

# ÖSTERREICH

## A) Die Grundprinzipien des österreichischen Gesundheitssystems:

Das Fundament des österreichischen Gesundheitssystems ist die *gesetzliche Krankenversicherung*, die durch eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten begründet wird, sofern das erzielte Einkommen insgesamt die *Geringfügigkeitsgrenze* von 301,54 €/Monat (Wert 2002) übersteigt. Weiters pflichtversichert sind Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Bezieher von Transferleistungen wie beispielsweise Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung oder Kinderbetreuungsgeld; Lehrlinge, Militär- und Zivildienst Leistende, Entwicklungshelfer usw. Darüber hinaus besteht eine *Anspruchsberechtigung für Angehörige*, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und nicht in der Krankenversicherung pflichtversichert sind. Als Angehörige gelten der Ehegatte und die Kinder (auch Wahlkinder, Pflegekinder etc.). Eine (für geringfügig Beschäftigte und Studenten begünstigte) freiwillige Selbstversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist möglich. Insgesamt unterliegen somit ca. 99 % jener Personen, die sich in Österreich regelmäßig aufhalten, der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist grundsätzlich für das gesamte Staatsgebiet einheitlich mit Bundesgesetz geregelt. Die Vollziehung erfolgt für die meisten unselbständig Erwerbstätigen dezentral durch *neun Gebietskrankenkassen* (ein Krankenversicherungsträger je Bundesland) sowie zentral *durch fünf Krankenversicherungsträger für bestimmte Berufsgruppen*. Darüber hinaus bestehen in neun größeren Unternehmen *Betriebskrankenkassen*. Die Einrichtung neuer Betriebskrankenkassen ist nicht möglich.

Alle Krankenversicherungsträger sind nach dem Prinzip der *Selbstverwaltung* eingerichtet und haben daher einen gewissen

Spielraum zur Konkretisierung der gesetzlichen Normen für ihren Zuständigkeitsbereich. Die Krankenversicherungsträger unterhalten eine Reihe von *Außenstellen*, die jedoch nicht nach einem einheitlichen Schema organisiert sind.

Die gesetzliche Krankenversicherung kennt *Sach- und Geldleistungen*.

*Sachleistungen* dienen zunächst der Früherkennung von Krankheiten sowie der Förderung und Erhaltung der allgemeinen Gesundheit, insbesondere durch Jugendlichen- und Vorsorgeuntersuchungen, humangenetische Vorsorgemaßnahmen, pränatale Diagnose, zytogenetische Untersuchungen und Impfungen. Auch die Möglichkeit der In-Vitro-Fertilisation für höchstens vier Versuche pro Paar und angestrebter Schwangerschaft wäre in diesem Zusammenhang zu nennen.

Im Falle der Krankheit bietet die gesetzliche Krankenversicherung Krankenbehandlung durch ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe, Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege.

Zur Vermeidung von Dauerfolgen werden medizinische Maßnahmen der Rehabilitation angeboten. Als weitere Leistungen, die in den Satzungen der Krankenversicherungsträger näher zu regeln sind, wären schließlich noch Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Hilfe bei körperlichen Gebrechen zu nennen.

Wichtigste *Geldleistung* ist das *Krankengeld*, das den Entfall des Erwerbseinkommens aufgrund einer Erkrankung teilweise ausgleichen soll. Krankengeldanspruch besteht für ein und denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von 26 Wochen. Wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens sechs Monate in der Krankenversicherung versichert war, verlängert sich die Dauer auf bis zu 52 Wochen.

Auch der *Versicherungsfall der Mutterschaft* wird von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt. Sachleistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sind ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern, weiters Heilmittel und Heilbehelfe sowie die Pflege in einer Krankenanstalt oder in einem Entbindungs-

heim. *Wochengeld* wird gewährt für die letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung. Die Fristen verlängern oder verkürzen sich je nach dem Zeitpunkt der tatsächlichen Geburt und bei Vorliegen eines Beschäftigungsverbots nach dem Mutterschutzgesetz. Wochengeld gebührt in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen in den letzten 13 Wochen (bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft gebührenden Arbeitsverdienstes, vermindert um die gesetzlichen Abzüge. Es handelt sich somit um die einzige Transferleistung, die den Einkommensausfall in voller Höhe ausgleicht.

## **B) Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems:**

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden zum weitaus überwiegenden Teil durch *Beiträge* finanziert. Beitragszahler sind die pflichtversicherten Arbeitnehmer und deren Dienstgeber, die die Beiträge grundsätzlich je zur Hälfte tragen, sowie pflichtversicherte Selbständige (Gewerbetreibende, Werkvertragsnehmer, freie Berufe, Bauern). Lediglich die Aufwendungen für Wochengeld aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft werden zu 70 % aus dem Familienlastenausgleichsfonds (FLAF), welcher ausschließlich aus Beiträgen der Arbeitgeber gespeist wird, finanziert. Weiters trägt der Bund 50 % der Kosten der Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche sowie 70 % der Kosten für In-Vitro-Fertilisation.

Die Beiträge bestehen aus dem Grundbeitrag sowie aus zweckgebundenen Zusatzbeiträgen.

Wichtigste Beitragssätze (Grund- + Zusatzbeiträge)

Arbeiter, die dem EFZG* unterliegen						Angestellte			Beamte			gewerblich Selbständige	Bauern	
unterliegen			nicht unterliegen				DN	DG		DN	DG			
7,60	3,95	3,65	9,10	4,55	4,55	6,90	3,40	3,50	7,50	3,95	3,55	8,95	6,80	

\* Entgeltfortzahlungsgesetz

Wichtige Beitragszahler sind auch die Rentner (siehe unten) sowie die zuständigen Rentenversicherungsträger, die in diesem Fall die Funktion eines Dienstgebers übernehmen. Damit werden aber mehr als die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge für Rentner aus Mitteln des Bundesbeitrages zur Rentenversicherung finanziert.

Die *Beitragssätze* blieben seit 1995 im Wesentlichen unverändert, jedoch mit folgenden Ausnahmen:

- Mit 1. August 1996 wurde der Krankenversicherungsbeitrag für Rentner (Unselbständige und Gewerbetreibende) von 3,50 % auf 3,75 % angehoben
- Der Dienstgeber-Beitrag für Angestellte wurde mit 1. Januar 1997 um 0,10 % erhöht („Ergänzungsbeitrag“; kostenneutrale Kompensation für Beitragssenkungen bei Lehrlingen).
- Die Erstattungsfonds nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz wurden mit 30. September 2000 aufgelöst und die diesbezügliche Beitragspflicht der Dienstgeber beseitigt. Im Hinblick auf die Ausweitung der Lohnfortzahlungsverpflichtung des Dienstgebers, die zu einer entsprechenden Verringerung des Aufwandes für Krankengeldleistungen führt, wurde der Beitragssatz der Dienstgeber von Arbeitern um 0,3 % gesenkt.
- Der Beitragssatz in der Krankenversicherung der gewerblich Selbständigen wurde mit 1. Januar 2001 um 0,2 % auf 8,4 % gesenkt (Anmerkung: gleichzeitig wurde der Rentenversicherungsbeitrag von 14,5 % auf 15 % erhöht).

- Der Beitragssatz in der bäuerlichen Krankenversicherung wurde für die Bezieher einer Rente aus der bäuerlichen Rentenversicherung mit Wirksamkeit ab 1. Januar 2001 von 3,75 % auf 4,25 % angehoben.

*Beitragsgrundlage* ist grundsätzlich das Erwerbseinkommen bis zur Höchstbeitragsgrundlage in der Höhe von 3.270 € monatlich (14 x) für Unselbständige und 3.815 € monatlich (12 x) für Selbständige und Bauern (Werte 2002).

Die Versicherten haben für die Inanspruchnahme einzelner Leistungen *Zuzahlungen* zu leisten (Werte 2002):

- Selbständige, Beamte und Bauern haben für Sachleistungen 20 % der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen.
- Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hat der Erkrankte einen Krankenschein (Behandlungsschein) vorzulegen. Für jeden Krankenschein ist pro Quartal eine Gebühr von 3,63 € zu entrichten. Dies gilt nur für Unselbständige.
- Für jedes auf einem Rezept verordnete und auf Rechnung des Versicherungsträgers bezogene Heilmittel ist eine Rezeptgebühr in der Höhe von 4,14 € zu zahlen.
- Werden Versicherte für Rechnung des Krankenversicherungsträgers in einem Kur-, Genesungs- oder Erholungsheim zur Festigung der Gesundheit untergebracht, so haben sie eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,91 € und höchstens 15,02 € pro Verpflegstag zu leisten.
- Für ambulante Spitalsbehandlung ist ein Behandlungsbeitrag in der Höhe von 10,90 € bei Überweisungen durch einen Arzt, ansonsten in der Höhe von 18,17 € zu leisten. Der Behandlungsbeitrag darf 72,67 € im Kalenderjahr nicht übersteigen (für die Krankenversicherung der Selbständigen gilt eine andere Kostenbeteiligungsregelung).

Für eine Reihe von Zuzahlungen gibt es aufgrund der besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten *Befreiungsmöglichkeiten im Einzelfall*.

Einnahmen der Krankenversicherung seit 1995 (Werte in 1000 €):

	KV der Unselbständigen	KV der Selbständigen	KV der Bauern	gesamte KV
1995	7.321.697	440.074	269.876	8.031.647
1996	7.575.175	461.482	277.505	8.314.163
1997	8.091.354	524.457	295.374	8.911.186
1998	8.362.194	545.548	300.516	9.208.258
1999	8.583.175	571.781	302.871	9.457.826
2000	8.905.573	596.371	315.112	9.817.056
2001				10.268.898

Ausgaben der Krankenversicherung seit 1995 (Werte in 1.000 €):

	KV der Unselbständigen	KV der Selbständigen	KV der Bauern	gesamte KV
1995	7.472.135	432.488	283.988	8.188.611
1996	7.603.692	426.888	290.380	8.320.960
1997	7.988.225	480.557	310.387	8.779.169
1998	8.301.638	516.765	341.621	9.160.024
1999	8.804.322	541.412	369.261	9.714.996
2000	9.106.504	565.697	375.524	10.047.725
2001				10.417.541

Seit dem Jahr 1978 wird die *Spitalsfinanzierung* im Rahmen von zeitlich befristeten Verträgen zwischen dem Bund und den Bundesländern geregelt. Die Mittel des Bundes werden in einen Strukturfonds eingezahlt und nach einem vereinbarten Aufteilungsschlüssel an die neun Landesfonds, die überdies aus den Beiträgen zur sozialen Krankenversicherung, aus Steuermitteln und allfälligen sonstigen Beiträgen der Länder und Gemeinden gespeist werden, weiterüberwiesen. Die mit weitreichender Gestaltungsfreiheit ausgestatteten Landesfonds finanzieren damit die Fondsspitäler seit 1997 nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Das *LKF-System* wurde eingeführt, weil sich das Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert hatte, etwa durch die intensive Betreuung der Patienten in kürzerer Zeit verbunden mit höherer Personalintensität durch die verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie durch den vermehrten Einsatz teurer Behandlungsverfahren und medizinisch-technischer Infrastruktur. Anders als die bis 1996 praktizierte Finanzierung der Krankenanstalten in Form undifferenzierter Tagespauschalen ist das LKF-System ein *Fallpauschalensys-*

tem, das die Spitalsfinanzierung auf Basis der an den Patienten tatsächlich erbrachten Leistungen ermöglicht.

### **C) Jüngste und bereits diskutierte Reformen:**

Die ungünstige Einnahmen-/Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung ist seit Jahren Gegenstand oft sehr heftig geführter politischer und medialer Diskussionen. Vorgeschlagen wird einerseits die Erhöhung der Einnahmen durch allgemeine Beitragserhöhungen oder durch Zuzahlungen der Versicherten bei der Leistungserbringung im Einzelfall, andererseits die Senkung der Ausgaben durch geringere Zahlung für Heilmittel und Leistungen der Vertragspartner sowie durch Stärkung des allgemeinen Gesundheitsbewusstseins.

Folgende *Maßnahmen*, die der ungünstigen Einnahmen-/ Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung entgegenwirken sollen, wurden in jüngster Zeit gesetzt:

- Mit 1. August 1996 wurde eine Krankenscheingebühr für unselbständige Versicherte in der Höhe von 3,63 € und Zuzahlungen für Kuraufenthalte zur Festigung der Gesundheit eingeführt. Weiters wurden die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner erhöht (siehe oben).
- Die Rezeptgebühr wurde im Jahr mit 1. Januar 1997 und mit 1. Januar 2000 überdurchschnittlich angehoben und beträgt nunmehr 4,14 €.
- Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen für Ehegatten und Lebensgefährten in der Krankenversicherung ist seit 1. Januar 2001 nur mehr dann beitragsfrei, wenn sich der Angehörige aktuell der Kindererziehung widmet oder mindestens vier Jahre hindurch Kindererziehungsarbeit geleistet hat oder der Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 hat oder den Versicherten mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 pflegt. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, so ist vom Versicherten ein Zusatzbeitrag für Angehörige in der Höhe von 3,4 % seiner Beitragsgrundlage zu leisten.

- Für die über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehenden satzungsmäßigen Mehrleistungen hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in der Mustersatzung eine verbindliche Bandbreite vorzuschreiben, innerhalb der sich die Leistungen der einzelnen Versicherungsträger nach deren jeweiliger finanzieller Situation bewegen dürfen.
- Für ambulante Spitalsbehandlung wurde ein Behandlungsbeitrag eingeführt. Mit der Einführung der Ambulanzgebühr soll der niedergelassene Bereich gestärkt werden. Durch den entsprechenden Steuerungseffekt wird ein Rückgang der Überlastung der Ambulanzen und des in diesen arbeitenden Personals erwartet. Die dadurch frei werdenden personellen Ressourcen sollen stationär aufgenommenen und jenen Patienten zur Verfügung stehen, die auf einen Ambulanzbesuch angewiesen sind.  
Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz beträgt pro Ambulanzbesuch 18,17 € bzw. bei Vorliegen einer Überweisung 10,90 € und darf im Kalenderjahr nicht mehr als 72,67 € betragen. Durch zahlreiche Ausnahmen wird gesichert, dass keine unzumutbare soziale Belastung erfolgt.
- Durch die (ab dem Jahr 2003 geltende) Verpflichtung der Krankenversicherungsträger, die Versicherten jährlich über die für sie und ihre Angehörigen erbrachten Sachleistungen zu informieren, soll das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt werden.
- Zusatzrenten von einem Rechtsträger, der regelmäßig aus öffentlichen Mitteln finanziert wird – das sind insbesondere Rechtsträger, die der Kontrolle des Rechnungshofes unterliegen – werden seit 1. Januar 2001 in die Beitragsgrundlage der Krankenversicherung einbezogen.
- Weiters wird der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand für die Geschäftsjahre 2001 bis 2003 auf die Höhe des Aufwandes des Geschäftsjahres 1999 zurückgeführt.