
Probleme der privaten Versicherung

WOLFGANG HUBER

Die private Krankenversicherung erbrachte 1984 4,561 Milliarden Schilling für die stationäre Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten. Fast 30 Prozent dieser Summe, also rund 1,4 Milliarden Schilling, entfallen auf die Differenz Pflegegebühr – Pflegegebührenersatz sowie Anstaltsanteil der Arzthonorare. Genauer gesagt 1,244 Milliarden Schilling und 142 Millionen. 70 Prozent davon, das sind 871 Millionen und 100 Millionen Schilling, kamen der öffentlichen Hand als Träger von über 70 Prozent des Bettenangebotes in den Krankenanstalten direkt zugute.

Zum Vergleich der Größenordnungen erlaube ich mir auf die 1984 in sämtlichen öffentlichen Krankenhäusern Österreichs für die stationäre Heilbehandlung aufgelaufenen Kosten in der Höhe von 29,157 Milliarden Schilling hinzuweisen.

Von diesen 4,561 Milliarden Schilling flossen etwa 2,24 Milliarden Schilling der Ärzteschaft in Form von Honoraren zu. Dieser Betrag versetzte den Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten, wenigstens zum Teil, in die angenehme Lage, sein Personalbudget entsprechend niedrig dotieren zu können und trotzdem ein international anerkanntes Niveau an medizinischer Versorgung in den öffentlichen Krankenanstalten zu gewährleisten.

Aufgebracht wurden diese Summen von 1,221 Millionen Krankenhausho-

sten-Zusatzversicherten (Stand Ende 1983), was 16,2 Prozent der Gesamtbevölkerung entspricht. Interessanterweise ist die Verteilung nach Bundesländern sehr unterschiedlich und stimmt nicht unbedingt mit der Einkommensverteilung überein. So liegt Salzburg mit 25,9 Prozent gefolgt von der Steiermark mit 22 Prozent und Tirol mit 21,3 Prozent an der Spitze. Danach folgen Kärnten, 19,4 Prozent, Oberösterreich, 17,5 Prozent, Wien, 16,4 Prozent und Vorarlberg mit 13,8 Prozent. Das Schlußlicht bilden Niederösterreich mit 6,1 Prozent und das Burgenland mit 4,4 Prozent.

Dieser europäische Spitzenwert der Dichte an zusatzversicherten Personen in Kombination mit den jährlichen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen leitet nahtlos zu einem Hauptproblem der privaten Krankenversicherung über. Sie bedingen nämlich, daß die Krankenversicherung mit ihrem Produkt in Einkommenschichten vorgedrungen ist, die den nun schon seit mehreren Jahren eintretenden Real-Einkommensverlust sehr unmittelbar empfinden. Sich als Folge dieses schmerzhaften Empfindens zu Zeiten des körperlichen Wohls, in welchem die Krankenversicherung natürlich insbesondere als Luxusgut empfunden wird, des Aufwandes zu entledigen, ist ökonomisch nur naheliegend. Damit beginnt jedoch ein in der Krankenversicherung insbesondere gefürchteter Kreislauf. Denn genau diese gesunden Versicherten, die der vorhin geschilderten Überlegung anlässlich ihrer jährlichen Anpassung der Krankenversicherungsprämie folgen und somit die Ausgabe streichen, sind den Naturgesetzen zufolge jener Altersbereich, aus welchem Zugänge bzw. das Bestehenbleiben von Versicherungsverhältnissen zwecks Aufbau und Erhaltung eines gesunden Versicherungsstockes unbedingt notwendig sind.

Ein großer Teil der derzeit neun privaten Krankenversicherungsunternehmen in Österreich befindet

sich hinsichtlich der Versichertenzahlen schon seit einigen Jahren in einem Stadium der Stagnation und damit schon einen kleinen Schritt zu weit, um noch von einem wohlbestalltem Versicherungsstock, wie er sich in der Theorie darstellt, sprechen zu können.

Ein anderes Problem stellt das momentane gesetzliche Umfeld der Sonderklasse dar. Der Bundesgrundsatzgesetzgeber regelt zwar mittels des Bundeskrankenanstaltengesetzes die prinzipielle Möglichkeit der Zulässigkeit von Sondergebühren, unterläßt es jedoch die Umstände näher zu definieren. Dies bewirkt in der Praxis, daß die Einhebung des Entgelts dem Grunde nach gerechtfertigt ist, jedoch nirgends feststeht, wofür und in welchem Ausmaß dieses Entgelt einzuheben ist. Da auch die Ausführungsgesetze der Länder mit wenigen Ausnahmen sich dieses Problems nur betraglich annehmen, befindet sich die Materie in jenem Teil der für die Betroffenen interessant ist, nämlich der Leistungsseite der Krankenanstalten, im gesetzlich luftleeren Raum. Noch dazu zeigen die schon erwähnten landesgesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Höhe der Sondergebühren folgenden Negativeffekt: Die landesweite Regelung der Gebühr für die Inanspruchnahme der Sonderklasse, die üblicherweise in Prozenten der Pflegegebühr erfolgt, bewirkt, daß sämtliche Krankenanstalten dieses Bundeslandes eben diesen Zuschlag lukrieren. Von einer sachlichen Rechtfertigung kann jedoch schon allein wegen unterschiedlicher Ausstattung, aber auch der Einstellung des jeweiligen Rechtsträgers gegenüber der Sonderklasse keine Rede sein. Die private Krankenversicherung sieht es hier als ihre vordringliche Aufgabe an, den Wünschen ihrer Versicherten betreffend eines gerechtfertigten Preis/Leistungsverhältnisses im Rahmen ihrer Möglichkeit Rechnung zu tragen. Sie hat und wird dieses nötigenfalls auch in der Zukunft mittels eigener Investitionen in schon bestehende oder noch

zu errichtende Krankenanstalten zu bewirken versuchen.

Was sind nun die denkbaren Marschrichtungen aus dieser Situation:

Erste Möglichkeit: Das Fortfahren in der bisherigen Gebühren- und Honorarpolitik seitens aller Beteiligten. Dies wird ohne Zweifel in den Folgejahren infolge andauernder Prämienanpassungen, vermehrten Kündigungen von einkommensschwächeren Versicherten (Personen zu Beginn ihres Berufslebens und nach Ausscheiden) zu einem Gesundschumpfen der Versichertenzahlen und somit auch der Leistungen, die in das österreichische Krankenanstaltenwesen einfließen, führen.

Zweite Möglichkeit: das Einbremsen der Kostenspirale mit Hilfe fixer Vorgaben. Also die „Deckel-drauf-Methode“ durch Einziehen eines Limits wie z. B. der Inflationsrate, um so wenigstens ein Abkoppeln der Prämiensteigerungen von den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen selbst zu erreichen. Diese von der privaten Krankenversicherung derzeit gehandhabte Methode stellt an und für sich eine wenig befriedigende Lösung dar. Zum einen deshalb, da dadurch die bis dato entstandenen Kostensituationen mit allen ihren Mängeln nicht nur zur Kenntnis, sondern sogar perpetuiert werden, und zum anderen, da so bisher eventuell vorhandenes Marktverhalten einzelner Rechtsträger im Hinblick auf die Sonderklasse in Zukunft wenig oder überhaupt nicht mehr berücksichtigungsfähig sein wird. Das heißt, die private Krankenversicherung könnte dann, entgegen ihren eigentlichen Intentionen, dem einzelnen Rechtsträger trotz zugestandener z. B. Standardverbesserung in der jeweiligen Sonderklasse, keine wesentlich anderen Erhöhungen als den übrigen Krankenanstalten dieses Bundeslandes zubilligen. Insgesamt gesehen ist daher diese Vorgangsweise eher nur als Übergangsphase zu verstehen.

Dritte Möglichkeit: (hier erlaube ich mir noch visionäre Darstellungen darzulegen) eine Änderung der derzeit geltenden bedingungsgemäßen Grundlagen der Leistungserbringung der Zusatzversicherungen infolge legislatischer Maßnahmen:

a) Änderung der Leistungsseite Haus:

Für die Inanspruchnahme der Sonderklasse werden gesonderte Entgelte nur infolge von Leistungsunterschieden in der Krankenanstalt im Vergleich allgemeine Klasse – Sonderklasse vorgesehen.

Es wird sichergestellt, daß diese Entgelte nur zur Deckung des erhöhten Aufwandes durch die Unterbringung in den Krankenzimmern der Sonderklasse verwendet wird.

Insbesondere wäre zu fordern, daß für alle Leistungen der Krankenanstalten, gleichgültig ob es sich um Eigen- oder Fremdleistungen handelt und die mit den Pflegegebühren bzw. dem Pflegegebührenentgelt der Sozialversicherung in der allgemeinen Gebührenklasse abgegolten sind, in der Sonderklasse kein weiteres Entgelt eingehoben werden darf.

Eine derartig abgegrenzte Definition der Leistung der Sonderklasse in den allgemeinen öffentlichen Spitälern würde es dem Patienten/Versicherten ermöglichen, einen fairen Preis-Leistungs-Vergleich anzustellen.

b) Leistungsseite Ärzte:

Die Honorarerbringung gegenüber den Ärzten, gerechtfertigt durch die Möglichkeit des Arztwahlrechtes bzw. wenn organisatorisch möglich die Zuziehung des Arztes seines Vertrauens überhaupt, müßte ebenfalls eine gesetzliche Fundierung erfahren.

Die Folgen derartiger gesetzlicher Maßnahmen in den beiden Leistungsbereichen Haus und Honorar wären kurzfristig höchstwahrscheinlich und angestrebtweise eine Verminderung der absoluten Leistung der privaten Krankenversicherung. Dies mit dem

Ziel, die dadurch freiwerdenden Kapazitäten mittel- und langfristig schon dringend anstehenden zweckmäßigen Umschichtungen zuzuführen:

1. Auf der Leistungsseite

a) Haus: Erbringung von Leistungen für die Rehabilitation, stationäre Behandlungen, psychosomatische Behandlungen, Pflegefälle und Gesundheitsvorsorge.

b) Auf der Honorarseite: Hier könnten ebenfalls der medizinischen Entwicklung, aber auch der geänderten Einstellung der Bevölkerung und somit unserer Kunden zu verschiedenen neuen Behandlungsmethoden vermehrt Rechnung getragen werden. Ich denke dabei an Honorare für homöopathische Behandlungen, Akupunktur, psychiatrische und psychologische Behandlungen, Naturheilkunde, physikalische Therapie, Leistungen für häusliche Pflege, geriatrische Tagesklinikleistungen usw. also kurz gesagt Abdeckung des Leistungsbereiches Honorar hinsichtlich sämtlicher Substitutionsmöglichkeiten kostspieliger Akut-Krankenhausversorgung.

2. und das schiene mir der zumindest gleichwichtige Teil zu sein: Änderungen auf der Prämienseite:

Hier könnte die Prämienpolitik mit Hilfe der dann zur Verfügung stehenden Spielräume endlich zwei altbekannten Schwierigkeiten Rechnung tragen:

1. Verringerung der Einstiegprämie für Personen jüngerer Alters, da hier die derzeitige Situation aufgrund der relativ hohen Einstiegsprämie insbesondere für Personen bis zum Alter von 30 Jahren eher prohibitiv ist;

2. Verringerungen der Prämienhöhe anlässlich des Übertrittes vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Die jahrzehntelangen Anpassungen führen nämlich dazu, daß sich

damit die angehenden Pensionisten einer Prämienhöhe gegenübersehen, die bei einem Großteil der Versicherten mit dem nunmehr verminderten Einkommen in keinem Einklang gebracht werden kann und somit der Versicherungsvertrag aufgegeben werden muß, obwohl der Versicherte naturbedingt erst genau in diesem Alter die Vorteile dieses Vertrages

vermehrt in Anspruch nehmen könnte.

Schlußendlich sollen alle Maßnahmen bewirken, daß die private Krankenversicherung, ein für die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens bedeutendes und für die Versicherungsnehmer attraktives Produkt, weiterhin in derzeitiger Breite und auf Basis einer juristisch stichhaltigen Grundlage, verkaufen kann.