Anteil der privat finanzierten Gesundheitsausgaben in Österreich im Jahr 2017 bei rund 26 %.⁷⁶ Davon wiederum entfallen 19 %-Punkte auf sogenannte out-of-pocket-Zahlungen.

Wartezeiten

Für Wartezeiten auf Arzttermine in Österreich liegen nur wenige frei zugängliche Statistiken vor. In schon älteren Befragungen werden Wartezeiten in Österreich von den Österreichern im Europäischen Vergleich eher als moderates Problem wahrgenommen. Das spiegelt sich unter anderem in Umfrageergebnissen des „Eurobarometers 411“ wider. In dieser Befragung wurde den Europäern unter anderem die Frage gestellt, welche drei Kriterien die wichtigsten seien, wenn es um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im eigenen Land geht. Das Kriterium „Keine Wartezeiten“ ist dabei sowohl von den Deutschen (9 % der Befragten) als auch von den Österreichern (11 % der Befragten) am wenigsten

73 Vgl. Österreichische Gesundheitskasse (o.J.)

74 Vgl. Österreichische Sozialversicherung (o.J.)

75 Vgl. Czypionka, T., Berger, M. (2018), S. 34ff.

76 Vgl. OECD (2019), S. 157.

häufig genannt worden. In Großbritannien (23 %), Frankreich (17 %) und den Niederlanden (23 %) zum Beispiel lagen die Befragungswerte auf einem weitaus höheren Niveau. Im Umkehrschluss heißt das, dass Wartezeiten in Österreich in der öffentlichen Wahrnehmung – zumindest Anfang des letzten Jahrzehnts – eine untergeordnete Rolle gespielt haben.⁷⁷

Die öffentliche Wahrnehmung zur Wartezeitenproblematik ist im Wandel. Für die jüngste Vergangenheit liegt eine Auswertung der Growth from Knowledge (GfK) aus dem Jahr 2017 vor. Sie setzt sich mit der Wartezeit bei Ärzten und medizinischen Einrichtungen in Österreich differenziert nach Allgemeinmedizin, Radiologie und sonstigen Fachärzten auseinander. Im Bereich der Allgemeinmedizin müssen die Österreicher kaum Wartezeiten auf sich nehmen, da ca. 75 % der Patienten einen Termin am selben Tag erhalten. Weitere knapp 19 % erhalten einen Termin innerhalb von einer Woche. Nur bei ca. 6 % der Patienten geht die Wartezeit über eine Woche hinaus. Erheblich „schwieriger“ gestaltet sich das Bild bei den Radiologen beziehungsweise sonstigen Fachärzten. Bei den Radiologen erhalten nur 27 % der Patienten einen Termin innerhalb einer Woche, während der Rest länger warten muss. Knapp 13 % der Patienten müssen länger als zwei Monate auf einen Radiologen-Termin warten. Bei den sonstigen Fachärzten fallen die Wartezeiten insgesamt noch länger aus. Nur 24 % der Patienten in Österreich erhalten einen Facharzttermin innerhalb von einer Woche. Knapp 16 % der Menschen warten länger als zwei Monate auf eine ärztliche Konsultation.⁷⁸ All diejenigen Österreicher, die derartige Wartezeiten insbesondere auf einen Facharztbesuch nicht hinnehmen wollen, weichen zunehmend auf Wahlärzte aus.⁷⁹

3.4 Ärztliche Versorgung

Der Ärztemangel in Österreich ist Gegenstand der (gesundheitspolitischen) Diskussion. In der Politik wird u. a. ein Wartezeiten-Limit für Arztbesuche gefordert. Gleichzeitig praktiziert ein immer größerer Teil von niedergelassenen Ärzten als sogenannte Wahlärzte, die auf Basis von Kostenerstattung mit den Patienten direkt abrechnen. Neben den Wahlärzten rechnen auch die Privatärzte mit den Patienten ab, wobei die Patienten kein Recht auf Teilerstattung von der Pflichtversicherung haben. Schließlich haben auch Kassenärzte das Recht, privatärztliche Leistungen neben ihrer Kassenarztstätigkeit zu erbringen. Ohne privatärztliche Leistungen dürfte es in der Versorgung spürbare Lücken geben. „Die vertragsärztliche Versorgung wird als Basis gesehen, die wahlärztliche Versorgung stellt einen Bonus dar, für den zusätzliche Kosten in Kauf genommen werden.“⁸⁰

Angebot ambulanter ärztlicher Gesundheitsleistungen

Niederlassungswillige Ärzte in Österreich haben neben der Zulassung als Kassenarzt auch die Möglichkeit, sich als Wahlarzt niederzulassen. Als Wahlärzte können sie tätig werden, wenn sie keinen Vertrag mit einer Krankenkasse bzw. nicht mit allen Krankenkassen Verträge geschlossen haben. Zudem können niedergelassene Ärzte als Privatarzt tätig sein, auch wenn sie die formalen Ansprüche eines Wahlarztes erfüllen, jedoch ihre Honorarnote nicht im Sinne der Krankenkassenabrechnung aufschlüsseln. Letztlich können Kassenärzte auch eine privatärztliche Nebentätigkeit ausüben.⁸¹

Trotz des fortschreitenden demografischen Alterungsprozesses stagniert in Österreich die Zahl der Kassenärzte. Mit 8.199 Kassenärzten lag die Zahl der mit Gebietskrankenkassen oder „kleineren“ Kassen verbundenen Vertragsärzte – jeweils zum 31. Dezember – 2019 unter dem Niveau des Jahres 1999 (8.221). Dagegen ist die Zahl der Wahlärzte von 4.476 (31.12.1999) auf 10.175 zum 31.12.2019 mehr

77 Vgl. Europäische Kommission (2014); Finkenstädt, V. (2017), S. 42.

78 Vgl. GfK (2017).

79 Vgl. dazu Abschnitt 3.4.

80 Vgl. Kolland et al. (2018), Management Summary, o.S.

81 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2020); siehe auch Abschnitt 3.2 „Ärztliche Vergütung“.

als deutlich angestiegen.⁸² Eine Entwicklung, die nur teilweise auch auf die Teilzeitbeschäftigungen von Krankenhausärzten in Wahlarztpraxen zurückzuführen ist. Denn die Teilzeitbeschäftigung von Krankenhausärzten als Wahlarzt ist keine neue Beobachtung. Als Niveaueffekt kommt sie stets für alle Jahre der Statistik zum Tragen. Insofern kann die Teilzeitbeschäftigung nur unzureichend verdecken, dass es in Österreich einen Trend zum wahlärztlichen Angebot (ambulanter) ärztlicher Gesundheitsleistungen gibt. So werden zum Beispiel in Oberösterreich 45 % der Wahlarztpraxen hauptberuflich betrieben.⁸³ Insbesondere in Wien sind Wahlärzte versorgungsrelevant. Dort ist die Zahl der Kassenärzte zwischen 2010 und 2018 – jeweils zum 31.12.2018 – um 7,0 % gesunken, während im gleichen Zeitraum die Zahl der Wahlärzte um 25,4 % angestiegen ist. Inzwischen sind in Wien 70 % der niedergelassenen Ärzte als Wahlärzte tätig beziehungsweise zugelassen.^{84, 85}

Private Kranken(zusatz)versicherungen

In Österreich gibt es neben den öffentlichen Krankenversicherungsträgern, welche die flächendeckende Pflichtversicherung ausmachen, auch private Krankenversicherungsunternehmen. Die Krankenversicherungsunternehmen sind in Österreich rechtlich selbständig, wirtschaftlich aber in größere Unternehmen eingebunden. Eine klassische private Krankenvollversicherung, wie in Deutschland, wird in Österreich nicht angeboten. Jedoch haben die gesetzlich Versicherten die Möglichkeit, eine private Zusatzversicherung abzuschließen.⁸⁶

Mit einer privaten Krankenzusatzversicherung für ambulante Leistungen gibt es die Möglichkeit, den Differenzbetrag zwischen Krankenkassen- und Wahlarthonorar zurückerstattet zu bekommen. Darüber hinaus werden von den privaten Versicherungen häufig auch Honorare für ärztliche Behandlungen erstattet, die von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden. Letztlich können gesetzlich Versicherte über ihre private Zusatzversicherung damit eine freie Arztwahl erlangen und sind nicht ausschließlich auf Kassenärzte angewiesen.

In der Versicherungsbranche gilt die private Krankenversicherung inzwischen als zunehmend attraktives Geschäftsfeld. Entsprechend der zunehmenden Wartezeiten, der stagnierenden Zahl der Kassenärzte und dem Zuwachs der Wahlärzte ist auch die Nachfrage nach privaten Krankenzusatzversicherungen – ausgehend von einem niedrigen Niveau – zum Teil erheblich gewachsen. Im Jahr 2018 lag der Bevölkerungsanteil der Privatzusatzversicherten bei rund 37 %.⁸⁷ Damit verfügten rund 3,1 Millionen Österreicher über eine private Zusatzversicherung. Das jährliche Beitragsvolumen in diesem Versicherungssegment ist innerhalb von nur drei Jahren von 1,9 Mrd. Euro auf 2,2 Mrd. Euro um fast 16 % angestiegen.⁸⁸ Ein Wachstum, das nicht nur, aber vor allem auf die (ambulante) Privatarztversicherung zurückzuführen ist. Weil die Zahl der Kassenärzte stagniert und die der Wahl- und Privatarzte zunimmt, letztere mehr Zeit für die Patienten aufbringen und Wartezeiten verkürzt werden können,⁸⁹ würden sich – laut Auskunft der Versicherungsbranche – immer mehr Österreicher insbesondere für eine Privatarzt(zusatz)versicherung entscheiden.⁹⁰

Ähnliche Zusammenhänge gelten für die stationäre Versorgung. Auch Wartezeiten auf elektive Krankenhausoperationen lassen sich auf dem Umweg über Wahlärzte verkürzen. „In Österreich hat sich die Meinung manifestiert, dass eine private Krankenzusatzversicherung und/oder der Besuch in einer Privatordination die Wartezeit auf Elektivoperationen verkürze.“⁹¹ Dies wird gerade auch von Patientenvertretungen

82 Vgl. Österreichische Ärztekammer (2020).

83 Vgl. Ärztekammer für Oberösterreich (2016), S. 5.

84 Vgl. Österreichische Ärztekammer (2018).

85 Vgl. PRIVATpatient (2019).

86 Vgl. Versicherungsverband Österreich (o.J.).

87 Vgl. Versicherungsverband Österreich (2019), S. 124.

88 Vgl. Pfluger (2019).

89 Vgl. Schwarz, J. (2016).

90 Vgl. Pöchlhacker (2019).

91 Vgl. Czypionka et al. (2013), S. 9.

angeführt. Unter anderem stellt eine Wiener Patientenvertreterin heraus, dass gesetzlich versicherte Patienten über den Umweg einer bezahlten Privatordination schneller an einen OP-Termin kämen. Ein solches Vorgehen sei in Wien gängige Praxis. Es konnte in diesem Zusammenhang empirisch bestätigt werden, dass Patienten mit Zusatzversicherung weniger lang warten müssen.⁹²

3.5 Einordnung und Bewertung

In Österreich deuten statistische Auswertungen⁹³ an, dass es keine große Lücke zwischen Versorgungsbedarf und medizinischer Versorgung gibt. Dieser hohe Grad an Bedarfsdeckung kann aufgrund der Tatsache erreicht werden, dass in einem nicht unbeträchtlichen Umfang ärztliche Leistungen außerhalb des Sozialversicherungssystems angeboten werden. Der hohe Anteil an Fachärzten, die wahlärztlich tätig sind, zeigt an, dass hingegen eine Versorgungslücke im Bereich der Pflichtversicherung besteht und in den letzten Jahren angestiegen ist.⁹⁴ Diese Versorgungslücke wird aber offensichtlich, zumindest partiell, durch wahl- und privatärztliche Dienstleistungen wieder geschlossen. Der Privatmarkt macht den Arztberuf insgesamt attraktiver und sichert so die ambulant-ärztliche Versorgung mit ab.

Die Versorgungslücke im öffentlichen Bereich dürfte auch durch unbefriedigende Vergütungsbedingungen für niedergelassene Kassenärzte verursacht sein. Das gilt insbesondere für Hausärzte. Ein weiterer Grund sind die reglementierten Rahmenbedingungen der Niederlassung für Kassenärzte. Während Wahl- und Privatärzte den Ort der Niederlassung frei wählen können, ist die Niederlassungsfreiheit für Kassenärzte regional begrenzt. Diese Niederlassungsregulierung scheuen offensichtlich besonders Fachärzte, aber auch in zunehmendem Maße Allgemeinmediziner.

In Österreich existieren für die Kassenärzte verbindliche medizinische Leistungsverzeichnisse und regionalisierte Honorarordnungen, an die sich diese halten müssen. Gleichzeitig können die Kassen bei der Höhe der Gebühren variieren. Es entstehen Vergütungsunterschiede. Zu weiteren zum Teil erheblichen Vergütungsunterschieden kommt es zwischen Kassen- und Wahlärzten. Die Honorierung für wahl- und privatärztliche Leistungen ist nicht reguliert. Lediglich einige regionale Ärztekammern empfehlen die Gebühren in Anlehnung an die gesetzlichen Kassentarife zu berechnen. Diese Empfehlungen haben eine gewisse „mäßige“ Wirkung auf die Preise von Wahlärzten, doch sind diese Empfehlungen den Patienten häufig nicht bekannt. Im Ergebnis heißt das: Eine „patientenschützende“, über die Vergütungsordnung der Kassenärzte hinausgehende Gebührenordnung für Ärzte, die die Preisdifferenzierung zwischen Kassen-, Wahl- und Privatärzten reglementiert und Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung vor einkommensinduzierten Verhaltensweisen – konkret vor zu hohen Preisen bei der medizinischen Leistungserbringung – schützen kann, existiert in Österreich nicht. Von daher gilt die Empfehlung, dass Patienten, bevor sie eine wahl- bzw. privatärztliche Leistung in Anspruch nehmen, die Vergütung mit dem Arzt absprechen, als notwendig und verständlich.

Der Anteil der Versicherten mit einer privaten Zusatzversicherung ist in Österreich mit 37 % verhältnismäßig hoch. Der steigende Trend zur Zusatzversicherung korrespondiert mit dem Anstieg der Wahlärzte im Verhältnis zur stagnierenden Zahl der Kassenärzte. Es wird deutlich, dass der Privatmarkt eine wichtige Funktion für die Versorgung – insbesondere im Hinblick auf eine freie Arztwahl – einnimmt. Jeder Pflichtversicherte kann problemlos wahlärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, die einen Anspruch auf partielle Kostenerstattung gegen die jeweilige gesetzliche Krankenkasse beinhalten. Der „restliche“ Rechnungsbetrag kann privat abgesichert werden. Dem Privatmarkt kommt folglich neben der Versorgungsfunktion auch eine „Ventil-Funktion“ zu. Auch deshalb sind die Menschen in Österreich mit ihrem Gesundheitssystem nicht unzufrieden, aber auch nicht übermäßig zufrieden. Nach der alle

92 Vgl. Cypionka et al. (2013), S. 10ff.

93 Vgl. GfK (2017); Kolland (2018).

94 Vgl. Österreichische Ärztekammer (2018).

5 Jahre durchgeführten Befragung "Austrian Health Interview Survey" beurteilen 60 % der Menschen die Qualität der medizinischen Versorgung mit "hervorragend" oder "sehr gut".⁹⁵

Für die Versicherten wird durch die Privatmedizin ein Wahlrecht etabliert, das in der kassenärztlichen Versorgung so nicht vorgesehen ist. Die Ausgestaltung der ambulanten Vergütung in Österreich kann nicht verhindern, dass Patienten wahlärztliche beziehungsweise private Leistungen nachfragen, auch wenn dies mit Kostenbeteiligungen oder sogar einer gänzlichen privaten Kostenübernahme durch die Patienten verbunden ist. Insgesamt kommt in Österreich damit den Wahl- und Privatärzten eine wichtige Entlastungsfunktion für das öffentliche Versorgungssystem zu. Für ambulant tätige Ärzte entstehen zusätzliche Freiräume und die Attraktivität einer Niederlassung steigt.

95 Vgl. Statistik Austria (2019).

4 Schweiz

4.1 Grundzüge des Gesundheitssystems in der Schweiz

Mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG), welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, wurde in der Schweiz ein Pflichtversicherungssystem für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung von Krankheiten und ihren Folgen dienen, eingeführt. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz ist eine verpflichtende Grundversicherung für die gesamte Bevölkerung. Sie stellt eine Individualversicherung (ohne Familienversicherung) dar. Es ist eine freie Wahl zwischen den Krankenversicherern möglich. Zwischen den Krankenversicherern besteht Beitragswettbewerb. Die als Kopfprämien zu entrichtenden Beiträge sind (unabhängig vom Einkommen und Vermögen des Versicherten) je nach Krankenkasse und Kanton unterschiedlich hoch. Versicherte mit niedrigem Einkommen und Vermögen können einen staatlichen Zuschuss zu der zu zahlenden Kopfprämie erhalten.⁹⁶ Bezugsgröße ist hierfür in der Regel das steuerpflichtige Haushaltseinkommen, die konkrete Umsetzung – einschließlich des gewählten Auszahlungsweges – obliegt meist den Kantonen.

Es gelten für alle Krankenversicherer die gleichen gesetzlichen Vorschriften, die hinsichtlich ihrer Einhaltung vom Bundesamt für Gesundheit kontrolliert werden. Die Krankenversicherer müssen jeden Patienten grundversichern (Kontrahierungszwang) – unabhängig vom Risiko (Krankheit, Alter, etc.). Nur bei den privaten Zusatzversicherungen für Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen, besteht Vertragsfreiheit. Die Krankenversicherer können hier die Prämien frei festlegen und Interessenten abweisen. Es gibt in der Schweiz keine öffentlich-rechtlichen Krankenkassen, alle Krankenversicherer sind privatwirtschaftliche Unternehmen.⁹⁷ Obwohl die Krankenversicherer sowohl Grund- als auch Zusatzversicherungen anbieten dürfen, sind sie dabei doch unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen unterworfen. So besteht zum Beispiel im Bereich der Grundversicherung faktisch ein Gewinnverbot, während im Geschäftsfeld der Zusatzversicherungen Gewinne realisiert und weitgehend frei verwendet werden dürfen.⁹⁸

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind im Rahmen eines „Leistungskatalogs“ gesetzlich vorgegeben. Im Wesentlichen werden alle relevanten ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen bei Krankheit, Pflege, Unfall und Mutterschaft abgedeckt. Zahnmedizinische Leistungen werden dagegen nur sehr eingeschränkt erstattet. Übernommen werden fast ausschließlich unverschuldet verursachte Zahnprobleme, wie zum Beispiel Zahnfolgeschäden bei anderen Erkrankungen.⁹⁹ Der Leistungskatalog, der als Grundversicherung konzipiert ist, gilt abschließend und einheitlich für die gesamte Schweiz. Damit die Kosten der medizinischen Leistungen von der OKP übernommen werden, muss die Leistung wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Alle Leistungen, die vom Gesetz oder gemäß Verordnung des zuständigen Gesundheitsministeriums (Eidgenössisches Department des Inneren EDI) als Pflichtleistung für die Grundversicherung vorgeschrieben sind, werden dem Versicherten nach dem Prinzip der Kostenerstattung von seiner Krankenversicherung rückerstattet.¹⁰⁰

4.2 Rahmenbedingungen für Ärzte

In der Schweiz obliegt den einzelnen Kantonen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Eine der Kassenärztlichen Vereinigung in Deutschland entsprechende Pflichtmitgliedschaft gibt es nicht. Jeder Kanton stellt eine Berufsausübungsbewilligung aus, die dem Arzt im jeweiligen Kanton die Berufsausübung

96 Vgl. Moser (2009), S. 79 ff.

97 Vgl. Castelli und Dieckmann (2009), S. 11 ff.

98 Vgl. Oggier (2014), S. 424.

99 Vgl. Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (o.J.)

100 Vgl. Moser (2009), S. 80f; Castelli und Dieckmann (2009), S. 17.

genehmigt.¹⁰¹ Von dieser gesundheitspolizeilichen Bewilligung zu unterscheiden ist die Zulassung zur Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

Zulassungssteuerung

Im Jahr 2002 hat der Bundesrat in der Schweiz eine Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erlassen. Für die Umsetzung dieser Beschränkung sind die Kantone zuständig. Die Kantone haben somit die Möglichkeit, niederlassungswilligen Ärzten die Zulassung zu verweigern, auch wenn diese ansonsten die Zulassungsvoraussetzungen (eidgenössisches oder eidgenössisch anerkanntes Arztdiplom sowie ein eidgenössischer oder eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel) erfüllen. Liegt eine derartige Zulassung eines Kantons nicht vor, dürfen die Ärzte entsprechend keine Leistungen zu Lasten der OKP erbringen.

Die Zulassungssteuerung war ursprünglich auf drei Jahre befristet. In der Praxis gilt diese bis heute. Zunächst wurde die Zulassungssteuerung für Grundversorger (Ärzte der Allgemeinmedizin, der Allgemeinen Inneren Medizin sowie der Kinder- und Jugendmedizin, aber auch praktische Ärzte sowie Gruppenpraxen) bis zum 31. Dezember 2009 verlängert. Für Fachärzte wurde eine Verlängerung bis zum Jahresende 2011 beschlossen. Nachdem vorübergehend ein Zeitraum ohne Zulassungsbeschränkung bestand, wurde zum 1. Juli 2013 eine flexiblere Form der Zulassungssteuerung eingeführt, die eine „Kann“-Regelung darstellt. Dies erfolgte mittels der „Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ (VEZL).¹⁰² In Artikel 1, Abs. 1 VEZL heisst es in diesem Zusammenhang: „Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 36 KVG sowie Ärztinnen und Ärzte, die in Einrichtungen nach Artikel 36a KVG tätig sind, sind nur zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn im entsprechenden Kanton im entsprechenden Fachgebiet die Höchstzahl ... nicht erreicht wird.“¹⁰³ Am 15.5.2019 hat der Bundesrat beschlossen, die Geltungsdauer der entsprechenden Verordnung zu verlängern, so dass die Zulassungsbeschränkung mindestens bis zum 30. Juni 2021 gültig ist.¹⁰⁴

Kostenerstattung

Grundsätzlich wird in der Schweiz nach dem System der Kostenerstattung abgerechnet. Die Kostenerstattung wird im KVG als vorherrschendes System genannt. In der Praxis heisst das, dass die Ärzte medizinische Leistungen den Patienten in Rechnung stellen.¹⁰⁵ Sofern zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer eine vertragliche Direktzahlung vereinbart worden ist, können Ärzte auch über Verrechnungsstellen mit der Krankenversicherung des Patienten abrechnen. Die Krankenversicherungen sind verpflichtet (Kontrahierungszwang), die Kosten zu übernehmen. Je nach Region respektive Kanton ist der Arzt in der Schweiz darüber hinaus berechtigt, Medikamente an seine Patienten direkt abzugeben und zu verrechnen (sogenannte Selbstdispensation).

Ärztliche Vergütung

Niedergelassene Ärzte, die Pflichtversicherte im Rahmen der OKP behandeln, müssen einen Vertrag mit der OKP abschließen. Der Vertrag beinhaltet die Anerkennung der Vergütungssystematik und der Vergütungshöhe. Für die Krankenversicherungen besteht ein Kontrahierungszwang mit den Ärzten, die sich für die OKP entschieden haben.¹⁰⁶ „Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren

101 Vgl. Castelli und Dieckmann (2009), S. 20.

102 Vgl. Nold (2015), S. 279.

103 Art. 1 Abs. 1 VEZL (Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung).

104 Vgl. Der Bundesrat – Das Portal der Schweizer Regierung (2019).

105 Vgl. Finkenstädt, V. (2015), S. 11 f.

106 Vgl. Castelli und Dieckmann (2009), S. 20.

Verbände andererseits.“¹⁰⁷ Die Verträge zwischen Krankenversicherern und ärztlichen Berufsverbänden müssen durch die zuständige Kantonsregierung, gesamtschweizerische Verträge durch den Bundesrat genehmigt werden. Entsprechend besteht für Ärzte und Krankenversicherer sowie letztlich auch für Patienten Sicherheit unter anderem über die Rahmenbedingungen und die Höhe der Vergütung.¹⁰⁸

Entscheidet sich ein niedergelassener Arzt dafür, über die OKP abzurechnen, unterstellt er sich der entsprechenden Vergütungssystematik. Der Arzt darf nur das abrechnen, was der „Vergütungstarif“ vorsieht. Nach Art. 43 Abs. 5 KVG müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Vergütungsstruktur – in der Schweiz Tarifstruktur genannt – beruhen. Dieser „Tarif“ wird TARMED genannt. Der TARMED folgt dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung und ist ein betriebswirtschaftlich kalkuliertes Vergütungssystem, in dem die ärztlichen Dienstleistungen einerseits und die Sachleistungen inklusive der delegierbaren Leistungen andererseits getrennt kalkuliert und fortgeschrieben werden. Der TARMED umfasst mehr als 4.600 Positionen. Es sind nahezu alle ärztlichen und arzt nahen Leistungen in der Arztpraxis sowie im ambulanten Krankenhausbereich enthalten. Durch die einheitliche Struktur des TARMED besteht relativ große Transparenz und Vergleichbarkeit.¹⁰⁹ Jeder Leistung ist je nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. Dabei wird ein Referenzeinkommen als Kalkulationsgrundlage berücksichtigt. In einzelnen Kantonen gelten unterschiedliche Taxpunktwerte, da das Tarifwerk TARMED im Rahmen der Einführung zum 1. Januar 2004 die ursprünglichen kantonalen Tarife kostenneutral übernommen hat. Sämtliche Veränderungen an der Tarifstruktur müssen jeweils durch den Bundesrat genehmigt werden.¹¹⁰

Die verschiedenen Leistungspositionen im TARMED verlangen i.d.R. eine definierte qualitative Arzt-Dignität, d. h. bestimmte fachliche Qualifikationen, um eine bestimmte Leistung zu Lasten der Krankenversicherung abrechnen zu können (z. B. Facharztqualifikation, Schwerpunkte, Fähigkeitsnachweise).¹¹¹ Die ärztlichen Berufsverbände vereinbaren für ihre Mitglieder Vergütungsverträge, in denen auf Basis des TARMED die Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten mit den einzelnen Krankenkassen festgelegt sind. Bei der Verhandlung von Taxpunktwerten zwischen Ärztenverbänden und Krankenversicherern kommt es in den einzelnen Kantonen immer wieder zu Streitigkeiten. Diese Streitigkeiten liegen insbesondere darin begründet, dass die ursprünglich beabsichtigte betriebswirtschaftliche Bemessung des TARMED bei einer wirtschaftlichen Leistungserbringung zu Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenversicherern führt. Im Fall einer Nicht-Einigung entscheidet die Kantonsregierung. Anschließend kann es auch zu gerichtlichen Auseinandersetzungen kommen.

Nicht zuletzt wegen der kantonalen Struktur ist im TARMED kein limitierendes, kostenregulierendes Ausgabengesamtbudget vorgesehen. Aktuell wird allerdings in der Schweiz diskutiert, ein Globalbudget einzuführen. So haben eine vom Eidgenössischen Departement des Innern EDI eingesetzte Experten-Gruppe und auch Mitglieder des Parlaments vorgeschlagen, ein Globalbudget zu implementieren, um das Kostenwachstum im schweizerischen Gesundheitswesen zu dämpfen. Nach Art. 51 KVG besteht in der Schweiz bereits heute die Möglichkeit, dass die Kantone im stationären Bereich mit Globalbudgets arbeiten. Die Kantone Genf, Tessin und Waadt machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Von Seiten der Bürger und Ärzte wird ein Globalbudget in der Mehrheit abgelehnt, weil eine sinkende Qualität der Behandlung und eine Zweiklassenmedizin zu befürchten sei. Ein fixiertes Gesamtbudget könnte dazu führen, dass nicht mehr alle notwendigen Leistungen gegenüber den Patienten erbracht werden. Es sei eine verdeckte Rationierung von medizinischen Leistungen zu erwarten.¹¹²

107 Art. 46 Abs. 1 KVG

108 Vgl. Castelli und Dieckmann (2009), S. 24.

109 Vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG (2019); FMH (o.J.).

110 Vgl. FMH (o.J.).

111 Vgl. FMH (o.J.).

112 Vgl. FMH (2018), S. 1 f.

4.3 Zugangshürden in der (ambulanten) Gesundheitsversorgung

Freie Arztwahl und „Gatekeeping“

Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gilt Kontrahierungszwang. Alle Leistungserbringer können mit allen Krankenkassen abrechnen, müssen im Gegenzug aber auch die Versicherten aller Kassen behandeln. Das bedeutet, dass ein Versicherter i.d.R. eine freie Auswahl von Ärzten hat, die mit der Versicherung des Patienten einen Vertrag abgeschlossen haben. Im KVG heißt es hierzu: „Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.“¹¹³ Mit Zusatzversicherungen lässt sich gegebenenfalls darüber hinaus eine freie Arztwahl über alle Ärzte hinweg erreichen, d. h. es können auch Ärzte konsultiert werden, die im Rahmen der OKP nicht zugelassen sind.

Neben der relativ freien Arztwahl sind in der Schweiz auch Hausarztmodelle und andere besondere Versorgungsformen etabliert. „Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.“¹¹⁴ Die Versicherten haben einen Anreiz, an diesen besonderen Versorgungsformen teilzunehmen und einen Teil ihrer Wahlfreiheit aufzugeben, weil sie als „Gegenleistung“ ihre Versicherungsprämien senken können. „Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmäßiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermäßigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest.“¹¹⁵

Die sogenannten besonderen Versicherungsformen erfreuen sich in den letzten Jahren, angesichts der oft über der allgemeinen jährlichen Lohn- und Preiserhöhungen liegenden Prämiensteigerungen, zunehmender Beliebtheit.¹¹⁶ Bereits im Jahre 1990 wurden die ersten HMO-Gruppenpraxen¹¹⁷ als Schweizer Variante von Managed Care eröffnet.¹¹⁸ Manchen Hausarztmodellen gehören bis zu 100 Hausärzte an, die sich zu einem bestimmten Leistungspaket verpflichten. Versicherte wählen aus dieser Gruppe ihren Hausarzt und vereinbaren, diesen im Bedarfsfall immer zuerst zu konsultieren und ihm die Koordination der Versorgung zu übertragen. Viele HMOs bieten Telefon-Hotlines rund um die Uhr an. Die Vergütung der Ärzte erfolgt hier in der Regel nicht über das Vergütungssystem TARMED, sondern über Kopfpauschalen.¹¹⁹ HMOs haben generell die Möglichkeit, Selektivverträge mit den Krankenversicherern abzuschließen.

Zuzahlungen

Im Rahmen der OKP gelten gemäß dem KVG Zuzahlungsregelungen, welche eine Kostenbeteiligung der Patienten vorsehen. Erwachsene Versicherte müssen sich mit bis zu 300 Franken jährlich an den anfallenden Kosten für ihre Versorgung beteiligen (Franchise). Über die Höhe der (Mindest-)Franchise entscheidet der Bundesrat. Die Versicherten können eigenverantwortlich auch eine höhere Franchise wählen (bis zu 2.500 Franken), wenn die Prämie für die Grundversicherung sinken soll. Entsprechend müssen die Versicherten die Kosten bis zur Höhe der gewählten Franchise alleine tragen und erst darüber hinaus gehende Kosten werden von der Krankenversicherung übernommen.¹²⁰

113 § 41 Abs. 1 KVG.

114 § 41 Abs. 4 KVG.

115 § 62 Abs. 3 KVG.

116 Vgl. Interpharma (o.J.).

117 Health Maintenance Organization (HMO).

118 Vgl. Strehle und Weber (2010), S. 2.

119 Vgl. Beck (2013), S. 27 ff.

120 Vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG (2018); Castelli und Dieckmann (2009), S. 19.

Nach Überschreitung der Franchise bezahlen Patienten zusätzlich bei jeder Leistung einen Selbstbehalt von 10 % bis zu einem maximalen Betrag, der vom Bundesrat festgesetzt wird.¹²¹ Für ausgewählte Leistungen kann der Bundesrat einen höheren Selbstbehalt festlegen, zum Beispiel 20 % bei Arzneimitteln, für die es ein günstigeres Generikum gibt. Für Kinder wird eine Franchise nicht erhoben. Bei Kindern gilt ferner lediglich die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes.¹²²

Bei den Zuzahlungen für ärztliche Leistungen nimmt die Schweiz im Vergleich zu anderen westeuropäischen OECD-Ländern eine Spitzenposition ein. Insgesamt entfallen in der Schweiz 29 % der Gesundheitsausgaben auf die sogenannte out-of-pocket-Finanzierung. Deutschland fällt mit 13 %, Österreich mit 19 % und Frankreich mit 9 % deutlich zurück.¹²³ Ein Tatbestand, der auch darauf zurückzuführen ist, dass es im schweizerischen Zahlungssystem explizit nicht erlaubt ist, Kostenbeteiligungen – sogenannte Franchisen – über eine Privatversicherung finanziell abzusichern. „Kostenbeteiligungen dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme dieser Kosten vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.“¹²⁴

Wartezeiten

In der Schweiz werden Wartezeiten nicht offiziell erfasst und veröffentlicht. Als Alternative können Ergebnisse aus Bevölkerungsumfragen herangezogen werden. Diese lassen sich in der OECD-Gesundheitsstatistik finden. In diesem Zusammenhang gilt es aber, die Subjektivität der befragten Patienten zu berücksichtigen. Die Ergebnisse können sich deshalb nur auf die von den Teilnehmern selbsteingeschätzte Wartezeit beziehen.¹²⁵ Im Jahr 2016 musste gemäß OECD-Statistik jeder fünfte Patient (20,2 %) in der Schweiz mehr als vier Wochen auf einen Termin beim Facharzt warten. Umgekehrt zeigt eine aktuellere Befragung des Commonwealth Fund (2020), dass in der Schweiz (Deutschland) 53 % (75 %) aller Patienten auf Anfrage einen Arzttermin am selben oder nächsten Tag erhalten.¹²⁶ Dabei kann davon ausgegangen werden, dass auch in der Schweiz der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung (Wartezeiten) relativ „gleich“, d. h. einkommensunabhängig möglich ist. Diese Schlussfolgerung ist möglich, weil die Erhebung des Commonwealth Fund (2020) nach „Menschen mit niedrigem Einkommen“ und „Menschen mit hohem Einkommen“ differenziert. Dabei zeigen die Ergebnisse des Commonwealth Fund (2020), dass in der Schweiz – bei Nachfrage nach einem Arzttermin – gleichermaßen sowohl Menschen mit hohem Einkommen (53 %) als auch Menschen mit niedrigem Einkommen (52 %) einen schnellen Arzttermin realisieren.¹²⁷ Ähnliche einkommensunabhängige Ergebnisse erzielt in der zitierten Erhebung im europäischen Vergleich auch Deutschland – jedoch auf einem deutlich höheren Niveau (74 %).

4.4 Ärztliche Versorgung

Angebot ärztlicher Gesundheitsleistungen

Privatärztliche Leistungen werden in der Schweiz i.d.R. nur im stationären Bereich erbracht und abgerechnet. Grundsätzlich erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen auf privatrechtlicher Grundlage. Ärzte können ihr Honorar völlig frei gestalten. Die Vergütung von privatärztlichen (stationären) Leistungen

121 Vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG (2017), S. 8 ff.

122 Über die Franchise und den Selbstbehalt hinaus müssen die Patienten in der Schweiz weitere Kostenbeteiligungen leisten. So müssen Patienten bei einem Krankenhausaufenthalt einen Kostenbeitrag von 15 Franken pro Tag leisten. Auch hier setzt der Bundesrat den Beitrag fest; vgl. dazu Bundesamt für Gesundheit BAG (2017), S. 9.

123 Vgl. OECD (2019), S. 157.; Bundesamt für Gesundheit BAG (2017), S. 11.

124 § 64 Abs. 8 KVG.

125 Vgl. Finkenstädt (2015), S. 39.

126 Vgl. Commonwealth Fund (2020).

127 Vgl. Commonwealth Fund (2020).

erfolgt in der Schweiz nach dem Ansatz der bottom-up- oder top-down-Vergütung. Bottom-up bedeutet, dass auf die Vergütung der OKP eine weitere zusätzliche Vergütung erfolgt. In der Summe ergibt sich das Gesamthonorar [OKP-Vergütung + Mehrwert-Vergütung = Gesamthonorar]. In der top-down-Systematik wird dagegen eine Gesamtrechnung erstellt, in der gegebenenfalls der Betrag aus der OKP-Vergütung gesondert ausgewiesen ist. Aus der Differenz ergibt sich entsprechend die privatärztliche Vergütung [Gesamthonorar – OKP-Vergütung = Privatärztliche Vergütung].¹²⁸

Auch in der Schweiz lässt sich – im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts – ein Trend zur ambulanten Versorgung beobachten. Unter anderem bei kleinen stationären Eingriffen nimmt das ambulante Operieren zu. Im Umkehrschluss nimmt die Inanspruchnahme von privatärztlichen Leistungen in der Schweiz ab. Die Ärzte und Krankenhäuser verlieren privatärztliches Honorar. Auch deshalb wird in der Schweiz darüber diskutiert, inwieweit ambulante Operationen außerhalb der Krankenhäuser auch privatärztlich durchgeführt und vergütet werden könnten.

Über den stationären Sektor hinaus wird in der Schweiz lediglich die zahnärztliche Versorgung überwiegend privatärztlich erbracht. Weil die OKP zahnmedizinische Leistungen nur sehr eingeschränkt abdeckt, wird die zahnärztliche Versorgung überwiegend privatrechtlich vergütet. Außer für unverschuldet verursachte Zahnprobleme und Zahnfolge-Schäden anderen Erkrankungen muss der Patient selbst (out-of-the-pocket) oder die vom Patient freiwillig abgeschlossene Versicherung aufkommen.¹²⁹ Entsprechend ist im zahnärztlichen Bereich die Inanspruchnahme von privatärztlichen Leistungen sowie auch die Anzahl von entsprechenden privaten Zusatzversicherungen hoch.

Ambulante privatärztliche Versorgung durch Ausstandsärzte

Ärzte, die nicht einen Vertrag mit der OKP schließen oder es ablehnen, Leistungen nach dem KVG zu erbringen, werden Ausstandsärzte genannt. Entsprechend dürfen diese Ärzte nach dem „Ausstand“ auch keine Leistungen mit der OKP abrechnen. Wenn sich Versicherte dennoch an solche Leistungserbringer wenden, müssen die Ärzte explizit auf diesen Tatbestand hinweisen.¹³⁰ Ausstandsärzte sind nicht an die vertraglichen Tarife der OKP gebunden und sie können ihr Honorar frei gestalten. Sie rechnen dann auf privatrechtlicher Grundlage ab und haben keine (direkte) Beziehung zu den Kostenträgern, sondern ausschließlich zu den Patienten. Krankenversicherer dürfen private Zusatzversicherungen für Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen, anbieten.¹³¹

Ein Ausstand wird von verhältnismäßig wenigen Ärzten praktiziert. Andererseits dürfen Ärzte, die sich für die OKP entschieden haben, privatärztlich tätig werden. Sie können ihren Patienten Mehrleistungen gesondert in Rechnung stellen. Dennoch konzentriert sich die privatärztliche Versorgung in der Schweiz auf die stationäre Versorgung. Eine „echte“, anerkannte Mehrleistung ist z. B. die freie Arztwahl im Krankenhaus. An der privatärztlichen (stationären) Versorgung nehmen auch die niedergelassenen Ärzte teil, wenn diese Belegärzte sind. In der Schweiz sind viele niedergelassenen Ärzte belegärztlich tätig und können dann im Krankenhaus an der privatärztlichen Versorgung partizipieren.¹³²

Private Kranken(zusatz)versicherungen

Die Krankenversicherer der OKP dürfen auch Zusatzversicherungen für privatärztliche Leistungen anbieten. Rund 80 % der Bürger in der Schweiz haben eine private Zusatzversicherung abgeschlossen.¹³³ Mit den

128 In der Gegenwart ist der Druck der Finanzmarktaufsicht (FINMA) auf die Versicherer, aber auch auf die Leistungserbringer gestiegen, dass die Zusatzversicherer nur den Mehrwert vergüten und die Ärzte diesen Mehrwert in transparenten Rechnungen offenlegen müssen. Das bringt den top-down-Ansatz der privatärztlichen Vergütung „unter Druck“.

129 Vgl. Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (o.J.)

130 Vgl. Art. 44 Abs. 2 KVG.

131 Vgl. Finkenstädt (2015), S. 18.

132 Vgl. Walendzik et al. (2019), S. 76 ff.

133 Vgl. Finkenstädt (2017), S. 60.

Zusatzversicherungen werden in erster Linie zahnmedizinische Leistungen und Mehr- und Komfortleistungen, wie beispielsweise Einzelzimmer im Krankenhaus, abgesichert. Doch auch die Behandlung bei Ausstandsärzten kann in der Schweiz durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden. In der Praxis ist das allerdings ohne (quantitative) Relevanz. Nicht erlaubt ist es dagegen, die vorgeschriebene Kostenbeteiligung – sogenannte Franchise – über eine Privatversicherung finanziell abzusichern.

4.5 Einordnung und Bewertung

Wenn in Deutschland zuweilen darüber gesprochen wird, dass es in jedem Land Europas eine einheitliche Honorarordnung gibt,¹³⁴ dann dürften sich derartige Diskussionsbeiträge mit Blick auf die (ambulante) Versorgung in der Schweiz auf die einheitliche Vergütungsstruktur – kurz TARMED genannt – beziehen. Der TARMED ist allerdings zunächst einmal nur als betriebswirtschaftlich kalkuliertes ärztliches Leistungsverzeichnis zu betrachten, das nahezu alle ärztlichen Leistungen in der Arztpraxis sowie im ambulanten Krankenhausbereich enthält und jede dieser Leistungen ist je nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur einer bestimmten Anzahl von Taxpunkten zugeordnet (relative Bewertung).

Der TARMED gilt landesweit, die monetäre Bewertung der Taxpunkte selbst ist aber kantonal organisiert. Vergütungsunterschiede lassen sich deshalb durch den TARMED nicht vermeiden. Denn die Punktwerte für ärztliche Leistungen werden zwischen den kantonalen Versicherungsverbänden und den Leistungserbringern verhandelt.¹³⁵ Im Ergebnis kommt es zwischen den Kantonen zu Vergütungsunterschieden. Denn die Höhe der Taxpunktwerte liegt je nach Kanton zwischen 0,81 CHF und 0,99 CHF.¹³⁶ Das entspricht einer (regionalen) Preisdifferenzierung von über 22 %. Auch mit Blick auf diese Vergütungsunterschiede zeigt sich, dass sich auch im TARMED-System der kantonale Charakter der Schweiz widerspiegelt.

Neben regionalen „Ungleichheiten“ bestehen Vergütungsunterschiede zwischen Kassen- und Ausstandsärzten. Während Kassenärzte vertraglich an die obligatorische Krankenversicherung gebunden sind und ihren Patienten nur Mehrleistungen privatärztlich in Rechnung stellen, können Ausstandsärzte für alle medizinischen Leistungen ihr Honorar ausnahmslos frei gestalten. Sie rechnen vollständig auf privatrechtlicher Grundlage ab. Eine Abrechnungsgrundlage außerhalb des öffentlichen Krankenversicherungssystems – analog zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Deutschland – existiert dabei nicht. Ein Tatbestand, der allerdings in der ambulanten Versorgung keinerlei problembehaftete (quantitative) Relevanz hat. Denn ein Ausstand wird von verhältnismäßig wenigen ambulant niedergelassenen Ärzten praktiziert. In der Schweiz konzentriert sich die privatärztliche Versorgung fast ausschließlich auf die zahnmedizinische und stationäre Versorgung. In der Konsequenz werden in der Schweiz auf dem Markt für private Krankenzusatzversicherungen vor allem zusätzliche Krankenhaus- und Zahnleistungen angeboten und über entsprechende private Versicherungspolizen abgedeckt.

Für die niedrige Zahl der Ausstandsärzte gibt es Gründe: Zunächst einmal werden in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) alle relevanten ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen bei Krankheit, Pflege, Unfall und Mutterschaft abgedeckt. Der ambulante Leistungskatalog ist aus Sicht der Patienten – abgesehen von zahnmedizinischen Leistungen – relativ groß und auskömmlich. Hinzu kommt, dass Wartezeiten im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung, insbesondere bei Hausärzten, in der Schweiz kein wirkliches Problem darstellen. Folgerichtig sind Schweizer Patienten, obgleich eine obligatorische Franchise in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) verankert ist, mit ihrer Gesundheitsversorgung, dem bestehenden Gesundheitssystem und ihrem eigenen Gesundheitszustand relativ zufrieden.¹³⁷

134 Vgl. u. a. Interview mit K. Lauterbach in der Welt (2018), 11.2.2018.

135 Vgl. Finkenstädt (2015), S. 18.

136 Vgl. IGES (2020), S. 40.

137 Vgl. OECD (2019a).

Aus Sicht der Ärzte ist die Vergütung ambulanter Leistungen als „angemessen“ zu betrachten. In der Regel erfolgt die Vergütung als nicht budgetierte Einzelleistungsvergütung. Im TARMED ist kein limitierendes, kostenregulierendes Ausgabenbudget vorgesehen. Auch deshalb schlägt eine eingesetzte Expertengruppe vor, ein Globalbudget zu implementieren, um das Ausgabenwachstum im schweizerischen Gesundheitswesen zu dämpfen. Denn letztlich führt unter anderem die fehlende „Ausgabenbremse“ (anteilig) dazu, dass das schweizerische Gesundheitssystem schon seit vielen Jahren zu den ausgabenintensivsten weltweit zählt.

Im Jahr 2019 sind 12,1 % des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsleistungen aufgewendet worden. Der entsprechende Anteil in Deutschland (Frankreich) [Österreich] liegt bei „nur“ 11,7 % (11,2 %) [10,4 %].¹³⁸ Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Gesundheitsausgaben altersabhängig sind. Das Bevölkerungsalter ist eine wesentliche Determinante, die die Wahrscheinlichkeit der Leistungsanspruchnahme und damit die Höhe der Gesundheitsausgaben beeinflusst. Die Bevölkerung in der Schweiz ist jünger als die deutsche. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Gesundheitsausgaben in der Schweiz (noch) höher wären, hätte die Schweiz zum Beispiel das relativ alte deutsche Bevölkerungsprofil.¹³⁹ Angesichts dieser „Kostensituation“ ist in Zukunft auch in der Schweiz unter anderem mit Blick auf die ambulant-ärztliche Vergütung ein zunehmendes gesetzliches, rationierendes „Gegensteuern“ zu erwarten. Danach würde sich die Frage nach der (quantitativen) Relevanz privatärztlicher (ambulanter) Leistungen außerhalb der obligatorischen Krankenversicherung inklusive eines relevanten Marktes für entsprechende Zusatzversicherungen neu stellen.

138 Vgl. OECD (2021).

139 Vgl. Finkenstädt (2015), S. 43 ff.

5 Zusammenfassung und Fazit

Das ärztliche Vergütungswesen – in Deutschland bestehend aus der vertragsärztlichen Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – steht in regelmäßigen Abständen im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Im Kern geht es dabei um die Frage, welche Ärzte für welche Patienten wie hoch bezahlt werden. Mit einer Vereinheitlichung von EBM und GOÄ, so die häufig zu hörende These, ließe sich mehr Gerechtigkeit für das Krankenversicherungssystem erreichen und Zwei-Klassen-Medizin vermeiden. Denn nur die Abschaffung der zweigeteilten Vergütungssystematik aus EBM und GOÄ würde zu einer Gleichbehandlung aller Patienten in Deutschland führen. Nur wenn es eine Gebührenordnung mit einheitlichen Preisen, Vergütungsstrukturen und einem einheitlichen Rechtssystem gibt, nur wenn „es für Ärzte in Zukunft bei Therapie und Terminvergabe keine Rolle mehr spielt, wie ein Patient versichert ist“,¹⁴⁰ sei ein Schritt hin zur „Bürgerversicherung“ gemacht. Dabei wird in der Regel darauf hingewiesen, dass eine zweigeteilte Vergütungsstruktur ein deutscher Sonderweg sei. In jedem Land Europas würden einheitliche Honorarordnungen existieren.¹⁴¹

Der Hinweis, dass es in ganz Europa einheitliche Honorarordnungen gebe, ist Ausgangspunkt der vorliegenden Studie. Dabei hat sich die Auswahl der zu betrachtenden Länder am Kriterium orientiert, dass es dort – vergleichbar zu Deutschland – sowohl ambulant niedergelassene Haus- als auch Fachärzte gibt, deren Vergütung auf Verträgen mit den Kostenträgern basiert. Unter unseren westeuropäischen Nachbarstaaten ist das in Frankreich, Österreich und der Schweiz der Fall. Mit Blick auf diese Länder stand die Frage im Fokus, ob es dort einheitliche Gebührenordnungen gibt und wenn ja, ob diese einheitlichen Honorarordnungen ärztliche Vergütungs- und medizinische Versorgungsunterschiede in der Bevölkerung vermeiden können. Die Ergebnisse im Überblick:

Frankreich

- In Frankreich könnte auf den ersten Blick die „convention médicale“ als einheitliche Gebührenordnung für die Haus- und Fachärzte des Grundversorgungssektors – dem sogenannten „Sektor 1“ – interpretiert werden. Auf den zweiten Blick haben die französischen Verhältnisse rund um die Vergütung ambulanter Leistungen nichts mit einer einheitlichen Gebührenordnung zu tun.
- In Frankreich existieren erhebliche ärztliche Vergütungsunterschiede. Die Frage der Vergütungshöhe ärztlicher Leistungen ist schon früh, auch mit staatlicher Unterstützung, auf Preis- und Honorardifferenzierung ausgerichtet worden. Entsprechend hat sich ein für die medizinische Versorgung bedeutender „Sektor 2“ mit erheblichen Mehrvergütungen herausgebildet.
- Die ambulanten Mehrvergütungen der Sektor 2-Ärzte entstehen durch Vergütungsaufschläge auf das (einheitliche) „Sektor 1“-Honorar. Ärzte rechnen i. d. R. im „Sektor 2“ das Dreifache im Vergleich zum „Sektor 1“ ab. Dabei gibt es für den „Sektor 2“, aber auch für den vollständig privatrechtlich organisierten „Sektor 3“ keine „verbraucherschützende“ Systematik, die Vergütungsunterschiede steuernd reglementiert und Verbraucher in der Arzt-Patienten-Beziehung vor einkommensinduzierten Verhaltensweisen – konkret vor zu hohen Preisen bei der medizinischen Leistungserbringung – schützen kann. Die Ärzte vereinbaren relativ frei mit den Patienten ihre Honorare.
- In Frankreich sind neben ambulanten Vergütungsunterschieden auch (unterschiedliche) Zugangshürden zum Gesundheitssystem zu beobachten. Trotz relativ moderater Wartezeiten ist die freie

140 Interview mit K. Lauterbach in der Welt (2018) vom 11.2.2018, www.welt.de/wirtschaft/article173416770/Karl-Lauterbach-Sicher-dass-die-Buergerversicherung-langfristig-kommt.html.

141 Vgl. Interview mit K. Lauterbach in der Welt (2018) vom 11.2.2018, www.welt.de/wirtschaft/article173416770/Karl-Lauterbach-Sicher-dass-die-Buergerversicherung-langfristig-kommt.html.

Arztwahl erheblich eingeschränkt und sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sind sehr hohe, zunehmende Zuzahlungen zu leisten.

- In Frankreich gibt es Anzeichen, dass die Einheitlichkeit der Honorare im „Sektor 1“ Versorgungsunterschiede in der Bevölkerung befördert. Immer mehr Haus- und Fachärzte – konkret in Paris über 50 % der Ärzte – erheben Vergütungszuschläge und sind damit auch dem „Sektor 2“ zuzuordnen.
- In Frankreich verfügen über 95 % der Menschen über eine private Zusatzversicherung, die vor allem die finanziellen Belastungen der Menschen durch die obligatorischen Zuzahlungen sowie die Mehrvergütungen für Ärzte, die außerhalb der einheitlichen Gebührenordnung des Grundversorgungssektors („Sektor 1“) praktizieren, abdecken.

Österreich

- In Österreich existieren für Kassenärzte verbindliche medizinische Leistungsverzeichnisse und Honorarordnungen für Ärzte, an die sich die Vertragsärzte der Kassen halten müssen. Weil aber die Kassen bei der Höhe der Vergütungen variieren können, kann – mit Blick auf die deutsche Diskussion – noch nicht einmal im Grundversorgungssektor von einer einheitlichen Vergütung gesprochen werden.
- Zu weiteren zum Teil erheblichen Vergütungsunterschieden kommt es zwischen Kassen- und (privaten) Wahlärzten. Die Honorierung für wahl- und privatärztliche Leistungen ist nicht reguliert. Lediglich Empfehlungen regionaler Ärztekammern haben „mäßige“ Wirkung auf die Vergütung von Wahlärzten. Patienten sind diese Empfehlungen häufig nicht bekannt.
- In Österreich gibt es einen Trend zum wahlärztlichen Angebot ärztlicher (ambulanter) Gesundheitsleistungen. Während die Zahl der Kassenärzte zurückgeht, ist die Zahl der privaten Wahlärzte von 4.476 (1999) auf 10.175 (2019) mehr als deutlich angestiegen. Eine Entwicklung, die sich nur zum Teil mit nicht vollständig versorgungswirksamen Teilzeitbeschäftigungen, z. B. von regulär in Krankenhäusern beschäftigten Ärzten in eigenen Wahlarztpraxen, begründen lässt.
- Private Wahlärzte sind in Österreich versorgungsrelevant. In Oberösterreich werden 45 % der Wahlarztpraxen hauptberuflich betrieben. In Wien ist die Zahl der Kassenärzte zwischen 2010 und 2019 um 7,0 % gesunken, während im gleichen Zeitraum die Zahl der Wahlärzte um 25,4 % angestiegen ist. Inzwischen sind in Wien 70 % der niedergelassenen Ärzte als Wahlärzte tätig bzw. zugelassen.
- Der Anteil der Versicherten mit einer privaten Zusatzversicherung ist in Österreich mit 37 % verhältnismäßig hoch. Der Trend zur Zusatzversicherung korrespondiert mit der zunehmenden Intensität der Diskussion über Wartezeiten in der kassenärztlichen Versorgung und der ansteigenden Zahl der Wahlärzte im Verhältnis zur stagnierenden Zahl der Kassenärzte.

Schweiz

- Die Schweiz verfügt in der ambulanten Versorgung über ein einheitliches Vergütungssystem – kurz TARMED genannt. Der TARMED ist allerdings, wenn man die Perspektive der deutschen Diskussion über (einheitliche) Gebührenordnungen berücksichtigt, zunächst einmal als betriebswirtschaftlich kalkuliertes Leistungsverzeichnis zu betrachten, das alle ärztlichen Leistungen enthält und je nach Aufwand mit Hilfe eines Taxpunkte-Systems relativ zueinander (nicht monetär) bewertet.
- Der TARMED gilt landesweit, die monetäre Bewertung der Taxpunkte selbst ist kantonal organisiert. Im Ergebnis kommt es zwischen den Kantonen zu nicht unerheblichen Vergütungsunterschieden. Denn die Höhe der Taxpunktwerte liegt je nach Kanton zwischen 0,81 CHF und 0,99 CHF. Das entspricht einer (regionalen) Preisdifferenzierung von über 22 %.

- Neben regionalen „Ungleichheiten“ lassen sich Vergütungsunterschiede zwischen Kassen- und Ausstandsärzten beobachten. Während Kassenärzte vertraglich an den TARMED gebunden sind und nur ärztliche Mehrleistungen außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs privatärztlich in Rechnung stellen, können Ausstandsärzte für alle medizinische Leistungen ihr Honorar frei gestalten. Sie rechnen vollständig auf privatrechtlicher Grundlage ab. Allerdings wird der Ausstand nur von verhältnismäßig wenigen ambulant niedergelassenen Ärzten praktiziert.
- Für die niedrige Zahl der Ausstandsärzte gibt es Gründe. Aus Sicht der Patienten ist der ambulante Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung – abgesehen von zahnmedizinischen Leistungen – relativ groß und auskömmlich. Hinzu kommt, dass Wartezeiten im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung, insbesondere bei Hausärzten, kein wirkliches Problem darstellen.
- Aus Sicht der Ärzte ist die Vergütung ambulanter Leistungen innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung relativ gut. In der Regel erfolgt die Vergütung als nicht budgetierte Einzelleistungsvergütung. Im TARMED ist kein limitierendes, ausgabenregulierendes Budget vorgesehen. Unter anderem diese fehlende „Ausgabenbremse“ führt dazu, dass das schweizerische Gesundheitssystem zu den ausgabenintensivsten weltweit zählt. Im Jahr 2019 sind trotz relativ junger Bevölkerung 12,1 % des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsleistungen aufgewendet worden. Der entsprechende Anteil im „älteren“ Deutschland (Frankreich) [Österreich] liegt bei „nur“ 11,7 % (11,2 %) [10,4 %].
- Angesichts dieser „Kostensituation“ ist in Zukunft auch in der Schweiz unter anderem mit Blick auf die ambulanten Vergütungen ein zunehmendes gesetzliches, rationierendes „Gegensteuern“ zu erwarten. Danach würde sich die Frage nach der (quantitativen) Relevanz privatärztlicher (ambulanter) Leistungen von Ausstandsärzten außerhalb der obligatorischen Krankenversicherung inklusive eines relevanten Marktes für entsprechende Zusatzversicherungen neu stellen.

Vergleichende Bewertung

Deutschland unterscheidet sich von seinen europäischen Nachbarn durch sein zweiteiliges Krankenversicherungssystem aus Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) – mit Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als zwei separate Vergütungsordnungen zur Abrechnung vor allem ambulanter ärztlicher Leistungen. Angesichts dieser Zweiteilung der Vergütung entstehen auch Vergütungsunterschiede, die allerdings kausal nicht mit dem deutschen, zweigliedrigen Versicherungssystem zusammenhängen. Denn auch in den westeuropäischen Vergleichsländern Frankreich, Österreich und der Schweiz gibt es erhebliche (ambulant-ärztliche) Vergütungsunterschiede. Es stellt sich lediglich die Frage, welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Vergütungsunterschiede in der ambulanten Versorgung existieren und ob die Vergütungsunterschiede zu relevanten Zugangshürden zum Gesundheitssystem führen.

Mit Blick auf die Zugangshürden schneiden Deutschland und die hier betrachteten Vergleichsländer relativ gut bis sehr gut ab. Die oft in der Öffentlichkeit diskutierten Wartezeiten auf einen Arzttermin sind – im internationalem Vergleich – relativ kurz. Dabei ist Deutschland nach einer großangelegten Vergleichsanalyse des Commonwealth Fund (2020), wenn nach Menschen mit niedrigem Einkommen und Menschen mit hohem Einkommen differenziert wird – das einzige Land, in dem die Höhe des Einkommens keinen Unterschied für einen Zugang zur hausärztlichen Versorgung macht. Jeweils 74 % der einkommensstarken und einkommensschwachen Menschen könne diesen Zugang zum Hausarzt innerhalb von zwei Tagen realisieren.¹⁴² Ähnliche Ergebnisse erzielen auch Frankreich (55 %/54 %) und die Schweiz (53 %/52 %),¹⁴³ jedoch auf einem deutlich geringem Niveau.

Zu den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen der Vergütung ambulanter Leistungen könnten dagegen (relativ) einheitliche Gebührenordnungen für einen definierten medizinischen Grundleistungskatalog

142 Vgl. Commonwealth Fund (2020).

143 Vgl. Commonwealth Fund (2020).

gehören. Am Beispiel der hier fokussierten westeuropäischen Nachbarländer Frankreich, Österreich und der Schweiz zeigt sich allerdings, dass diese gebührenrechtlichen Voraussetzungen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. Am ehesten kommt noch die Schweiz dem „Ergebnisideal“ einer einheitlichen Gebührenordnung nahe. Von erheblichen kantonalen Vergütungsunterschieden einmal abgesehen, geht das Vergütungssystem TARMED mit relativ moderaten Wartezeiten, keiner relevanten Zahl von privatärztlich praktizierenden Ausstandsärzten und mit keiner großen Verbreitung von privaten (ambulanten) Zusatzversicherungen einher. Allerdings gelingt das nur im Rahmen einer nicht budgetierten Einzelleistungsvergütung zu relativ hohen Kosten. Das kostenbremsende Gegensteuern hat in der Schweiz aber bereits begonnen. Die Pläne zur Einführung von (wirksamen) Globalbudgets in der ambulanten Versorgung nehmen zu.

In Österreich heißen die Ausstandsärzte Wahlärzte. Auch sie praktizieren privatrechtlich und bestimmen über ihre ärztlichen Honorare relativ frei. Im Gegensatz zur Schweiz sind die privaten Wahlärzte in Österreich versorgungsrelevant. Obgleich in Österreich in der Grundversorgung von einer relativ einheitlichen Vergütung (Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte) gesprochen werden kann, entstehen mit steigender Bedeutung der Wahlärzte Vergütungsunterschiede von quantitativer Relevanz. Auch deshalb nehmen in Österreich in der gesundheitspolitischen Diskussion die Auseinandersetzungen über Wartezeiten, Zwei-Klassen-Medizin und Zugangshürden vermeidende private (ambulante) Zusatzversicherungen stetig zu.

In Frankreich dagegen hat man sich schon früh auch von der Illusion der einheitlichen Vergütung verabschiedet. Die Frage der Vergütungshöhe ärztlicher Leistungen ist schon seit den 80er Jahren auf Preis- und Honorardifferenzierung ausgerichtet worden. Im Ergebnis haben sich drei versorgungsrelevante Sektoren mit unterschiedlichen Vergütungsregeln und -höhen herausgebildet. Die daraus resultierenden Vergütungszuschläge sind – neben obligatorischen Zuzahlungen – in Frankreich als relevante Zugangshürde zum Gesundheitssystem zu betrachten. Private Zusatzversicherungen sind in der Konsequenz nicht nur weit verbreitet, sondern in der Praxis (fast) ein Muss.

Bei allen Unterschieden zwischen den drei Ländern, gibt es eine Gemeinsamkeit: Außerhalb des öffentlichen Krankenversicherungssystems können die ambulant niedergelassenen Ärzte auch angesichts der bestehenden Informationsasymmetrien im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses relativ frei über die Vergütungshöhe verfügen. Eine privatrechtliche Abrechnungsgrundlage – analog zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Deutschland – existiert nicht. Im Gegensatz dazu haben Gebührenordnungen in Deutschland eine lange Tradition. Sie finden sich als Abrechnungsgrundlage in vielen freien Berufen. „Gebührenordnungen dienen dem Verbraucherschutz, da sie einen ungeordneten Preiswettbewerb verhindern. Zudem sorgen sie für Transparenz im Rahmen der Rechnungsstellung und schützen damit den Verbraucher vor Übervorteilung. Auch approbierte Ärzte dürfen ihr Honorar in der Regel nicht selbst kalkulieren, sondern sind nach dem ärztlichen Berufsrecht, insbesondere im ambulanten privatmedizinischen Bereich, an die GOÄ gebunden.“¹⁴⁴

Eine „patientenschützende“, über die Vergütungsordnung der Kassenärzte hinausgehende Gebührenordnung für Ärzte, die die Preisdifferenzierung zwischen Kassen-, Wahl-, Ausstands- und Privatärzten reglementiert und Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung vor einkommensinduzierten Verhaltensweisen – konkret vor zu hohen Preisen bei der medizinischen Leistungserbringung – schützen kann, existiert in Frankreich, Österreich und der Schweiz nicht. Mit Blick auf die bestehenden Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient stellt sich dies für Patienten als relativ ungeschützter Raum dar. Hilfs-Konstrukte, wie zum Beispiel Empfehlungen regionaler Ärztekammern zur privatrechtlichen Vergütungshöhe ärztlicher Leistungen [Österreich] oder von Krankenversicherungen eingeforderte "Verträge zur Änderung der Preispraktiken" [Frankreich], können für die medizinische Versorgung nur bedingt Vergütungssicherheit und -verbindlichkeit bieten.

144 Hess, R.; Thüsing, G.; Ulrich, V.; Wille, E.; Wollenschläger, F., V.; Wille, E. (2018), S. 3.

Aus der deutschen Perspektive formuliert heißt das: Die Existenz einer „patientenschützenden“ Gebührenordnung für Ärzte stellt in Deutschland kein Defizit, sondern ganz im Gegenteil ein patientenfreundliches Qualitätsmerkmal dar. Davon unabhängig zeigt der „gesundheitsökonomische Kenntnisstand und die internationale Empirie (...), dass es angesichts der Vielfalt und Dynamik der Entwicklung von Bedarf und Angebot ärztlicher Versorgung das eine optimale Vergütungssystem nicht gibt.“¹⁴⁵

Folgerichtig kommt auch die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) zu dem Ergebnis, dass auch bei einheitlichen Gebührenordnungen mit einheitlichen Preisen „kaum zu verhindern sein, dass sich ein Sekundärmarkt bildet, auf dem (...) Patienten mit entsprechender Zahlungsbereitschaft ärztliche Leistungen zu höheren Preisen kaufen, um beispielsweise einen Termin zu erhalten.“¹⁴⁶ Die Versorgungsrealität spiegelt das auch im westeuropäischen Ausland wider. Wenn Teile der Nachfrage nach ambulant-ärztlichen Leistungen nicht präferenzgerecht im öffentlichen Gesundheitssystem abgedeckt werden, entstehen neue Märkte und Vergütungssegmente.¹⁴⁷

145 IGES (2020), S. 57.

146 Vgl. Gutachten der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), S. 134.

147 Vgl. Gutachten der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), S. 72.

Literaturverzeichnis

Affolter, C. (2010), Telematikinfrastruktur als Katalysator für Innovationsprozesse – in der Schweiz, in: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hrsg.), Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen, S. 427-453.

Albrecht, M. et. al. (2014), Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor, IGES, Berlin.

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (2019), online verfügbar, URL: <https://www.jusline.at/gesetz/asvg> (letzter Abruf: 08.10.2019).

ameli.fr (2019), Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés: Le parcours de soins coordonnés, online verfügbar, URL: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes> (letzter Abruf 27.02.2020).

ameli.fr (2019), Le tiers payant, online verfügbar, URL: www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/tiers-payant. (letzter Abruf 27.02.2020).

Ärztelkammer für Oberösterreich (2016), Broschüre „Wahlarzt“, 3. Auflage 2016, online verfügbar, URL: <https://www.aekoee.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2446&token=778c84e578eea463dd993ee-07de36568aa07224d> (letzter Abruf 22.03.2020).

Ärztelkammer für Wien (o.J.), Wahlarzt, online verfügbar, URL: <https://www.aekwien.at/wahlarzt> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Ärztelkammer für Wien (o.J.), Wahlarztkostenrückersätze, online verfügbar, URL: <https://www.aekwien.at/wahlarztkostenr%C3%BCckers%C3%A4tze> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Ärzte Zeitung (2014), Großer Streik der französischen Ärzte, online verfügbar, URL: www.aerztezeitung.de/Politik/Grosser-Streik-der-franzoesischen-Aerzte-236040.html (letzter Abruf 27.02.2020).

Ärzte Zeitung (2015), Kostenerstattung adé – wird die Reform ignoriert?, online verfügbar, URL: www.aerztezeitung.de/Politik/Kostenerstattung-ade-wird-die-Reform-ignoriert-251425.html.

Ärzte Zeitung (2016), Frankreich – Sachleistungsprinzip verfassungswidrig, online verfügbar, URL: www.aerztezeitung.de/Politik/Sachleistungsprinzip-verfassungswidrig-236981.html.

Assurance Maladie (o.J.), Über uns – Geschichte, online verfügbar, URL: www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire/histoire (letzter Abruf 27.02.2020)

Beck, K. (2013), Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz – Praktische Erfahrungen, in: G+G Wissenschaft, Jg. 13, Heft 2 (April), S. 25–34.

Bertelsmann Stiftung (2018), #SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, online verfügbar, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Studie_Frankreich.pdf (letzter Abruf 27.02.2020).

Brunn, M., Hassenteufel, P. (2018), Frankreich: Gesundheitspolitik weiter „en marche“? in G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 72, Heft 3, S. 7-12.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2017), Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer vom 22.03.2013 (13.3250 «Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen»), 28.06.2017, online verfügbar, URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/cc/bundesratsberichte/2017/kostenbeteiligungrankenpflegeversicherung.pdf.download.pdf/kostenbeteiligung-rankenpflegeversicherung_d.pdf (letzter Abruf: 08.01.2020).

Bundesamt für Gesundheit BAG (2018), Krankenversicherung: Wahlfranchisen, letzte Änderung 17.09.2018, online verfügbar, URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/wahlfranchisen.html> (letzter Abruf: 09.12.2019).

Bundesamt für Gesundheit BAG (2019), Tarifsystem TARMED, letzte Änderung 11.03.2019, online verfügbar, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (o.J.), Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, Das Gesundheitswesen im Überblick, online verfügbar, URL: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsystem> (letzter Abruf: 08.10.2019).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2020), Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, Kassen-, Wahl- oder Privatarzt?, online verfügbar, URL: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/arztbesuch/wahlarzt-kosten>.

Castelli, N., Dieckmann, R. (2009), Gesundheitssysteme im Vergleich, Ein synoptischer Überblick über die Systeme Deutschlands und der Schweiz, in: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hrsg.), Gesundheitssysteme im Wandel, S. 9-26, Economica Verlag.

Célant, N. et al. (2014), The 2012 Health, Health Care and Insurance Survey (ESPS) – First Results. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, Nr. 198, S. 5.

Commonwealth Fund (2020), Income-related inequality in Affordability And Access To Primary Care in Eleven High-Income Countries, in: Health Affairs, Vol. 40.

Commonwealth Fund (2016), Access, Affordability, and Insurance Complexity Are Often Worse in the United States Compared to 10 Other Countries, online verfügbar, URL: <https://www.commonwealthfund.org/publications/journal-article/2013/nov/access-affordability-and-insurance-complexity-are-often-worse> (letzter Abruf 27.02.2020).

Czypionka, T., Berger, M. (2018), Selbstbehalte in der Sozialversicherung, Einsatz als Steuerungs- und Finanzierungsinstrument, Teilbericht Modul I: Qualitative Analyse, online verfügbar, URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.712908&version=1548067138> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Czypionka, T., Kraus, M., Röhring, G. (2013), Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz, online verfügbar, URL: https://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw13_2d.pdf (letzter Abruf: 06.12.2019).

Der Bundesrat – Das Portal der Schweizer Regierung (2019), Kantone können die Ärztezahl weiterhin beschränken, Bern, 15.05.2019, online verfügbar, URL: <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-75022.html> (letzter Abruf: 09.12.2019).

Deutscher Bundestag (2017), Überblick über die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich, Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 003/17, Abschluss der Arbeit: 19. April 2017, Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, online verfügbar, URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/510386/0ca22d9e04d7f80653a5ec8a1fa3c2ef/wd-9-003-17-pdf-data.pdf> (letzter Abruf: 08.10.2019).

Europäische Kommission (2015), Special Eurobarometer 425 – Patients' rights in crossborder healthcare in the European Union, online verfügbar, URL: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf (letzter Abruf 27.02.2020).

Europäische Kommission (2019), Member State Data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU Year 2019 (letzter Aufruf 27.4.2021).

Finkenstädt, V. (2015), Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, online verfügbar, URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Ambulante_aerztliche_Versorgung_Deutschland_Niederlande_Schweiz.pdf (letzter Abruf: 25.10.2019).

Finkenstädt, V. (2017), Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung, Ein europäischer Überblick, online verfügbar, URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP_Zugangshuerden_in_der_Gesundheitsversorgung.pdf (letzter Abruf: 28.10.2019).

FMH (2018), Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, Stand: 06.09.2018, online verfügbar, URL: https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf (letzter Abruf: 09.12.2019).

FMH (o.J.), TARMED: Tarif, online verfügbar, URL: <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tarmed.cfm> (letzter Abruf: 28.10.2019).

Franc, C.; Pierre, A. (2016), High Out-Of-Pocket Payments: Beneficiaries' Profiles and Persistence Over Time. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, Nr. 217.

Französische Direktion für Rechts- und Verwaltungsinformation [Direction de l'information légale et administrative] (2016), Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non)? (Was sind die Preise eines Arztes, in französischer Sprache), online verfügbar, URL: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042> (letzter Abruf 27.02.2020).

GfK (2017), Bevölkerungsstudie – Gesundheit 2017, Eine Studie von GfK im Auftrag vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, online verfügbar, URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714042&version=1508941107> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Grüne (2021), Entwurf zum Wahlprogramm der Grünen zur Bundestagswahl 2021, www.gruene.de/artikel/wahlprogramm-zur-bundestagswahl-2021 (Stand 25.5.2021).

Hess, R.; Thüsing, G.; Ulrich, V.; Wille, E.; Wollenschläger, F. (2018), Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Memorandum zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO).

Hostettler, S., Kraft, E. (2019), Wenig Frauen in Kaderpositionen, in: Schweizerische Ärztezeitung 2019;100(12):411–416.

IGES (2020), Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung (nicht öffentlich Verfügbar).

Interpharma (o.J.), Starke Zunahme alternativer Versicherungsmodelle, online verfügbar, URL: <https://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1881-starke-zunahme-alternativer-versicherungsmodelle> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale – ISNAR-IMG (2012)/(2017), Comprendre les secteurs de conventionnement et les enjeux des négociations.

Klein-Schmeink, M. (2020), Statement zum Bericht der KOMV, 28.1.2020, www.klein-schmeink.de/gesundheit/artikel/news/statement-zum-bericht-der-wissenschaftlichen-kommission-fuer-ein-modernes-verguetungssystem-komv.

Kolland, F., Fassl, A., Mayer, T., Bohrn, K. (2018), Motive für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung, Endbericht, Dezember 2018, online verfügbar, URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.712914&version=1553158907> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Le Figaro (2018), Ces Medecins en secteur 3 affranchis de la secu, online verfügbar, URL: <https://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/2018/05/26/29001-20180526ARTFIG00022-ces-medecins-en-secteur-3-affranchis-de-la-secu.php> (letzter Abruf 27.02.2020).

Ministère des Solidarités et de la Santé (2019), online verfügbar, URL: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2019> (letzter Abruf 27.02.2020).

Moser, M. (2009), Die Finanzierungs- und Risikoausgleichsdiskussion in der Schweiz, in: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hrsg.), Gesundheitssysteme im Wandel, S. 77-90, Economica Verlag.

Nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer [Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés] (2011), Médecins exerçant en secteur 2: une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système [Ärzte, die in Sektor 2 arbeiten: kontinuierliches Wachstum der Honorare – die Notwendigkeit einer Strukturreform des Systems, in französischer Sprache], Point d'information, online verfügbar, URL: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_medecins_en_secteur_2_-_vdef.pdf (letzter Abruf: 27.02.2020).

Nold, V. (2015), Status quo und Perspektive der ambulanten Versorgungsplanung in der Schweiz, in: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hrsg.), Infrastrukturmanagement in Gesundheitssystemen, S. 273-281, Economica Verlag.

OECD (2021), <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>.

OECD (2019), Health at a Glance 2019, OECD Indicators, online verfügbar, URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1578486672&id=id&accname=guest&checksum=0C9D04377353B08F3127A0027CED456C> (letzter Abruf: 08.01.2020).

OECD (2019a), Percentage of patients that report having waited for more than four weeks to see a specialist, online verfügbar, URL: http://stats.oecd.org/OECDStat_Metadata/ShowMetadata.ashx?DataSet=HEALTH_HCQI&ShowOnWeb=true&Lang=en (letzter Abruf: 30.08.2019).

Oggier, W. (2019), Schrittmacher-Funktion privatärztlicher Tätigkeit für die Einführung von Innovationen im KVG-Bereich – Eine gesundheitsökonomische Kurz-Stellungnahme, unveröffentlicht.

Oggier, W. (2014), Dualität und Qualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung: einige (provokative) Gedanken aus der Schweiz, in: Fink, U., Kücking, M., Walzik, E., Zerth, J. (Hrsg.), Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen – ein Suchprozess, S. 419-426, Economica Verlag.

Osborn, R. et al. (2015), Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs, Health Affairs, Vol. 34, No. 12, 2104-2112, in: Finkenstädt, V. (2017), S. 41.

Österreichische Ärztekammer (2018), Kassenverträge – Wie viele Ärzte und Ärztinnen mit Ordination haben einen Kassenvertrag?, online verfügbar, URL: <https://www.derstandard.at/story/2000079701899/weniger-kassenaerzte-mehr-wahlaerzte-in-oesterreich> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Österreichische Ärztekammer (2020), Niedergelassene Ärzte, <https://www.derstandard.de/story/2000115493283/schere-zwischen-waehlaerzten-und-kassenaerzten-weiter-gross>.

Österreichische Gesundheitskasse (o.J.), Ärztliche Hilfe, online verfügbar, URL: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.837661> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Österreichische Sozialversicherung (o.J.), Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, online verfügbar, URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843942&viewmode=content> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Österreichische Sozialversicherung (2017), Neue Primärversorgung, online verfügbar, URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.717367&version=1508314760> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Perronnin, M.; Pierre, A.; Rochereau, T. (2011), Complementary health insurance in France: Wide-scale diffusion but inequalities of access persist. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, No. 161, S. 5. Perronnin, Marc (2016), High Out-Of-Pocket Payments: Beneficiaries' Profiles and Persistence Over Time. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, Nr. 218, S. 2.

Pfluger, B. (2019), Bereits 3,1 Millionen Österreicher sind Zusatzversichert, 6. Oktober 2019, online verfügbar, URL: <https://www.derstandard.at/story/2000109556646/bereits-3-1-millionen-oesterreicher-sind-zusatzversichert> (letzter Abruf: 22.03.2020).

Pöchhacker, N. (2019), Anstieg bei privaten Krankenversicherungen, 24. September 2019, online verfügbar, URL: <https://noe.orf.at/stories/3013423/> (letzter Abruf: 22.03.2020).

PRIVATpatient (2019), Österreich: Weniger Kassenärzte, mehr Wahlärzte, 22.09.2019, online verfügbar, URL: <https://www.privatpatient.at/tipps-infos/l/blog/oesterreich-weniger-kassenaerzte-mehr-wahlaerzte/> (letzter Abruf: 22.03.2020).

Riedel, M. (2018), Festlegung von Kassentarifen, Jahresthema 2016, Endbericht Studie im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Februar 2018, online verfügbar, URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.653524&version=1523278958> (letzter Abruf: 08.10.2019).

Schwarz, J. (2016), Behandlungszeit erkaufen beim Wahlarzt, in: derStandard.at, online unter: <http://derstandard.at/2000042916054/Wahlarzt-Behandlungszeit-erkaufen> (Stand: 07.04.2020)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2019), Dichte der Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis online verfügbar, URL: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/aerztinnen-und-aerzte-freier-praxis> (letzter Abruf: 28.10.2019).

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (o.J.), Zahnbehandlung – Was bezahlen die Krankenkassen?, online verfügbar, URL: https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/3_Patienten/7_Versicherungen/Zahnbehandlungskosten_d.pdf (letzter Abruf: 08.01.2020).

Statistik Austria (2019), Austrian Health Interview Survey, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20201019_OTS0137/gesundheitsministerium-athis-2019-bestaetigt-hohe-zufriedenheit-der-oesterreicherinnen-mit-gesundheitssystem.

Stärker, L. (2019), Arbeits- und Sozialrecht für die Praxis, LexisNexis ORAC Verlag, 7. Auflage.

Strehle, O., Weber, A. (2010), Arztpraxis der Zukunft: Die Weiterentwicklung von Managed Care in der Schweiz, in: Oggier, W. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch: das interdisziplinäre Handbuch mit der prozess- und praxisorientierten Sichtweise, S. 1–14).

TRISAN – Centre de compétences trinational pour vos projets de santé (2017), <https://www.trisan.org/themenfelder/patientenmobilitaet/artikel/fuenf-unterschiede-beim-arztbesuch-in-deutschland-frankreich-und-der-schweiz> (Stand: 31.5.2021).

Versicherungsverband Österreich (o.J.), Krankenversicherung – Was ist das?, online verfügbar, URL: <https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/033bc38c04cb4a8bc12574dc005de1e4/66f93791bcb9443ec1257cdd004a7280?OpenDocument#> (letzter Abruf: 08.01.2020).

Versicherungsverband Österreich (2019), Jahresbericht 2018, Datenteil, online verfügbar, URL: [https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/xC7EDB26AD46C30A2C12583F40025DDB9/\\$file/170_VVO_Jahresbericht_2018_Datenteil_rd3.pdf](https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/xC7EDB26AD46C30A2C12583F40025DDB9/$file/170_VVO_Jahresbericht_2018_Datenteil_rd3.pdf) (letzter Abruf: 08.01.2020).

Walendzik, A., Noweski, M., Pomorin, N., Wasem, J. (2019), Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsoptionen, Abschlussbericht eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geförderten Forschungsprojektes, Diskussionsbeitrag Nr. 227, Mai 2019.

Welt (2018), Interview mit Karl Lauterbach vom 11.2.2018, online verfügbar, URL: <https://www.welt.de/wirtschaft/article173416770/Karl-Lauterbach-Sicher-dass-die-Buergerversicherung-langfristig-kommt.html> (letzter Abruf 27.02.2020).

Wiener Zeitung (2020), <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/wien-politik/2073804-Zwei-Klassen-Medizin-verhindern.html> (Stand 28.5.2021).

Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV (2019), Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV, S. 69, online verfügbar.

WIP-Veröffentlichungen seit 2012

Europäische Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie: Ein vergleichender Überblick, WIP-Analyse Juli 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-6-5

Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Juni 2021, Lewe Bansen, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse April 2021, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-5-8

Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021, WIP-Kurzanalyse April 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Die zukünftige Entwicklung der GKV-Financen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse März 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, Anke Walendzik, Carina Abels, Jürgen Wasem, ISSN 2702-1343, erschienen MWV-Verlag, März 2021

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2020 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-578-5, erschienen MWV-Verlag, November 2020

Eigenanteile in der stationären Pflege nach regionaler Verteilung und Trägerschaft, WIP-Analyse 5/2020, Christine Arentz, Sonja Hagemeister

Überblick über die Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2011-2021, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Abschätzung der in Zukunft benötigten Steuermittel für die geplante Pflegereform des Bundesministeriums für Gesundheit, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse 4/2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-3-4

Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse 3/2020, Christine Arentz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-2-7

HIV-Report: Epidemiologische und gesundheitsökonomische Entwicklungen bei Privatversicherten, WIP-Analyse 2/2020, Christian O. Jacke, Nicholas Heck-Großek, ISBN 978-3-9821682-1-0

Entwicklung des Absatzes opioidhaltiger Arzneimittel in der PKV, WIP-Kurzanalyse April 2020, Nicholas Heck-Großek

Zugang zu onkologischen Medikamenten – ein europäischer Vergleich, WIP-Analyse 1/2020, Devora Yordanova, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-0-3

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 5/2019, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-9-9

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2010-2010, WIP-Kurzanalyse Dezember 2019, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Bewertung des Reformvorschlags „Die Pflegeversicherung als Vollversicherung“, WIP-Kurzanalyse Oktober 2019, Christine Arentz, Frank Wild,

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-8-2

Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-7-5

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8

Pflegefinanzierung im gesellschaftlichen Kontext denken, WIP-Kurzanalyse April 2019, Christine Arentz, Frank Wild

Verschreibung cannabinoidhaltiger Arzneimittel, WIP-Kurzanalyse März 2019, Christian O. Jacke

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV 2006 bis 2016, WIP-Analyse 3 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz

Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/2017, Verena Finkenstädt

Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017, Christine Arentz

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken, WIP-Kurzanalyse 1/2017, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/2017, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9818269-0-6

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016, Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016, Frank Wild, Christine Arentz

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016, Verena Finkenstädt

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WIP-Diskussionspapier 4/2015, Verena Finkenstädt

Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektion in der PKV, WIP-Kurzanalyse 3/2015, David Bowles, Verena Finkenstädt, Frank Wild

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler – Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV, WIP-Kurzanalyse 2/2015, Frank Wild

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015, Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands, WIP-Kurzanalyse 1/2015, Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015, Frank Niehaus

Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neusten Entwicklung, WIP-Diskussionspapier 1/2015, Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4

Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Verena Finkenstädt, Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-7-7

Die Heilmittelversorgung der PKV und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 02/2014, Verena Finkenstädt

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014, Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Bruno Schönfelder, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3

Das Gesundheitssystem in Singapur, WIP-Diskussionspapier 3/2013, Verena Finkenstädt

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung, WIP-Diskussionspapier 2/2013, Verena Finkenstädt, Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013, Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Verena Finkenstädt, Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

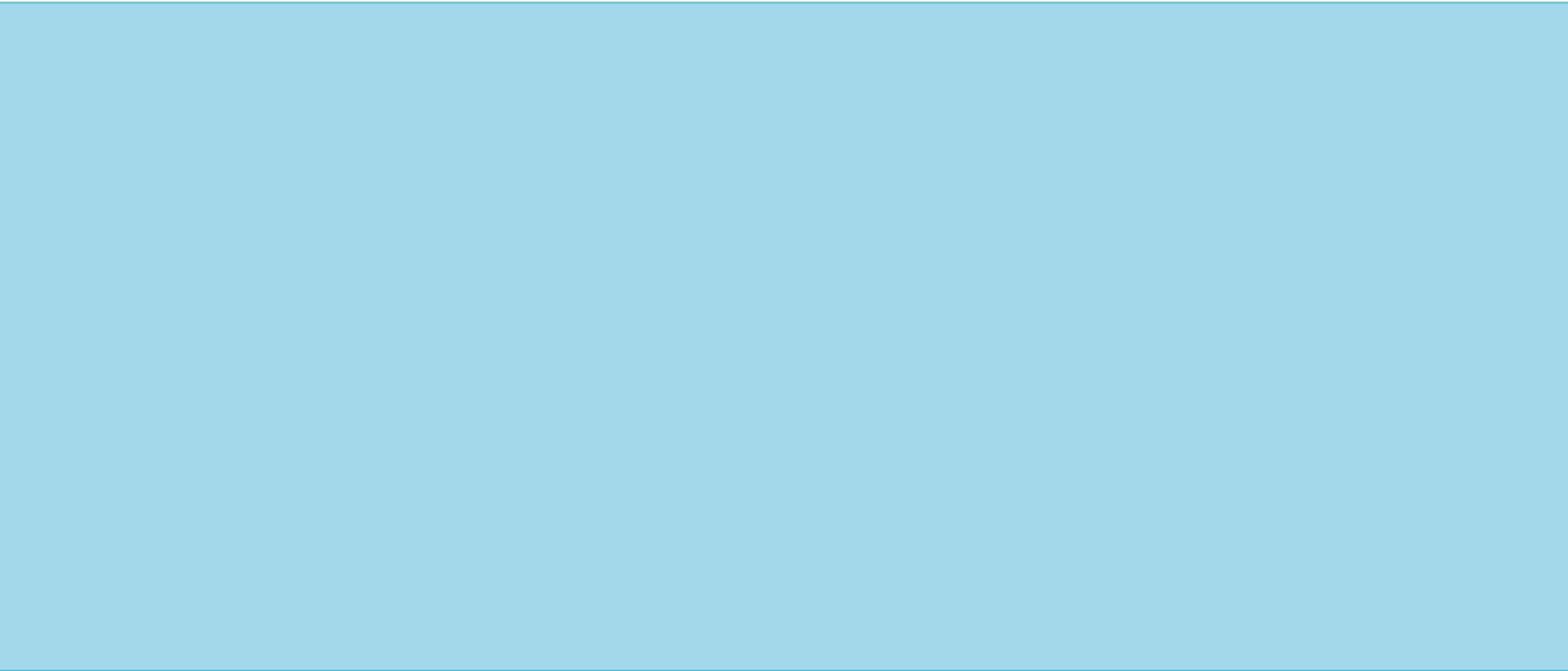
Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Frank Wild

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Torsten Keßler

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich – Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 1/2012, Frank Wild



WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV