

# **Masterarbeit**

## **Krankenversicherung in Österreich und Deutschland Eine kritische Betrachtung**

eingereicht von

**Sarah Madelaine Steinlechner**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von

**FH-Prof. Mag. Dr. Gerhard Pöttler, MBA**

Graz, 22. März 2017

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 22. März 2017

Steinlechner Sarah Madelaine, BSc eh.

## **Danksagungen**

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich bei den Menschen bedanken, die mich beim Schreiben dieser Arbeit und meiner gesamten Studienzeit unterstützt haben.

Besonderen Dank gebührt meinem Betreuer Herrn Mag. Dr. Gerhard Pöttler, MBA für die Betreuung und Begutachtung meiner Masterarbeit. Vielen Dank für die wertvollen Ratschläge, die konstruktive Kritik und die hilfreichen Anregungen während dieser Zeit.

Wertvolle Hilfe beim Verfassen dieser Arbeit bot mir der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, indem mir wertvolle Literatur zur Verfügung gestellt wurde. Danke!

Ein herzliches Dankeschön geht an meinen Studienkollegen Daniel und meine Studienkolleginnen, die mir während meines gesamten Studiums zur Seite standen. Danke für die lustige und somit unvergessliche Zeit!

Meinen Freundinnen Karoline, Marilena und Andrea möchte ich ebenfalls danken, die stets ein offenes Ohr für meine Sorgen hatten und mich durch lustige Abende auf andere Gedanken brachten. Schön, dass es euch gibt.

Mein größter Dank gilt jedoch meinen Eltern, indem sie mich immerzu unterstützten, liebevoll zur Seite standen und großes Vertrauen in mich setzten. Ganz besonderen Dank dafür, dass Sie immer das Beste für mich und meinen Bruder tun und alles Erdenkliche bereit sind, dafür zu geben.

Weiters möchte ich meinem Bruder und meinen Großeltern danken. Danke für jegliche Unterstützung und den großen Beistand, den Ihr jederzeit zu geben bereit seid. Ich danke Euch sehr dafür.

Speziell möchte ich einen ganz besonderen Menschen in meinem Leben danken, der mir einen starken emotionalen Rückhalt über die Dauer meines gesamten Studiums bot und einfach immer für mich da ist. Danke Johannes.♥

Ein herzliches Dankeschön geht auch an die Familie meines Freundes, die mich ebenso in den letzten Jahren unterstützten und mir immer mit Rat und Tat zur Seite stand.

Schließlich bedanke ich mich bei allen Menschen, die mich während meiner Studienzeit unterstützt haben und somit zu meinem Erfolg beigetragen haben.

**DANKE!**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Methode</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Gesundheitssysteme</b>	<b>13</b>
3.1	Bismarck-Modell	13
3.2	Beveridge-Modell	14
3.3	Markt-Modell	16
<b>4</b>	<b>Österreich</b>	<b>17</b>
4.1	Demografie	17
4.2	Ressourcen im Gesundheitswesen	17
4.3	Die Sozialversicherung	18
4.3.1	<i>Meilensteine der historischen Entwicklung</i>	18
4.3.2	<i>Grundprinzipien</i>	23
4.3.3	<i>Organisation</i>	25
4.4	Die soziale Krankenversicherung	27
4.4.1	<i>Aufgaben</i>	29
4.4.2	<i>Rechtsquellen und Versichertenkreis</i>	30
4.4.3	<i>Leistungen</i>	32
4.4.4	<i>Finanzierung</i>	33
4.4.5	<i>Selbstbehalte und Kostenbeiträge</i>	38
4.4.6	<i>Krankenkassen</i>	41
4.5	Private Zusatzversicherung	43
<b>5</b>	<b>Deutschland</b>	<b>44</b>
5.1	Demografie	44
5.2	Ressourcen im Gesundheitswesen	44
5.3	Die Sozialversicherung	45
5.3.1	<i>Meilensteine der Historischen Entwicklung</i>	45
5.3.2	<i>Grundprinzipien</i>	48
5.3.3	<i>Organisation</i>	51
5.4	Die gesetzliche Krankenversicherung	54
5.4.1	<i>Aufgaben</i>	55
5.4.2	<i>Rechtsquellen und Versichertenkreis</i>	56
5.4.3	<i>Leistungen</i>	57
5.4.4	<i>Finanzierung</i>	60
5.4.5	<i>Selbstbehalte</i>	64
5.4.6	<i>Krankenkassen</i>	66
5.5	Privatversicherung	72
<b>6</b>	<b>Gegenüberstellung</b>	<b>74</b>
6.1	Grundprinzipien	74
6.2	Organisation	75
6.3	Rechtsquellen	75
6.4	Finanzierung	76
6.5	Beiträge	76
6.6	Ausgaben und Einnahmen	77
6.7	Selbstbehalte und Kostenbeiträge	78
6.8	Krankenkassen	79
<b>7</b>	<b>Mögliche Effizienzsteigerungsmaßnahmen für Österreich</b>	<b>81</b>
<b>8</b>	<b>Diskussion</b>	<b>88</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>91</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BKK	Betriebskrankenkassen
B –KUVG	Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSVG	Bauern- Sozialversicherungsgesetz
Bzw.	Beziehungsweise
EK	Ersatzkrankenkassen
GSVG	Gewerblichen- Sozialversicherungsgesetz
GG	Grundgesetz
GKK	Gebietskrankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSVG	Gewerblichen- Sozialversicherungsgesetz
HIT	Health Systems in Transition
HTA	Health technology assessment
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
idF.	in der Fassung
IKK	Innungskrankenkassen
KBS	Knappschaft Bahn und See
NHS	National Health Services
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SSH	Social Security Health Care System
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
USA	United States of America
VA	Versicherungsanstalt
z.B.	zum Beispiel
&	und
%	Prozent
ca.	circa

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Literatursuche	S.12
Abbildung 2:	Vorgehensweise der Suche	S.12
Abbildung 3:	Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in % - Österreich im Vergleich	S.15
Abbildung 4:	Bevölkerungspyramide Österreichs	S.18
Abbildung 5:	Überblick der Sozialversicherungsträger in Österreich	S.26
Abbildung 6:	Einnahmen der sozialen Krankenversicherung nach Einnahmequelle	S.35
Abbildung 7:	Ausgaben der sozialen Krankenversicherung nach Leistungsaufwendung	S.37
Abbildung 8:	Bevölkerungspyramide Deutschlands	S.45
Abbildung 9:	Organisation des Gesundheitsfonds	S.61
Abbildung 10:	Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsaufwendungen	S.64
Abbildung 11:	Marktanteile der GKV-Krankenkassen in Deutschland nach Anzahl der Versicherten im Jahr 2015	S.71
Abbildung 12:	Entwicklung der deutschen Krankenkassen	S.72
Abbildung 13:	Ausgabenentwicklung Arzneimittel in mio. Euro	S.83
Abbildung 14:	Entwicklung der geringfügigen Beschäftigten Österreichs	S.86
Tabelle 1:	Übersicht der geschützten Personen in Österreich	S.28
Tabelle 2:	Beitragssätze und Höchstbemessungsgrundlage	S.36
Tabelle 3:	Entwicklung der Rezeptgebühr	S.39
Tabelle 4:	Anzahl der Krankenversicherungsträger und Anteil der Anspruchsberechtigten und Beitragsleistenden	S.42
Tabelle 5:	Die zwölf Bücher und deren Gegenstände des SGB	S.51
Tabelle 6:	Übersicht der geschützten Personen in Deutschland	S.55
Tabelle 7:	Gegenüberstellung der größten Leistungsaufwendungen	S.78

## **Zusammenfassung:**

**Einleitung:** Das österreichische Krankenversicherungssystem gerät immer stärker in Kritik, wobei besonders die Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung diskutiert wird. Demografische Entwicklung, medizinisch- technischer Fortschritt und konjunkturelle Probleme werden in der Literatur häufig als Hauptprobleme genannt.

**Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist es, die gesetzlichen Krankenversicherungssysteme der Länder Österreich und Deutschland zu vergleichen, umso mögliche Effizienzmaßnahmen zur Verbesserung der Finanzsituation der österreichischen Krankenversicherung darzulegen.

**Methode:** Um die Forschungsfragen zu beantworten wurde eine umfassende Literatursuche im Internet, bei spezifischen Organisationen, in Bibliotheken und in der Onlinedatenbank PubMed durchgeführt.

**Ergebnisse:** Die Gegenüberstellung der Länder hat gezeigt, dass das System der österreichischen Krankenversicherung gegenüber dem deutschen Krankenversicherungssystem ein deutliches Verbesserungspotential aufweist.

**Schlussfolgerungen:** Eine umfassende Gesundheitsreform sollte in Angriff genommen werden, um eine nachhaltige Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems bzw. auch der sozialen Krankenversicherung in Zukunft zu gewährleisten.

**Schlüsselwörter:** Krankenversicherung, Sozialversicherung, Bismarck

## **Abstract**

**Introduction:** The Austrian health insurance system is coming increasingly under fire, with a particular focus on the financing of social health insurance. Demographic development, medical-technical progress, economic problems are often referred as major problems in the literature.

**Objective:** The aim of this work is to compare the health insurance systems of Austria and Germany, in order to demonstrate possible efficiency improvement measures for the financial situation of the Austrian health insurance.

**Method:** To answer the research questions, a comprehensive literature search was performed on the Internet, in specific organizations, in libraries and in the online database PubMed.

**Results:** The comparison of the countries has shown that the Austrian health insurance system has significant potential for improvement, compared to the German health insurance system.

**Conclusion:** A comprehensive health care reform should be undertaken in order to ensure a sustainable financing of the whole health system and especially of the social health insurance in the future.

**Keywords:** health insurance, social insurance, bismarck

# 1 Einleitung

Im Mittelalter war vor allem die Familie für die Betreuung von Kranken und betreuungsbedürftigen Personen zuständig. Im Laufe der Zeit hat sich dieses Bild gewandelt. Heute können die deutschen bzw. österreichischen BürgerInnen mit einer Reihe an Leistungen zur Erhaltung der Gesundheit rechnen.

*"Jeder Mensch hat als Mitglied der Gesellschaft Recht auf soziale Sicherheit; er hat Anspruch darauf, durch innerstaatliche Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Organisation und der Hilfsmittel jedes Staates in den Genuß der für seine Würde und die freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlichen wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen."*

(Humanrights - Artikel 22 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 2013)

Das 1956 in Österreich geschaffene Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) hat mittlerweile mehr als 150 Novellen hinter sich. Wirkliche Veränderungen zur Anpassung an die wirtschaftlichen Gegebenheiten, demografische Entwicklung und die Arbeitsmarktstrukturen des 21. Jahrhunderts wurden in Österreich versäumt. Im Gegenteil dazu wurde das Sozialversicherungssystem in Deutschland in gewisser Weise besser, bzw. mit einer anderen Reformstrategie novelliert (Theurl 1999). Aufgrund der demografischen Veränderung kommt es bei beiden Ländern zu einem beträchtlichen Anstieg multimorbider Personen. Das ist ein wesentlicher Grund, warum bei der Finanzierung der Sozialsysteme im Allgemeinen und jene der Krankenversicherung Finanzierungsengpässe erwartet werden. Obwohl die Grundprinzipien der Sozialversicherungssysteme, speziell der Krankenversicherung in unterschiedlichen Staaten einander häufig gleichen, bestehen in der konkreten Ausgestaltung beträchtliche Unterschiede.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Sozialversicherungssysteme in Österreich und Deutschland im Allgemeinen und die gesetzliche Krankenversicherung im Besonderen vorzustellen und miteinander zu vergleichen. Um den Rahmen der

Arbeit nicht zu sprengen, wurde ausschließlich der niedergelassene Sektor behandelt. Im letzten Teil der Masterarbeit werden mögliche Effizienzmaßnahmen zur Verbesserung der Finanzsituation vorgestellt.

Der Neuigkeitswert wird geschaffen, indem die beiden Sozialversicherungssysteme, speziell die gesetzliche Krankenversicherungen verglichen werden, umso mögliche strukturelle Verbesserungen zu erkennen. Denn Erfahrungen anderer Länder bieten oft einen Referenzpunkt, eigene Strukturen des Gesundheitssystems zu überdenken bzw. zu verbessern, indem erprobte Konzepte übernommen oder adaptiert werden (Kern 2002). Dabei sollten mögliche Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz beschrieben werden, umso eine Erhöhung der Einnahmen bzw. eine Reduzierung der Gesundheitsausgaben zu erreichen. Weiters wird die historische Entwicklung beider Sozialversicherungssysteme dargelegt, umso zu verstehen, warum und weshalb die heutigen gesetzlichen Grundlagen bzw. die Anzahl der gesetzlichen Krankenversicherungsträger beider Länder so entstanden ist. Dabei lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten:

**Hauptforschungsfrage:**

- Welche effizienzsteigernden Maßnahmen können bei der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich zur Verbesserung der Finanzsituation beitragen?

**Nebenfragen:**

- Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten gibt es bei der gesetzlichen Krankenversicherung in den Ländern Österreich und Deutschland?
- Warum gibt es in den Ländern Österreich und Deutschland einen so großen Unterschied bei der Anzahl der Krankenversicherungsträger?

## 2 Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche im Zeitraum von 01.06.2016 bis 22.02.2017 durchgeführt, um den gegenwärtigen Stand darzulegen.

### Vorgehensweise der Literaturrecherche

Zu Beginn fand eine allgemeine Recherche im Internet über die Suchmaschine Google bzw. Google Scholar statt, um einen Überblick zum Thema zu schaffen. Die Schlüsselwörter für diese Suche waren „Gesundheitssystem“ oder „Sozialversicherung“ oder „Krankenversicherung“ und deren englische Übersetzung „health system“ oder „social insurance“ oder „health insurance“, die jeweils mit „Österreich“ oder „Deutschland“ bzw. „austria“ oder „germany“ verknüpft wurden. Durch diese Suche konnte bereits relevante Literatur identifiziert werden. Im Anschluss dazu wurde die Suche bei folgenden Organisationen fortgesetzt:

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- Bundeskanzleramt Deutschland
- Bundesministerium für Gesundheit
- GKV-Spitzenverband Deutschland
- OECD
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs
- Statistik Austria
- Statistisches Bundesamt Deutschland
- Sozialministerium Österreich

Dabei konnten die meisten Quellen relevanter Literatur erzielt werden. Aufgrund der Tatsache, dass auf manchen Internetseiten nicht ausreichend Informationen zur Verfügung standen, wurden manche Organisationen, wie z.B. der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bzw. der GKV Spitzenverband in Deutschland kontaktiert, um die speziell benötigte Literatur zu bekommen.

Im Anschluss dazu wurde eine Literaturrecherche in der Onlinedatenbank PubMed durchgeführt. Die Schlüsselwörter wurden bei dieser Suche mit den Booleschen Operatoren AND und OR wie folgt verknüpft:

**(health system) AND bismarck AND  
(efficiency OR productivity OR cost\* OR expenditure OR amount OR overuse)**

Abbildung 1: Literatursuche (Eigene Darstellung)

Eingeschränkt wurde diese Suche, indem nur wissenschaftliche Artikel in englischer und deutscher Sprache eingeschlossen wurden. Hinsichtlich den Publikationsjahren wurde die Suche nur auf die Jahre 1999-2017 eingeschränkt, da kaum Literatur zu dieser Thematik vorhanden ist. Mit den in Abbildung 1 genannten Schlüsselwörtern wurden insgesamt 14 Treffer erzielt. Anschließend wurden die Titel, danach deren Abstracts auf Relevanz geprüft. Drei wissenschaftliche Artikel aus den Onlinedatenbanken wurden schließlich für die Bearbeitung herangezogen. Im Anschluss daran erfolgte eine Handsuche. Dabei wurden die Referenzen aus den zuvor ausgewählten Studien und die Referenzen der in Google und Google Scholar angefundene Literatur untersucht. Fünf zusätzliche Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage konnten dadurch identifiziert werden. An der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz und Karl-Franzens Universität Graz wurde abschließend ebenfalls nach relevanten Journals bzw. themenspezifischen Fachbüchern gesucht. Dabei wurden weitere Quellen zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen. Anhand Abbildung 2 sind die wichtigsten Schritte beim Vorgehen der Literaturrecherche dargestellt.

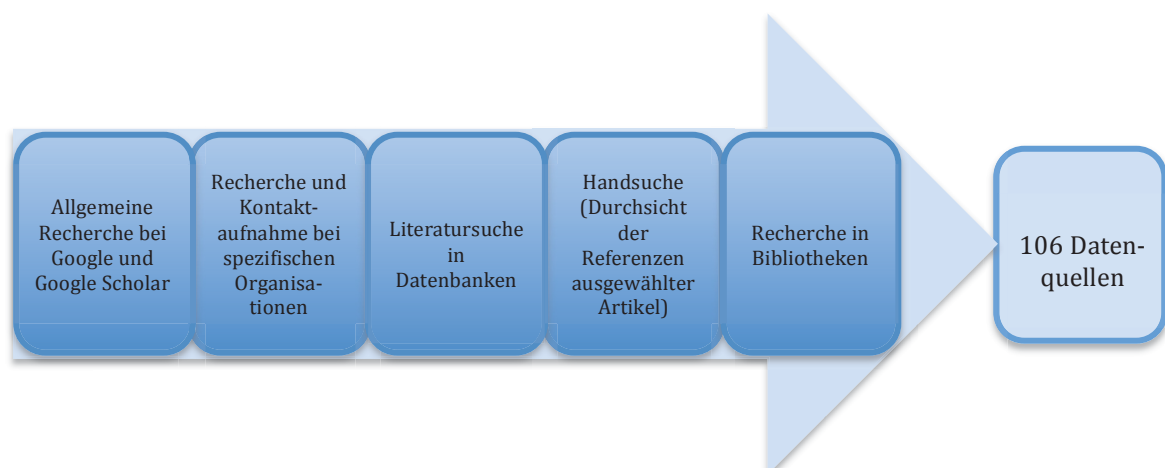


Abbildung 2: Vorgehensweise der Suche (Eigene Darstellung)

## 3 Gesundheitssysteme

*„Das Gesundheitssystem ist ein (öffentliches) System, nach dem die medizinische Versorgung der Bevölkerung politisch, sozial und finanziell geregelt ist.“*

(Duden 2016)

Bei einem Vergleich der Gesundheitssysteme in Europa, lassen sie sich folgenden Gesundheitssystemmodellen zuordnen:

Im Wesentlichen lassen sich in Europa zwei Arten von Gesundheitssystemen unterscheiden: Das so genannte Bismarck-Modell, welches auf dem Versicherungsprinzip und der Absicherung der Beitragszahler beruht und das durch Steuern finanzierte Beveridge-Modell, bei welchem die Absicherung der gesamten Bevölkerung, unabhängig von einer Erwerbstätigkeit, im Vordergrund steht. Hierbei ist anzumerken, dass die Grenzen beider Finanzierungssysteme in Europa fließend einhergehen.

Die Gesundheitssysteme der verschiedenen Länder wurden von den damaligen vorherrschenden Normen und Werten der Gesellschaft stark beeinflusst, und sind daher auf der ganzen Welt einzigartig (Lameire et al. 1999). Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Finanzierung der Gesundheitssysteme. Anhand dieser ist ersichtlich, dass die Systeme oft auf einer Kombination der Modelle basieren.

Ein anderes Modell, welches in der EU keine Anwendung findet, ist das Markt-Modell. Im Unterschied zum Bismarck- bzw. Beveridge Modell gibt es bei diesem fast keine staatliche Beteiligung. Außerdem gibt es wenig staatliche Eingriffe und Kontrollen (Schölkopf 2010). Eine Gemeinsamkeit besteht jedoch bei allen Modellen, indem sie in unterschiedlichem Maß Gerechtigkeit herstellen (Kern 2002).

### 3.1 Bismarck-Modell

Der Grundstein für den Aufbau der Sozialversicherung wurde 1883 durch Otto von Bismarck, dem damaligen Kanzler des Deutschen Reiches, gelegt. Deutschland und Österreich zählen somit zu den Pionierländern sozialstaatlicher Sicherung. Die Anfänge der Sozialversicherung gehen bis ins 19. Jahrhundert zurück. Zuerst führte Bismarck die gesetzliche Krankenversicherung, dann die Unfallversicherung

und schließlich die Alters- und Invalidenversicherung ein, welche überwiegend auf die Arbeiterschaft ausgerichtet waren (Schenker 2010).

Die Basis des Bismarck-Modells bilden die Sozialversicherungsträger, die als eigenständige Organisationen des öffentlichen Rechts größtenteils unabhängig vom Staat und dessen finanziellen Ressourcen sind (Van der Zee & Kroneman 2007). Das Bismarck-Modell wird hauptsächlich durch Sozialabgaben der Versicherten und ihrer Arbeitgeber finanziert. Hauptaugenmerk ist bei diesem Modell die stationäre Versorgung. Zu diesen Sozialversicherungsländern zählen fast alle mitteleuropäischen und seit den frühen bzw. späten neunziger Jahren nahezu alle osteuropäischen Länder. Anzumerken ist, dass der Staat in den meisten Beitrittsländern weiterhin eine relativ große Rolle, insbesondere bei der Finanzierung des Gesundheitssystems einnimmt (Schwartz et al. 2003).

Charakterisiert werden kann dieses Modell durch vier grundlegende Prinzipien:

- Zu den gesicherten Personen zählen ausschließlich ArbeitnehmerInnen bzw. Erwerbstätige, die durch ihr Einkommen versichert sind.
- Nur ArbeitnehmerInnen, deren Lohn unter einer bestimmten Grenze liegt, sind obligatorisch versichert.
- Die Bemessung der Geldleistung beruht auf der Grundlage der ausgefallenen Löhne/Gehälter, d.h. die Höhe der Beiträge richtet sich nach Höhe der Löhne/Gehälter.
- Die Sozialversicherungen werden von den ArbeitgeberInnen und den ArbeitnehmerInnen selbst verwaltet (Schenker 2010; Lameire et al. 1999).

### **3.2 Beveridge-Modell**

Das staatliche Gesundheitssystem, das sogenannte Beveridge-Modell ist in Großbritannien entstanden. Es wurde nach dem britischen Lord William Henry Beveridge benannt, welcher seine Grundsätze dem Parlament 1942 vorlegte. Dabei schlug er eine Übernahme der Kosten durch den Staat vor (Schenker 2010). Sein Ziel war es, allen Menschen Großbritanniens unabhängig von den

jeweiligen finanziellen Ressourcen oder gesellschaftlichen Status, freien und kostenlosen Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Gesundheit wird somit als öffentliches Gut angesehen.

Das Beveridge-System wird ebenfalls durch vier Prinzipien definiert:

- Universalität – Alle Menschen im Land haben Zugang zum System.
- Alle können medizinische Leistungen beziehen, denen sie bedürfen, unabhängig vom Einkommen.
- Die Finanzierung des Beveridge-Modells erfolgt über die Einnahme von Steuern.
- Einheitlichkeit – Alle Systeme der sozialen Sicherheit werden durch den Staat verwaltet (Schenker 2010).

In den Ländern Nord- und Südeuropas dominiert das Beveridge-Modell die Gesundheitssysteme. Großbritannien, Italien, Spanien, Schweden, Dänemark, Norwegen und Finnland zählen somit zu den Ländern, welche ein Nationales Gesundheitssystem nach dem Beveridge-Modell haben (Lameire et al. 1999).

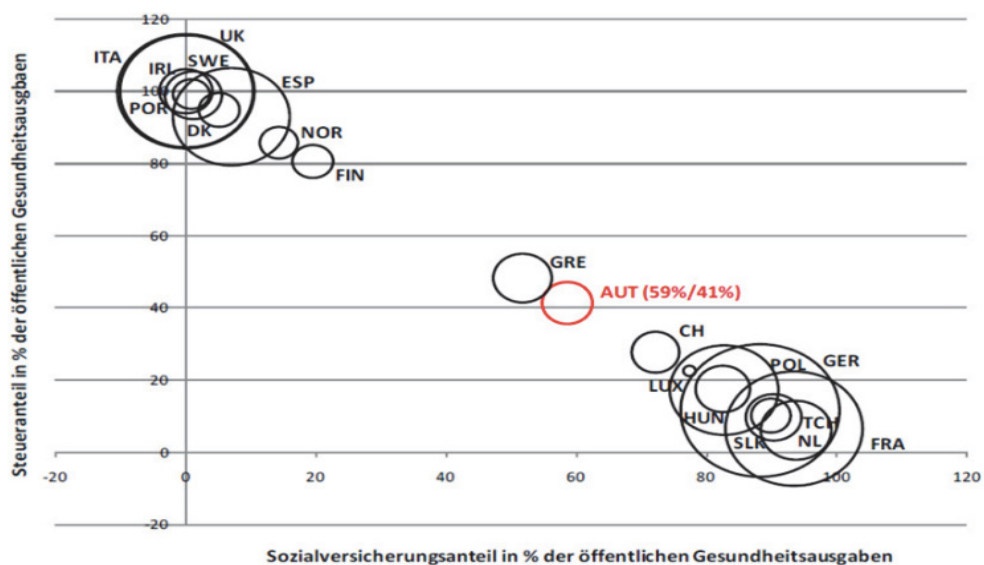


Abbildung 3: Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in % - Österreich im Vergleich (OECD Health Data 2010)

### 3.3 Markt-Modell

Das Markt-Modell wird in den Vereinigten Staaten von Amerika angewendet.

Dieses Gesundheitssystemmodell wird überwiegend privat finanziert und hat neben privater Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, relativ wenig staatliche Eingriffe oder Kontrollen (Kern 2002). Die BürgerInnen sind für die Absicherung selbst verantwortlich und müssen daher selbst oder über ihren Arbeitgeber Verträge mit privaten Krankenversicherungsanbietern abschließen. Hierbei muss angeführt werden, dass auch dieses System kein reines Markt-Modell ist. Auch in den USA gibt es wie bereits oben erwähnt staatliche Regulierungen, sowie Versicherungen für bestimmte Personengruppen, z.B. Pensionisten oder Kinder (Rice et al. 2013).

## 4 Österreich

### 4.1 Demografie

Die Republik Österreich ist ein mitteleuropäischer Bundesstaat mit rund 8,58 Millionen EinwohnerInnen. Die Fläche des Landes beträgt 83.879 km<sup>2</sup>. Die Bundeshauptstadt Österreichs ist Wien, welche mit über 1,7 Millionen auch die EinwohnerInnen reichste Gemeinde ist (Statistik Austria 2014).

### 4.2 Ressourcen im Gesundheitswesen

Österreich weist eine sehr hohe ÄrztlInnendichte auf. Auf 1.000 EinwohnerInnen kamen zum Jahresende 2011 rund 4,75 ÄrztlInnen (ohne ZahnärztlInnen), jedoch mit regionalen Unterschieden. Damit erreichte Österreich nach Russland und Griechenland Platz drei im Vergleich der 34 OECD Staaten. Zirka die Hälfte dieser ÄrztlInnen verfügt über einen Kassenvertrag, welche den größten Teil der ambulanten Versorgung sicherstellen. 2011 suchten die anspruchsberechtigten Personen der gesetzlichen Sozialversicherung durchschnittlich 6,85-mal einen dieser KassenärztlInnen auf.

Bei einem Vergleich der letzten 30 Jahre hat sich gezeigt, dass sich die Lebenserwartung der ÖsterreicherInnen um acht Jahre nach oben verschoben hat. Im Jahr 2014 durften neugeborene Mädchen mit einer Lebenserwartung von 84 Jahren rechnen, neugeborene Buben jedoch nur mit 79,2 Jahren (Bundesministerium für Gesundheit 2013, OECD 2016).

Hervorzuheben ist, dass im Gegenteil dazu die Säuglingssterblichkeit um mehr als 75 Prozent gesunken ist und im Jahr 2011 bei 3,6 von 1.000 Lebendgeborenen lag. Weiters lag die durchschnittliche Anzahl an Kindern im Jahr 2011 bei 1,43 pro Frau mit einem durchschnittlichen Fertilitätsalter bei Erstgebärenden von 28,5 Jahren. Anhand dieser Werte kann man annehmen, dass sich die demografische Entwicklung der österreichischen BürgerInnen nach oben verschiebt, was zur Folge hat, dass die Anzahl älterer, pflegebedürftigerer, multimorbiden Menschen zunimmt (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

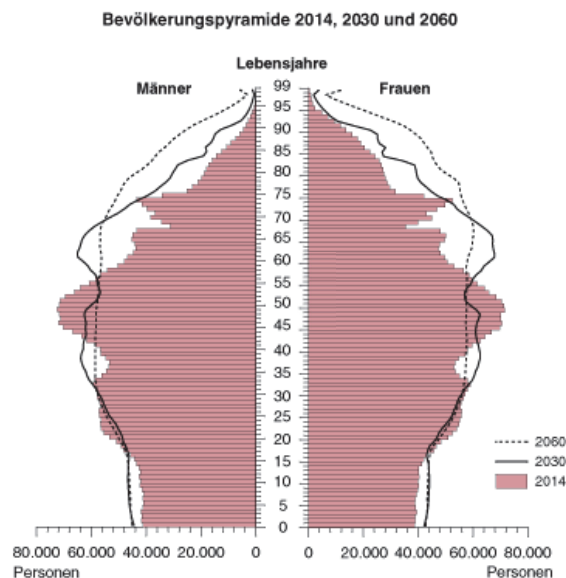


Abbildung 4: Die Bevölkerungspyramide Österreichs (Statistik Austria 2014b)

Mit einer Krankenhaushäufigkeit (ohne „Ein-Tages-Pflegen“) von rund 26,1 Entlassungen pro 1.000 EinwohnerInnen im Jahr 2010 rückte Österreich im europäischen Vergleich an die Spitze. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug in Österreich 6,6 Tage. Generell ist das Land krankenhauserorientiert. Es wurden im Jahr 2011 2,8 Millionen stationäre Aufenthalte (inkl. Ein-Tages-Pflegen) verzeichnet (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

## 4.3 Die Sozialversicherung

### 4.3.1 Meilensteine der historischen Entwicklung

Um den Aufbau der österreichischen Sozialversicherung zu verstehen, wird vorweg die Entstehung bzw. Entwicklung der Sozialversicherung im Allgemeinen, und die Krankenversicherung im Besonderen erläutert.

In der Epoche zwischen dem Ende der Antike und dem Beginn der Neuzeit, dem sogenannten Mittelalter, war das Ausgedinge die wichtigste Sicherungsform für Bauern (Wagner L, 2002 IN: Hofmarcher & Rack 2006). Es wurde auch als Altenteil bezeichnet, und ist eine rechtliche Vereinbarung zur Altersversorgung, welche zwischen dem bisherigen Inhaber des landwirtschaftlichen Betriebes und den zukünftigen Erben und Nachfolger geschlossen wird. Inhalt eines solchen

Vertrages ist z.B. die Regelung eines Wohnrechts oder die Pflege bei Krankheit oder altersbedingten Leiden (Wirtschaftslexikon 2016).

Anders war es hingegen bei den städtischen Handwerkern. Sie waren meistens darauf angewiesen, ihren Beruf ein Leben lang auszuüben, oder in eines der zahlreichen städtischen Armenhäuser oder Spitäler zu übersiedeln. Einzig allein reichere Handwerker konnten sich, etwa durch einen Leibrentenvertrag, in ein Bürgerspital einkaufen oder durch Einzahlung in einen durch Meister und Gesellen unterhaltenen Zunftladen der Handwerkerkooperationen, ihr Leben nach harter Arbeit sichern (Wagner 2002; Sandgruber & Steckl 1978).

Nach und nach entwickelten sich im Spätmittelalter Gesellenladen. Diese verloren jedoch im späten Mittelalter rasch an Bedeutung. Die Idee dieser Vereine war die Bildung von Rücklagen für Notzeiten. Die Personen hatten freien Zugriff auf deren getätigten Einzahlungen (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016).

Die Genossenschaft des Bergrechts rief als eine der Ersten, sogenannte Knappschaftskassen, auch Bruderladen genannt, ins Leben. Diese waren von längerer Bestandsdauer. Sie hatten eine sehr große Bedeutung für die Bergleute, da ihre Tätigkeiten mit großen Gefahren verbunden waren (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016). Sie wurden im Jahr 1854 durch das Allgemeine Berggesetz eine Pflichteinrichtung. Die Aufgabe dieser war es, für Krankenbehandlungen zu sorgen und Vorsorge für eine potentielle Invalidität zu tragen (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016).

Auch die Selbstständigen gründeten ab Mitte des 18. Jahrhunderts Unterstützungsvereine. Diese waren für die gemeinschaftliche Absicherung für bestimmte Notfälle zuständig. Auslöser war hierfür die wirtschaftliche und politische Situation, die sich aus den Nachwirkungen der Unruhen um 1848 ergaben (Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft 2016).

Mit der Industrialisierung wurden auch vermehrt Fabriks- und Genossenschaftskassen geschaffen (Hofmarcher & Rack 2006).

So wurden im Jahr 1855 erste Unterstützungsvereine gegründet. Diese sicherten den Lebensunterhalt verarmter Meister, Fabrikanten oder deren Witwen (Spitzauer In: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung 1994).

Im Jahr 1867 gab es in Österreich große Reformen, welche durch die sozialen Probleme der Industrialisierung eingeleitet wurden (Talos In: Hofmarcher & Rack 2006).

Durch Lücken im Gesetz war jedoch die Anzahl der neu eingerichteten Kassen sehr gering. Daher wurde im Jahr 1867 ein neues Vereinsgesetz ins Leben gerufen. Dabei erzielten die Arbeitervereine eine rechtliche Grundlage, die es möglich machte an einem Kassenwesen zu arbeiten und soziale Institutionen im Gesundheitswesen zu schaffen (Hofmeister 1989).

Zwei Jahre später kam es zur Gründung der Allgemeinen Arbeiter- und Invalidenkasse. Dies kam den sozial Schwächsten zu Gute, denn damit wurde ihre Lage im Falle einer Krankheit oder Invalidität erträglicher gestaltet (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016).

Mit der Tatsache, dass die Volksgesundheit rapide sank, wurde von der Regierung nach dem Vorbild Bismarcks, der Grundstein für das heutige Sozialversicherungssystem gelegt. Daher wurde 1882 ein anderer, bis dato unbekannter Weg eingeschlagen. Dieser neue Weg führte erstmals in Richtung gesetzliche Pflichtversicherung (Köhler & Zacher In: Hofmarcher & Rack 2006).

Obwohl man anhand der historischen Entwicklung erkennen kann, dass die Wurzeln der österreichischen Sozialversicherung bis ins Mittelalter zurückreichen, ist sie im wesentlichen im 19. Jahrhundert entstanden. Im Jahr 1889 kam es erstmals zu einer gesetzlichen Regelung der Sozialversicherung. Von der gesetzlichen Krankenversicherung wurden, mit Ausnahme der Land- und Forstarbeiter, Dienstboten, sowie Bedienstete von Staat, Land, Bezirken und Gemeinden, alle gewerblichen und industriellen Arbeiter und Angestellten erfasst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016c).

Die unselbstständig Beschäftigten unterlagen somit der Pflichtversicherung und waren bei Bezirkskrankenkassen oder Vereinskassen versichert. Fünf Paragraphen regelten im Stammgesetz die rechtlichen Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die wichtigsten leistungsrechtlichen Bestimmungen waren:

- Krankengeld (60 Prozent des ortsüblichen Tageslohn eines gewöhnlichen Tagarbeiters)
- Begrenzter Krankengeldbezug und begrenzte ärztliche Behandlung (20 Wochen)
- Sterbegeld für Beerdigungskosten, bis zum Zwanzigfachen des ortsüblichen Tageslohnes (Horr In: Soziale Sicherheit 1963).

Die gesetzlichen Regelungen blieben, bis auf kleinere Änderungen bzw. Ergänzungen, in der Zeit bis zum Jahre 1914 weitgehend gleich. Während des Ersten Weltkrieges galt das Kriegsdienstleistungsgesetz, welches die arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen außer Kraft setzte, jedoch einige Verbesserungen (z.B. Krankengelderhöhung oder Verlängerung der Krankengeldunterstützung) auf dem Gebiet der Sozialversicherung erzielte (Hofmarcher & Rack 2006).

In den Jahren von 1920-1929 entstanden in Salzburg und Kärnten erstmals landesweite Meisterkassen. Dabei ist zu erwähnen, dass diese Kassen jeweils nur einige Genossenschaften erfassten. Auch die Handwerker-Genossenschaften errichteten in diesen Jahren neun Länderkassen (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 2016).

Die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten nahm ihren Betrieb auf. Grund hierfür war eines in der Nationalversammlung beschlossenes Gesetz (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016).

Am Ende der 1920er Jahren bekamen auch selbstständige Landwirte durch das sogenannte Landarbeiterversicherungsgesetz die Möglichkeit, sich freiwillig an einer Unfallversicherung zu beteiligen. Vorreiter waren die Landwirtschaftskammern der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland. Die übrigen folgten erst zehn Jahre später (Sozialversicherungsanstalt der Bauern 2016).

Es kam zu einem enormen Anstieg der Versichertenanzahl. Aufgrund der Tatsache, dass die verschiedensten Kassen zu wenig Mitglieder hatten und nicht genügend Ärzte verpflichten konnten, war es wichtig die Anzahl der Kassen zu

komprimieren. Das Krankenkassenkonzentrationsgesetz trug dazu bei, dass sich die Kassen bzw. Krankenversicherungsträger verringerten. Dadurch minimierten sie sich in einer längeren Zeitspanne um 479 Kassen. Somit waren es im Jahr 1935 nur mehr 62 Krankenversicherungsträger (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016; Rudolf 1989).

Durch den Konzentrationsprozess waren auch die sogenannten Meisterkassen betroffen, welche sich im Jahre 1945 auf nur noch elf Meisterkrankenkassen beschränkten (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 2016).

Während des 2. Weltkrieges wurde die Selbstverwaltung abgeschafft. Die Organisation wurde nach deutschem Muster in die staatliche Verwaltung übernommen. Zu dieser Zeit wurde die Reichsversicherungsordnung angewandt (Österreichische Sozialversicherung 2016).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts formierten sich die Privatangestellten als eigene soziale Gruppe und forderten eine obligatorische Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung. Obwohl weder ein Staatszuschuss noch eine Ausfallshaftung des Staates vorgesehen war, erhielt das Gesetz im Jahr 1906 die kaiserliche Sanktion. Die Höhe der Beiträge war in Gehaltsklassen gestaffelt. In den unteren Klassen fiel die Beitragspflicht zu zwei Drittel den DienstgeberInnen und zu einem Drittel den DienstnehmerInnen zur Last. Hingegen gab es in den obersten zwei Klassen eine Hälfteteilung (Hofmarcher & Rack 2006).

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges wurde die Sozialversicherung auf eine neue organisatorische Grundlage gestellt. Nach der Befreiung vom Faschismus und der Wiedereinrichtung der Republik Österreich wurden mit dem Überleitungsgesetz der gesetzlichen Sozialversicherung wichtige Maßnahmen eingeführt. Eine dieser bedeutenden Maßnahmen war die Wiedereinführung der Selbstverwaltung, sowie die Errichtung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger als Dachorganisation. Mit 01.01.1956 löste das noch heute gültige Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), die bis dahin geltenden Gesetze ab (Österreichische Sozialversicherung 2016). Dadurch erhielten auch manche Sozialversicherungsträger ihre heutigen Namen (Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau 2016). In der Zeit von 1956 bis heute wurden zahlreiche Änderungen und Gesetzesnovellen vorgenommen.

Dadurch wurde das ASVG an die fortschreitende gesellschafts- und sozialpolitische Entwicklung angepasst (Österreichische Sozialversicherung 2016).

Ein Jahr später wurden dank der Weitsicht der damals politischen Verantwortlichen alle Landwirtschaft Betreibende in der Krankenversicherung nach dem Bauernkrankenversicherungsgesetz einbezogen. Die Krankenversicherung ist der jüngste Zweig innerhalb der bäuerlichen Sozialversicherung. Dies ist deshalb so, weil es für Landwirtschaft Betreibende seit jeher selbstverständlich war mit den Krankheiten selbst klar zu kommen. Professionelle medizinische Hilfe wurde nur in Notfällen aufgesucht und musste selbst bezahlt werden (Sozialversicherungsanstalt der Bauern 2016).

Im Jahr 1974 wurde durch die Fusion mehrerer Selbstständiger-Krankenkassen mit der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gegründet. In der neu geschaffenen Sozialversicherungsanstalt wurden alle Krankenversicherungen der Gewerbetreibenden und deren Pensionsversicherung zu einem Institut vereinigt. Bis dahin waren die beiden Sparten getrennt. Die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft wurde 1958 gegründet. Hingegen oblag die Krankenversicherung der Gewerbebetreibenden und freiberuflichen selbstständigen Erwerbstätigen neun, meist länderweise organisierten Institutionen (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 2016).

Die Krankenversicherung ist bis heute von zahlreichen Gesetzesnovellen bzw. Reformen geprägt. In den Jahren folgten die verpflichtende bzw. freiwillige Versicherung, sowie die Integrierung von Familienmitgliedern, Pensionisten, Erwerbslosen und Sozialhilfeempfänger in das österreichische Sozialversicherungssystem. Die Anzahl des Versichertenkreises stieg enorm und somit sind heute fast 100 Prozent der österreichischen BürgerInnen sozialversichert.

### **4.3.2 Grundprinzipien**

Die grundlegenden Prinzipien der österreichischen Sozialversicherung sind nicht erst mit Gründung der Sozialstaatlicher Sicherung entstanden, sondern viel tiefer

in der Geschichte und Kultur verankert (Hofmarcher und Rack 2006). Das Sozialsystem baut auf die grundlegenden Prinzipien „Pflichtversicherung“, „Solidarität“ und „Selbstverwaltung“ auf, welche nachstehend genauer erläutert werden.

### ***Pflichtversicherung***

Ein typisches Merkmal für die Sozialversicherung ist die Pflichtversicherung. Dabei werden nahezu alle erwerbstätigen Personen in den Versicherungsschutz einbezogen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013b). Die Versicherung tritt bei Personen, welche über der Geringfügigkeitsgrenze beschäftigt sind, üblicherweise bei Aufnahme der Erwerbstätigkeit, ohne Wartezeit ein. Im Konkreten heißt das, dass die SV kein Versicherungsverhältnis ablehnen darf, welches ihr zugewiesen wurde. Auch im Falle einer vorliegenden Erkrankung oder Behinderung darf diese den Versicherungsschutz nicht verweigern. Bestimmte nahe Angehörige (z.B. Kinder) sind beitragsfrei mitversichert. Manche Versicherte, wie z.B. Selbstständige oder freiwillige Versicherte, müssen die Aufnahme in die Versichertengemeinschaft selbst beantragen. Erwähnenswert ist, dass die Höhe der Beitragsleistung unabhängig vom individuellen Risiko ist. Durch die große Anzahl der Versicherten wird eine breite Risikostreuung gewährleistet (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

### ***Solidarität***

Solidarität kann als Fundament der österreichischen Sozialversicherung angesehen werden. Bei diesem Prinzip erfolgt auf Beitragsseite ein Ausgleich zwischen Besserverdienern und Minderverdienern. Auf der Leistungsseite gibt es wiederum einen Ausgleich zwischen schutzbedürftigen und weniger schutzbedürftigen BürgerInnen. Weiters werden durch den sozialen Ausgleich Familienangehörige in den Schutz der Sozialversicherung kostenlos miteinbezogen. Zwischen PensionistInnen und erwerbstätigen Männern und Frauen erfolgt ebenfalls ein Ausgleich. Auch DienstgeberInnen tragen ihren finanziellen Anteil bei (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

### **Selbstverwaltung**

Die Sozialversicherung (SV) in Österreich funktioniert nach dem Prinzip der Selbstverwaltung. Selbstverwaltet bedeutet, dass Aufgaben aus öffentlicher Hand Personengruppen überlassen werden, die davon betroffen sind. In Österreich unterscheidet man allgemein drei Formen der Selbstverwaltung. Einerseits die berufliche Selbstverwaltung in den gesetzlichen Interessensvertretungen, z.B. Arbeiter-, Wirtschafts-, Landwirtschafts-, Ärzte- und Apothekenkammer. Die territoriale Selbstverwaltung in den Gemeinden und die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung 2013b). Geleitet wird die Sozialversicherung somit von den Sozialverwaltungskörpern (VertreterInnen der Versicherten und der DienstgeberInnen), welche lediglich der Aufsicht durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und das Bundesministerium für Gesundheit unterliegen. Das heißt, dass die SV unabhängig von Weisungen staatlicher Behörden ist (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2016).

#### **4.3.3 Organisation**

Die österreichische Sozialversicherung ist ein gegliedertes System, welches in die Bereiche Kranken-, Unfall-, und Pensionsversicherung dreigeteilt ist. Organisiert ist die Sozialversicherung der österreichischen BürgerInnen in weisungsfreier Selbstverwaltung unter staatlicher Aufsicht (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2016). Geleitet wird diese somit von eigenen Körperschaften, den sogenannten Versicherungsträgern (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016b). In Österreich ist die gesetzliche Sozialversicherung eine Pflichtversicherung. Es kann niemand autonom entscheiden, ob er sozialversichert sein möchte oder nicht. Diese Pflichtversicherung tritt automatisch mit der Ausübung einer selbstständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit ein (Tomandl 2005).

Die nachstehende Grafik gibt einen Überblick über die 22 Versicherungsträger in Österreich.

<b>Hauptverband der Sozialversicherung</b>		
<b>Unfallversicherung</b>	<b>Krankenversicherung</b>	<b>Pensionsversicherung</b>
AUVA	9 Gebietskrankenkassen 6 Betriebskrankenkassen	PVA
	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau		
Sozialversicherungsanstalt der Bauern		
Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter		
		Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats

Abbildung 5: Überblick der Sozialversicherungsträger in Österreich (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung 2012, Eigene Darstellung)

Die Grafik veranschaulicht, dass alle Versicherungsträger im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung zusammengefasst sind. Der Hauptverband ist somit die Dachorganisation der 22 österreichischen Sozialversicherungsträger und repräsentiert das österreichische System der sozialen Sicherheit im Ausland. Weiters fungiert er als Verbindungsstelle für die Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Träger der Unfallversicherung:

- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Träger der Krankenversicherung:

- 9 Gebietskrankenkassen der jeweiligen Bundesländer
- 6 Betriebskrankenkassen
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

- Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Träger der Pensionsversicherung:

- Pensionsversicherungsanstalt
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung 2012).

Die Aufgaben des Hauptverbandes sind die Wahrnehmung der Interessen der Sozialversicherung und die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten, wie z.B. Abschluss von Verträgen mit dem medizinischen Personal. Ebenso gibt der Hauptverband Richtlinien und Satzungen heraus, verwaltet diverse Fonds, übernimmt Dienstleistungen für Sozialversicherungsträger, verwaltet die Versicherungsdaten, erstellt verbindliche Richtlinien und rechtspolitische Vorschläge, erstellt Gutachten bzw. Stellungnahmen und veröffentlicht die Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung 2016b).

#### **4.4 Die soziale Krankenversicherung**

Die gesetzliche Krankenversicherung stellt die Bezahlung der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall sicher. Neben dieser gesetzlichen Versicherung gibt es auch eine private Zusatzversicherung, auf die jedoch erst im Kapitel 4.5 näher eingegangen wird. Dabei ist zu erwähnen, dass durch das Solidaritätsprinzip die Höhe der bezahlten Beiträge keinen Einfluss auf die medizinische Versorgung nimmt. Die Krankenversicherung deckt die sogenannten Versicherungsfälle der Krankheit, Arbeitsunfähigkeit in Folge von Krankheit sowie der Mutterschaft ab (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2016). Sie schützt nicht nur die Versicherten selbst, sondern auch in gewissen Fällen deren Angehörige. Dabei fallen jedoch in den meisten Fällen für die Versicherten keine zusätzlichen Beiträge, höchstensfalls begünstigte Beiträge an. Die Mitversicherung setzt jedoch voraus, dass die Angehörigen selbst nicht krankenversichert sind. Die Ausnahme

sind erwachsene mitversicherte Angehörige (EhegattenInnen, LebensgefährtInnen, haushaltsführende Angehörige), die keine Kinder haben oder auch keine Betreuungspflichten ausüben. Bei diesen Personen ist die Mitversicherung beitragspflichtig und somit ein Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung fällig (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016).

Trotz des umfangreichen Schutzes gibt es Personen, die dennoch nicht von der sozialen Krankenversicherung erfasst sind. Ein Beispiel wären hierfür nicht dokumentierte MigrantInnen, aber auch Personen die beispielsweise aufgrund einer Fehlinformation bzw. eines Informationsdefizites ihre Ansprüche verlieren (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Weiters gibt es Krankenfürsorgeanstalten, die aufgrund eines Dienstverhältnisses zu bestimmten öffentlich-rechtlichen Dienstgebern Krankenschutz gewähren. Hierbei ist zu erwähnen, dass Krankenfürsorgeanstalten nicht dem österreichischen Hauptverband angehören und somit auch nicht der Bundesaufsicht unterliegen (Hofmarcher & Rack 2006).

Im Jahr 2015 waren rund 8,71 Millionen Menschen in Österreich geschützt. Die nachstehende Grafik gibt einen Überblick über die versicherten Personen.

Grundsätzlich unterliegen die meisten Versicherten der Vollversicherung. Dabei werden automatisch alle Personengruppen Mitglied der Kranken-, Unfall als auch Pensionsversicherung. Anzumerken ist, dass es hierbei zahlreiche Ausnahmen gibt, die zu einer Teilversicherung führen. Ein Beispiel hierfür wäre die geringfügige Beschäftigung. Personen die geringfügig beschäftigt sind, und somit nicht voll- bzw. teilzeitbeschäftigt sind, haben nur eine Unfallversicherung. Dies gilt auch für Angehörige eines Land- bzw. Forstwirtschaftsbetriebes, wenn Angehörige nur fallweise im Betrieb mitarbeiten (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016f).

Tabelle 1: Geschützte Personen in Österreich (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016f, Eigene Darstellung)

<b>Beitragsleistende Personen</b>	6,553.415
<b>Beitragsfrei mitversicherte Angehörige</b>	1,953.510
<b>Geschützte Personen durch Krankenfürsorgeanstalten</b>	200.000

Anhand der Tabelle kann man erkennen, dass die Anzahl der geschützten Personen, verglichen mit der Anzahl der österreichischen Wohnbevölkerung (unter Punkt 4.1 ersichtlich) geringfügig höher ist. Die Überzahl resultiert daraus, dass auch Personen, die in Österreich beschäftigt sind, jedoch einen Auslandswohnsitz haben, ebenfalls eine Krankenversicherung in Österreich erworben haben. Subtrahiert man die Anzahl der geschützten Personen mit Auslandswohnsitz vom Rest der geschützten Personen, so ergibt sich im Jahr 2015 für die österreichische Wohnbevölkerung eine Anzahl von 8,61 Millionen geschützten Personen. Dies entspricht 99,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016).

#### 4.4.1 Aufgaben

Gemäß §116 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz idF. 32/2017 ist genau festgelegt, welche Aufgaben die soziale Krankenversicherung hat. Sie trifft Vorsorge für:

- die evidenzbasierte Früherkennung von Krankheiten und Erhaltung der Volksgesundheit
- die Versicherungsfälle der Krankheit, Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft
- Zahnbehandlungen und Zahnersatz, sowie Hilfe bei körperlichen Gebrechen
- medizinische Maßnahmen der Rehabilitation
- Gesundheitsförderung und Prävention (ASVG 2017, Müller 2000).

Über dies hinaus können die finanziellen Mittel der sozialen Krankenversicherung auch für folgende Zwecke verwendet werden:

- Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Krankheitsverhütung
- Forschungsarbeiten zu Krankheits- bzw. Unfallursachen, wenn dies der Erfüllung der in Abs. 1 und 2 ASVG genannten Aufgaben dient
- Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Verhütung von Unfällen

(ausgenommen Arbeitsunfälle), der Sicherstellung der Leistung ärztlicher Hilfe oder der Betreuung von Krankheiten dienen

- Förderung der Niederlassung von Vertragsärzten in medizinisch schlecht versorgten Gebieten und zur Aufrechterhaltung der Praxen, die in solchen Gebieten verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in Abs. 1 und 2 ASVG idF. 32/2017 genannten Aufgaben dient (ASVG 2017, Müller 2000).

Zu erwähnen ist ebenfalls, dass im Falle des Todes einer anspruchsberechtigten Person, bzw. eines Angehörigen, durch die Satzung nach Maßgabe der finanziellen Möglichkeiten des Versicherungsträgers und unter Berücksichtigung auf die wirtschaftlichen Verhältnisse desjenigen, der die Kosten der Bestattung tragen muss, ein Zuschuss (max. 436,04€) zu den Bestattungskosten gewährt werden kann.

#### 4.4.2 Rechtsquellen und Versichertenkreis

In Österreich gibt es keine einheitliche Regelung über den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die nachstehende Auflistung gibt einen Überblick über die Rechtsquellen und deren Versichertenkreis.

##### **Nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG):**

- DienstnehmerInnen
- Personen mit freien Dienstverträgen
- Lehrlinge
- HeimarbeiterInnen
- Zu Ausbildungszwecken nach abgeschlossener Hochschulausbildung beschäftigte Personen (z.B. RechtspraktikantInnen),
- gewisse Gruppen von den DienstnehmerInnen gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen (z.B. freie Dienstverträge auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zur Erbringung von Dienstleistungen)
- PensionistInnen nach dem ASVG
- Arbeitslose Personen

- Kriegshinterbliebene
- AsylwerberInnen
- BezieherInnen einer Leistung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2016e)

#### **Nach dem Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG):**

- Pragmatisierte BeamtInnen des Bundes, Landes oder der Gemeinden (sofern nicht eine Krankenfürsorgeanstalt zuständig ist)
- Vertragsbedienstete
- GemeindevertreterInnen (Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2016e).

#### **Nach dem Gewerblichen- Sozialversicherungsgesetz (GSVG):**

- Selbstständig Erwerbstätige in der gewerblichen Wirtschaft
- Neue Selbstständige
- PensionistInnen nach dem GSVG (Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2016e).

#### **Nach dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz (BSVG):**

- Selbstständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft und deren im Betrieb mittätigen Familienangehörige, sofern sie im land- und forstwirtschaftlichen Betrieb des anderen beschäftigt sind oder ihn auf gemeinsame Rechnung führen
- PensionistInnen nach dem BSVG

Zu erwähnen ist, dass auch die BezieherInnen von Rehabilitationsgeld, Ruhe- und Versorgungsgenüssen im Anschluss an ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis (pensionierte BeamtInnen und deren Hinterbliebene) in der Krankenversicherung ebenfalls pflichtversichert sind (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016e).

### 4.4.3 Leistungen

Der gesetzliche Anspruch auf medizinische Leistungen umfasst für alle anspruchsberechtigten Personen alle Leistungen, die im konkreten Fall medizinisch erforderlich bzw. notwendig sind. Anzumerken ist, dass je nach Versicherungsträger Selbstbehalte in unterschiedlichem Ausmaß anfallen können (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016).

Nach Maßgabe des ASVG §117 idF. 32/2017 werden folgende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt:

- Jugendlichen-Untersuchungen und Gesundenuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Krankenbehandlung, erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Krankheit
- Krankengeld aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit
- Aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft:
  - ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand sowie Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und SäuglingpflegerInnen
  - Heilmittel und Heilbehelfe
  - Pflege in einer Krankenanstalt
  - Wochengeld (ASVG 2017).

Das Sozialrecht regelt den Zugang zu den einzelnen Leistungen. Dabei ist zu erwähnen, dass die Leistungen grundsätzlich dem ASVG entsprechen. In Einzelfällen kann es jedoch sein, dass es zu kleinen Abweichungen kommen kann, z.B. beim Krankengeld.

Die Versicherten können ihre ÄrztInnen im Falle einer Erkrankung frei wählen. Noch dazu können die zuständigen HausärztInnen selbst ausgewählt werden. Hierbei muss angemerkt werden, dass Österreich keinen Gatekeeper hat. Somit müssen keine HausärztInnen vor Inanspruchnahme einer vertragsfachärztlichen Leistung im ambulanten oder stationären Sektor konsultiert werden. Die im §117 ASVG idF. 32/2017 erwähnten Leistungen können an bestimmte Voraussetzungen (Alter oder Erkrankung der Betroffenen) geknüpft sein oder mit Zuzahlungen (Rezeptgebühr für Medikamente, Selbstbehalte mancher Sozialversicherungsträger) von Seiten der PatientInnen einhergehen. Indirekte Selbstbeteiligungen, wie z.B. rezeptfreie Medikamente, Taggelder für stationäre

Aufenthalte oder für bestimmte zahnmedizinische Interventionen. Versicherte können auch ÄrztInnen aufsuchen, die keinen Kassenvertrag mit einem Sozialversicherungsträger besitzen. Die anfallenden Kosten müssen jedoch selbst von den PatientInnen getragen werden, können jedoch bis zu einem bestimmten Ausmaß rückerstattet werden (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

### **Krankengeld im Krankheitsfall**

In Österreich gibt es zwei wichtige Ersatzleistungen im Krankheitsfall. Die arbeitsrechtlich geregelte Entgeltfortzahlung durch die ArbeitgeberInnen und das Krankengeld aus der Krankenversicherung (Sozialministerium 2016).

Das Krankengeld sichert in Österreich ASVG-pflichtversicherte ArbeiterInnen bzw. Angestellte im Falle einer lang andauernden Krankheit ab und ist im ASVG normiert.

Der Anspruch des Krankengeldes ist gegeben, wenn die Entgeltfortzahlung durch die ArbeitgeberInnen ausgeschöpft ist. Grundsätzlich kann es bis zu einer Dauer von einem halben Jahr bis zu einem Jahr bezogen werden. Die Anspruchsdauer erhöht sich dann, wenn die Versicherten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles sechs Monate versichert waren. Dabei kann es wie bereits oben erwähnt durch die Satzung des zuständigen Krankenversicherungsträger, bis zu 78 Wochen erhöht werden (Bundeskanzleramt 2016b).

Die Höhe des Krankengeldes wird nach § 141 ASVG idF. 32/2017 vom letzten Arbeitsverdienst berechnet und beträgt 50 Prozent dieser Bemessungsgrundlage. Ab Tag 43 erhöht sich der Anspruch auf das Krankengeld auf 60 Prozent der Bemessungsgrundlage für den Kalendertag. Demnach hängt die Höhe des Krankengeldes von der Dauer des Krankenstandes und der Bemessungsgrundlage ab (ASVG 2017).

#### **4.4.4 Finanzierung**

Die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung erfolgt in erster Linie durch die Beiträge, welche von den Versicherten und deren DienstgeberInnen zu zahlen sind. Die Krankenversicherungsträger bekommen zusätzlich vom Ausgleichsfond

des Hauptverbandes finanzielle Mittel und für bestimmte Leistungen einen Teil des Aufwandes vom Bund rückerstattet. Darüber hinaus tragen direkte und indirekte Kostenbeteiligungen sowie die private Krankenversicherung zur Finanzierung bei. Wie es schon der Name verrät, sind direkte Kostenbeteiligungen direkte Einnahmen der Krankenversicherung wie z.B. die prozentuale Beteiligung für BeamtInnen, Gewerbetreibenden oder Angestellte der österreichischen Bundesbahnen oder die klassische Rezeptgebühr. Im Gegenteil sind Ausgaben für Leistungen oder Produkte, die noch nicht in den Leistungskatalog aufgenommen sind, indirekte Kostenbeteiligungen. Darunter fallen z.B. nicht erstattungspflichtige Medikamente oder das Taggeld für den stationären Krankenhausaufenthalt (Hofmarcher und Rack 2006).

Leider treten immer häufiger Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Krankenversicherung auf, wobei besonders die Gebietskrankenkassen betroffen sind (Neudeck 2002).

Wenn die Kosten in diesem Maße weiter steigen wie bisher, werden wir uns die Gesundheit als wichtigstes Gut des Menschen bald nicht mehr leisten können (Breyer, Zweifel, Kifmann 2005).

Grundsätzlich gibt es in unserem Gesundheitssystem eine Finanzierungsaufspaltung. Im Krankensektor erfolgt die finanzielle Abgeltung in beträchtlichem Ausmaß durch Länder, Gemeinden bzw. durch Träger der Einrichtungen, jedoch nur durch einen gedeckelten Beitrag der Sozialversicherung. Der niedergelassene Sektor wird allein durch die Sozialversicherungsträger entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen finanziert (Pöttler 2014).

Im diesem Sektor wird die Bevölkerung von frei praktizierenden, niedergelassenen ÄrztInnen behandelt. Rund die Hälfte dieser ÄrztInnen verfügt über einen Kassenvertrag, welcher den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eine „kostenlose“ Behandlung ermöglicht. Auch Ambulatorien und Spitalsambulanzen und andere Gesundheitsberufe, wie z.B. PhysiotherapeutInnen erbringen Leistungen im niedergelassenen Sektor (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

#### 4.4.4.1 Einnahmen

Von insgesamt 17.119 mio. Euro Einnahmen im Jahr 2015, stammen 14.160 mio. Euro von den Beiträgen der Versicherten. Die zweitgrößte Einnahmequelle stellen Leistungsersätze mit 1.668 mio. Euro dar, jedoch mit einem beträchtlichen Abstand zur dominierenden Einnahmequelle. Rezeptgebühren sind an dritter Stelle mit 409 mio. Euro und somit 2,4 Prozent der Einnahmen. Vermögenserträge mit 32 mio. Euro, Mittel aus dem Ausgleichsfonds mit 288 mio. Euro und sonstige Einnahmen wie z.B. Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen der Versicherten mit 562 mio. Euro, spielen zusammengefasst mit 5,2% der Einnahmen eine untergeordnete Rolle (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016e).

### Einnahmen

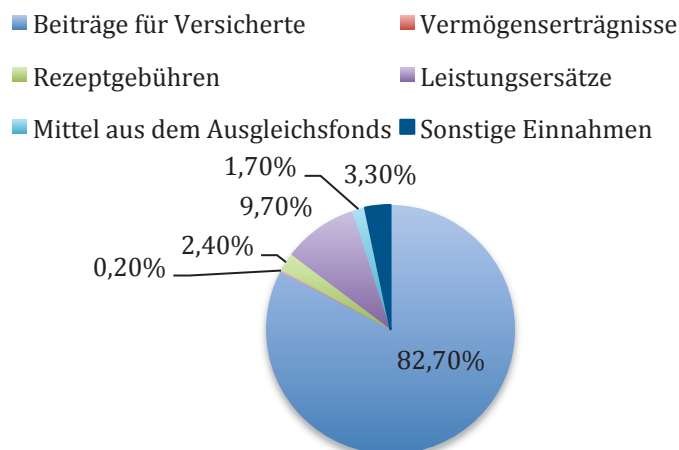


Abbildung 6: Einnahmen der sozialen Krankenversicherung nach Einnahmequelle (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016e, Eigene Darstellung)

#### Beiträge

Die Beiträge der Versicherten und deren DienstgeberInnen stellen die Haupteinnahmequelle bei der sozialen Krankenversicherung dar. Krankenversicherungsträger ziehen einkommensbezogene Beiträge ein, welche für die Abwicklung der Versorgung einschließlich Bezahlung von LeistungserbringerInnen im ambulanten Sektor verantwortlich sind (Hofmarcher & Rack 2006). Der Träger der Krankenversicherung kann nicht autonom gewählt werden, sondern wird je nach Berufstätigkeit bzw. Ort der ausgeübten Tätigkeit zugeteilt (Österreichische Sozialversicherung 2016).

Auf Basis der Beitragsgrundlage und der Beitragssätze erfolgt die Vorschreibung der individuellen Sozialversicherungsbeiträge. Die Beitragssätze sind gesetzlich festgelegt und können daher nicht frei von den Krankenkassen gestaltet werden (Hofmarcher und Rack 2006). Auf Grundlage des Prinzips der Selbstverwaltung werden die Beiträge von jeder Krankenkasse selbst eingehoben bzw. verwaltet. Die nachstehende Grafik gibt einen Überblick der festgesetzten Beitragsprozentsätze.

Tabelle 2: Beitragssätze und Höchstbemessungsgrundlage (Österreichische Sozialversicherung 2016b, Eigene Darstellung)

	Beitragssatz			Höchstbemessungsgrundlage	
	DGA+DNA in %	DGA in %	DNA in %	Pro Monat in €* Sonderzahlungen jährlich in €**	
<b>Arbeiter</b>	7,65	3,78	3,87	4.860,00	9.720,00
<b>Angestellte</b>	7,65	3,78	3,87	4.860,00	9.720,00
<b>öffentlicher Dienst</b>	7,305	3,205	4,10	4.860,00	9.720,00
<b>Selbstständige</b>	7,65	7,65		5.670,00	9.720,00
<b>Landwirtschaft Betreibende</b>	7,65	7,65		5.670,00	9.720,00

\*14 Mal jährlich

\*\*12 Mal jährlich

#### 4.4.4.2 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung in Österreich setzten sich aus Einzelleistungen zusammen, die zum gesetzlich geregelten Leistungsspektrum laut ASVG gehören. Hinzu kommen die Verwaltungskosten. Die Gesamtausgaben der Krankenversicherung betragen im Jahr 2015 17.088 Mio Euro. Diese werden von den Leistungsaufwendungen Anstaltspflege (28,53%), Ärztliche Hilfe (23,92%) und Heilmittel (19,63%) dominiert (siehe nachstehende Grafik). Beim genaueren betrachten der Heilmittelausgaben der letzten Jahre, kann man deutlich erkennen, dass diese stetig gestiegen sind. Im Mittelfeld, jedoch mit großem Abstand zu den dominierenden Leistungsaufwendungen liegen die Zahnbehandlungen inkl. Zahnersatz (5,61%) und das Krankengeld (4,01%). Die restlichen

Leistungsaufwendungen liegen alle unter vier Prozent und stellen jeweils nur einen minimalen prozentualen Anteil an der Gesamtsumme der Ausgaben dar (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung 2016f).

## Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

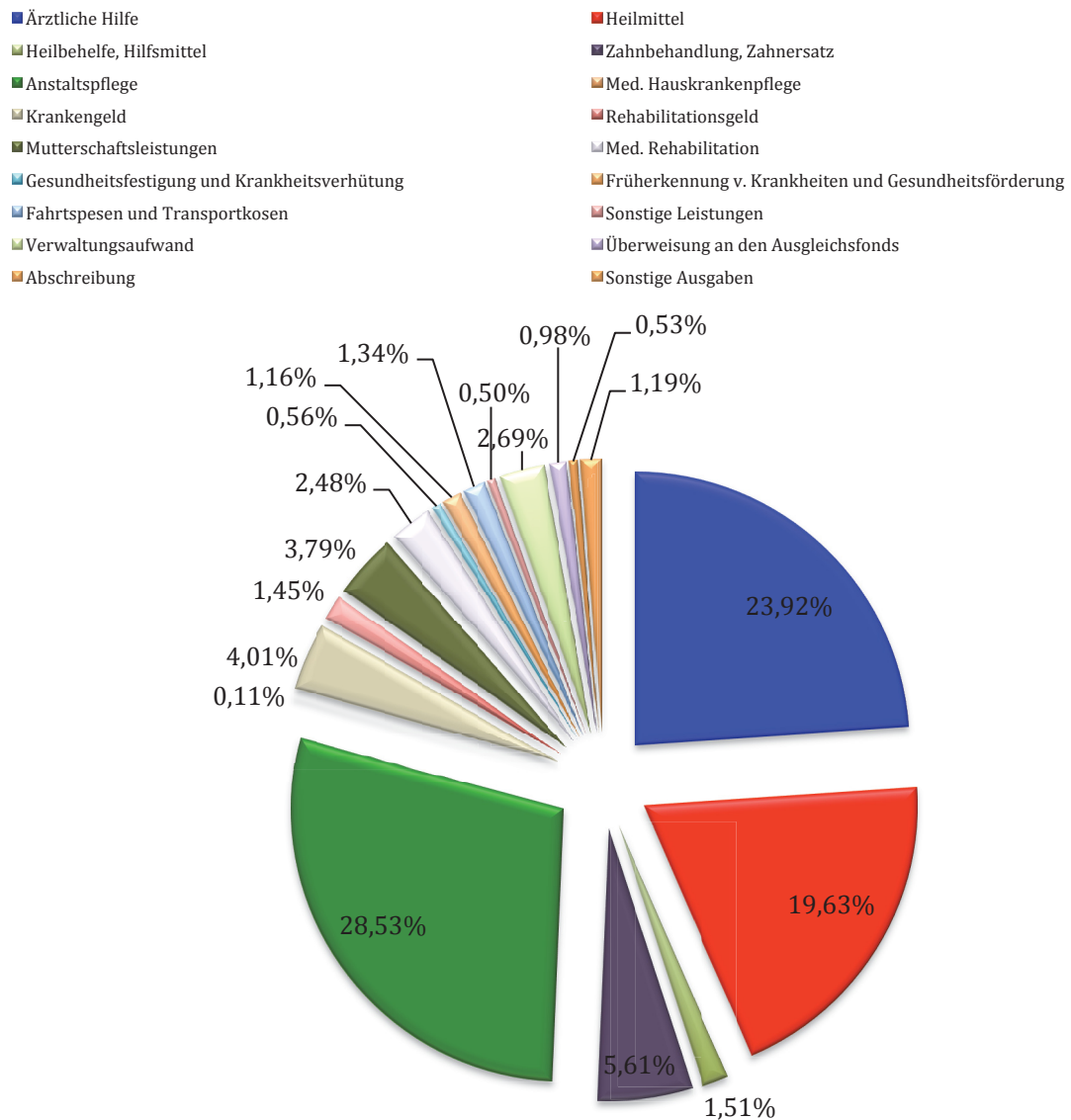


Abbildung 7: Ausgaben der sozialen Krankenversicherung nach Leistungsaufwendung (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung 2016f, Eigene Darstellung)

#### 4.4.5 Selbstbehalte und Kostenbeiträge

Das Gesundheitswesen ist weltweit mit steigenden Ausgaben konfrontiert. Aufgrund dessen wurden in den 80er und 90er Jahren weltweit Kostenbeteiligungen, sogenannte Selbstbehalte, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eingeführt. In Österreich ist der Anteil der Selbstbehalte im Vergleich zu den anderen OECD-Staaten relativ gering geblieben. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich gibt es Kostenbeteiligungen in Form von Selbsthalten und Kostenbeiträgen. Bei manchen Krankenversicherungsträgern fallen zusätzlich Kostenbeiträge bei der ärztlichen Hilfe an. Für sozial schwache Versicherte sind Begrenzungen wie z.B. die Rezeptgebührenbefreiung oder die Rezeptgebührenobergrenze vorgesehen (Wurzer 2004).

#### **Heilmittel**

Versicherte müssen für jedes Heilmittel, welches sie in einer Apotheke beziehen, eine Rezeptgebühr von 5,70 Euro (im Jahr 2016) pro Packungseinheit entrichten. Diese Gebühr stellt eine Form der Kostenbeteiligung der Versicherten dar und wird direkt von der Apotheke eingehoben. Heilmittel die unter der Rezeptgebühr liegen müssen von den Versicherten selbst bezahlt werden. Seit der Einführung der Rezeptgebührenobergrenze im Jahr 2008 wird für jeden Versicherten ein Konto, in welchem alle bezahlten Rezeptgebühren des Versicherten und dessen mitversicherten Angehörigen berücksichtigt werden, geführt. Wenn innerhalb eines Kalenderjahres zwei Prozent des individuellen Jahresnettoeinkommens für Rezeptgebühren aufgewendet werden, sind die jeweiligen Versicherten für das restliche Jahr von dieser Gebühr befreit (Bundeskanzleramt 2016). Unter §136 ASVG ist geregelt, wer von einer Rezeptgebühr befreit ist. Dementsprechend darf bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten, bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband erlassenen Richtlinie von der Einhebung der Rezeptgebühr abgesehen werden.

Die nachstehenden Tabelle zeigt die Entwicklung der Rezeptgebühr von 2003 bis 2016. Dabei kann man erkennen, dass sie sich jedes Jahr erhöht hat (Österreichische Apothekenkammer 2017).

Tabelle 3: Entwicklung der Rezeptgebühr (Anlehnung an die Österreichische Apothekerkammer 2017, Eigene Darstellung)

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Euro	4,25	4,35	4,45	4,60	4,70	4,80	4,904	5,00	5,10	5,15	5,30	5,40	5,55	5,70

### **Heilbehelfe und Hilfsmittel**

Sowohl bei den Heilbehelfen, als auch bei den Hilfsmitteln ist ein Selbstbehalt vorgesehen. Die Kosten werden nur dann von der jeweiligen Krankenkasse übernommen, wenn sie höher als 32,40 Euro (2016) sind. Zehn Prozent des Betrages, jedoch mindestens 32,40 Euro sind von den Versicherten als Kostenanteil selbst zu tragen. Der Selbstbehalt wird im Normalfall direkt beim Vertragspartner eingehoben. Das Ausmaß der Kostenbeteiligung von der Krankenkasse zu übernehmenden Kosten darf die satzungsmäßige Höchstgrenze nicht überschreiten. Diese ist abhängig von der Festlegung der Grenze der jeweiligen Krankenversicherungsträger welche zwischen 486 Euro und 1.296 Euro liegt (Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2016b).

Auch hier gibt es für manche Personengruppen eine Befreiung des Kostenanteils. Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wie auch Personen, für die ein Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe besteht, sind von einer Kostenbeteiligung befreit. Weiters sind sozial schwache Personen, die wegen einer sozialen Schutzbedürftigkeit von einer Rezeptgebühr befreit sind, auch von einer Kostenbeteiligung bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln befreit. Für Heilbehelfe, die leihweise zur Verfügung gestellt werden, oder die Maßnahme einer medizinischen oder der beruflichen oder sozialen Rehabilitation sind, fallen keine Selbstbehalte an (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016).

### **Anstaltspflege**

In österreichischen Krankenhäusern wird ein Kostenbeitrag für die Verpflegung eingehoben. Versicherte zahlen den sogenannten Verpflegungskostenbeitrag für maximal 28 Tage im Jahr an die jeweilige Krankenanstalt, dieser jedoch in den Bundesländern unterschiedlich hoch ist. Der Grund für den unterschiedlichen Kostenbeitrag resultiert daraus, dass dieser vom Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalt festgesetzt wird. In den Landeskrankenanstalten der Steiermark ist

derzeit ein Verpflegungskostenbeitrag von 9,48 Euro pro Pflage-tag in der allgemeinen Gebührenklasse zu leisten. Dieser Beitrag ist nicht zu bezahlen wenn:

- die versicherte Person wegen sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit ist,
- bei Aufhalten der Organspende,
- bei stationärer Aufnahme zur Entbindung oder bei Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft bzw. im Krankheitsfall in Verbindung mit der Mutterschaft,
- oder bei anzeigepflichtigen Krankheiten (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016b).

### **Ärztliche Hilfe**

Bei dem GSVG, BSVG und B-KUVG fallen bei der ärztlichen Hilfe zusätzlich Kostenbeiträge an. Die sogenannten Behandlungsbeiträge sind prozentuelle Kostenbeteiligung des Versicherten am Aufwand der jeweiligen Versicherungsträger für bestimmte Leistungen. Bestimmte Personengruppen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, sind von Behandlungsbeiträgen befreit. Diese Voraussetzungen variieren unter den Versicherungsträgern. Demnach sollten die Voraussetzungen für eine Befreiung beim jeweiligen Versicherungsträger nachgeschlagen werden.

Bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft werden die Kosten direkt zwischen der SVA und dem Vertragsarzt verrechnet. Den Versicherten wird im Nachhinein ein Kostenanteil von 20 Prozent vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 2016b).

Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern hebt einen Behandlungsbeitrag von 9,38 Euro pro Quartal ein. Dieser erhöht sich grundsätzlich nicht, wenn mehrere Ärzte in Anspruch genommen werden. Der Behandlungsbeitrag fällt nur dann an, wenn die Leistung tatsächlich in Anspruch genommen wird (Sozialversicherungsanstalt der Bauern 2016).

Öffentlich Bedienstete müssen ebenfalls eine Gebühr bzw. einen sogenannte Behandlungsbeitrag entrichten. Mit 01.04.2016 wurde der Beitrag von 20 Prozent

auf 10 Prozent, mit Ausnahme bei abnehmbaren kieferorthopädischen Behandlungen, halbiert. Der Beitrag wird im Normalfall im Nachhinein vorgeschrieben und gibt zugleich eine detaillierte Auskunft zu den in Anspruch genommenen Leistungen (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016b).

#### 4.4.6 Krankenkassen

Wie bereits vorher erwähnt gibt es neuen Gebietskrankenkassen, welche neben den Betriebskrankenkassen, Bestandteil des gesetzlichen Krankenversicherungswesen sind (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Der Versicherungsträger kann in Österreich nicht selbst gewählt werden. Die Zugehörigkeit hängt grundsätzlich von zwei Komponenten ab. Einerseits von dem Ort der ausgeübten Berufstätigkeit, andererseits von der beruflichen Tätigkeit an sich (Theurl 1999).

Demnach fällt der größte Teil der anspruchsberechtigten Personen, welche unselbstständig Erwerbstätig sind, in die jeweilige Gebietskrankenkasse. Anzumerken ist in diesem Fall, dass dies nicht zwingend die Gebietskrankenkasse, sondern auch eine der derzeit bestehenden Betriebskrankenkassen oder aber die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, oder die Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete sein kann. PensionistInnen, die dem ASVG unterliegen, sind in der Regel ebenfalls bei der Gebietskrankenkasse ihres Wohnsitzes versichert (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

76 Prozent unterliegen dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), 8,6 Prozent sind in der Beamten-, Kranken- und Unfallversicherung, 8,5 Prozent in der gewerblichen Sozialversicherung und 3,9 Prozent in der Sozialversicherung der Bauern versichert. Weiters unterliegen 2,4 Prozent der VA für Eisenbahnen und Bergbau, sowie 0,6 Prozent einer Betriebskrankenkasse. Unter den Sozialversicherungsträgern besteht kein Wettbewerb, da durch das Gesetz definierte Prinzip der Pflichtversicherung die Versicherung ex lege eintritt (Hofmarcher & Rack 2006).

Tabelle 4: Krankenversicherungsträger inkl. Anteil der Anspruchsberechtigten und Beitragsleistenden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016d, Eigene Darstellung)

Krankenkassen	Anteil an allen Krankenversicherten (in %)		
	Anzahl	Anspruchsberechtigte	Beitragsleistende
Gebietskrankenkasse	9	76	77,1
Betriebskrankenkasse	6	0,6	0,6
VA öffentlich Bediensteter	1	8,6	8,1
VA Eisenbahnen und Bergbau	1	2,4	2,4
SVA der gewerblichen Wirtschaft	1	8,5	7,9
SVA der Bauern	1	3,9	3,9
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### **Gebietskrankenkassen**

- Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK)
- Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK)
- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK)
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK)
- Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK)
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK)
- Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK)
- Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK)
- Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)

### **Betriebskrankenkassen**

- Betriebskrankenkasse Austria Tabak (BKK-AT)
- Betriebskrankenkasse Mondi (BKK Mondi)
- Betriebskrankenkasse Kapfenberg (BKK-KA)
- Betriebskrankenkasse Voestalpine Bahnsysteme (BKK-VA)
- Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe (BKK-WVB)
- Betriebskrankenkasse Zeltweg (BKK-ZW)

### **Sonstige Krankenkassen**

- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)

## 4.5 Private Zusatzversicherung

In Österreich hat jeder die Möglichkeit eine private Zusatzversicherung abzuschließen. Dabei bieten die zahlreichen Versicherungsunternehmen verschiedenste Alternativen an. In Österreich hat die private Krankenzusatzversicherung durch den umfassenden Schutz der sozialen Krankenversicherung einen geringen Stellenwert, so lag im Jahr 2011 der privat versicherte Anteil der Bevölkerung bei fast 35 Prozent (Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs 2013).

Die Hauptfunktion der privaten Krankenversicherung ist mehr Komfort zu erwerben (Hofmarcher 2013b). Eines dieser Möglichkeiten wäre die sogenannte Sonderklasse-Versicherung, welche im Falle eines Krankenhausaufenthaltes freie Spitals- und ÄrztInnenwahl sowie einen höheren Komfort garantiert. Zusatzversicherte haben dabei den Anspruch auf die sogenannte Hotelkomponente (Ein- oder Zweibett-Zimmer mit zusätzlichem Service). Darüber hinaus bietet eine private Krankenversicherung in der Regel PatientInnen kürzere Wartezeiten für Operationen und allgemeine Behandlungen, obwohl dies nicht ein Dienst ist, zu dem die Versicherungsnehmer einen gesetzlichen Anspruch haben. Dazu bieten manche Versicherungsunternehmen Polizzen an, die Zusatzkosten bei Zahnarztbesuchen oder Kosten für Kuren oder alternative Heilmethoden übernehmen (Pöttler 2014).

Zu erwähnen ist, dass privat versicherte Personen einen wesentlichen Beitrag zum ärztlichen Einkommen leisten (Hofmarcher 2013b).

# 5 Deutschland

## 5.1 Demografie

Deutschland ist ebenso ein mitteleuropäischer Bundesstaat mit rund 82,2 mio. EinwohnerInnen. Die Fläche des Landes beträgt 357.170 km<sup>2</sup>. Berlin ist die Bundeshauptstadt Deutschlands, welche mit über 3,52 Millionen auch die EinwohnerInnen reichste Stadt ist (Statistisches Bundesamt 2016).

## 5.2 Ressourcen im Gesundheitswesen

Deutschland weist im Jahr 2012 eine ÄrztlInnendichte von 3,9 pro 1.000 EinwohnerInnen auf. Die deutschen BürgerInnen suchten im Jahr 2014 9,9-mal eine ÄrztIn auf. Vergleicht man die Daten der letzten zehn Jahre, kann man erkennen, dass die Anzahl der ÄrztInnenbesuche konstant gestiegen ist (Statistisches Bundesamt 2016b).

Die Lebenserwartung der deutschen BürgerInnen ist in den letzten Jahren ebenso konstant gestiegen. So lag die Lebenserwartung der Frauen im Jahr 2008 bei 82,2 Jahren und bei den Männern bei 77,1 Jahren. Laut der Sterbetafel 2013/2015 dürfen neugeborene Mädchen mit einer Lebenserwartung von rund 83 Jahren und neugeborene Buben mit rund 78 Jahren rechnen (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2016). In Deutschland konnte die Säuglingssterblichkeit ebenfalls reduziert werden. So lag die Rate im Jahr 2011 noch bei 3,63 von 1.000 Lebendgeborenen, und im Jahr 2015 bei 3,26 von 1.000 Lebendgeborenen. Die Fertilitätsrate lag im Jahr 2015 bei 1,5, mit einem durchschnittlichen Fertilitätsalter bei Erstgebärenden von 29,6 Jahren (Statistisches Bundesamt 2016c).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug in Deutschland im Jahr 2015 7,3 Tage (Statistisches Bundesamt 2016d).

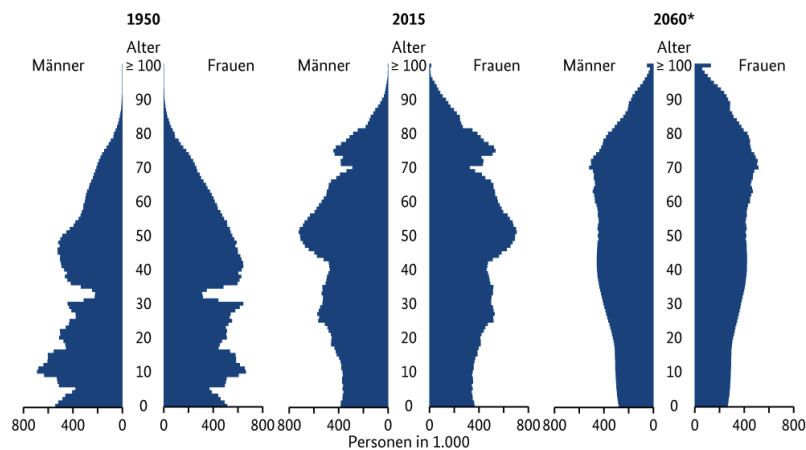


Abbildung 8: Die Bevölkerungspyramide Deutschlands (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2016)

## 5.3 Die Sozialversicherung

### 5.3.1 Meilensteine der Historischen Entwicklung

Um das System der sozialen Sicherung in Deutschland besser zu erläutern, müssen vorweg Grundlagen zur Entstehung bzw. Entwicklung der Sozialversicherung im Allgemeinen, und die der Krankenversicherung im Besonderen vorgestellt werden.

In Deutschland reicht die Absicherung im Krankheitsfall bis ins Altertum zurück und hat somit eine lange Tradition (Bundesministerium für Gesundheit 2016d). Dabei übernahmen bereits damals Angehörige oder Nachbarn die Fürsorge für kranke Menschen. Im Laufe der Zeit setzten sich vor allem im Mittelalter, Ordensgemeinschaften, später auch die Städte für die Absicherung bzw. den Schutz im Krankheitsfall ein. Einige Zeit später übernahmen vermehrt genossenschaftliche Selbsthilfeeinrichtungen wie z.B. Handwerkszusammenschlüsse, Gesellenbruderschaften oder Einrichtungen des Bergbaus, die Fürsorge im Krankheitsfall (Nagel 2013). Bereits damals wurden die Hilfskassen der ArbeiterInnen, sowie die Zünfte und Gilden des mittelalterlichen Handwerks der ArbeiterInnen von ihren Mitgliedern genossenschaftlich selbst verwaltet (Simon 2016).

Am Ende des 18. Jahrhunderts wurden erste gesetzliche Regelungen hinsichtlich einer Krankenversicherung getroffen. 1883 wurde durch das Krankenversicherungsgesetz die wirtschaftliche Absicherung der

ArbeitnehmerInnen im Krankheitsfall abgesichert. Unter dem damaligen Reichskanzler Otto von Bismarck wurde das Gesetz erlassen. Im Gesetz wurde ein Rechtsanspruch des Versicherten auf Sachleistungen wie freie ärztliche Behandlung, Arzneimittel sowie Kranken und Sterbegeld festgelegt. Weiters wurde das Recht eingeräumt, dass zwei Drittel des Beitrages von ArbeitgeberInnen und ein Drittel von ArbeitnehmerInnen getragen werden muss. Da es über die Geburtsstunde der Krankenversicherung oft Meinungsverschiedenheiten gibt, möchte ich kurz erwähnen, dass die eigentliche Geburtsstunde schon am 17.11.1881 zu sehen ist. Da überbrachte der Kaiser die Botschaft der Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung. In Kraft getreten ist das Gesetz jedoch erst im Jahr 1883 (Deutsche Sozialversicherung 2016).

Gleich darauf wurden auch die Rentenversicherung, sowie die Unfallversicherung eingeführt. Dieser neu eingeführten Versicherungspflicht unterlagen unselbstständige Erwerbstätige. Träger dieser Krankenversicherung waren die Vorläufer der heutigen Ersatzkrankenkassen, die sogenannten Gemeinde-Krankenkassen, Orts- und Betriebs- und Innungskassen, sowie freie Hilfskassen (Nagel 2013). Durch die Sozialgesetzgebung Bismarcks wurden die Kassen unter staatliche Aufsicht gestellt und somit zu Körperschaften des öffentlichen Rechts. Erwähnenswert ist, dass die Krankenkassen dennoch keine staatlichen Behörden sind, sondern lediglich selbstständige Organisationen mit eigener Rechtsfähigkeit, die sich unter staatlicher Rechtsaufsicht befinden (Simon 2016).

Im Jahr 1911 wurden mit der Reichsverordnung erstmals die Versicherungen, sprich Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung systematisiert bzw. zu einem Gesetzeswerk zusammengefasst. Weiters wurde die Versicherungspflicht auch auf DienstbotInnen, WanderarbeiterInnen, sowie Beschäftigte der Land- und Forstwirtschaft ausweitert (Deutsche Sozialversicherung 2016).

Infolge des Ersten Weltkrieges war die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum Jahr 1933 durch schwierige ökonomische Verhältnisse geprägt. Ein Jahr später wurden Organisation, Finanzierung und Aufsicht der Sozialversicherung von den Nationalsozialisten völlig umstrukturiert (Deutsche Sozialversicherung 2016). Demnach wurde die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger beseitigt und durch staatliche LeiterInnen ersetzt (Nagel 2013). Am Anfang der 1940 Jahre wurde eine wesentliche Neuerung, die Krankenversicherung für RentnerInnen, eingeführt. Einige Jahre später wurde mit

der Gründung der BRD im Jahr 1952 die Selbstverwaltung reaktiviert (Deutsche Sozialversicherung 2016). Das Lohnfortzahlungsgesetz 1969 brachte die Gleichstellung von ArbeiterInnen und Angestellten bei Fortzahlung des Lohnes im Krankheitsfall. In den 70er Jahren änderte sich das Krankenversicherungsrecht erheblich. Die Sicherung durch krankheitsbedingte Einkommensverlusten trat in den Hintergrund, Leistungen zur Finanzierung präventiver Medizin rückten in den Vordergrund (Nagel 2013). Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung kamen noch weitere bedeutende Änderungen im Krankenversicherungsrecht (Deutsche Sozialversicherung 2016). Zu diesen zählten das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, die Bundespflegesatzverordnung von 1973, das Leistungsverbesserungsgesetz und das Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1974. Durch diese Änderungen wurde eine erhebliche Verbesserung im Leistungsbereich, wie z.B. zeitlich unbegrenzte Krankenhauspflege, Krankengeld und Anspruch auf Freistellung von Arbeit aufgrund der Betreuung eines kranken Kindes, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Leistungen zur Rehabilitation, erzielt. Ebenfalls wurde in dieser Zeit der Versichertenkreis um selbstständige Landwirte, StudentInnen, Behinderte in geschützten Einrichtungen, selbstständige KünstlerInnen und PublizistInnen erweitert (Nagel 2013). Diese zahlreichen Neuerungen bzw. Erweiterungen gingen mit erheblich höheren Leistungsausgaben einher. So wurden Leistungseinschränkungen zur Kostendämpfung eingeführt, diese jedoch nur zu einer vorübergehenden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung senkten (Deutsche Sozialversicherung 2016).

Durch Maßnahmen wie z.B. das Gesundheits-Reformgesetz vom 01.01.1989 wurden weitere Maßnahmen zur Kostendämpfung initialisiert, welche ebenfalls nicht von langer Dauer waren. Deutschland hat die missliche Situation erkannt und angesichts dessen, längerfristige strukturelle Maßnahmen eingeführt (Nagel 2013). Bevor das Gesundheitsreformgesetz im Jahr 1989 in Kraft trat, war die Reichsversicherungsordnung die Rechtsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung (Deutsche Sozialversicherung 2016).

Der letzte Grundstein der Sozialversicherung in Deutschland wurde im Jahr 1995 gelegt. Die Pflegeversicherung wurde eingeführt und wurde ein wesentlicher Bestandteil der Sozialversicherung, welcher heute zu Tage nicht mehr wegzudenken ist (Deutsche Sozialversicherung 2016).

Im Jahr 1997 wurde der Versichertenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung durch Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialgesetz erhalten, mit Ausnahme von asylsuchenden AusländerInnen, erweitert (Nagel 2013). In den letzten 15 Jahren wurde die gesetzliche Krankenversicherung durch weitere Gesetze reformiert, welche das Ziel hatten die Gesundheitsversorgung der deutschen BürgerInnen wirtschaftlicher und qualitätsgesicherter zu gestalten (Simon 2016).

### **5.3.2 Grundprinzipien**

Die grundlegenden Prinzipien der sozialen Sicherung der deutschen Bevölkerung sind nicht erst mit der Gründung der Bundesrepublik entstanden, sondern sind viel tiefer in der Geschichte und Kultur verankert. Sie wurden damals, aber auch noch heute von grundlegenden Wertehaltungen bzw. Überzeugungen der Gesellschaft getragen (Simon 2016). Durch diese grundlegenden Prinzipien kann die Deutsche Sozialversicherung in existenziellen Risikosituationen den Lebensstandard der Versicherten und deren Stellung im Rahmen der Gesellschaft erhalten (Deutsche Sozialversicherung 2016). Das System der sozialen Sicherheit baut auf Grundprinzipien auf, welche nachstehend genannt bzw. genauer erläutert werden. Zu erwähnen ist, dass es sich bei den nachstehenden Grundsätzen, abgesehen vom Sozialstaats- und Selbstverwaltungsprinzip, vor allem um maßgebende Prinzipien der Krankenversicherung handelt. Aufgrund der Tatsache, dass fast 90 Prozent der Bevölkerung Deutschlands Versicherte der GKV sind, bekommen alle Grundsätze eine zentrale Bedeutung für das gesamte System (Simon 2016).

#### ***Sozialstaatsgebot***

Dieses Gebot ist eines der Grundziele der sozialen Sicherung und ist im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschlands festgelegt. So ist in Art. 20 I GG festgelegt, dass Deutschland ein demokratischer und sozialer Bundesstaat ist und somit das Ziel hat für soziale Gerechtigkeit zu sorgen bzw. die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges, gleichberechtigtes Leben sicherzustellen (Simon 2016). Menschen, die sich gerade in einer Notlage befinden wird dadurch geholfen und somit ein Zugang zum Gesundheitssystem verschafft. Der Staat stellt somit

die Existenz der Schwächeren sicher, indem er finanzielle Unterstützungen in Form von Steuern vom Rest der Bevölkerung einhebt, um die Ziele der sozialen Gerechtigkeit bzw. sozialen Sicherheit zu realisieren (Papier 2011). Bedeutend ist, dass der Staat laut Grundgesetz die Letztverantwortung für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Krankenversorgung hat und diese nicht den freien Kräften des Marktes überlassen darf (Simon 2016).

### ***Selbstverwaltung***

Ein in der Geschichte tief verwurzelttes Prinzip bzw. eine wichtige Grundlage der deutschen Sozialversicherung ist das Selbstverwaltungsprinzip (Simon 2016). Dieses Prinzip bedeutet, dass die jeweilige Krankenkasse ihre Belange im Rahmen der Gesetze selbst regelt. Die Sozialversicherung führt als öffentlich-rechtliche Körperschaft somit alle Steuerungsaufgaben in Eigenverantwortung durch, der Staat hat dabei lediglich die Rechtsaufsicht. Dadurch sind die Sozialversicherungsträger organisatorisch und finanziell selbstständig (Deutsche Sozialversicherung 2016). Eine der wichtigsten Kompetenzen der Selbstverwaltung war bis zum Jahr 2008 die Festsetzung des Beitragssatzes, welche jedoch mit der Einführung der Gesundheitsfonds überwiegend auf das Gesundheitsministerium übertragen wurde.

### ***Versicherungspflicht***

Fast 90 Prozent der Bevölkerung sind pflicht- bzw. freiwillig versichert (Deutsche Sozialversicherung 2016). Im Bundesstaat Deutschland ist die Sozialversicherung im Kern eine Zwangsversicherung. ArbeiterInnen und Angestellte, welche unter einer gesetzlich festgelegten Einkommensgrenze, der sogenannten Versicherungspflichtgrenze verdienen, unterliegen somit der Versicherungspflicht. Weiters fallen auch BeziehendeInnen von Arbeitslosenunterstützung, KünstlerInnen, PublizistInnen, Behinderte, Auszubildende/PraktikantInnen und StudentInnen, sowie auch RentnerInnen, sofern sie 90 Prozent der zweiten Hälfte ihrer Berufstätigkeit in der GKV versichert waren, unter diese Pflicht (Nagel 2013).

### ***Solidaritätsprinzip***

Eines der wichtigsten Prinzipien der sozialen Sicherung im Falle einer Krankheit ist das Solidaritätsprinzip, welches jedoch nicht von freiwilliger Bereitschaft

abhängt, sondern durch die gesetzliche Versicherungspflicht erzwungen wird (Simon 2016). In Österreich sowie auch in Deutschland gibt es dieses Prinzip, welches einen Ausgleich zwischen gesunde und kranke Menschen und zwischen besser und weniger gut Verdienenden schafft. Die zu versicherten Risiken werden von allen Mitgliedern gemeinsam getragen. Durch die Solidargemeinschaft sind alle Versicherten umfassend geschützt (Deutsche Sozialversicherung 2016). Zu erwähnen ist, dass die Verwirklichung dieses Prinzips nicht durch direkte bzw. unmittelbare Hilfeleistungen untereinander erfolgt, sondern dadurch, dass die erforderlichen Finanzmittel im Falle einer Krankheit, gemeinsam aufgebracht werden. Auch im Bundesstaat Deutschland gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Höhe des Beitrags und dem Umfang der Leistung der Versicherung. Alle Mitglieder der Versicherungsgemeinschaft haben gleichen Anspruch auf notwendige Leistungen (Simon 2016).

### ***Subsidiaritätsprinzip***

In der Krankenversicherung ist das Prinzip nicht von wesentlicher Bedeutung, obwohl es im § 1 SGB V idF. 2016/2986 dem Solidaritätsprinzip gleichgestellt ist (Simon 2016; SGB V 2016). Die Subsidiarität stellt sicher, dass Lasten, welche vom Menschen und kleinere Solidargemeinschaften getragen werden können, auch von diesen übernommen werden und die jeweils größere Gemeinschaft erst eintritt, wenn die kleinere überfordert ist. Es können Zuzahlungen von Versicherten begriffen werden, um die Solidargemeinschaft zu entlasten, wobei der Umfang der Belastung jedes Versicherten gesetzlich geregelt ist. Sobald die Grenze (zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) überschritten ist, sind die Versicherten von weiteren Zuzahlungen zu befreien. Ausnahme stellen chronisch kranke Menschen dar, bei welcher sich die Belastungsgrenze bei einem Prozent der Bruttoeinnahmen beläuft (Simon 2016; SGB V 2016).

### ***Kostenerstattungsprinzip***

Dieses Prinzip kann als Gegenstück des Sachleistungsprinzips angesehen werden. Das Kostenerstattungsprinzip ist in der privaten Krankenversicherung vorherrschend (Simon 2016). Demnach zahlen die EmpfängerInnen medizinischer Leistungen direkt an die LeistungserbringerInnen und reichen die Rechnung danach bei der zuständigen Versicherung ein. Diese erstattet daraufhin je nach

Vertragsvereinbarung den vollen, oder nur einen Teil der Kosten. Eventuelle Differenzen zum Rechnungsbetrag müssen von den Versicherten selbst getragen werden (Nagel 2013).

Das Sachleistungsprinzip hat gegenüber dem Kostenerstattungsprinzip Vorteile:

- Die Rechnungen müssen nicht selbst beglichen, und dadurch auch keine Rücklagen gebildet werden.
- Die sachliche und rechnerische Richtigkeit bzw. Angemessenheit muss nicht von den Versicherten geprüft werden (Simon 2016).

Wie man anhand der Entwicklung sehen kann, wurde die Krankenversicherung zu einem umfangreichen Sicherungssystem im Krankheitsfall ausgebaut, und die Herausforderungen zeitgemächlich angepasst (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

### 5.3.3 Organisation

In der Bundesrepublik Deutschland, kurz BRD, ist die Sozialversicherung ein Versicherungssystem, welches gesetzlich im SGB normiert ist und für die soziale Sicherung der deutschen BürgerInnen eine bedeutende Rolle spielt (Deutsche Sozialversicherung 2016b). Die nachstehende Grafik gibt einen Überblick der zwölf Bücher des SGB und deren Gegenstände.

Tabelle 5: Die zwölf Bücher des SGB und deren Gegenstände (Eigene Darstellung)

Buch	Gegenstand
SGB I	Allgemeiner Teil
SGB II	Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III	Arbeitsförderung
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	<b>Gesetzliche Krankenversicherung</b>
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialhilfe

Über

90 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung ist sozialversichert und somit vor

Lebensrisiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter, Betriebsunfällen und Pflegebedürftigkeit geschützt (Statistisches Bundesamt 2016; SGB IV). Die Sozialversicherung ist, wie auch in Österreich, ein gegliedertes System, welches folgende Bereiche umfasst:

### **1. Krankenversicherung**

Die Krankenversicherung unterstützt die Gewährleistung und Wiederherstellung der Gesundheit und ist für die Linderung von Folgen einer Erkrankung zuständig.

### **2. Pflegeversicherung**

Die Zuständigkeit der Pflegeversicherung ist die finanzielle Unterstützung pflegebedürftiger Menschen.

### **3. Unfallversicherung**

Im Rahmen Unfallversicherung wird die Erwerbsfähigkeit infolge eines (Arbeits-) Unfalls wiederhergestellt.

### **4. Rentenversicherung**

Die vierte Sparte, die gesetzliche Rentenversicherung, sichert ihre Mitglieder im Alter, sowie im Falle von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und im Falle des Todes deren Hinterbliebene ab.

### **5. Arbeitslosenversicherung**

Die letzte Sparte der deutschen Sozialversicherung gewährleistet die existenzielle Sicherheit im Falle einer Arbeitslosigkeit (Deutsche Sozialversicherung 2016b).

Die oben genannten Sparten der Sozialversicherung stellen einen umfassenden Schutz der deutschen Bevölkerung sicher (Sawicki & Bastian 2008). Die Sozialleistungsträger dieser einzelnen Versicherungssparten sind keine staatlichen Einrichtungen, sondern rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Diese sind in Selbstverwaltung organisiert. Dies bedeutet, dass die Versicherungsträger ihre Aufgaben zwar in eigener Verantwortung durchführen, jedoch an gesetzliche Vorgaben gebunden sind. Der Staat hat lediglich das Aufsichtsrecht. Die dafür zuständigen Fachministerien sind das Bundesministerium für Gesundheit, kurz BMG und das Bundesministerium für

Arbeit und Soziales kurz BMAS (Deutschland 2016). Die Aufgaben beider Ministerien sind klar geregelt. Demnach ist die Aufgabe des BMG die Erarbeitung von Gesetzesvorwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften. Die zentrale Aufgabe bezogen auf die Sozialversicherung ist die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Pflegeversicherung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln (Bundesministerium für Gesundheit 2016b). Im Unterschied dazu ist die Kernaufgabe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im konkreten die Arbeitssicherung und Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, aber auch die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie der Bundesagentur für Arbeit zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016).

Mit April 2007 wurde mit der Gesundheitsreform eine Dachorganisation der gesetzlichen Krankenkassen geschaffen. Dem sogenannten GKV-Spitzenverband gehören nun fast alle Krankenkassen gemäß § 217a SGB V an (GKV Spitzenverband 2016). Aufgabe des Spitzenverbandes ist es, die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene zu vertreten und die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu gestalten. Weitere Aufgaben sind z.B.:

- Aushandeln und Schließen von Verträgen und Vergütungsvereinbarungen für die gesundheitliche Versorgung
- Erstellen von Richtlinien für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung
- Telematik im Gesundheitswesen (Einführung der elektronischen Gesundheitskarte)

Die Dachorganisation unterstützt die gesetzlichen Träger der Krankenversicherung und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen (GKV Spitzenverband 2016, Nagel 2013).

Die jeweiligen Krankenkassen unterliegen der staatlichen Aufsicht. Die Gründung oder Vereinigung von bzw. Auflösung oder Schließung von Kassen muss laut SGB

V, Kapitel sechs, von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt werden (SGB V 2016). Aufgabe der Kassen ist es, den Versicherten bei einer möglichen Krankheit und/oder Behinderung beizustehen, indem sie durch Aufklärung, Beratung und Leistungen helfen, auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuweisen. In der BRD können die BürgerInnen die Mitgliedschaft in einer Kasse frei wählen. Der Gesetzgeber erhoffte sich dadurch einen größeren Wettbewerb zwischen den einzelnen Kassen und damit eine Verbesserung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit (Nagel 2013).

## 5.4 Die gesetzliche Krankenversicherung

Deutschland sind mehr als 95% der Bevölkerung im Krankheitsfall abgesichert. Diese Versicherung stellt die medizinische Versorgung im Krankheitsfall sicher. Dabei ist der größte Teil der Deutschen Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, der Rest der Bevölkerung ist entweder bei einer privaten Krankenkasse oder im Rahmen einer sogenannten Heilfürsorge versichert. Von der Versicherungspflicht sind lediglich BeamtInnen, Selbstständige, oder Personen deren Jahreseinkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, ausgenommen (Simon 2016).

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Versicherung. Eine der drei Möglichkeiten einer Versicherung ist die Pflichtmitgliedschaft. Dabei sind vor allem ArbeitnehmerInnen deren Bruttoarbeitsentgelt mehr als 450 Euro monatlich beträgt, jedoch die aktuell geltende Versicherungspflichtgrenze von 4.687,50 Euro (inkl. jährliche Zuzahlungen wie z.B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) nicht übersteigt gesetzlich verpflichtet sind Beiträge zu leisten (Krankenkassen 2016). Im Gegenzug dazu haben sie einen umfassenden gesetzlichen Leistungsanspruch (siehe Kapitel 4.3).

Familienangehörige wie Kinder, Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner sind, wenn deren Wohnsitz in Deutschland ist und das Gesamteinkommen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet, in der sogenannten Familienversicherung beitragsfrei mitversichert. Eine dritte Möglichkeit der Versicherung ist die freiwillige Mitgliedschaft. Davon sind einerseits Beschäftigte betroffen, deren Arbeitsentgelt

oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, aber auch Selbstständige. Diese Personen haben die Möglichkeit, ein freiwilliges Mitglied der GKV zu bleiben oder in eine PKV zu wechseln. Eine freiwillige Versicherung ist im Anschluss an eine bisher bestehende Pflicht- oder Familienversicherung, sowie beim Aufnehmen der ersten Beschäftigung im Inland möglich. Zusätzlich können sie frei wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern wollen (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Tabelle 6: Geschützte Personen in Deutschland im Jahr 2016 (Bundesministerium für Gesundheit 2016f, Eigene Darstellung)

<b>Beitragsleistende Personen</b>	55,659.000
<b>Beitragsfrei mitversicherte Angehörige</b>	17,069.000
<b>INSGESAMT</b>	<b>70,728.000</b>

### 5.4.1 Aufgaben

Der Aufgabenbereich hat sich seit den Anfängen im Jahr 1883 bedeutend geändert. Am Beginn beschränkten sich die Aufgaben der Krankenkasse auf die Zahlung von Lohnersatzleistungen, Sterbegeld und die Finanzierung von Behandlungskosten. In den letzten Jahrzehnten wurden den Krankenkassen jedoch immer mehr Aufgaben zugewiesen (Simon 2016).

Anhand der Tabelle 2 ist ersichtlich, dass die Rechtsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung im Wesentlichen im SGB V enthalten ist. Nach § 1 SGB idF. 2016/2986 ist die heutige Aufgabe der Krankenversicherung wie folgt festgelegt:

*„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (SGB V 2016, § 1).*

Weiters ist beschrieben, dass die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind, indem sie durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Interventionen und Rehabilitation dazu beitragen, eine

Krankheit und/oder Behinderung zu vermeiden oder dessen Folgen zu überwinden (Nagel 2013). Um diese Aufgaben ordnungsgemäß durchzuführen, wurden nach § 11 SGB V idF. 2016/2986 Leistungen genannt, welchen die jeweilige Kasse nachkommen muss (Simon 2016).

## 5.4.2 Rechtsquellen und Versichertenkreis

In der Bundesrepublik Deutschland ist die gesetzliche Krankenversicherung im Fünften Sozialgesetzbuch, kurz SGB V, geregelt. Zu erwähnen ist, dass die Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung der in einer Landwirtschaft beschäftigten Personen im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, kurz KVLG, geregelt sind. Dieses Gesetz gilt nach § 68 SGB I als besonderer Bestandteil des Sozialgesetzbuches. Anhand der nachstehenden Auflistung ist ersichtlich, welche Personengruppen einer Versicherungspflicht unterliegen.

Nach §5 SBG V idF. 2016/2986 sind folgende Personen versicherungspflichtig:

- ArbeiterInnen und Angestellte
- BezieherInnen von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten SGB und BezieherInnen von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten SGB.
- Land- und Forstwirtschaftliche UnternehmerInnen und deren mitarbeitende Familienangehörige und Altenteiler,
- KünstlerInnen und PublizistInnen nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
- Personen, die in einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollten,
- TeilnehmerInnen an Leistungen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung sowie auch TeilnehmerInnen zur Teilnahme am Arbeitsleben, ausgenommen die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
- behinderte Menschen die in Werkstätten im Sinne des Neunten SGB oder Heimen oder vergleichbaren Einrichtungen regelmäßig tätig sein,
- StudentInnen von staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen,

- RentnerInnen,
- PraktikantInnen,
- Personen, die keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren (SGB V 2016).

Diese Personengruppen sind gesetzlich verpflichtet Beiträge zu leisten. Im Gegenzug dazu haben sie einen umfassenden Leistungsanspruch. Zu erwähnen ist, dass diese Personengruppen nur unter bestimmten Voraussetzungen versicherungspflichtig sind. Dies kann im SGB § 5 nachgeschlagen werden (SGB V 2016). Das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, kurz SGB V, trat am 01.01.1989 in Kraft und fasst seitdem alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammen.

### 5.4.3 Leistungen

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind für alle Versicherten gleich und unter §11 SGB V normiert. Die GKV hat folgende Leistungen zu gewähren:

- Verhütung von Krankheiten
- Früherkennung von Krankheiten
- Behandlung von Krankheiten
- Medizinische Rehabilitation
- Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
- Krankengeld (SGB V 2016).

Die Krankenversicherung ist demnach so konzipiert, dass sie einen umfassenden Schutz, der von der Gesundheitsförderung und Prävention über die Krankenbehandlung bis hin zur Rehabilitation reicht, gewährleistet. Es gilt das Bedarfsdeckungsprinzip, welches besagt, dass die Versicherten einen gesetzlichen Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen haben (Simon 2016). Laut §§ 2, 11 und 12 SGB V idF. 2016/2986 müssen diese ausreichend, zweckmäßig und den allgemeinen Stand der medizinischen

Erkenntnisse entsprechen. Anzumerken ist, dass die Leistungen das Notwendige nicht überschreiten dürfen und wirtschaftlich durchgeführt werden müssen (SGB V 2016).

Die Krankenkassen gewähren die Leistungen ihren Mitgliedern nicht selbst, sondern schließen Verträge mit LeistungserbringerInnen. Diese gewähren gegen Zahlung vereinbarter Leistungen durch die zuständige Kasse den Versicherten die notwendigen Sach- bzw. Dienstleistungen. Dabei gilt das Sachleistungsprinzip (Simon 2016).

Dies bedeutet, dass die Versicherten alle Leistungen als Naturalleistungen erhalten und von einer direkten Zahlungspflicht gegenüber dem Leistungserbringer befreit sind. Um diese Leistungen zu erhalten, müssen Versicherte den LeistungserbringerInnen, die von der Krankenkasse ausgehändigte elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorweisen (Nagel 2013).

Diese eGK enthält administrative Daten wie z.B. Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Lichtbild sowie Angaben zur Krankenkasse wie z.B. Krankenversicherungsnummer und den Versicherungsstatus (Bundesministerium für Gesundheit 2016c).

Der gesetzliche Leistungskatalog der Krankenversicherung sieht Sach- und Geldleistungen vor. Sachleistungen sind z.B. Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten. Zu den Geldleistungen zählen das Kranken- und Mutterschaftsgeld (Simon 2016).

Durch zahlreiche Reformen wurden schrittweise Zuzahlungen für Versicherte eingeführt. Mit Beginn 2014 gilt als allgemeine Regel, 10 Prozent, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro von den Kosten müssen selbst getragen werden. Leistungen, die weniger als 5 Euro kosten, müssen demnach von den Versicherten selbst getragen werden und in der Regel an die LeistungserbringerInnen bezahlt werden (Simon 2016; SGB V 2016).

Diese Zuzahlungen sind jedoch mit der nach § 62 Abs. 1 SGB V definierten Belastungsgrenze geregelt. Demnach darf die Summe der Zuzahlungen nicht mehr als 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

betragen. Chronisch kranke Menschen und TeilnehmerInnen eines Behandlungsprogrammes unterliegen sind von einer Ausnahmeregelung betroffen. Hierbei gilt der Grundsatz, dass die Summe der Zuzahlungen eines Versicherten nicht mehr als ein Prozent der Bruttoeinnahmen betragen darf (SGB V 2016).

### **Krankengeld im Krankheitsfall**

Das Krankengeld ist eine Entgeltersatzleistung der gesetzlichen Krankenversicherung, welche den Versicherten im Falle einer länger andauernden Krankheit finanziell absichert. Festgelegt ist diese im Fünften Buch Sozialgesetzbuch, kurz SGB V (Bundesministerium für Gesundheit 2016b).

Nach §44 SGB V haben in der Regel Versicherte, wenn eine Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, Anspruch auf Krankengeld. Je nach Beruf und Lebenssituation sind jedoch unter §44 Absatz 2 Ausnahmen zu berücksichtigen (SGB V 2016).

Der Anspruch des Krankengeldes beginnt dann, wenn ein Versicherter infolge einer länger als sechs Wochen andauernden Krankheit (Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den AG) noch immer arbeitsunfähig ist, oder auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt wird. Die Dauer des Krankengeldes ist nach Regelung § 48 SGB V festgelegt und sagt aus, dass der Anspruch auf Krankengeld grundsätzlich unbefristet ist. Für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit gilt jedoch eine Höchstbezugsdauer von 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren (SGB V 2016).

ArbeitnehmerInnen erhalten somit in der Regel während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit Entgeltfortzahlung durch ihren Arbeitgeber und anschließend 78 Wochen Krankengeld, welches bei andauernder Arbeitsunfähigkeit auf nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses weitergezahlt wird.

Unter § 45 SGB ist geregelt, dass bei bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von einem Elternteil beansprucht werden kann, welches zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege seines erkrankten, mitversicherten Kindes (unter zwölf Jahren) von der Arbeit fernbleiben muss (SGB V 2016).

#### **5.4.4 Finanzierung**

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu gestaltet. Demnach finanziert sie sich hauptsächlich durch Beiträge der Versicherten und ArbeitgeberInnen, sowie auch durch einen jährlichen Bundeszuschuss in Form von Steuern und sonstige Einnahmen in Form der Zusatzbeiträge. Der jährliche Bundeszuschuss wird aus Steuermitteln pauschal für sog. versicherungsfremde Leistungen, wie z.B. beitragsfreie Familienversicherung von Kindern und Ehegatten oder Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft, gezahlt (Bundesministerium für Gesundheit 2016e). Unter sonstige Einnahmen fallen hauptsächlich Erstattungen für bestimmte Leistungsbereiche, in denen die gesetzliche Krankenversicherung nach Auffassung des Gesetzgebers Aufgaben anderer Politikbereiche übernimmt (Simon 2016).

Die Einnahmen fließen alle in den Topf des Gesundheitsfonds. Zu erwähnen ist dabei, dass die Krankenkassen weiterhin mit dem Einzug der Beiträge beschäftigt sind, diese jedoch an den Fonds überweisen müssen (Lauterbach et al. 2013). Davon erhalten die gesetzlichen Krankenkassen pro versichertes Mitglied eine einheitliche Grundpauschale plus alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge, auch RSA genannt, zur Deckung der Leistungsausgaben. Durch dieses Vorgehen werden unterschiedliche Risiken berücksichtigt, um so Krankenkassen mit älteren bzw. kranken Mitgliedern dementsprechend mehr Finanzmittel zu gewähren (Bundesministerium für Gesundheit 2016e). Übersteigen die Zuweisungen den Finanzierungsbedarf der gesetzlichen Krankenkassen, so können Prämien an die Mitglieder weitergegeben werden. Wenn hingegen ein höherer Deckungsbedarf besteht, erheben die Krankenkassen einen pauschalen Zusatzbeitrag (Lehmann 2009).



Abbildung 9: Organisation des Gesundheitsfonds (Simon 2016, Eigene Darstellung)

#### 5.4.4.1 Einnahmen

Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung lagen im Jahr 2015 in der Bundesrepublik Deutschland bei 212,56 mio. Euro. Die Haupteinnahmequelle mit 99 Prozent der Einnahmen stellen die Beiträge für Versicherte dar. Sonstige Einnahmen betreffen nicht mehr als 1 Prozent der Gesamteinnahmen (Bundesministerium für Gesundheit 2016f).

#### Beiträge

Finanziert wird die Krankenversicherung somit hauptsächlich von den Beiträgen, die je zur Hälfte von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen getragen werden (Deutsche Sozialversicherung 2016b). Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde der Grundsatz der paritätischen Beitragsfinanzierung durchbrochen. Seitdem müssen die Mitglieder 0,9% Punkte des allgemeinen Beitragssatzes alleine tragen und die ArbeitgeberInnen haben laut § 249 Abs. 1 SGB V nur die Hälfte des verbleibenden Beitragssatzes zu tragen (Simon 2016). Erwähnenswert ist, dass auch ArbeitnehmerInnen unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze in der Regel automatisch pflichtversichert sind (Deutsche Sozialversicherung 2016b).

Durch das Solidaritätsprinzip handelt es sich bei den Beiträgen nicht um Versicherungsbeiträge im gebräuchlichen Sinn, sondern um eine Steuern ähnliche Abgabe, welche maßgeblich bei der Finanzierung der Sozialleistungen ist (Simon 2016). Um die soziale Gerechtigkeit aufrecht zu erhalten, gilt für die Beitragsbemessung der Grundsatz, dass sich die Höhe der Beiträge nach der Höhe der wirtschaftlichen Leistung bzw. vereinfacht gesagt, nach dem Einkommen richtet (Simon 2016).

Die Beiträge werden grundsätzlich als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze 2017 von 4.350,0 € brutto monatlich bzw. 52.200,0 € brutto jährlich erhoben. Auf das Einkommen oberhalb der Grenze sind keine Beiträge mehr zu entrichten. Somit wird zugleich auch ein Höchstbeitrag festgelegt (Lauterbach et al. 2013; Verband der Ersatzkassen 2017).

In Deutschland unterscheidet man grundsätzlich zwischen dem allgemeinen Beitragssatz und dem ermäßigten Beitragssatz (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Der allgemeine Beitragssatz betrifft Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Lohnfortzahlung haben, und bei Beitragsbemessungen aus gesetzlichen Renten bzw. Versorgungsbezügen findet dieser Anwendung (Simon 2016, Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Die Höhe dieses Beitrages ist gesetzlich festgelegt und liegt in diesem Jahr bei 14,6 Prozent (§ 241 SGB V). Die ArbeitgeberInnen tragen die Hälfte, also 7,3 Prozent des Beitragssatzes (Deutsche Sozialversicherung 2016).

Der ermäßigte Beitragssatz wird laut § 243 idF. 2016/2986 hingegen nur bei jenen erwerbstätigen Mitgliedern erhoben, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben (SGB V 2016). Geringfügig Beschäftigte, die bis zu 450 Euro im Monat verdienen, unterliegen einem pauschal ermäßigten Beitragssatz von 13 Prozent, welcher vom ArbeitgeberInnen allein zu tragen ist. StudentInnen hingegen müssen sieben Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes selbst tragen, um Anspruch auf die gesetzlich festgelegten Leistungen zu haben. Ein gesonderter, ermäßigter Beitragssatz ist bei Wehr- und Zivildienern zu entrichten. Dieser wird zu 100 Prozent vom Bund getragen (Simon 2016).

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurden die Beitragssätze für alle Krankenkassen vereinheitlicht (Nagel 2013).

Die Krankenkassen haben lediglich das Recht, Zusatzbeiträge einzuheben, sofern die Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichend sind. Die Zusatzbeiträge müssen jedoch vom Versicherten alleine getragen werden (Krankenkassen 2016).

Eine Erhöhung dieses gesetzlichen Beitragssatzes bzw. ein Zusatzbeitrag ist nur dann erlaubt, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkasse im laufenden und im folgenden Jahr nicht zu mindestens 95 Prozent decken. Im Gegenteil dazu ist auch eine Senkung des Beitragssatzes möglich (Nagel 2013).

#### **5.4.4.2 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung setzen sich aus Einzelleistungen zusammen, die zum gesetzlich geregelten Leistungsspektrum der GKV gehören, hinzu kommen die Verwaltungskosten. Die Gesamtausgaben der GKV betragen im Jahr 2015 213,67 Mrd. Euro. Wenn man die Ausgaben nach Leistungsausgaben (siehe nachstehende Grafik) spaltet, kommt man im Jahr 2015 auf eine Summe der Leistungsausgaben von 202,05 Mrd. Euro. Die Krankenhausbehandlung (34,8%), die ärztliche Behandlung (17,3%) und die Ausgaben für Arzneimittel (17,3%) zählen hier zu den größten Leistungsbereichen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Strukturdaten beim Bereich Krankenhausbehandlung verschiedenen Einzelleistungen inkludieren (wie z.B. ärztliche Krankenhausbehandlung, Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln). Das Krankengeld (5,5%) und die zahnärztliche Behandlung (5%), sowie die restlichen Leistungsbereiche (alle unter 5%) spielen gegenüber den Sachleistungen der GVK eine nachrangige Rolle. Durch die nachstehende Grafik ist deutlich ersichtlich, dass präventive und rehabilitative Maßnahmen den kurativen Maßnahmen weit zurückstehen (Bundesministerium für Gesundheit 2016f).

## Ausgaben

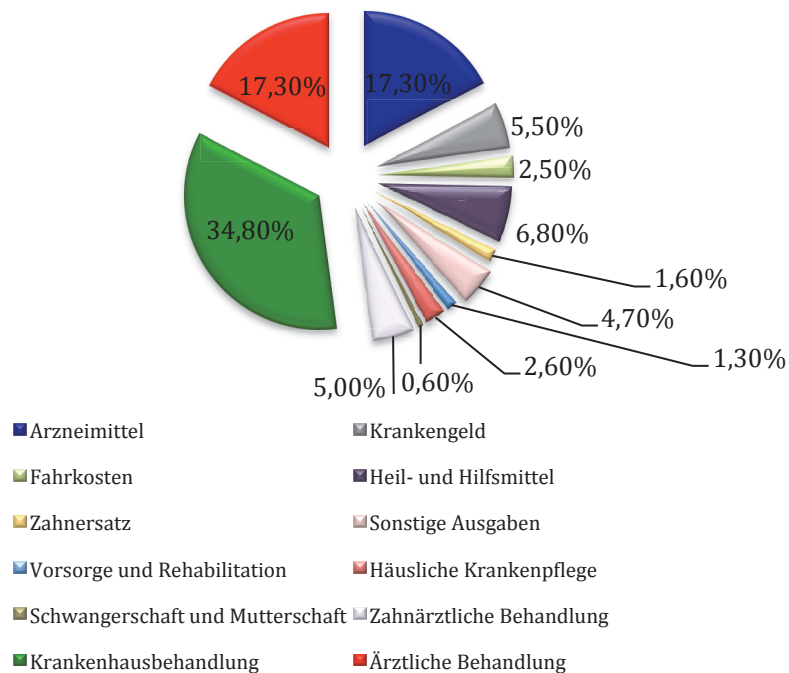


Abbildung 10: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsaufwendungen (Bundesministerium für Gesundheit 2016f, Eigene Darstellung)

### 5.4.5 Selbstbehalte

In der gesetzlichen Sozialversicherung gibt es verschiedene Formen von Selbstbehalten. Versicherte Personen müssen gemäß § 61 SGB V ff Zuzahlungen leisten, die jedoch einer Belastungsgrenze und bestimmten Ausnahmen unterliegen. Wird die Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) von zwei Prozent der Bruttoeinnahmen überschritten, händigt die zuständige Krankenkasse eine Bescheinigung darüber aus, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr geleistet werden müssen (SGB V 2016).

Eine Ausnahme bilden hierbei jedoch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Grenze von ein Prozent der Bruttoeinnahmen gilt. Bei Familien verringert sich die gesetzlich vorgeschriebene Belastungsgrenze um den Kinderfreibetrag und wenn zutreffend, um den Freibetrag für den Ehepartner (Krankenkassen Deutschland 2016b).

Bei Personen, welche Sozialhilfe beziehen, gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze. Von einer Ausnahme sind auch Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18.

Lebensjahr betroffen, die grundsätzlich von fast allen Zuzahlungen befreit sind. Eine Ausnahme bilden Zuzahlungen bei Fahrkosten, die auch von Kindern unter dem 18. Lebensjahr zu entrichten sind (Bundesministerium für Gesundheit 2016g).

### **Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmitteln**

In der gesetzlichen Krankenversicherung müssen laut §61 ff SGB V idF. 2016/2986 bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, Zuzahlungen geleistet werden. Hierbei werden grundsätzlich zehn Prozent des Arzneimittelpreises erhoben, höchstens jedoch zehn Euro. Kostet das Medikament jedoch weniger als fünf Euro, müssen die Kosten selbst von den PatientInnen übernommen werden (SGB V 2016).

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den Krankenkassen grundsätzlich nicht erstattet. Ausnahme bilden Arzneimittel, die bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung zum Therapiestandard gehören (Bundesministerium für Gesundheit 2016g).

### **Heilmittel und häusliche Krankenpflege**

Hierbei müssen Selbstbehalte von zehn Prozent der Kosten des Arzneimittels bzw. der Leistung zuzüglich zehn Euro je Verordnung bezahlt werden. Bei der häusliche Krankenpflege sind Zuzahlungen jedoch auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt (Krankenkassen Deutschland 2016b).

### **Hilfsmittel**

Bei Hilfsmitteln sind Zuzahlungen gleich geregelt wie bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Hierbei müssen ebenfalls zehn Prozent für jedes Hilfsmittel, jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro bezahlt werden. Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Inkontinenzhilfen) sind von einer Ausnahme betroffen. Hierbei muss eine Zuzahlung von zehn Prozent je Verbrauchseinheit, aber maximal zehn Euro pro Monat von den Versicherten selbst getragen werden (Krankenkassen Deutschland 2016b).

### **Anstaltspflege**

Laut § 61 SGB V idF. 2016/2986 muss bei einem Krankenhausaufenthalt eine Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, maximal jedoch 28 Tage im Kalenderjahr entrichtet werden (SGB V 2016).

### **Fahrkosten**

Sie sind ebenfalls von Zuzahlungen betroffen. Zehn Prozent der Erstattung pro Fahrt, minimal fünf Euro und maximal zehn Euro, jedoch nie mehr als die Leistungshöhe, müssen selbst von den Versicherten bezahlt werden. Kinder sind hierbei nicht ausgenommen und müssen ebenfalls eine Zuzahlung leisten (Bundesministerium für Gesundheit 2016g).

Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch:

- Sehhilfen, Brillen
- Künstliche Befruchtungen
- Sterilisationen
- Medizinische Rehabilitationen
- Soziotherapien, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe von einer Zuzahlung betroffen (SGB V 2016, Krankenkassen Deutschland 2016b).

## **5.4.6 Krankenkassen**

Die Krankenkassen sind die gesetzlichen Träger der Krankenversicherung. Sie sind selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts. In Deutschland gibt es 117 verschiedene Krankenkassen (Stand 09/2016) welche regional, betrieblich und berufsbezogen oder nach Wirtschaftszweigen gegliedert sind (Krankenkassen Deutschland 2016, Nagel 2013).

### ***Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)***

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- AOK Bremen/Bremerhaven
- AOK Hessen

- AOK Niedersachsen
- AOK Nordost
- AOK Nordwest
- AOK PLUS
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- AOK Rheinland/Hamburg
- AOK Sachsen-Anhalt

### ***Betriebskrankenkassen (BKK)***

- actimonda krankenkasse
- atlas BKK ahlmann
- Audi BKK
- BAHN-BKK
- BERGISCHE Krankenkasse
- Bertelsmann BKK
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK advita
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BKK Braun-Gillette
- BKK Diakonie
- BKK DürkoppAdler
- BKK EUREGIO
- BKK exklusiv
- BKK Faber-Castell & Partner
- BKK firmus
- BKK Freudenberg
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK HENSCHEL plus
- BKK HERKULES
- BKK HMR (BKK Herford Minden Ravensberg)
- BKK Linde
- BKK Melitta Plus
- BKK MEM

- BKK Mobil Oil
- BKK PFAFF
- BKK Pfalz
- BKK ProVita
- BKK Public
- BKK SBH
- BKK Scheufelen
- BKK Technoform
- BKK Textilgruppe Hof
- BKK VBU
- BKK VDN
- BKK VerbundPlus
- BKK Vital
- BKK Werra-Meissner
- BKK Wirtschaft & Finanzen
- BKK ZF & Partner
- BKK24
- Bosch BKK
- Brandenburgische BKK
- Continentale BKK
- Debeka BKK
- DEUTSCHE BKK
- energie-BKK
- Heimat Krankenkasse
- Metzinger BKK
- mhplus Krankenkasse
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- SBK
- Schwenninger Krankenkasse

- SECURVITA Krankenkasse
- SIEMAG BKK
- SKD BKK
- TBK (Thüringer Betriebskrankenkasse)
- TUI BKK
- Vereinigte BKK
- VIACTIV Krankenkasse
- WMF BKK

### ***Betriebsbezogene Krankenkassen***

- BKK Aesculap
- BKK B. Braun
- BKK BPW Bergische Achsen KG
- BKK EWE
- BKK GRILLO-WERKE AG
- BKK Groz-Beckert
- BKK KARL MAYER
- BKK KBA
- BKK KEVAG KOBLENZ
- BKK MAHLE
- BKK Merck
- BKK Miele
- BKK MTU Friedrichshafen GmbH
- BKK PwC
- BKK Rieker.Ricosta.Weisser
- BKK RWE
- BKK Salzgitter
- BKK Schwesternschaft v. BRK
- BKK Stadt Augsburg
- BKK Voralb HELLER\*INDEX\*LEUZE
- BKK Wieland-Werke
- BKK Würth
- BMW BKK

- Daimler BKK
- E.ON Betriebskrankenkasse
- Ernst & Young BKK
- HEAG BKK
- Krones BKK
- Südzucker-BKK

#### ***Ersatzkassen (EK)***

- BARMER GEK
- DAK Gesundheit
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse (TK)

#### ***Knappschaft Bahn und See (KBS)***

- Knappschaft-Bahn-See

#### ***Innungskrankenkassen (IKK)***

- BIG direkt gesund
- IKK Brandenburg und Berlin
- IKK classic
- IKK gesund plus
- IKK Nord
- IKK Südwest

Die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung unterteilen sich somit in die Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Ersatzkrankenkassen (EK), und in die Knappschafts-Bahn-See Krankenkassen (KBS). Die Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK) nehmen eine Sonderstellung im System der gesetzlichen Krankenversicherung ein.

# Gesetzliche Krankenkassen

■ EK ■ AOK ■ BKK ■ IKK ■ KBS ■ LKK

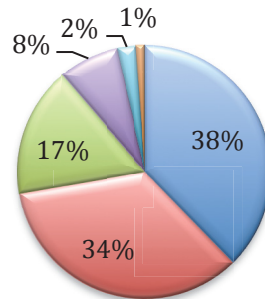


Abbildung 11: Marktanteile der GKV-Krankenkassen in Deutschland nach Anzahl der Versicherten im Jahr 2015 (Statistisches Bundesamt 2016, Eigene Darstellung)

Das Organisationsprinzip der Kassen ist historisch bedingt. Die AOK sind regional organisiert, die BKK nach ihren Betrieben, die IKK nach Berufsgruppen, die EK nach Beschäftigungsverhältnissen und die KBS nach dem Wirtschaftszweig (Bundesministerium für Gesundheit 2016j).

Zu erwähnen ist, dass die LKK eine berufsständische Krankenkasse ist und somit nicht frei gewählt werden kann, da diese nicht dem allgemeinen Kassenwahlrecht angehört (Sozialversicherung für Landwirtschaft Forsten und Gartenbau 2016). Der Hauptgrund für die spezielle Konstruktion der LKK ist der wirtschaftliche bzw. soziale Strukturwandel von der Agrar- zur Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft. Dabei stellt die abnehmbare Zahl aktiver Personen und Beschäftigten in der Landwirtschaft verglichen mit dem Anteil älterer Personen im Ruhestand, sogenannten Altenteiler ein großes Problem dar.

## Entwicklung der Krankenkassen

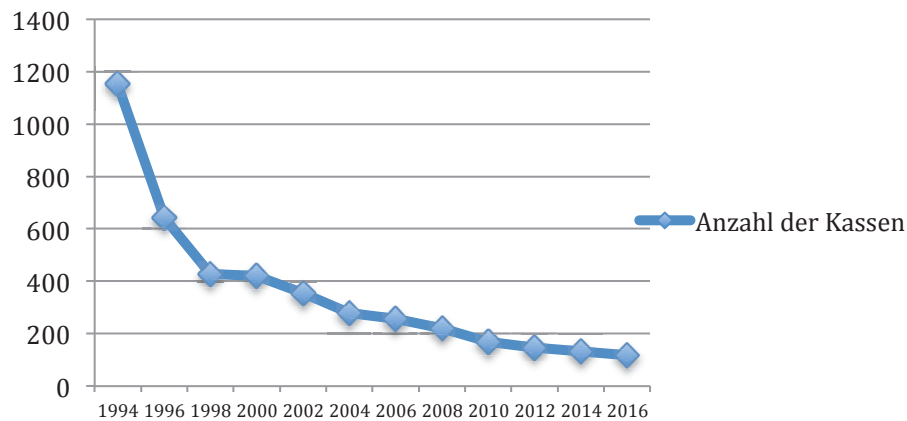


Abbildung 12: Entwicklung der deutschen Krankenkassen (GKV Spitzenverband 2016b, Eigene Darstellung)

Demnach würde diese Situation zu einem immer weiter steigenden Beitragssatz in der GKV der aktiven Erwerbstätigen in der Landwirtschaft führen. Aus diesem Grund wurde für die LKK ein eigenes Sozialversicherungssystem geschaffen (Simon 2016).

### 5.5 Privatversicherung

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es in Deutschland die Private Krankenversicherung, welche vom Verband der privaten Krankenversicherung auf nationaler Ebene vertreten wird (Verband der privaten Krankenversicherung 2016). Die zwei Versicherungen unterscheiden sich dadurch, dass bei privaten Versicherungsunternehmen grundsätzlich kein Zwang besteht, diese aufzunehmen. Somit können AntragstellerInnen aufgrund einer Vorerkrankung oder aufgrund des Alters abgelehnt werden. Ausnahme bildet dabei der Basistarif der PKV, die alle Krankenversicherungsunternehmen anbieten müssen. Für diesen Tarif besteht Kontrahierungszwang. Dies bedeutet, dass AntragstellerInnen, die den Kriterien des Basistarifs entsprechen, nicht abgewiesen werden dürfen, und somit von den kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandelt werden müssen. Zu- bzw. Ausschlüsse wegen eines gesundheitlichen Risikos sind in diesem Tarif nicht zulässig. Der Basistarif der PKV ist mit der GKV vergleichbar (Bundesministerium für Gesundheit 2014). In Deutschland sind knapp 9 Millionen Menschen privat krankenversichert, dazu gibt es ca. 25 Millionen Zusatzversicherungen (VPKV

2016). Im Unterschied zur GKV, sind in der PKV die Familienmitglieder nicht automatisch mitversichert, sondern müssen sich durch zusätzliche Versicherungsprämien versichern lassen. Weiters unterscheidet sich die PKV von der GKV bei den Beiträgen. Diese errechnen sich in der PKV nach dem Eintrittsalter, Gesundheitszustand und den gewünschten Versicherungsleistungen und sind somit einkommensunabhängige Versicherungsprämien (Bundesministerium für Gesundheit 2014). Generell gilt in der PKV das Kostenerstattungsprinzip (Simon 2016).

## 6 Gegenüberstellung

In diesem Kapitel werden die Grundprinzipien und die Organisation der Sozialversicherungssysteme beider Länder verglichen. Speziell werden jedoch die Krankenversicherungssysteme beider Länder gegenübergestellt, um so die Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Systeme zu erläutern bzw. im nächsten Kapitel mögliche Effizienzmaßnahmen aufzuzeigen.

### 6.1 Grundprinzipien

Betrachtet man die Grundprinzipien der Sozialversicherung beider Länder, so fällt auf, dass die Länder einander gleichen. Sowohl die Sozialversicherung in Österreich, als auch die SV in Deutschland hat das Prinzip der Solidarität. Durch dieses Prinzip erfolgt auf Beitragsseite ein Ausgleich zwischen Besserverdienern und Minderverdienern. Ebenso auf der Leistungsseite, wo es zu einem Ausgleich zwischen schutzbedürftigen und weniger schutzbedürftigeren BürgerInnen kommt. Dieses Prinzip kann somit in unserem Land, als auch in der BRD als Fundament der Sozialversicherung angesehen werden. Weiters ist auch das Prinzip der Selbstverwaltung in beiden Ländern vertreten. Dieses besagt, dass die Sozialversicherung als öffentlich-rechtliche Körperschaft die Steuerungsaufgaben in Eigenverantwortung durchführt und der Staat dabei das Aufsichtsrecht besitzt. Vereinfacht gesagt heißt das, dass die SV unabhängig von Weisungen staatlicher Behörden ist. Gemeinsam ist auch das Prinzip der Versicherungspflicht wie es in Deutschland genannt wird. In Österreich heißt das Prinzip Versicherungspflicht, gemeint ist jedoch dasselbe. Bei der näheren Betrachtung fällt jedoch auf, dass in Deutschland nur Erwerbstätige dieser Pflicht unterliegen, welche unter einer gesetzlich festgelegten Einkommensgrenze verdienen, diesem Prinzip unterliegen. In Österreich gibt es diese Einkommensgrenze nicht, jedoch tritt die Versicherung bei bestimmten Personengruppen (z.B. bei Selbstständigen) nicht autonom ein, sondern muss selbst beantragt werden. Es fällt auf, dass ein weiteres Prinzip, das Sozialstaatsgebot, nur in Deutschland vertreten ist. Bei der näheren Betrachtung wird deutlich, dass dieses Prinzip, welches festlegt, dass Deutschland ein demokratischer und sozialer Bundesstaat ist und somit das Ziel hat für soziale Gerechtigkeit zu sorgen bzw. die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges und

gleichberechtigtes Leben sicherzustellen, auch in Österreich gültig ist. Lediglich die in Deutschland vertretenden Prinzipien der Subsidiarität und Kostenerstattung sind der Sozialversicherung Österreichs nicht als solche explizit erwähnt.

## 6.2 Organisation

Bei der Gegenüberstellung hat sich gezeigt, dass es bei der Organisation der Sozialversicherungen der Länder Österreich und Deutschland Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten gibt. Beide Sozialversicherungen sind gegliederte Systeme, welche in die Bereiche Kranken-, Unfall- und Pensions- bzw. Rentenversicherung dreigeteilt sind. Ein Unterschied besteht darin, dass deutsche BürgerInnen ebenso bei einer Pflegebedürftigkeit und Arbeitslosigkeit durch die sogenannte Pflegeversicherung bzw. Arbeitslosenversicherung geschützt sind, welche ebenso Bestandteile der Sozialversicherung ist. In Österreich hingegen gibt es keinen eigenen Versicherungsträger der Pflegeversicherung bzw. der Arbeitslosenversicherung. Weiters gibt es sowohl in Deutschland, als auch in Österreich eine Dachorganisation der Krankenversicherung. In der BRD ist es der sogenannte GKV-Spitzenverband, dem fast alle Krankenkassen angehören. In Österreich steht die Dachorganisation nicht nur über der Krankenversicherung, sondern über alle 22 Versicherungsträger. Gemeinsam ist, dass die Sozialversicherungen in weisungsfreier Selbstverwaltung organisiert sind. Der Staat hat dabei lediglich das Aufsichtsrecht.

## 6.3 Rechtsquellen

Bei den Rechtsquellen gibt es Unterschiede zwischen den Ländern. In Österreich gibt es kein einheitliches Sozialgesetzbuch, jedoch einheitliche Gesetze für Versicherungsgruppen:

- Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz /ASVG
- Das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz /B-KUVG
- Das Gewerblichen- Sozialversicherungsgesetz /GSVG
- Das Bauern- Sozialversicherungsgesetz /BSVG

In Deutschland hingegen ist die gesetzliche Krankenversicherung fast einheitlich im Fünften Buch Sozialgesetzbuch zusammengefasst. Eine Ausnahme bilden

jedoch die LKKn mit dem KVLG. Dabei ist jedoch zu erwähnen, dass das KVLG ein besonderer Bestandteil des SGB ist. Generell sind in Deutschland die gesetzlichen Bestimmungen viel übersichtlicher als in Österreich, da alles einheitlich im SGB V zusammengefasst ist.

## **6.4 Finanzierung**

Bei beiden Ländern erfolgt die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherungen hauptsächlich durch einkommensabhängige Beiträge der Versicherten und DienstgeberInnen. Ein weiterer Teil kommt vom Ausgleichsfond des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und von den Zuzahlungen der Versicherten. Gemeinsam ist, dass sich die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ebenso zum größten Teil durch die Beiträge der Versicherten und deren ArbeitgeberInnen finanziert. Dazu erhält die gesetzliche Krankenversicherung einen jährlichen Bundeszuschuss für die sog. Versicherungsfremde Leistungen.

Die Aufteilung dieser Versicherungsbeiträge wird in den Ländern unterschiedlich gehandhabt. Dabei werden in Österreich die Beiträge von den Krankenversicherungsträgern selbst eingehoben und verwaltet. In Deutschland hingegen werden die Beiträge zwar von den Krankenversicherungsträgern eingehoben, jedoch an den Gesundheitsfonds überwiesen. Davon erhalten die gesetzlichen Krankenkassen pro versichertes Mitglied eine einheitliche Grundpauschale plus alters-, geschlechts- und risikojustierte Zu- bzw. Abschläge.

In Österreich erfolgt die Finanzierung der Sozialversicherung bis dato anhand des Umlageverfahrens. Dabei werden die laufenden Ausgaben im Wesentlichen aus den in derselben Rechnungsperiode erschlossenen Einnahmen gedeckt. Die Krankenversicherungsträger sind damit selbst beschäftigt, die Beiträge für die Versicherten einzunehmen und die Versorgung im niedergelassenen Sektor zu gewährleisten.

## **6.5 Beiträge**

Bei den Beiträgen für die Versicherten zeigt sich bei beiden Ländern, dass die Beitragssätze gesetzlich festgelegt werden und somit nicht von den

Krankenkassen gestaltet werden können. In der BRD haben die Krankenkassen das Recht Zusatzbeiträge einzuheben, sofern die Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen. Ein Unterschied zeigt sich auch beim Einheben und Verwalten der Beiträge. In Österreich, wie auch in Deutschland sind die Krankenversicherungsträger verpflichtet die Beiträge einzuheben. In Österreich werden diese durch das Prinzip der Selbstverwaltung auch selbst von den Krankenversicherungsträgern verwaltet. In Deutschland hingegen müssen die eingenommenen Beiträge an den Gesundheitsfonds überwiesen werden. Von diesem bekommen alle Krankenversicherungsträger pro versichertes Mitglied einen einheitlichen Betrag plus eine risikoadjustierte Zuweisung, die die Morbiditätsunterschiede zwischen den Kassen ausgleichen sollen. Ein weiterer und durchaus beträchtlicher Unterschied herrscht bei der Höhe der Beitragssätze. In unserem Land beträgt der derzeitige Beitragssatz insgesamt 7,65 Prozent, nur im öffentlichen Dienst beträgt der Beitragssatz 7,305 Prozent. In Deutschland hingegen beträgt der Beitragssatz im gleichen Jahr 14,6 Prozent. Eine Gemeinsamkeit besteht darin, dass die Beiträge einkommensabhängig sind und fast je zur Hälfte von DienstnehmerInnen (3,87%) und DienstgeberInnen (3,78%) getragen. Ausschließlich bei Selbstständigen und Landwirtschaft Betreibenden muss der Beitrag getragen werden. Ausschließlich der Zusatzbeitrag ist in der BRD alleine von den Versicherten zu tragen. Die Höchstbemessungsgrundlagen unterscheiden sich zwischen den Ländern nur wenig. In Österreich ist diese pro Monat für ArbeiterInnen, Angestellte und öffentlich Bediensteten 4.860,00 Euro und für Selbstständige und Landwirtschaft Betreibenden mit 5.670,00 Euro angesetzt. In Deutschland ist sie einheitlich für alle Mitglieder mit 4.350,00 Euro fixiert.

## **6.6 Ausgaben und Einnahmen**

Die Einnahmen der österreichischen Krankenversicherung in Höhe von 17.119 mio. Euro standen den Ausgaben des Jahres 2015 von rund 17.088 mio. Euro gegenüber.

Im Vergleich dazu erzielten die deutschen Krankenkassen im Jahr 2015 einen Verlust von 1,14 mill. Euro, was im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass

die Krankenkassen ihre Versicherten durch niedrigere Zusatzbeiträge entlastet haben (Bundesministerium für Gesundheit 2016h).

Tabelle 7: Gegenüberstellung der größten Leistungsaufwendungen (Eigene Darstellung)

Österreich	Deutschland
<p><b>Die größten Leistungsaufwendungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Krankenhausbehandlung 28,53%</b></li> <li>• <b>Ärztliche Behandlung 23,92%</b></li> <li>• <b>Arzneimittel 19,63%</b></li> <li>• <b>Krankengeld 4,01%</b></li> <li>• <b>Zahnbeh. inkl. Zahnersatz 5,61%</b></li> <li>• <b>Verwaltungskosten 2,69%</b></li> </ul>	<p>Die größten Leistungsaufwendungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhausbehandlung 34,8%</li> <li>• Ärztliche Behandlung 17,3%</li> <li>• Arzneimittel 17,3%</li> <li>• Krankengeld 5,5%</li> <li>• Zahnbeh. inkl. Zahnersatz 6,60%</li> <li>• Verwaltungskosten 4,88%</li> </ul>

Anhand der Tabelle wurde deutlich, dass die Krankenhausbehandlungen in Deutschland im Jahr 2015 einen prozentual höheren Anteil an den Gesamtausgaben erzielten, als in Österreich. Im Gegenteil dazu waren die prozentualen Anteile der ärztlichen Behandlungen und der Arzneimittel in Österreich höher als jene in Deutschland. In der BRD wurden mehr finanzielle Ausgaben in Prozent zu den Gesamtausgaben für Krankengeld, Zahnbehandlung inkl. Zahnersatz und Verwaltungskosten verwendet als in Österreich.

## 6.7 Selbstbehalte und Kostenbeiträge

Durch die hohe Anzahl an Rechtsquellen und somit unterschiedlichen Selbsthalten bei den verschiedenen Krankenversicherungsträgern ist es bei unserem System schwierig den Überblick zu bewahren. In Österreich gibt es Selbstbehalte bei den unterschiedlichen Versichertengruppen, mit unterschiedlichem Ausmaß (Bundesministerium für Gesundheit 2016i). Dabei fallen Selbstbehalte z.B. bei Arzneimittel, Heilbehelfen und Hilfsmitteln oder in Form von Kostenbeiträgen bei der Anstaltspflege an. Bei der ärztlichen Hilfe fallen hingegen nur bei Versicherungsgruppen wie z.B. bei Selbstständige oder BeamtInnen Kostenbeiträge an. Verblüffend ist, dass bei teuren Zahnbehandlungen sogar Unterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen in den Bundesländern bestehen.

Bei den Selbsthalten von Arzneimitteln, die einen beträchtlichen Anteil bei den Einnahmen erzielen, werden bei der näheren Betrachtung folgende Unterschiede sichtbar. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten müssen Zuzahlungen bei beiden Ländern geleistet werden. In Deutschland werden grundsätzlich zehn Prozent des Arzneimittelpreises erhoben, höchstens jedoch zehn Euro. Kostet das Medikament jedoch weniger als fünf Euro, müssen die Kosten selbst von den PatientInnen übernommen werden. Im Unterschied dazu ist in Österreich eine Rezeptgebühr von 5,70 € zu entrichten. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden in Deutschland von den Krankenkassen grundsätzlich nicht erstattet. Ausnahme bilden Arzneimittel, die bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung zum Therapiestandard gehören. Die Belastungsgrenze einer Zuzahlung ist bei Arzneimitteln in den Ländern unterschiedlich. In Deutschland liegt diese bei zwei Prozent der Bruttoeinnahmen. In Österreich hingegen bei zwei Prozent des individuellen Jahresnettoeinkommens.

Im Vergleich zu anderen Staaten zeigt sich, dass Österreich einen überdurchschnittlich hohen Anteil an privaten Ausgaben und Selbsthalten aufweist (Schmadlbauer 2006).

Deutschland hat dahin bezogen ein besseres und überschaubareres System. Dabei ist im SGB V idF. 2016/2986 unter § 61 genau geregelt, und in welcher Höhe Zuzahlungen anfallen. Demnach kann das deutsche System als Vorbild gesehen werden, indem man auch in unserem Krankenversicherungssystem versucht, die Selbstbehalte zu vereinheitlichen.

## **6.8 Krankenkassen**

Bei der Gegenüberstellung der Länder Österreich und Deutschland zeigt sich, dass die Bundesrepublik Deutschland mit insgesamt 117 gesetzlichen Krankenkassen auf den ersten Blick viel mehr aufweist als Österreich. Dividiert man jedoch die Anzahl der EinwohnerInnen durch die Anzahl der Kassen kommt man bei Österreich auf rund 450.000 Menschen pro Kasse und in Deutschland (inkl. SVLFG) auf rund 697.000 Menschen pro Kasse. Vor allem die Betriebskrankenkassen sind in Deutschland stark vertreten. Generell sind die

Krankenkassen in Österreich, sowie auch Deutschland historisch bedingt, nach Gebieten bzw. Bundesländern und nach der Berufstätigkeit gegliedert worden. Ein Unterschied bei den Krankenkassen besteht darin, dass der Krankenversicherungsträger in Österreich nicht autonom gewählt werden kann, sondern einerseits von dem Ort der ausgeübten Berufstätigkeit, andererseits von der beruflichen Tätigkeit an sich zugeteilt wird. In Deutschland hingegen herrscht eine weitgehende Wahlfreiheit. Eine Ausnahme bildet dabei die Sozialversicherung für Landwirtschaft Forsten und Gartenbau, die nicht dem allgemeinen Kassenwahlrecht unterliegt und somit nicht frei gewählt werden kann. Generell kann gesagt werden, dass die in den verschiedenen Ländern ansässigen Gesundheitssysteme, und dadurch auch die Krankenkassen von den zugrundeliegenden Normen und Werten der jeweiligen Gesellschaft heraus entstanden sind (Lameire et al. 1999).

## 7 Mögliche Effizienzsteigerungsmaßnahmen für Österreich

Das österreichische Krankenversicherungssystem gerät immer stärker in Kritik. Dabei wird besonders die Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung diskutiert. Demografische Entwicklung, medizinisch- technischer Fortschritt und konjunkturelle Probleme werden in der Literatur häufig als Hauptprobleme genannt.

Der Vorstandsvorsitzende im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Peter Mc Donald erklärte, die Ursachen für die Finanzentwicklung der letzten Jahre, indem er sagte, dass die Ursachen vor allem im Bereich des gedämpften Beitragseinnahmewachstums und einzelner Ausgabepositionen, insbesondere bei den Medikamenten liegen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016d).

Um mögliche effizienzsteigernde Maßnahmen zu erläutern, muss vorweg geklärt werden, was überhaupt mit Effizienz gemeint ist. Ahn & Dyckhoff 2004 setzen Effizienz mit der Verfolgung des ökonomischen Prinzips gleich. Umgangssprachlich wird es oft synonym mit dem Wort Wirtschaftlichkeit oder mit rationeller Umgang mit knappen Ressourcen beschrieben.

Im österreichischen Gesundheitssystem und vor allem in der sozialen Krankenversicherung gibt es viele Probleme. Folge dessen gibt es dementsprechend viele Ansätze zur Effizienzsteigerung, die in Betracht kommen würden. In diesem Kapitel werden nun ohne Anspruch auf Vollständigkeit, mögliche Ansätze zur Effizienzsteigerung vorgestellt.

Generell kann bei der Gegenüberstellung abgeleitet werden, dass in Österreich ein Verbesserungspotential dahingehend besteht, die verschiedenen Gesetze der Versicherungsgruppen zu einem einheitlichen Gesetz nach deutschem Vorbild zusammenzufassen. Auch Sozialminister Alois Stöger drängt dahingehend auf Reformen und gab eine Studie zur Effizienz der Sozialversicherungen in Auftrag (Presse 2017a , Presse 2017b). Mit der Vereinheitlichung der Rechtsquellen

könnte gleichzeitig das Problem mit den unterschiedlichen Selbstbehalten bzw. Zuzahlungen im Krankenversicherungssystem gelöst werden.

Auch die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist in Deutschland durchaus übersichtlicher. Dabei erfolgt die Finanzierung aller Krankenversicherungsträger aus dem Gesundheitsfonds. Laut Dr. Hans Jörg Schelling könnte unser Gesundheitswesen langfristig gesichert werden, indem es ebenfalls aus einem Topf finanziert wird (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017). Generell ist zu sagen, dass die individuelle Struktur der Gesundheitssysteme durch verschiedene historische Entwicklungen entstand (Theurl 1999).

Eine Verbesserung könnte in Österreich dahingehend erzielt werden, indem die Beiträge für Versicherte in einem Topf gesammelt werden, nach deutschem Vorbild mit Grundpauschale plus alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge verteilt werden. Eine Versicherung mit vielen kranken und alten Mitgliedern würde demnach mehr Geld aus dem Gesundheitsfond beziehen, als jene mit gesunden und jungen Mitgliedern. Weiters würde die Finanzierung dadurch übersichtlicher bzw. nachvollziehbarer für die Stakeholder im Gesundheitssystem.

Generell kann gesagt werden, dass im österreichischen Krankenversicherungssystem die bundesländerspezifischen Standorte der Krankenversicherungsträger verringert werden könnten, um so auch langfristig Verwaltungskosten zu reduzieren. Gemeint ist damit, dass z.B. die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft nicht in jedem Bundesland, sondern nur in eingeteilten Regionen vertreten sein müsste, um dadurch den Verwaltungsaufwand des Krankenversicherungsträgers zu reduzieren.

Bei der Gegenüberstellung hat sich ebenfalls gezeigt, dass die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung von drei Leistungsaufwendungen dominiert werden. Vor allem fällt auf, dass die Arzneimittelausgaben im Jahr 2015 so hoch wie noch nie waren. Im Gegenzug dazu waren die Präventionsausgaben minimal. Dabei würde der Ansatz einer Effizienzsteigerung auch die Arzneimittel betreffen.

In den Medien, wie auch bei öffentlichen Diskussionen rücken die Arzneimittelausgaben immer mehr in den Vordergrund, da sie in den letzten Jahren stetig stiegen. Angesichts der folgenden Abbildung zu den Arzneimittelausgaben steht Österreich vor großen Herausforderungen.

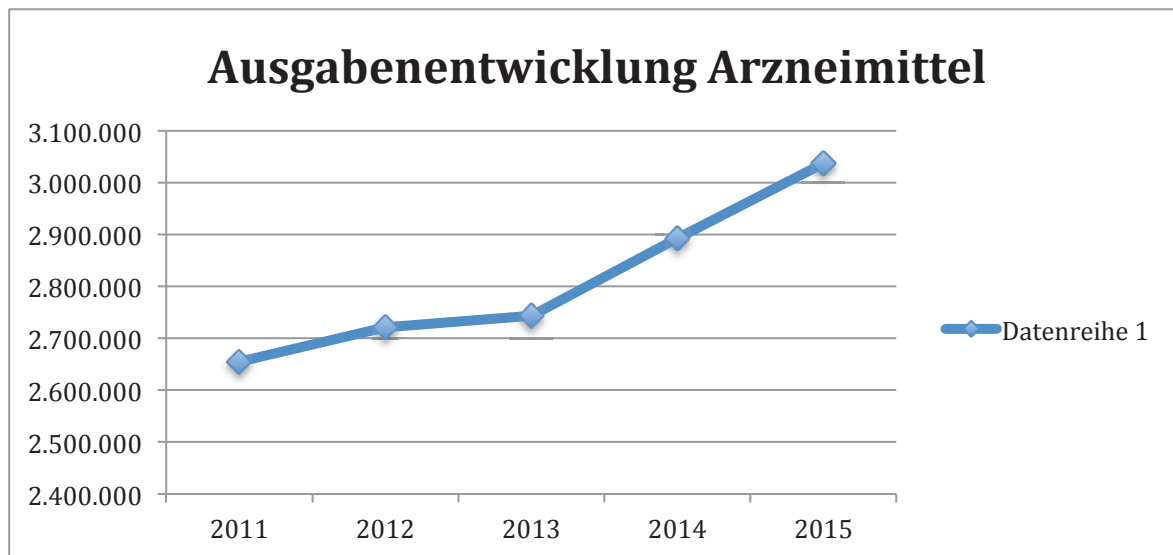


Abbildung 13: Ausgabenentwicklung Arzneimittel in mio. Euro (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016g, Eigene Darstellung)

Betrachtet man die Arzneimittelausgaben für das Jahr 2015 pro Kopf, so kommt man in Österreich auf 441 Euro (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016g). Im Vergleich dazu sind diese in der BRD noch höher und betragen 492 Euro (Statistisches Bundesamt 2016e). Versicherte Mitglieder bekommen alle Arzneimittel, welche im Erstattungskodex des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherung angeführt sind, mit Ausnahme der Rezeptgebühr, grundsätzlich bezahlt. Wenn eine Behandlung aus zwingenden Gründen notwendig ist und nicht bei den im Erstattungskodex angeführten Arzneyspezialitäten gelistet ist, wird eine Chefarztbewilligung benötigt. Dadurch übernimmt die soziale Krankenversicherung wieder mit Ausnahme der Rezeptgebühr die Kosten (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016g).

Um die Kosten der Arzneimittelausgaben zu senken, können Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Ein guter Ansatz stellt die Verwendung von Generika dar. Ein Arzneimittel mit den gleichen Wirkstoffen wie das ursprünglich patentrechtlich geschützte Medikament, wird Generikum genannt (Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2016c).

Solange jedoch der Patentschutz in der Regel von 20 Jahren besteht, darf keiner den Wirkstoff zu einem Arzneimittel verarbeiten. Betrachtet man jedoch die Phase der Entwicklung eines Arzneimittels bis zur Zulassung genauer, fällt auf, dass bereits die Hälfte der patentgesicherten Zeit abgelaufen ist. Generika kosten in der Regel deutlich weniger als die Originalpräparate. Das liegt vor allem daran, dass bei den Herstellungskosten eines Generikums keine bzw. nur geringe Forschungs- und Entwicklungskosten anfallen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016g). Würde man anstatt von Originalpräparaten vermehrt auf Generika setzen, könnten so die Kosten von Arzneimitteln gesenkt werden.

Eine Verbesserung der Effizienz könnte auch erreicht werden, in dem Marketing- und Vertriebskosten von Arzneimitteln für die Erforschung der Wirksamkeit der Medikamente eingesetzt werden. Unwirksame oder gar überflüssige Therapien mit Medikamenten oder auch die Wahl der teureren, aber nicht wirksameren Behandlungsmethode führt in den Gesundheitssystemen oft zu enormen Kosten (Schmadlbauer 2006). Im Gegenteil dazu erhöhen Medikamentenwechselwirkungen oder Überversorgungen oft die Risiken für PatientInnen.

Einer Überversorgung schadet nicht nur PatientInnen gesundheitlich und psychisch, sondern kostet auch dem gesamten Gesundheitssystem viel Geld, welches letztendlich alle Versicherten zahlen.

Unter Überversorgung versteht man die Versorgung mit medizinischen Leistungen, die entweder überflüssig oder schädlich sind (Brownlee et al. 2017). Jedoch ist dabei anzumerken, dass sich die Ursachen für schlechte Versorgungen im Gesundheitssystem nicht einfach identifizieren lassen. Gesagt werden kann, dass Geld, Wissen, Fehlannahmen, Macht, Politik und menschliche Beziehungen dabei eine Rolle spielen (Elshaug et al. 2017). Erschreckend ist dabei, dass Überversorgungen nicht nur in Ländern mit hohem Einkommen auftreten, sondern auch in ärmeren Ländern, in denen die Mittel für Gesundheitsversorgung knapp bemessen sind (Brownlee et al. 2017).

Um dem globalen Problem, was nicht nur den Medikamenteneinsatz betrifft, sondern die gesamten medizinischen Leistungen und Therapien,

entgegenzuwirken, sollte der Einsatz medizinischer Leistungen und Therapien optimiert werden, indem mehr Gelder in Forschung investiert werden. Dadurch könnten diese überflüssigen oder gar schädlichen Leistungen bzw. Therapien, minimiert werden.

Eine weitere Maßnahme zur Effizienzsteigerung könnte nach dem Vorbild der SVA der gewerblichen Wirtschaft angesetzt werden.

Durch mehr Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit könnten die Kosten im Gesundheitssystem ebenfalls gesenkt werden. Als Vorbild könnte hier, wie bereits oben erwähnt, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gesehen werden. Diese initiierten das Vorsorgeprogramm „Selbstständig Gesund“. Dabei kommt HausärztInnen eine neue Rolle zu, indem sie PatientInnen künftig nicht nur im Krankheitsfall betreuen, sondern sie auch dabei unterstützen, gesund zu bleiben. Mitglieder der SVA der gewerblichen Wirtschaft können sich beim Erfüllen der individuell vereinbarten Gesundheitsziele, welche die Gesundheitsparameter Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Alkohol und Tabak betreffen, die Hälfte des Selbstbehaltes ersparen. Der Krankenversicherungsträger hat dabei das Ziel, das Bewusstsein der Mitglieder zu stärken, indem er deutlich macht, dass jeder Einzelne für sein Wohlbefinden selbst mitverantwortlich ist. Ziel ist es auch, die Versicherten dabei zu unterstützen, möglichst lange gesund zu bleiben und beschwerdefrei zu leben (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 2016). Dieses Vorsorgeprogramm könnte einheitlich auf die Krankenversicherungsträger ausgeweitet werden. Bei Mitgliedern der ASVA könnten anstatt dem halben Selbstbehalt, andere finanzielle Reize gesetzt werden. Durch diese Maßnahme könnte auch dem Problem des Moral Hazard entgegengewirkt werden. Denn jede Versicherung bringt ein moralisches Risiko mit sich. Personen, die ein gesundheitsschädliches Leben führen (Nikotin, Alkohol), könnte durch die erhobenen Parameter klar gemacht werden, welchen zukünftigen Schaden sie ausgesetzt sein könnten, in der Hoffnung das Verhalten moralisch zu hinterfragen. Auf der Einnahmeseite könnten ebenfalls Maßnahmen ergriffen werden, um die Effizienz zu steigern. Durch den demografischen Wandel entstehen auf der Einnahmeseite Verluste, da die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung eng an die Erwerbstätigkeit und somit an die BeitragszahlerInnen geknüpft ist.

Eine Verbesserung, die kontinuierlich vom österreichischen Hauptverband angewendet wird, ist die Erhöhung des Beitragssatzes. Demnach führt eine minimale Erhöhung zu einer erheblichen Einnahmesteigerung für die Krankenversicherung. Um einer kontinuierlichen Steigerung des Beitragssatzes bzw. der Höchstbemessungsgrundlage entgegenzuwirken, könnte an anderen Punkten angesetzt werden. Betrachtet man nämlich das Problem genauer, stößt man dabei auf ein Verbesserungspotential, bei dem die bestehenden Beitragssätze nicht zwingend erhöht werden müssten.

Bei der näheren Betrachtung sind steigende Zahlen der geringfügigen Beschäftigungen erkennbar.

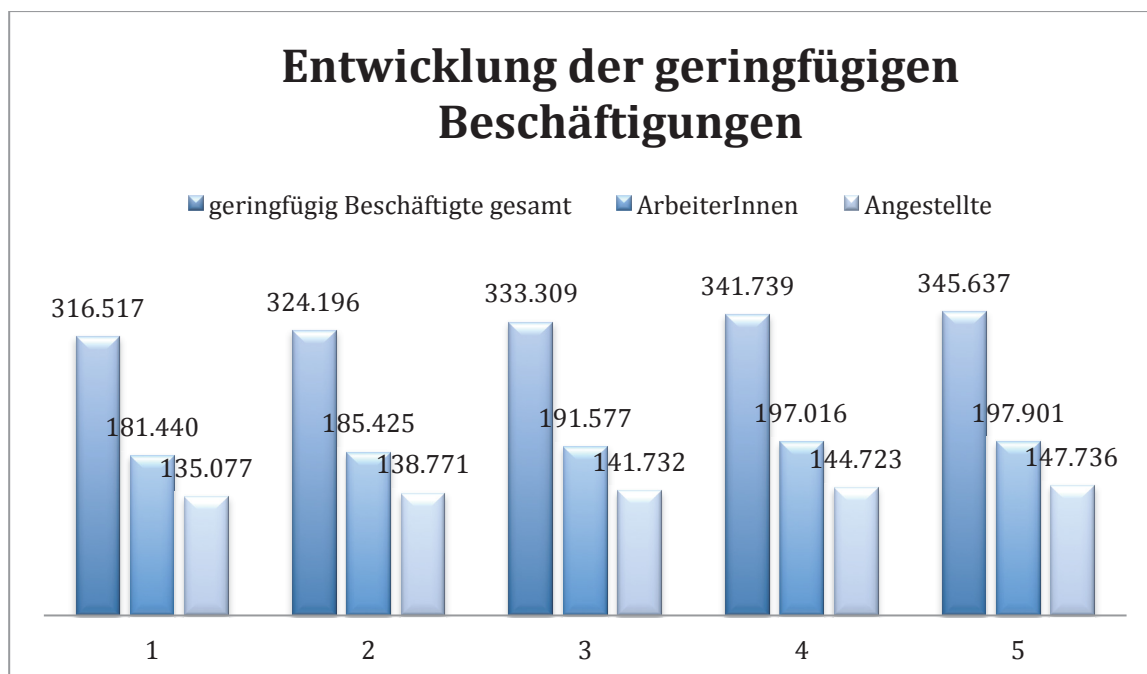


Abbildung 14: Entwicklung der geringfügigen Beschäftigungen Österreichs (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017b, Eigene Darstellung)

Anhand der Abbildung ist ersichtlich, dass die Anzahl der geringfügigen Beschäftigungen in Österreich in den letzten Jahren stetig stiegen. Dabei kann man auch erkennen, dass die Anzahl geringfügiger Beschäftigungen bei Angestellten deutlich mehr stieg als bei ArbeiterInnen.

Aufgrund der Tatsache, dass Arbeitslosigkeit, aber vor allem geringfügige Beschäftigungsverhältnisse die Einnahmen der sozialen Krankenversicherung schwächen, besteht dabei ein Handlungsbedarf (Hofmarcher und Rack 2006).

Personen mit einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis sind unter einem monatlichen Einkommen von 425,70 Euro nicht versicherungspflichtig. Im konkreten heißt das, dass Personen unter dieser Einkommensgrenze nicht selbstständig krankenversichert sind und somit keine Beiträge an die Krankenkassen leisten. Ihre ArbeitgeberInnen sind lediglich verpflichtet Unfallversicherungsbeiträge zu zahlen (Bundeskanzleramt 2017).

Eine effizienzsteigernde Maßnahme könnte dabei ansetzen, indem man das Problem bei der Höhe der Abgaben löst. Verdient man monatlich über 425,70 Euro, müssen davon in der Regel sieben Prozent, je fast zur Hälfte von AN und AG, an den jeweiligen Krankenversicherungsträger gezahlt werden. Wenn man im Gegenteil dazu bis zu 4860 Euro (ArbeiterInnen, Angestellte, BeamtlInnen) bzw. 5670 Euro (Selbstständige, Landwirtschaft Betreibenden) verdient, werden ebenso sieben Prozent des Bruttoeinkommens von der jeweiligen Krankenkasse eingezogen. Eine Effizienzsteigerung könnte dahingehend erzielt werden, indem man die gesetzliche Gestaltung ändert. Die Änderung könnte sich damit befassen, indem auch für geringfügig Beschäftigte ein geringer Beitrag von Seiten der AG geleistet werden müsste.

Mit diesem Ansatz könnte man nicht nur der steigenden Anzahl des geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses entgegenwirken, sondern auch zu einer Einnahmesteigerung in der sozialen Krankenversicherung.

Eine langfristige und nachhaltige Entwicklung der Krankenversicherung bzw. des gesamten Gesundheitssystems kann nur durch eine gute Beitragsentwicklung gesichert werden, die wiederum an den Löhnen und Gehältern der ArbeitnehmerInnen hängt (Schmadlbauer 2006).

*„Zentrale Hebel sind in diesem Zusammenhang Vollbeschäftigungen, eine Produktivitätssteigerung angemessene Lohn- und Gehaltsentwicklungen und die volle Integration der atypischen Beschäftigungsverhältnisse in das System der sozialen Sicherheit“ (Schmadlbauer 2006, S. 13).*

## 8 Diskussion

Obwohl die Krankenversicherungssysteme der Länder Österreich und Deutschland bei der oberflächlichen Betrachtung fast identisch erscheinen, bestehen in der konkreten Ausgestaltung Unterschiede. Dabei weist Deutschland bezüglich der Rechtsquellen ein weit aus überschaubareres bzw. einheitlicheres und durchaus besseres System auf. Die BRD fasst die gesamte Krankenversicherung im SGB V zusammen, hingegen gibt es in Österreich vier verschiedene Rechtsquellen. Bei der Finanzierung besteht ein Unterschied darin, dass die deutsche Krankenversicherung aus einem Topf, dem sogenannten Gesundheitsfonds finanziert wird. Die Beiträge werden hierbei von den Krankenversicherungsträgern eingehoben, jedoch sofort an den Gesundheitsfonds überwiesen. Davon bekommen die Krankenversicherungsträger wiederum pro versicherte Person eine Grundpauschale plus risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge rückerstattet. In unserem Krankenversicherungssystem müssen die Krankenversicherungsträger, nach dem Selbstverwaltungsprinzip, die Beitragseinnahmen selbst einheben, und nach dem Umlageverfahren selbst verwalten. Ein deutlicher Unterschied ist auch bei der Anzahl der Krankenkassen erkennbar, wobei Österreich mit 19 Krankenkassen deutlich weniger aufweist, als der Nachbarstaat mit 117 Krankenkassen. Die unterschiedliche Anzahl resultiert aufgrund unterschiedlicher geschichtlicher Entwicklungen der beiden Länder. Dabei entstanden die Gesundheitssysteme und dadurch auch die jeweiligen Krankenkassen aufgrund der damals zugrunde liegenden Normen und Werte der jeweiligen Gesellschaft (Lameire et al. 1999).

Gemeinsam ist, dass die Höhe der gesetzlichen Beiträge bei beiden Ländern gesetzlich festgelegt wird. Anzumerken ist hierbei, dass Österreich nicht wie die gesetzlichen Krankenversicherungsträger in Deutschland befähigt sind, Zusatzbeiträge einzuheben. Die Höchstbemessungsgrundlagen beider Länder gleichen sich ziemlich, jedoch unterliegen deutsche BürgerInnen ab einer bestimmten Grenze nicht mehr der Pflichtversicherung, sondern können sich bei einem privaten Krankenversicherungsträger versichern lassen. Unterschiede gibt es auch bei der Wahl der Krankenkasse. In Deutschland besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung weitgehende Wahlfreiheit, in Österreich hingegen nicht. Dabei erfolgt die Zuordnung in Österreich in erster Linie nach

Erwerbstätigkeit und Ort. Die dominierenden Leistungsaufwendungen bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind zwischen den Ländern ident. Erwähnenswert ist dabei, dass die Arzneimittelausgaben in Österreich, als auch in Deutschland erschreckend steigen.

Das österreichische Gesundheitssystem zählt zwar im Vergleich zu anderen entwickelten Nationen nicht zu den kostengünstigsten Systemen, im Gegenzug dazu aber zu den weltweit besten Gesundheitssystemen bezüglich seiner Leistungsfähigkeit (Schmadlbauer 2006). Um den steigenden Ausgaben entgegenzuwirken, fanden in Österreich bereits kleinere Umschichtungen und Gebührenerhöhungen statt, die aber die generelle Struktur nicht wesentlich veränderten. Da die Gesundheitsreformen häufig mit Erhöhungen der Beitragssätze, Selbstbehalte oder Höchstbemessungsgrundlage einher gingen, wurde in der vorliegenden Arbeit versucht, alternative Ansätze für effizienzsteigernde Maßnahmen darzulegen.

Das immer häufigere diskutierte Problem der steigenden Arzneimittelausgaben könnte durch vermehrten Einsatz von Generika gedämpft werden (Institute for healthcare Informatics 2014). Ebenso könnten Marketing- und Vertriebskosten dafür verwendet werden, um die Wirksamkeit der Medikamente besser zu erforschen. Denn unwirksame oder gar überflüssige Therapien oder auch die Wahl der teureren, aber nicht wirksameren Therapie könnte so entgegengewirkt werden. Generell sollte mehr Forschung hinsichtlich Effektivität und Effizienz zu medizinischen Leistungen und Therapien betrieben werden. Medizintechnik-Folgeabschätzungen (HTA) zur Bewertung sollte garantieren, dass sichere, wirksame und wirtschaftliche Leistungen optimal im Gesundheitssystem genutzt werden um so die verfügbaren Ressourcen bestmöglich zu nutzen und dadurch einer Überversorgung entgegenzuwirken. Dazu müssten auch vermehrt Personen, welche in der Verbreitung und Umsetzung von Forschungsergebnissen geschult sind, eingesetzt werden, da sich zudem ÄrztInnen aufgrund fehlender Ausbildung immer noch schwer tun, neue bzw. gesicherte Erkenntnisse in den klinischen Alltag zu integrieren.

Eine weitere Änderung der gesetzlichen Gegebenheiten könnte sich auch damit befassen, indem auch für geringfügig Beschäftigte von ArbeitgeberInnen ein geringer Beitrag geleistet werden müsste. Somit könnte man einerseits dem nicht gewollten Wachstum der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse

entgegenwirken, sondern andererseits auch die Einnahmen der sozialen Krankenversicherung erhöhen.

Eine Umschichtung der Investitionen von der Krankheitsbehandlung in die Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Vorbild der SVA der gewerblichen Wirtschaft könnte ebenfalls zur Effizienzsteigerung beitragen, indem man den Personen deutlich macht, dass die Selbstbeteiligung bei der Erhaltung der Gesundheit maßgeblich ist und dadurch langfristig Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden könnten. Generell würde eine Vereinheitlichung bzw. eine Zusammenfassung der Rechtsquellen Vorteile mit sich bringen. Einerseits würde das System überschaubarer werden und andererseits könnten massive Unterschiede bei Selbstbehalten und Zuzahlungen vermieden werden. Auch eine Reduzierung der Standorte der jeweiligen Krankenversicherungsträger können in Betracht gezogen werden. Dadurch könnte sich der Verwaltungsaufwand des jeweiligen Krankenversicherungsträger minimieren. Trotz der in Auftrag gegebenen Forschung zur Effizienzsteigerung der Sozialversicherung von Sozialminister Alois Stöger bedarf es bei dieser Thematik an weiterer Forschung.

Schlussendlich kann gesagt werden, dass eine umfassende Gesundheitsreform in Angriff genommen werden sollte um eine nachhaltige Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems, bzw. auch der sozialen Krankenversicherung, in Zukunft zu gewährleisten.

## 9 Literaturverzeichnis

Ahn H, Dyckhoff H 2004: „Zum Kern des Controllings: Von der Rationalitätssicherung zur Effektivitäts- und Effizienzicherung“ In: Scherm E, Pietsch G „*Controlling: Theorien und Konzeptionen*“, München.

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz BGBl. idF. 32/2017 abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147> (22.02.2017).

Breyer F, Zweifel P, Kifmann, M 2005, „Gesundheitsökonomie“, 5.Auflage, Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2016, Demografie Portal Deutschland, Bevölkerungspyramide, abrufbar unter: [https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung\\_Altersstruktur.html](https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_Altersstruktur.html) (07.01.2017).

Brownlee S, Chalkidou, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D 2017, „Evidence for overuse of medical services around the world“, *Lancet* 6 (17), S. 1-13.

Bundeskanzleramt 2016, Rezeptgebühr, abrufbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/117/Seite.1170160.html> (10.10.2016).

Bundeskanzleramt 2016b, Krankengeld, abrufbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/117/Seite.1170160.html> (10.01.2016).

Bundeskanzleramt 2017, Geringfügig Beschäftigte, abrufbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/207/Seite.2070006.html> (22.01.2017).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, Aufgaben und Organisation, abrufbar unter: <http://www.bmas.de/DE/Ministerium/Willkommen-im-BMAS/aufgaben-des-ministeriums.html> (06.10.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2012, „Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich - Wissenschaftlicher Ergebnisbericht“, abrufbar unter: [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/8/3/CH1066/CMS1382089784387/das\\_oesterr\\_eichische\\_gesundheitswesen\\_im\\_internationalen\\_vergleich.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/8/3/CH1066/CMS1382089784387/das_oesterr_eichische_gesundheitswesen_im_internationalen_vergleich.pdf) (14.09.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2013, „Das Österreichische Gesundheitssystem – Zahlen, Daten Fakten“, abrufbar unter: <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheits-system-zahlen-daten-2013.pdf> (03.09.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2014, „Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung“, 10. aktualisierte Auflage, abrufbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GKV\\_Ratgeber\\_2014.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GKV_Ratgeber_2014.pdf) (14.10.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016, Kranken- und Unfallversicherung, abrufbar unter: [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Kranken\\_und\\_Unfallversicherung/Soziale\\_Unfallversicherung](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Unfallversicherung) (15.08.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016b, Aufgaben und Organisation, abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html> (06.10.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016c, elektronische Gesundheitskarte, abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/e-health-initiative-und-telemedizin/allgemeine-informationen-egk.html> (01.10.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016d, Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung, abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html> (24.10.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016e, Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Sozialversicherung, abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html> (17.10.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016f, Kennzahlen und Faustformeln der GKV, abrufbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen\\_Daten/KF2015Bund\\_Juni\\_2016.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2015Bund_Juni_2016.pdf) (05.01.2017).

Bundesministerium für Gesundheit 2016g, Zuzahlungen bei der GKV, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/zuzahlung-und-erstattung.html> (05.01.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016h, Finanzergebnisse 2015, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2016/1-quartal/gkv-finanzergebnisse-2015.html> (10.01.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016i, Selbstbehalte, abrufbar unter: [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Kranken\\_und\\_Unfallversicherung/Soziale\\_Krankenversicherung](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Krankenversicherung) (11.01.2016).

Bundesministerium für Gesundheit 2016j, Organisation der GKV, abrufbar unter: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html> (31.09.2016).

Deutsche Sozialversicherung 2016, Grundprinzipien, abrufbar unter: [http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/grundprinzipien\\_print.html](http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/grundprinzipien_print.html) (30.09.2016).

Deutsche Sozialversicherung 2016b, Einführung Sozialversicherung, abrufbar unter: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/einfuehrung.html> (06.10.2016).

Deutschland 2016, Aufgaben der Bundesministerien, abrufbar unter: <https://www.deutschland.de/de/topic/politik/deutschland-europa/bundesministerien> (03.10.2016).

Duden 2016, Das Gesundheitssystem, abrufbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gesundheitssystem> (01.08.2016).

Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V 2017, „Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care“, Lancet 6 (17), S.1-11.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2016, Gesundheitliche Lage, abrufbar unter: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=70344486&p\\_sprache=D&p\\_knoten=TR3600](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=70344486&p_sprache=D&p_knoten=TR3600) (25.09.2016).

GKV Spitzenverband 2016, Aufgaben und Ziele, abrufbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/wir\\_ueber\\_uns/wir\\_ueber\\_uns.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/wir_ueber_uns/wir_ueber_uns.jsp) (07.10.2016).

GKV Spitzenverband 2016b, Zahlen und Grafiken, abrufbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/zahlen\\_und\\_grafiken.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp) (11.01.2016).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016, Selbstverwaltung, abrufbar unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693791&viewmode=content> (09.08.2016).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016b, Allgemeine Aufgaben, abrufbar unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693692&portal:componentId=gtn5a693389-2c55-4cba-b8c5-3339c0f25ff0&viewmode=content> (09.08.2016).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016c, Geschichte der Sozialversicherung, abrufbar unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.750771&portal:componentId=gtn224926dc-e5db-464d-8086-e4640eff5028&viewmode=content> (16.08.2016).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016d, Finanzlage, abrufbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.754368&viewmode=content&portal:componentId=gtnfa028d66-9e4a-44d1-821d-aa358b487c08> (09.01.2016).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016e, „Handbuch der österreichischen Sozialversicherung“, S.21-28.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016e, Die Sozialversicherung in Zahlen, S.13, abrufbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.619327> (19.09.2016).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013b, Sozialversicherung – Gut versichert, abrufbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.555118&version=1391176456> (15.09.2016).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016f, Die Sozialversicherung in Zahlen, abrufbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.632793&version=1473771495> (15.01.2017).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016g, Arzneimittel, abrufbar unter:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.563463&version=1391184468>  
(9.12.2016).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017, Dr. Hans Jörg Schelling, Finanzierung des Gesundheitswesens aus einem Topf, abrufbar unter:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564325&version=1391184553>  
(20.02.2017).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017b, Statistische Daten, abrufbar unter:

<https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683681&viewmode=content> (22.02.2017).

Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ 2013, „Health Systems in Transition 2013“, USA – Health System Review, 15(3), abrufbar unter:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf),  
(09.08.2016).

Hofmarcher MM 2013b, „Health Systems in Transition 2013“, Austria – Health System Review", 15(7), abrufbar unter:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/233414/HiT-Austria.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/233414/HiT-Austria.pdf?ua=1)  
(14.09.2016).

Hofmarcher MM, Rack HM 2006, „Gesundheitssysteme im Wandel“, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.

Horr, Franz: Die gesetzliche Krankenversicherung - einst und jetzt. In: Soziale Sicherheit, Heft 7, Juli 1963.

Humanrights 2013, Artikel 22 Recht auf soziale Sicherheit, abrufbar unter:  
<http://www.humanrights.ch/de/internationale-menschenrechte/aemr/text/artikel-22-aemr-recht-soziale-sicherheit> (10.11.2016).

Institute for healthcare Informatics 2014, The Global Use of Medicines: Outlook Through 2017, abrufbar unter:  
<http://generikaverband.at/wp-content/uploads/2016/04/ihiiglobaloutlookformedsthrough2018.pdf> (20.02.2017).

Kern AO 2002, „Internationale Vergleiche von Systemen gesundheitlicher Versorgung, UniPress, Augsburg, abrufbar unter: [https://www.presse.uni-augsburg.de/publikationen/unipress/up20023/artikel\\_12/](https://www.presse.uni-augsburg.de/publikationen/unipress/up20023/artikel_12/) (15.12.2016).

Krankenkassen Deutschland, Gesetzliche Krankenkassen 2016, abrufbar unter: <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankenversicherung/Krankenkassen/> (04.10.2016).

Krankenkassen Deutschland 2016b, Zuzahlungen in der GKV, abrufbar unter: <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankenversicherung/sozialversicherung-rechengroessen-beitragsbemessungsgrenze-versicherungspflichtgrenze/Belastungsgrenzen-Zuzahlungen/> (10.01.2016).

Lameire N, Joffe P, Wiedemann M 1999, „Healthcare systems – an international review: an overview“ European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association, 14 (6), S.3-9.

Lauterbach KW, Stock S, Brunner H 2013, „Gesundheitsökonomie – Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe“, 3. Vollständig überarbeitete Auflage, Hans Huber Verlag, Bern.

Lehmann J. C. 2009, „Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen? Selektives Kontrahieren und die Zukunft der Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase, 1. Auflage, Igel Verlag, Hamburg.

Müller W 2000, „Sozialversicherung von A-Z“, Hans Jentzsch &Co, Wien.

Nagel E 2013, „Das Gesundheitswesen in Deutschland – Struktur, Leistungen und Weiterentwicklung“, 5.vollständig und erweiterte Auflage, Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Neudeck W. 2002, „Das österreichische Gesundheitssystem: Eine ökonomische Analyse“, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien.

OECD Health Data 2010, Gesundheitsmodelle, abrufbar unter: <http://www.oecd.org/health/health-statistics.htm> (10.11.2016).

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2016, Institutionen, Sozialversicherung, abrufbar unter: [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Sozialversicherung\\_LN.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Sozialversicherung_LN.html) (14.08.2016).

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2016b, Heilbehelfe und Hilfsmittel, abrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/heilbehelfe-hilfsmittel.html> (10.10.2016).

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2016c, Arzneimittel, abrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/medikamente/was-ist-ein-arzneimittel> (16.12.2016).

Österreichische Apothekerkammer 2017, Entwicklung der Rezeptgebühr, abrufbar unter: <http://www.apotheker.or.at/Internet%5COEAK%5CNewsPresse.nsf/webPages/D2FCB57ED4671F75C1256F2C005D30F3?OpenDocument> (13.01.2017).

Österreichische Sozialversicherung 2016, Geschichte, abrufbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683707&viewmode=content> (22.08.2016).

Österreichische Sozialversicherung 2016b, Beitragsgrundlage und Beitragssätze, abrufbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.626867&version=1456125452>, 01.09.2016.

Papier HJ 2011, „Das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes – der rechtliche Rahmen der sozialen Sicherung“, Hrsg. Pöttering HG, „Die Zukunft des Sozialstaates“, Herder Verlag, Freiburg.

Presse 2017a, Wirtschaftsnachrichten, abrufbar unter: <http://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/5172746/Stoeger-draengt-auf-Reformen-bei-Sozialversicherungen?xtor=CS1-15-%5BEconomist%5D> (22.02.2017).

Presse 2017b, Wirtschaftsnachrichten, abrufbar unter: [http://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/5167138/SVStudie\\_Stoeger-verteidigt-Vergabe-an-Londoner-Institut?from=simarchiv](http://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/5167138/SVStudie_Stoeger-verteidigt-Vergabe-an-Londoner-Institut?from=simarchiv) (22.02.2017).

Pöttler G 2014, „Gesundheitswesen in Österreich“, 2. überarbeitete Auflage, Goldegg Verlag GmbH, Wien.

Rudolf G 1989, „100 Jahre österreichische Sozialversicherung“, Horn, Berger & Söhne.

Sandgruber R & Stekl H 1978, „Die Einbeziehung der Bauern, Landarbeiter, Gewerbetreibenden und Hausgehilfen in das System der österreichischen Sozialversicherung, Salzburg, S. 130-137.

Schenker MH 2010, „Die europäischen Gesundheitssysteme im Vergleich“, Info Santéuisse – Das Magazin der Schweizer Krankenversicherer, 3 (10), pp. 3-5.

Sawicki PT, Bastian H 2008, „German health care: a bit of Bismarck plus more science“ BMJ, 2008; 337:a1997.

Schmadlbauer H 2006, „Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – eine Problemanalyse“, Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer, Institut für Gesellschafts und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz, abrufbar unter: <https://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.576358&version=1391199254> (15.01.2016).

Schmid J 2010, „Wohlfahrtsstaaten im Vergleich“, Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme, 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2010, S. 129-146.

Schölkopf M 2010, „Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich“, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U 2003, „Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

Sozialgesetzbuch (SGB V) 2016 idF. 2016/2986, Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung, abrufbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html> (23.10.2016).

Simon M 2016, „Das Gesundheitssystem in Deutschland“, Hogrefe Verlag, Bern.

Spitzauer M, Stationen der gewerblichen Sozialversicherung. In: 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, S. 249-250.

Sozialministerium 2016, Krankengeld, abrufbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=336> (15.12.2016)

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 2016, Geschichte, abrufbar unter: <http://svagw.at/portal27/svportal/contentPrint?contentid=10007.7148&viemode=content&print=true> (20.08.2016).

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 2016b, ärztliche Behandlung, abrufbar unter: <http://svagw.at/portal27/svportal/content?contentid=10007.748781&viewmode=content> (10.10.2016).

Sozialversicherungsanstalt der Bauern 2016, Behandlungsbeitrag, abrufbar unter: <https://www.svb.at/portal27/svbportal/content?contentid=10007.718659&viewmode=content> (10.10.2016).

Statistik Austria 2014, „Zahlen Daten, Fakten 2014/2015“, 10.Auflage, Aichfelder Druck, Wien.

Statistik Austria 2014b, Die Bevölkerungspyramide, abrufbar unter: [http://www.stat.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.stat.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html) (04.08.2016)

Statistisches Bundesamt 2016, Marktanteile der GKV-Krankenkassen , abrufbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156183/umfrage/krankenkassen-gkv-marktanteile-nach-mitgliedern/> (05.01.2017).

Statistisches Bundesamt 2016a, Demografie Deutschland, abrufbar unter: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus\\_Geschlecht\\_Staatsangehoerigkeit.html;jsessionid=AF1314BA9A42CE013D76F21F596351B6.cae1](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html;jsessionid=AF1314BA9A42CE013D76F21F596351B6.cae1) (20.09.2016).

Statistisches Bundesamt 2016b, ÄrztInnenbesuche, abrufbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77182/umfrage/deutschland-jaehrliche-arztbesuche-pro-kopf-seit-1991/> (14.12.2016).

Statistisches Bundesamt 2016c, Geburten Deutschland, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneDifferenz.html> (14.12.2016).

Statistische Bundesamt 2016d, Krankenhauskennzahlen, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html> (14.12.2016).

Statistisches Bundesamt 2016f, Arzneimittelausgaben, abrufbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5115/umfrage/ausgaben-der-gkv-je-versicherten-fuer-arzneimittel/> (08.01.2017).

Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016, Geschichte, abrufbar unter: <http://www.stgkk.at/portal27/stgkkportal/contentPrint?contentid=10007.711856&viewmode=content&print=true> (20.08.2016).

Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016b, Spitalsaufenthalt, abrufbar unter: <http://www.stgkk.at/portal27/stgkkportal/content?contentid=10007.711893&viewmode=content> (12.10.2016).

Sozialversicherung für Landwirtschaft Forsten- und Gartenbau (SVLFG) 2016, Versicherung Krankenkasse, abrufbar unter: <https://www.svlfg.de/50-vmb/vmb05/index.html> (15.01.2017).

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 2016, Selbstständig Gesund, abrufbar unter: <https://www.svagw.at/cdscontent/load?contentid=10008.586901&version=1455004670> (15.01.2017).

Tomandl T 2005, „Was Sie schon immer über die Sozialversicherung wissen wollten“, S.17, Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung Wien.

Theurl E 1999, „Some Aspects of the Reform of the Health Care System in Austria, Germany and Switzerland“, Health Care Analysis 7(4), S.331-54.

Van der Zee J, Kroneman MW 2007, „Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs“, BMC Health Services Research, 7 (94), S.1-3.

Verband der Ersatzkassen 2017, Beitragsbemessungsgrenze, abrufbar unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/arbeitgeber/beitragssaetze.html> (25.01.2017).

Verband der privaten Krankenversicherung 2016, abrufbar unter: <http://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/> (15.10.2016).

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs 2013, Auf den Punkt gebracht, abrufbar unter: [https://www.wienerstaedtische.at/fileadmin/user\\_upload/Dokumentenpool/Privat/Gesundheit/vv\\_o\\_broschuere.pdf](https://www.wienerstaedtische.at/fileadmin/user_upload/Dokumentenpool/Privat/Gesundheit/vv_o_broschuere.pdf) (07.09.2016).

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau 2016, Geschichte, abrufbar unter: <http://vaeb.at/portal27/vaebportal/contentPrint?contentid=10007.721467&viewmode=content&print=true> (27.08.2016).

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016, Geschichte, abrufbar unter: <http://www.bva.at/portal27/bvaportal/contentPrint?contentid=10007.676689&viewmode=content&print=true> (25.08.2016).

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016b, ärztliche Hilfe, abrufbar unter: <http://www.bva.at/portal27/bvaportal/content?contentid=10007.676748&portal:componentId=gt9dac4b72-85ea-493c-b52b-fc4169ce7820&viewmode=content> (11.10.2016).

Wagner L 2002, „Die ideologischen Grundlagen der Selbstverwaltung der österreichischen Sozialversicherung“, Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift für Sozialsicherung, hrsg. Vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (12), Wien, S, 500-514.

Wirtschaftslexikon Gabler 2016, das Ausgedinge, abrufbar unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/altenteil.html> (15.08.2016).

Wurzer A 2004, Direktor der Pensionsversicherung, abrufbar unter: <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvaportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.699558> (11.10.2016).