

**MASTERARBEIT**

**Die Ökonomisierung und Privatisierung  
von Gesundheitseinrichtungen in Österreich  
und deren Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten**

eingereicht von

**Sarah Maria Frajuk, BSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science  
(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von

Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Susanne Fink, MSc

Graz, 1. Mai 2018

## **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, 1. Mai 2018

Sarah Maria Frajuk, BSc eh.

## Danksagung

---

Für meine Familie in großer Dankbarkeit.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>IV</b>
<b>Summary</b> .....	<b>VI</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Zielsetzung .....	3
1.2 Forschungsfrage.....	3
<b>2 Methodenwahl</b> .....	<b>4</b>
<b>3 Das Österreichische Gesundheitswesen</b> .....	<b>7</b>
3.1 Historischer Überblick.....	7
3.2 Struktur und Aufbau.....	10
3.2.1 Bundesebene .....	12
3.2.2 Einrichtungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen....	13
3.2.3 Länder und Gemeinden.....	16
3.2.4 Die Landesgesundheitsfonds (LGF).....	18
3.2.5 Die Sozialversicherung.....	19
3.2.6 Der Hauptverband .....	21
3.2.7 Private Zusatzversicherungen .....	21
3.3 Dezentralisierung des Gesundheitssystems.....	22
3.4 Finanzierung und Ausgaben.....	23
3.5 Leistungserbringung .....	26
3.6 Einrichtungen des Gesundheitswesens und deren Berufsgruppen .....	28
<b>4 Ökonomisierung und Privatisierung im österreichischen Gesundheitswesen</b> .....	<b>31</b>
4.1 Begriffserklärung .....	31
4.2 Ursachen und Hintergründe.....	35
4.2.1 Demografische Entwicklung .....	35
4.2.2 Medizinisch-technischer Fortschritt .....	37
4.2.3 Gesundheitsbewusstsein .....	37

4.2.4 Wandel des Krankheitsspektrums .....	38
4.2.5 Angebotsinduzierte Nachfrage .....	38
4.3 Privatisierungsformen .....	40
4.4 Trägerstruktur und rechtlicher Status der österreichischen Krankenanstalten .....	42
4.4.1 Rechtlicher Status .....	42
4.4.2 Träger- und Eigentümerstruktur .....	43
4.5 Bestehende gewinnorientierte Krankenanstalten in Österreich .....	44
4.5.1 Krankenhausketten und Klinikgruppen .....	45
4.5.2 Entwicklung gewinnorientierter Krankenanstalten in Österreich .....	47
4.5.3 Entwicklung der Bettenanzahl gewinnorientierter Krankenanstalten in Österreich .....	49
<b>5 Auswirkungen der Ökonomisierung und Privatisierung .....</b>	<b>50</b>
5.1 Unter-, Über- und Fehlversorgung .....	50
5.2 Zwei-Klassen-Medizin .....	54
5.3 Mehrfachuntersuchungen .....	56
5.4 Wartezeiten .....	56
5.5 Private Zuzahlungen .....	58
5.6 Behandlung chronisch Kranker .....	59
5.7 Versorgungsungleichheiten sozial Benachteiligter .....	60
5.8 Verkürzung der Spitalsaufenthalte .....	61
<b>6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung .....</b>	<b>63</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>67</b>
<b>Internetquellen .....</b>	<b>71</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>75</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
ALLG	Allgemeinversorgung
AMS	Arbeitsmarktservice
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AV	Akut-/Kurzzeitversorgung
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGK	Bundesgesundheitskommission
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BVA	Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete
BZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
CT	Computertomographie
D.h.	Das heißt
f.	folgende (Seite)
ff.	fortfolgende (Seiten)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GEN	Einrichtungen für Genesung und Prävention
ggf.	gegebenenfalls
GOEG	Gesundheit Österreich GmbH
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
IT	Informationstechnologie
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
LDF	Leistungsorientierte Diagnosenfallpauschale
LGF	Landesgesundheitsfond

LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
LV	Langzeitversorgung
Mio.	Millionen
MRT	Magnetresonanztomographie
ÖBIG	Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OSR	Oberste Sanitätsrat
o. O.	ohne Ort
o. J.	ohne Jahr
o. V.	ohne Verlag
PPP	Private-Public-Partnership
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
REHAB	Rehabilitationszentren
SHA	System of Health Accounts
SPEZ	Spezialversorgung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
Tab.	Tabelle
UHK	Unabhängige Heilmittekommission
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
WHO	World Health Organization
WKO	Wirtschaftskammer Österreich
WPPA	Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft
z.B.	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1:</b> Organisation und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen .....	11
<b>Abb. 2:</b> Die Organisationsstruktur der österreichischen Sozialversicherung .....	19
<b>Abb. 3:</b> Überblick der österreichischen Finanzierungsstrukturen.....	23
<b>Abb. 4:</b> Personal im Gesundheitswesen 2004 und 2014 .....	30
<b>Abb. 5:</b> Die Bevölkerungspyramide 2015, 2030 und 2060.....	36
<b>Abb. 6:</b> Privatisierungsformen.....	40
<b>Abb. 7:</b> Träger und Eigentümerstruktur österreichischer Krankenanstalten .....	43
<b>Abb. 8:</b> Österreichische Krankenanstalten nach Eigentumsstrukturen 2016 .....	48
<b>Abb. 9:</b> Entwicklung privater gewinnorientierter Krankenanstalten 1990 – 2016 .	48
<b>Abb. 10:</b> Entwicklung der Bettenanzahl privater gewinnorientierter Krankenanstalten von 1990 – 2016.....	49
<b>Abb. 11:</b> Darstellung über die Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen.....	53

## Tabellenverzeichnis

<b>Tab. 1:</b> Fünf Grade der Ökonomisierung .....	33
<b>Tab. 2:</b> Privatisierungsformen und deren Bedeutung.....	41
<b>Tab. 3:</b> Krankenanstalten in Österreich nach Rechtsträgern und Öffentlichkeitsrecht 2016 .....	44
<b>Tab. 4:</b> Entwicklung der österreichischen Krankenanstalten nach Eigentumsstrukturen von 1990 – 2016.....	47
<b>Tab. 5:</b> Entwicklung der Anzahl der Betten nach Eigentumsstrukturen österreichischer Krankenanstalten von 1990 – 2016.....	49
<b>Tab. 6:</b> Private, gewinnorientierte Krankenanstalten 2016.....	78

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Aufgrund des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts geraten öffentlich finanzierte Gesundheitssysteme, wie jenes in Österreich, vermehrt unter Kostendruck. Um die Gesundheitsausgaben niedrig zu halten, wird daher vermehrt auf Ökonomisierung sowie Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsleistungen gesetzt.

**Zielsetzung und Forschungsfrage:** Ziel ist es, den Status quo privater und gewinnorientierter Krankenanstalten in Österreich zu erheben und die Entwicklung von 1990 bis 2016 darzustellen. Außerdem soll untersucht werden, wie sich eine zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung im Krankenhaussektor auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten auswirkt. Die Forschungsfrage lautet daher: „**Welche Auswirkungen hat die zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung in Österreichs Krankenanstalten auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten?**“

**Methode:** Als Methode wurde die Literaturrecherche gewählt, welche im Zeitraum von Juni bis September 2016 erfolgte. Die Literatursuche fand in den Bibliotheken der Medizinischen Universität, der Karl-Franzens-Universität sowie der Technischen Universität Graz statt. Zudem wurden Online-Datenbanken und Portale für wissenschaftliche Literatur wie PubMed, CINAHL, ScienceDirect, Springer Protocols, SpringerLink sowie die Thieme E-Book Library herangezogen. In einem weiteren Schritt wurden relevante Quellen untersucht, Daten erhoben und diese im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens analysiert.

**Ergebnisse:** Unter-, Über-, und Fehlversorgung, die Zunahme einer Zwei-Klassen-Medizin, unnötige Mehrfachuntersuchungen, längere Wartezeiten, private Zuzahlungen, eine ineffektive Behandlung chronisch Kranker und Multimorbider, Versorgungsungleichheiten auf Kosten sozial Benachteiligter sowie die Verkürzung der Spitalsaufenthalte konnten als wesentliche Auswirkungen einer zunehmenden Ökonomisierung und Privatisierung hinsichtlich der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten ermittelt werden.

**Schlussfolgerung:** Das Ideal einer Ökonomisierung im Gesundheitswesen besteht in einem effektiven und effizienten Einsatz von Ressourcen, darüber hinaus soll eine hochwertige bedarfsgerechte Versorgung für Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Ökonomisierung und Privatisierung in Verbindung mit Profitorientierung würde das Wohl der Menschen in den Hintergrund drängen und wäre mit einem Gesundheitswesen, das auf Solidarität beruht, nicht zu vereinbaren.

**Schlagwörter:** „Ökonomisierung“, „Privatisierung“, „Gesundheitsökonomie“, „Privatisierung“, „Wettbewerb“, „Patienten“, „Auswirkungen“, „Krankenanstalten“, „Österreich“, „Gesundheitswesen“.

## Summary

**Background:** Due to the demographic changes and the medical-technical progress, publicly funded health care systems, such as those in Austria, are subject to financial pressure and limitations. In order to keep health expenditures low, there is an increasing emphasis on the economization and privatization of health care facilities and health services.

**Objectives:** The aim is to raise the status quo of private and profit-oriented hospitals in Austria and to present the development from 1990 to 2016. In addition, it will be examined how the increasing economization and privatization in the hospital sector will affect patient care quality. The research question is: "Which impact does the increase of economization and privatization in Austria's hospitals have on patients regarding the quality of care?"

**Methods:** A literature research, which took place from June to September 2016, was chosen as the method. The search for literature took place in the libraries of the Medical University, the Karl-Franzens-University and Graz University of Technology. In addition, online databases and portals for scientific literature such as PubMed, CINAHL, ScienceDirect, Springer Protocols, SpringerLink as well as Thieme E-Book Library have been consulted. In a further step, relevant sources have been examined, data collected and analyzed in the context of the Austrian health care system.

**Results:** Under-, over-, and partial-supply of patients, the increase of a two-tiered medical system, unnecessary multiple investigations, long waiting periods, additional payments, the ineffective treatment of chronic diseases, the inequalities at the expense of the social disadvantaged as well as the reduction of the time of hospitalization can be considered as substantial effects increasing economization and privatization in terms of quality care on patients.

**Conclusion:** The ideal of economization in healthcare is the effective and efficient use of resources. A further aim is to ensure high-quality, appropriate care.

Economization and privatization, combined with profit-orientation, would overshadow the well-being of people and would be incompatible with a health care system based on solidarity.

**Keywords:** „economization“, „economizing“, „health economics“, „privatization“, „competition“, „patients“, „clients“, „impact“, „consequences“, „(health)effects“, „implication“, „hospital“, „infirmary“, „clinic“, „medical center“, „Austria“, „health care system“, „health service“, „healthcare“

# 1 Einleitung

---

Der Artikel 25 gemäß der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 besagt:

*„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“<sup>1</sup>*

Das Menschenrecht Gesundheit zählt zu den essentiellsten gesellschaftlichen Prioritäten. Gesund zu sein, ist die Prämisse um das Leben genießen zu können. Größtenteils bestimmt die Biologie die Gesundheit des Menschen. Gesundheit kann aber auch durch beeinflussende Faktoren wie persönliche Verhaltensweisen, soziale sowie ökologische Komponenten oder durch medizinische Versorgungssysteme, gestaltet werden.<sup>2</sup>

Österreichs Gesundheitssystem zählt zu den Weltbesten. Das gesundheitspolitische Ziel ist es, eine hochwertige qualitative Versorgung für alle zu schaffen unabhängig von Alter, der Höhe des Einkommens, sozialem Status, Herkunft oder Religionszugehörigkeit.<sup>3</sup> Das österreichische Gesundheitssystem wird solidarisch finanziert. 99,9%, praktisch die gesamte Bevölkerung, ist sozialversichert und erhält offenen Zugang zu einem breiten Spektrum an Gesundheitsleistungen.<sup>4</sup>

Wie andere Gesundheitssysteme in Europa, steht auch das von Österreich vor einer Vielzahl an neuen Herausforderungen, denen es gerecht werden muss. Aufgrund des demografischen Wandels und des fortschreitenden medizinisch-technischen

---

<sup>1</sup> Vereinte Nationen 1948, S. 5.

<sup>2</sup> Hajen, Paetow und Schumacher 2006, S. 16.

<sup>3</sup> Hofmarcher 2013, S. 261.

<sup>4</sup> Ebenda, S. 289.

Fortschritts, stehen öffentlich finanzierte Gesundheitssysteme vermehrt unter Kostendruck.

Unser Gesundheitssystem muss sich kontinuierlich an medizinisch-technische Innovationen sowie neueste wissenschaftliche Erkenntnisse anpassen. Zum einen sollen dadurch Krankheiten nachhaltig vermieden, Gesundheit erhalten und wiederhergestellt werden, und zum anderen soll durch innovative Technologien sowie neues Wissen eine immer bessere Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten angestrebt werden.<sup>5</sup>

Österreichs Investitionen in das Gesundheitssystem sind hoch. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt liegen die Gesundheitsausgaben über dem EU-Durchschnitt. Es werden also überdurchschnittlich viele Ressourcen für das Gesundheitssystem aufgewendet, was auf gesundheitsökonomische Effizienzpotentiale schließen lässt.<sup>6</sup> Der Gesundheitssektor gilt somit als hoher Kostenfaktor. Trotz dieser Herausforderungen und der begrenzten finanziellen Mittel, muss eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten gleichermaßen bereitgestellt und aufrechterhalten werden. Daher ist ein effizienter und effektiver Umgang mit den vorhandenen Ressourcen erforderlich.<sup>7</sup>

In der medialen Welt wird häufig von Defiziten, Krisen und einer Ökonomisierung im Gesundheitssystem berichtet. Unter einer Ökonomisierung im Gesundheitswesen wird nicht nur der effiziente Umgang mit Ressourcen verstanden, es geht u.a. auch um die Gewinnmaximierung, d.h. Effizienz bedeutet in diesem Kontext Rentabilität, was dazu führen kann, dass die Versorgungsqualität sich verschlechtert und die soziale Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten verloren geht. Aufgrund meines Studiums der Gesundheits- und Pflegewissenschaften mit dem Schwerpunkt Management und meinem Enthusiasmus für Gesundheitssysteme war es mir ein Anliegen, mich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.

---

<sup>5</sup> Bauer 2006, S. 17.

<sup>6</sup> GOEG 2015, S. 1.

<sup>7</sup> Ebenda.

## 1.1 Zielsetzung

Ziel dieser Masterarbeit ist es, den Status quo privater und gewinnorientierter Krankenanstalten in Österreich zu erheben und die Entwicklung von 1990 - 2016 darzustellen. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit ist es außerdem, anhand einer umfassenden Literaturrecherche, zu untersuchen, wie sich eine zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung im Krankenhaussektor auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten auswirkt.

## 1.2 Forschungsfrage

Hinsichtlich der Zielsetzung ergibt sich somit folgende Forschungsfrage:

**„Welche Auswirkungen hat die zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung in Österreichs Krankenanstalten auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten?“**

## 2 Methodenwahl

---

Zur Beantwortung der Forschungsfrage eignen sich unterschiedliche Forschungsmethoden und Herangehensweisen. Als geeignete Methode für diese Masterarbeit wurde die Literaturrecherche gewählt, weil die Zielsetzung einer literaturbasierten Forschungsarbeit nicht nur die Darlegung des aktuellen Wissensstands ist, sondern auch die kritische Auseinandersetzung mit bereits vorhandenen Daten. Unterschiedliche Positionen werden gegenübergestellt, analysiert und zueinander in Beziehung gesetzt. Gegensätze und Probleme sollen aufgezeigt sowie Forschungslücken erkannt werden.

Abstand genommen wurde im Rahmen dieser Masterarbeit von der empirischen Forschung mit ihren zwei Forschungsrichtungen, der qualitativen und quantitativen Methode. Sie stellten sich aus folgenden Gründen als unzureichend heraus:

Die qualitative Forschungsmethode ist subjektbezogen. Ihr Bestreben ist es, die Realität anhand von subjektiven Wahrnehmungen darzustellen und Verhaltensweisen zu begreifen. Auf standardisierte Instrumente zur Untersuchung wird verzichtet und ein direkter Zugang zu Subjekten durch Methoden wie Interviews oder Fragebögen bevorzugt.<sup>8</sup>

Das Ziel der qualitativen Forschungsmethode ist die Entwicklung von Theorien.<sup>9</sup> Eine qualitative Methode wird also dann eingesetzt, wenn gar kein oder nur wenig Wissen zu einem bestimmten Gegenstandsbereich vorhanden ist.<sup>10</sup> Aufgrund der ausreichenden Literatur und Forschungsarbeit die Thematik dieser Masterarbeit betreffend, konnte auf eine qualitative Forschungsmethode vollständig verzichtet werden.

Im Gegensatz zur qualitativen bezieht sich die Charakteristik der quantitativen Forschungsmethode auf die Überprüfung theoretischer Annahmen, sie wird daher auch als theoriegeleitete Methode bezeichnet. Ihr Ziel ist die Identifikation der

---

<sup>8</sup> Schütz und Rübken 2016, S. 27.

<sup>9</sup> Mayer und Hilten 2007, S. 57.

<sup>10</sup> Schütz und Rübken 2016, S. 25.

kausalen Relation zwischen Phänomenen. Hypothesen werden formuliert und diese anhand von objektiven Methoden geprüft. Als Auswertungsmethoden werden hierfür statistische Verfahren angewendet, um in weiterer Folge Gesetzmäßigkeiten aus deren Resultaten ableiten zu können.<sup>11</sup> Verhalten soll also mittels Modellen, Zusammenhängen und Zahlen exakt beschrieben und prädiktabel gemacht werden. Die quantitative Datenerhebung kann mit Hilfe von schriftlichen Befragungen (Fragebögen) oder Interviews geleistet werden.<sup>12</sup> Die vorliegende Masterarbeit kann als Basis für eine quantitative Forschung verwendet werden.

Um objektive Daten über einen Zeitraum zu vergleichen und deren Entwicklungen zu analysieren, gilt der Einsatz qualitativer Verfahren als ideal.<sup>13</sup>

Um die Thematik dieser Masterarbeit ausführlich behandeln und die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde eine ausführliche Literaturrecherche im Zeitraum von Juni bis September 2017 durchgeführt. Um eine allgemeine Orientierung über das Themengebiet zu erhalten, wurden in der ersten Phase der Literaturrecherche Suchmaschinen wie Google im Internet genutzt. Um an relevante Fachliteratur zu gelangen, erfolgte zusätzlich eine ausführliche Literatursuche in den Bibliotheken der Medizinischen Universität, der Karl-Franzens Universität sowie der Technischen Universität Graz. Genutzt wurde zudem die Literatursuche über die Online-Kataloge der angeführten Bibliotheken.

Neben der konventionellen Suche in den Bibliotheken wurden außerdem Online-Datenbanken und Portale für wissenschaftliche Literatur, Zeitschriften und Journals wie PubMed, CINAHL, ScienceDirect, Springer Protocols, SpringerLink sowie die Thieme E-Book Library herangezogen. Die richtige Auswahl der Suchbegriffe wurde aus der Forschungsfrage abgeleitet. Um die einzelnen Suchbegriffe miteinander zu kombinieren und zu verknüpfen, wurde außerdem mit Boole'schen Operatoren gearbeitet.

---

<sup>11</sup> Mayer und Hilten 2007, S. 54.

<sup>12</sup> Bässler 2014, S. 155ff.

<sup>13</sup> Bässler 2014, S. 157.

In den Datenbanken wurde anhand folgender Suchbegriffe recherchiert: „Ökonomisierung“, „Privatisierung“, „Gesundheitsökonomie“, „Privatisierung“, „Wettbewerb“, „Patienten“, „Auswirkungen“, „Krankenanstalten“, „Österreich“, „Gesundheitswesen“.

Die Recherche in den englischsprachigen Datenbanken umfasste folgende Suchbegriffe: „economization“, „economizing“, „health economics“, „privatization“, „competition“, „patients“, „clients“, „impact“, „consequences“, „(health)effects“, „implication“, „hospital“, „infirmary“, „clinic“, „medical center“, „Austria“, „health care system“, „health service“, „healthcare“.

Zur Ausarbeitung des Themengebietes wurden Fachliteratur, wissenschaftliche Artikel sowie Internetquellen herangezogen. Relevante Quellen wurden untersucht, Daten erhoben und diese im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens analysiert. Sowohl deutsche als auch englische Literatur wurde in dieser Arbeit verwendet. Zudem wurde auch auf Daten und Veröffentlichungen des Bundesministeriums zugegriffen.

Auf die kritische Bewertung von Forschungsstudien, also die Methode einer systematischen Literaturrecherche, wurde verzichtet, da diese die Kapazitäten dieser Masterarbeit übersteigen würde.

## 3 Das Österreichische Gesundheitswesen

---

### 3.1 Historischer Überblick

Blickt man ins Spätmittelalter, so stellt man fest, dass Menschen mit genügend finanziellen Mitteln gewisse Vorteile hatten. Diese konnten sich somit durch einen Leibrentenvertrag in ein Bürgerspital einkaufen. Als älteste Form von Versorgungseinrichtungen gelten die Genossenschaften des Bergrechts, eine Versorgungseinrichtung der Bergarbeiter die den Gedanken der Risikogemeinschaft in Form gemeinsamer Beitragsleistungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, definierte.<sup>14</sup>

Durch die Etablierung des Wohlfahrtsstaates der österreichisch-ungarischen Monarchie im Jahre 1867 entwickelten sich die Vorgänger des heutigen Krankenkassensystems. Kranken- sowie Unterstützungskassen wurden gegründet, welche eine Finanzierung durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile ermöglichen sollten. Im Jahre 1885 bewirkte eine Novelle der Gewerbeordnung wichtige Arbeiterschutzbestimmungen. Zu den bedeutsamsten Bestimmungen zählten die Nominierung des elfstündigen Arbeitstages, Arbeitspausenregelungen, Sonn- und Feiertagsruhe samt Zusatzbestimmungen für Frauen und jugendliche Hilfsarbeitskräfte. Der Arbeitsschutz wurde somit als vorrangiges Element der Sozialpolitik gesehen.<sup>15</sup>

Im Reichssanitätsgesetz von 1870, welches heute noch gültig ist, liegen die gesetzlichen Wurzeln des österreichischen öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es umfasst die wesentlichen Aufgaben der sanitären Aufsicht sowie der Seuchenhygiene. Eine kollegial organisierte oberste Gesundheitsbehörde, auch Sanitätshofdeputation genannt, gab es bereits zu Lebzeiten Maria Theresias (1740 – 1780). Sie war der Kaiserin unmittelbar unterstellt. Ferner gab es

---

<sup>14</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 15ff.

<sup>15</sup> Ebenda.

Sanitätskommissionen, die wiederum der Gesundheitsbehörde untergeordnet waren.<sup>16</sup>

Im Jahre 1848 entwickelte sich Österreich zum Verfassungsstaat. Ministerien und deren verantwortliche Ministerinnen und Minister ersetzten die bisher kollegial organisierten Zentralbehörden. Sämtliche Aufgaben der Sanitätshofdeputation wurden in das Innenministerium mit eingebunden und die Sanitätskommissionen den Landesregierungen untergeordnet. 1852 wurden Bezirksämter eingerichtet und das Gemeindegesetz von 1862 erklärte, dass die Handhabung der Gesundheitspolizei eine Aufgabe der Gemeinden sei. Der dreigliedrige Behördenaufbau der staatlichen Verwaltung war somit geschaffen und existiert bis heute.<sup>17</sup>

Die Konditionen für das jetzige Sozialversicherungssystem wurde in den Jahren 1887/1888 mit der Initiierung der Unfall- und Krankenversicherung der Arbeiterinnen und Arbeiter nach dem Ideal des Bismarck-Modells gelegt.<sup>18</sup> Das Bismarck-Modell ist ein einkommensabhängiges System der Sozialversicherung, welches von Fürst Otto von Bismarck gegründet wurde.<sup>19</sup>

Mit der Etablierung der Krankenversicherung waren eine unentgeltliche ärztliche Behandlung, Arzneimittel sowie adäquates Krankengeld vorgesehen, wohingegen die Unfallversicherung, eine Verletzten- und Hinterbliebenenrente gewährleisten sollte. Die Kosten wurden zu zwei Drittel durch die Arbeiterschaft bzw. die Pflichtversicherung getragen und zu einem Drittel durch die Unternehmerinnen und Unternehmer. Die Einführung der Sozialversicherung wird auf die soziale Lage der Lohnarbeiterschaft sowie den schlechten Gesundheitszustand der Wehrpflichtigen zurückgeführt.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 17.

<sup>17</sup> Ebenda.

<sup>18</sup> Ebenda, S. 18.

<sup>19</sup> Euteneier 2015, S. 38.

<sup>20</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 18f.

Zu einer Neugestaltung der Sozialversicherung kam es 1920 mit der Einführung einer Versicherung für Arbeitslose. Grund dafür waren das Ende des ersten Weltkrieges und der damit verbundene Einsturz der Donaumonarchie und der Entwicklung der Sozialdemokratie.<sup>21</sup> Der Schutz der Versicherung erstreckte sich auf all diejenige, die in einem Arbeits-, Dienst- oder Lohnverhältnis standen. Weiters zählten dazu sowohl Mitglieder der Familie, Arbeiterinnen und Arbeiter in Land- und Forstwirtschaft als auch Erwerbslose.<sup>22</sup>

60% der Bevölkerung waren im Jahre 1930 bereits krankenversichert. Die Entwicklung der Sozialversicherung wurde im Jahre 1935 im Wesentlichen mit der Einführung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (GSVG) abgeschlossen.<sup>23</sup>

Am 1. Jänner 1956 wurde das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) legitimiert und verabschiedete alle bis dahin gültigen Gesetze der Sozialversicherung. Das ASVG legte die Krankenversicherung der Pensionistinnen und Pensionisten fest und umfasste die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Arbeiterinnen und Arbeiter in Bergbau, Industrie, Gewerbe, Handel, Verkehr sowie Land- und Forstwirtschaft. 70% der Bevölkerung war bereits 1955 krankenversichert. Die Rate der krankenversicherten Personen stieg über die Jahre stetig an. Im Jahr 1980 lag die Rate schon bei etwa 99%.<sup>24</sup>

Eine Ausdehnung des Versicherungsschutzes folgte in den 60er- und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts. Das Bauern- bzw. Beamtenkrankenversicherungsgesetz trat in Kraft. Leistungen wie ein unbeschränkter Zugang zur Krankenversorgung sowie Gesundenuntersuchungen und Rehabilitation wurden eingeführt. Durch den Fortschritt der gesellschafts- und sozialpolitischen Entwicklung kam es immer wieder zu Änderungen, Anpassungen und neuen Gesetzesnovellen.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> Hofmarcher und Rack 2006., S. 20f.

<sup>22</sup> Pöttler 2012, S. 16.

<sup>23</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 21f.

<sup>24</sup> Ebenda, S. 24ff.

<sup>25</sup> Pöttler 2012, S. 18.

## 3.2 Struktur und Aufbau

*„Das politische System Österreichs sieht zwischen dem Bund, den Ländern und den autorisierten Organisationen der Zivilgesellschaft eine Arbeitsteilung in den Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung vor.“<sup>26</sup>*

Der Staat überträgt Kompetenzen an Versicherungsgemeinschaften sowie an Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die selbstverwaltend tätig sind. Das korporatistisch organisierte Versorgungsnetzwerk wird von der gesetzlichen Sozialversicherung bzw. der Pflichtversicherung, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den gesetzlichen Interessensvertretungen (z.B. Kammern) gebildet.<sup>27</sup>

Das Gesundheitswesen in Österreich ist öffentlich organisiert. Somit ist die Sicherung der Gesundheit für die Bevölkerung öffentliche Aufgabe. Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt zu mehr als zwei Drittel aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuergeldern. Circa ein Drittel wird aus privaten Beiträgen wie z.B. Rezeptgebühren, Selbstbehalten, privaten Krankenversicherungen etc. finanziert.<sup>28</sup>

Die Struktur des österreichischen Gesundheitswesens wird neben den öffentlichen Akteurinnen und Akteuren auch von privat-gemeinnützigen sowie privaten Akteurinnen und Akteuren organisiert.<sup>29</sup> Dazu zählen laut Pöttler: Private Krankenanstalten, private Krankenversicherungen, Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsorganisationen<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 33.

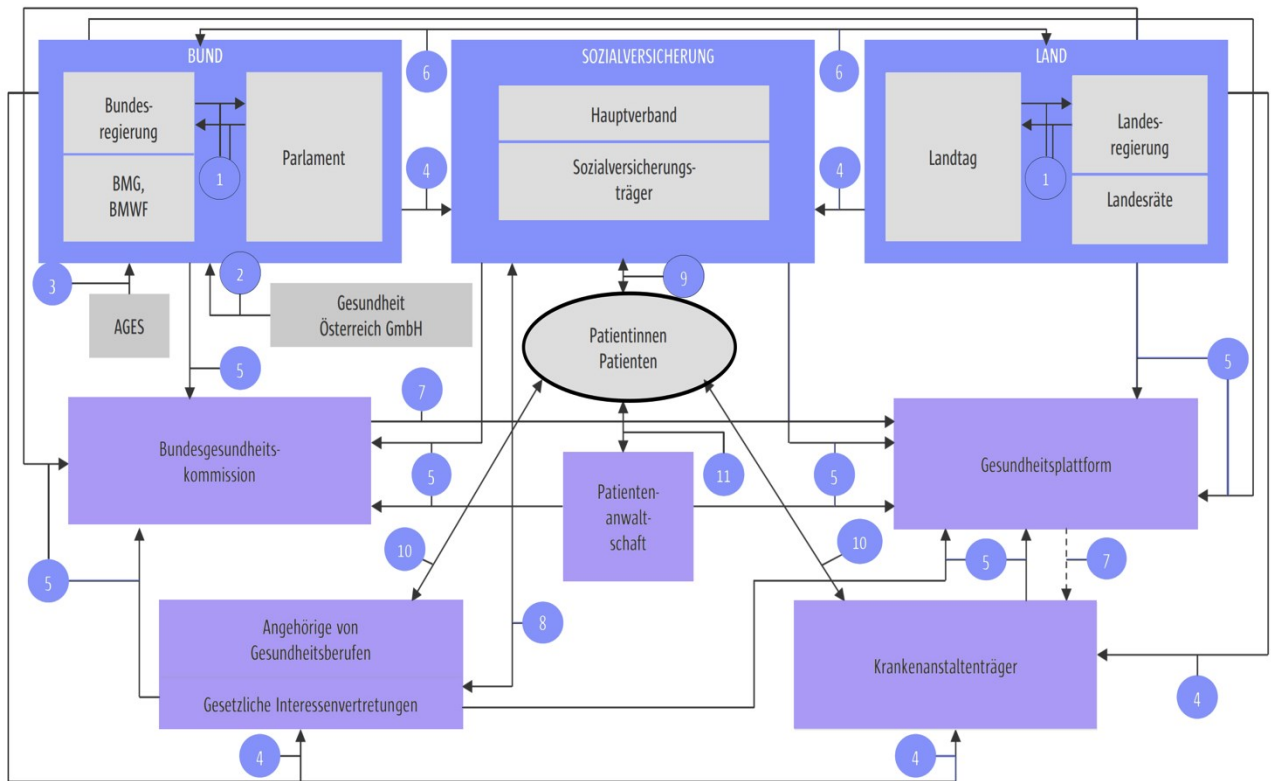
<sup>27</sup> Ebenda.

<sup>28</sup> Ebenda, S. 34.

<sup>29</sup> Ebenda.

<sup>30</sup> Pöttler 2012, S. 25.

In der folgenden Abbildung wird die Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens sowie deren Entscheidungsflüsse dargestellt.



**Abbildung 1:** Organisation und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Hofmarcher 2013, S. 32).

**Anmerkungen zu Abbildung 1:**

- (1) „a) Gesetzesvorschläge der Bundesregierung (Minister/in) an das Parlament bzw. der Landesregierung (Landesrätin/rat) an den Landtag  
b) Beschluss der Bundesgesetzte durch das Parlament, der Landesgesetze durch den Landtag.
- (2) Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF).
- (3) Unterstützung des BMGF im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln (AGES = Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit).
- (4) Gesundheitsverwaltung  
a) des Bundes (z.B. Gesundheitspolizei, sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten, Aufsicht über Sozialversicherungsträger und gesetzliche Interessensvertretungen)  
b) der Länder (z.B. im Bereich der Krankenanstalten Errichtungs- und Betriebsbewilligungen, Umsetzung der Planung im Land, Investitionsfinanzierung; Aufsicht über Sozialversicherungsträger)
- (5) Bestellung von Mitgliedern für die Bundesgesundheitskommission bzw. für die Gesundheitsplattformen auf Länderebene.
- (6) Konsultationsmechanismus zwischen Bund und Ländern bzw. Gemeinden hinsichtlich rechtsetzender Akte (Gesetze, Verordnungen), die zusätzlich Ausgaben verursachen.
- (7) a) Sanktionsmechanismus: Bundesgesundheitsagentur (Bundesgesundheitskommission) kann bei Verstöße gegen verbindliche Planungen und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität und Dokumentation finanzielle Mittel für jeweilige Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattform) zurückhalten;

- b) Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattformen) können einen entsprechenden Sanktionsmechanismus gegenüber Krankenanstalten vorsehen.
- (8) Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife (Gesamtvertrag und Einzelverträge).
- (9) Gesetzliche Mitgliedschaft bei Sozialversicherungsträgern (Pflichtversicherung).
- (10) a) Grundsätzliche Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten im Bereich der Krankenanstalten und im Bereich der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen;  
 b) Behandlungsgebot der (öffentlichen und gemeinnützigen privaten) Krankenanstalten und der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen im Kassenvertrag.
- (11) a) Gesetzliche Patientenvertretung in jedem Bundesland.<sup>31</sup>

### 3.2.1 Bundesebene

Zu den Hauptakteurinnen und Hauptakteuren auf Bundesebene zählen Nationalrat, Bundesrat, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) sowie die Sozialversicherung. Alle Gesetzesvorschläge des Gesundheits- und Sozialwesens, welche vorwiegend vom BMGF initiiert werden, werden parlamentarisch im Nationalrat und Bundesrat behandelt.<sup>32</sup> Somit ist die Gesetzgebung und deren Vollziehung Bundessache. Zudem gilt das Bundesministerium für Gesundheit als oberste Bundesbehörde für Belangen im Gesundheitswesen.<sup>33</sup>

*„Die Aufgaben des Bundes sind im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung weitgehend an die Länder bzw. in Form der Selbstverwaltung an die Sozialversicherungsträger übertragen.“<sup>34</sup>*

Laut BMGF zählen zu den fundamentalen Aufgaben des Bundes:

- Allgemeine Gesundheitspolitik
- Schutz vor Gefahren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Strukturpolitik und –planung,
- Entwicklung von Gesundheitssystemen
- Leistungsorientierte Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen, Information und Klassifikationssystemen
- Gesundheitsberichterstattung

<sup>31</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 35.

<sup>32</sup> Ebenda.

<sup>33</sup> Pöttler 2012, S. 28.

<sup>34</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 35.

- Qualität im Gesundheitswesen
- Gesundheitsinformatik und –telematik
- Angelegenheiten der Gesundheitspflege, Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsvorsorge
- Angelegenheiten des Mutter-Kind-Passes
- Hygiene und Impfwesen
- Angelegenheiten des Suchtgiftverkehrs
- Drogenkoordination
- Bekämpfung übertragbarer Krankheiten
- Strahlenhygiene und Strahlenschutz
- Apotheken- und Arzneimittelwesen
- Reform- und Gesetzesvorschläge
- Medizinische Angelegenheiten des Behindertenwesens
- Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals der öffentlichen Gesundheitsverwaltung<sup>35</sup>

### **3.2.2 Einrichtungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF)**

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen wird von Gremien und Organisationen unterstützt.<sup>36</sup> Zu den Tätigkeitsfeldern des BMGF zählt nicht nur die allgemeine Gesundheitspolitik, sondern auch der Schutz der Bevölkerung. Weiters setzt sich das BMGF für Frauenangelegenheiten und Gleichstellungspolitik ein.<sup>37</sup>

- Oberster Sanitätsrat (OSR)

Der OSR ist ein Beratungsgremium für das BMGF und besteht aus Expertinnen und Experten aus den Fachgebieten der Wissenschaft, Medizin, Pflege, Psychologie, sowie aus der Ärzte- und Apothekerkammer, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der Sozialversicherung, die allesamt ehrenamtlich tätig sind. Der OSR ist in der

---

<sup>35</sup> BMGF, Aufgaben des BMGF, Online unter:

[http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Aufgaben\\_des\\_BMGF/](http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Aufgaben_des_BMGF/), Stand: 05.10.2016

<sup>36</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 36.

<sup>37</sup> BMGF, Aufgaben des BMGF, Online unter: [http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Aufgaben\\_des\\_BMGF/](http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Aufgaben_des_BMGF/), Stand: 02.01.2017

Ausübung der Beratungstätigkeit autonom, seine Entscheidungen haben Vorschlagscharakter, sind jedoch nicht bindend.<sup>38</sup> Der OSR ist zudem ein medizinisch-wissenschaftlicher Gutachterbeirat und hat beispielsweise die Berechtigung zu entscheiden, was als „Stand der medizinischen Wissenschaft“ zu gelten hat oder nicht.<sup>39</sup>

- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Die Gesundheit Österreich GmbH, GÖG, gilt als Forschungs- und Planungsinstitut sowie Kompetenz- und Förderstelle für den Bereich der Gesundheitsförderung. Unterteilt wird die GÖG in drei Fachbereiche:

1. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)
2. Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)
3. Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)<sup>40</sup>

ad. 1. ÖBIG

Im Auftrag des Bundes führt das ÖBIG Forschungs- sowie Planungsarbeiten durch, ist für das Berichtswesen verantwortlich und erstellt Grundlagen zur Steuerung des Gesundheitswesens.<sup>41</sup>

ad. 2. BIQG

Dem BIQG obliegt die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Qualitätssystems in Österreich, das folgende Prinzipien umzusetzen hat: Effektivität und Effizienz, Nachvollziehbarkeit sowie Patientenorientierung.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> BMGF, Oberster Sanitätsrat, Online unter: [http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Oberster\\_Sanitaetsrat/](http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Oberster_Sanitaetsrat/), Stand: 20.09.2016.

<sup>39</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 37.

<sup>40</sup> GOEG, Aufgaben, Online unter: <http://www.goeg.at/de/GOEG.html>, Stand: 20.09.2016.

<sup>41</sup> GOEG, Aufgaben ÖBIG, Online unter: <http://www.goeg.at/de/OEBIG.html>, Stand: 20.09.2016.

<sup>42</sup> GOEG, Aufgaben BIQG, Online unter: <http://www.goeg.at/de/BIQG.html>, Stand: 20.09.2016.

### ad. 3. FGÖ

Der FGÖ ist einerseits für die Gesundheitsförderung und Prävention zuständig, und unterstützt andererseits Projekte und entwickelt Kampagnen, um gesunde Lebensweisen für die Bevölkerung in Österreich zu schaffen.<sup>43</sup>

- Bundesgesundheitsagentur (BGA)

Die BGA erarbeitet Qualitätsvorgaben für Gesundheitsleistungen, verfolgt Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen und versucht mit Hilfe von Grundsätzen planend und steuernd einzugreifen.<sup>44</sup> Gremien der BGA sind die Bundesgesundheitskommission (BGK) und die Bundes-Zielsteuerungskommission (BZK).<sup>45</sup>

Zur BGK gehören jeweils neun Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Länder und Sozialversicherung sowie Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter wie z.B. der Ärztekammer oder Patientenanwaltschaft. Zu den Aufgabengebieten der BGK gehört beispielsweise die Entwicklung von Gesundheitszielen oder die Weiterentwicklung des LKF-Systems (Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung) für Österreich.<sup>46</sup>

Die Bundes-Zielsteuerungskommission zählt zu einem neu entwickelten Gremium. Zur BZK zählen jeweils vier Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Länder sowie der Sozialversicherung. Alle Entscheidungen werden im Einvernehmen gefasst. Zu den Aufgaben der BZK zählen u.a. die Abstimmung des Bundes sowie die Sicherung von Agenden des Sanktionsmechanismus.<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup> GOEG, Aufgaben FGOE, Online unter: <http://www.goeg.at/de/FGOE.html>, Stand: 20.09.2016

<sup>44</sup> BMG 2013, S. 9

<sup>45</sup> BMG, Die Bundesgesundheitsagentur, Online unter: [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Institutionen/Die\\_Bundesgesundheitsagentur](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Institutionen/Die_Bundesgesundheitsagentur), Stand: 21.09.2016

<sup>46</sup> Ebenda.

<sup>47</sup> Ebenda.

- Zu den weiteren Einrichtungen zählen:
  - Unabhängige Heilmittelkommission (UHK)
  - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)
  - Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen sowie das Bundesamt für Ernährungssicherheit
  - Gentechnikkommission
  - Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
  - Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (BMWF)
  - Bundesministerium für Finanzen (BMF)<sup>48</sup>

### 3.2.3 Länder und Gemeinden

Den Ländern und Gemeinden kommt in der Einrichtung, Ausführung und Überwachung des öffentlichen Gesundheitssektors große Beachtung zu. Die Länder übernehmen Funktionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Versorgung in Krankenanstalten, sie verwalten die Sozialhilfe und bieten Dienstleistungen der Prävention an. Als substantiell gilt die Unterscheidung in den Ländern zwischen der Organisation bzw. Verwaltung des Gesundheitswesens und der Krankenanstalten.<sup>49</sup>

Laut Krankenanstaltengesetz sind die Länder verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung durch genügend Behandlungskapazitäten in Krankenanstalten zu gewährleisten. Den Rahmen für landesspezifische Detailplanung legt der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vor und die regionale Gesundheitsplanung hat sich an dessen Vorgaben zu halten.<sup>50</sup>

*„Die versorgungswirksamen Krankenanstalten sind grundsätzlich gemeinnützige Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht und unterliegen einem gesetzlichen*

---

<sup>48</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 38ff.

<sup>49</sup> Hofmarcher 2013, S. 40.

<sup>50</sup> Ebenda.

*Versorgungs- und Aufnahmegebot. Jene Krankenanstalten werden über die Landesgesundheitsfonds finanziert und haben überwiegend das Bundesland als Rechtsträger.*<sup>51</sup>

Auch der öffentliche Gesundheitsdienst zählt zu den Verantwortlichkeiten der Länder. Die Tätigkeitsbereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden von Amtsärztinnen oder Amtsärzten ausgeübt, welche in Gesundheitsämtern der Bezirksverwaltungsbehörden sowie Magistraten in Städten beschäftigt sind. In den Gemeinden wird der öffentliche Gesundheitsdienst von Gemeindeärztinnen und Gemeindeärzten oder Sprengelärztinnen und Sprengelärzten vertreten.<sup>52</sup>

Zur obersten Sanitätsbehörde des Landes zählt die Landesregierung. Der Landessanitätsrat steht der Landesregierung unterstützend, in rechtlichen sowie fachbezogenen Anliegen des Gesundheitssystems, zur Seite.<sup>53</sup>

In den Landesverwaltungen sind Bereiche zur Bekämpfung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten, Impf- und Beratungsstellen, Abteilungen der Gesundheitsstatistik in Ländern sowie Obliegenheiten der Gesundheitsförderung angesiedelt. Zudem wird in den Landesverwaltungen der Arbeitsmarkt des öffentlichen Gesundheitswesens verwaltet und die Einhaltung von Ausbildungsvorschriften für das nichtärztliche, medizinische Personal kontrolliert.<sup>54</sup>

Die Aufgabengebiete im Bereich der Gesundheitsverwaltung der Länder werden von den Bezirksverwaltungsbehörden wahrgenommen. Die Gesundheitsabteilungen der Bezirksverwaltungsbehörden sind Gesundheitsämter bzw. Sanitätsreferate mit Amtsärztinnen und Amtsärzten, die neben behördlichen Angelegenheiten auch als Beratungs- und Betreuungsstellen, z.B. Schwangerschaftsberatung, Impfstellen, fungieren. Als Fachorgane in den Gemeinden sind Sprengelärztinnen und Sprengelärzte vorgesehen.<sup>55</sup>

---

<sup>51</sup> Hofmarcher 2013, S. 40.

<sup>52</sup> Ebenda.

<sup>53</sup> Ebenda, S. 40f.

<sup>54</sup> Ebenda, S. 41.

<sup>55</sup> Ebenda.

Die Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung dienen als Aufsichtsbehörde auf Landes- und Gemeindeebene.<sup>56</sup>

### **3.2.4 Die Landesgesundheitsfonds (LGF)**

Als öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit nehmen die Landesgesundheitsfonds auf Länderebene Aufgaben zur übergreifenden Planung, Steuerung sowie Finanzierung des Gesundheitswesens wahr. In Österreich gibt es einen Fond pro Bundesland, d.h. insgesamt neun Landesgesundheitsfonds. Sie dienen als „Finanzierungspools“ zur öffentlichen Finanzierung der Krankenanstalten, deren Abrechnung nach Diagnosefallgruppen erfolgt. Zu den Aufgaben zählen die länderspezifische Erstellung von Detailplanungen sowie die Umsetzung von Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur.<sup>57</sup>

Das Organ der LGFs sind die Landesgesundheitsplattformen, in denen Länder und Sozialversicherung zu gleichen Teilen wie der Bund vertreten sind. Zudem sind in den Gesundheitsplattformen auch die Träger der Krankenanstalten vertreten, die vom jeweiligen LGF finanziert werden. Zu den Akteurinnen und Akteuren zählen außerdem Vertreterinnen und Vertreter der Ärztekammer, Patientinnen- und Patientenvertreter sowie Städte und Gemeinden. Durch die Struktur der Gesundheitsplattformen soll die Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherung und Ländern in der Versorgung verbessert werden.<sup>58</sup>

Außer in Wien ist die Führung der öffentlichen Krankenanstalten in allen anderen Bundesländern an privatrechtlich organisierte Krankenhausbetriebsgesellschaften ausgekoppelt. Die Organisationsstrukturen dieser Unternehmen sind zwar unterschiedlich, verfolgen jedoch gemeinsam das Ziel, den Versorgungsauftrag der Länder umzusetzen und strategische Entscheidungen im Auftrag der Länder auszuführen.<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> Hofmarcher 2013, S. 41.

<sup>57</sup> Hofmarcher 2013, S. 41.

<sup>58</sup> Ebenda.

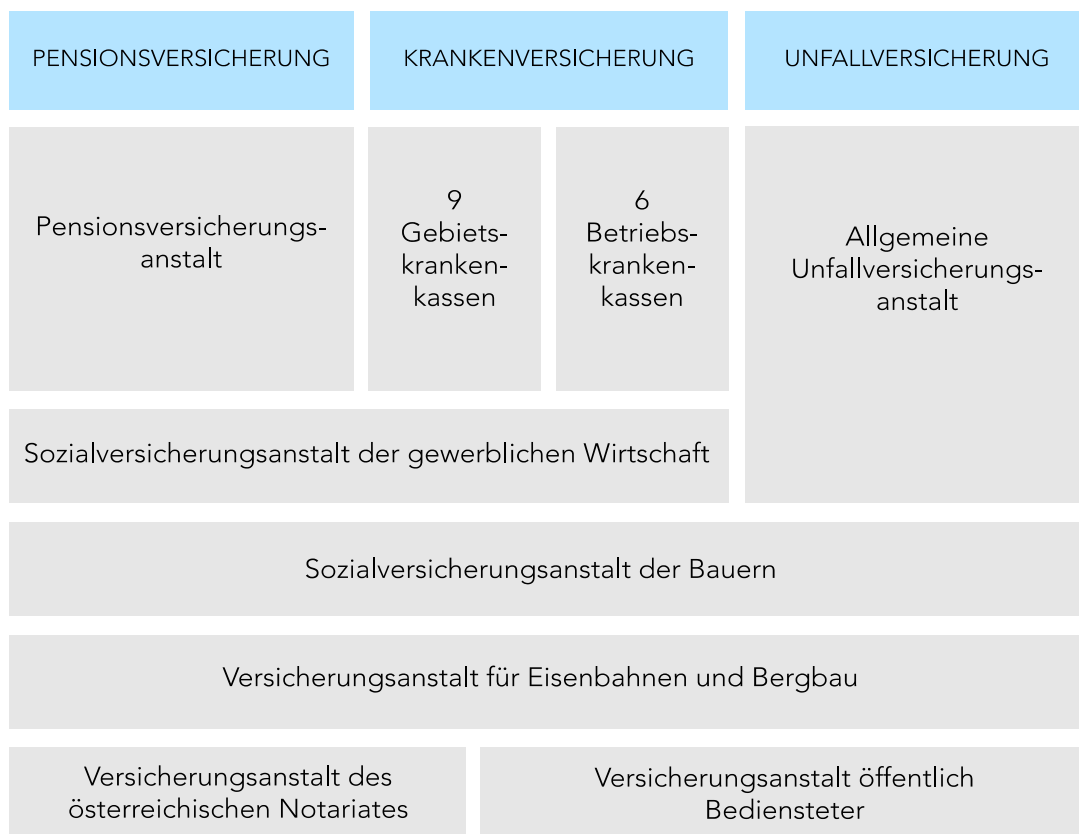
<sup>59</sup> Ebenda, S. 42.

### 3.2.5 Die Sozialversicherung

Die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung sind im Hauptverband, der Dachorganisation, zusammengefasst und wurden im Jahre 1948 gegründet.<sup>60</sup>

Die österreichische Sozialversicherung beruht auf den Prinzipien der Solidarität, der Pflichtversicherung sowie der Selbstverwaltung.<sup>61</sup> Finanziert wird sie überwiegend durch Versicherungsbeiträge und setzt sich aus drei Hauptbereiche zusammen.<sup>62</sup>

1. Pensionsversicherung
2. Krankenversicherung
3. Unfallversicherung<sup>63</sup>



**Abbildung 2:** Die Organisationsstruktur der österreichischen Sozialversicherung. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012, S. 340).

<sup>60</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 45.

<sup>61</sup> BMG 2013, S. 7.

<sup>62</sup> Ebenda.

<sup>63</sup> Hofmarcher 2013, S. 43.

Ausgenommen ist die eigenständig organisierte Arbeitslosenversicherung, die vom Arbeitsmarktservice (AMS) verwaltet wird. Kommt es zum Krankheitsfall gewährleistet die soziale Krankenversicherung die medizinische Versorgung. Somit ist sie als Pflichtversicherung organisiert und deckt Versicherungsfälle wie Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Mutterschaft und erbringt Sach –oder Geldleistungen. Weiters widmet sie sich auch der Gesundheitsvorsorge.<sup>64</sup>

Aufgrund des Prinzips der Pflichtversicherung sind in Österreich etwa 99,9 % der Bevölkerung sozialversichert.<sup>65</sup>

Die Krankenkassen sind länderweise sowie nach Berufsgruppen organisiert. Für die Durchführung der Krankenversicherung sind die neun Gebietskrankenkassen auf Länderebene zuständig. Zudem gibt es fünf weitere Krankenversicherungsanstalten:

1. Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)
2. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
3. Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
4. Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete (BVA)
5. Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats.<sup>66</sup>

Weiters existieren in sechs österreichischen Unternehmen, Betriebskassen. Der Aufgabenbereich dieser Betriebskassen umfasst die Organisation der Krankenversicherung in den jeweiligen Unternehmen. Für die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung sind zurzeit 22 Sozialversicherungsträger zuständig. Wie schon zu Beginn erwähnt, gehören diese Sozialversicherungsträger per Gesetz dem Hauptverband an.<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> Hofmarcher 2013, S. 43.

<sup>65</sup> Ebenda, S. 289.

<sup>66</sup> Ebenda, S. 43.

<sup>67</sup> Ebenda.

### 3.2.6 Der Hauptverband

*„Dem Hauptverband obliegen die Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherung, die Erbringung zentraler Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger und die Koordinierung des Verwaltungshandelns der einzelnen Versicherungsträger. Der Hauptverband ist zur Erstellung von verbindlichen Richtlinien, rechtspolitischen Vorschlägen, Gutachten und Stellungnahmen berufen und schließt Gesamtverträge mit den Interessensvertretungen ab.“<sup>68</sup>*

Zu den weiteren Aufgaben des Hauptverbandes zählen:

- Verwalten von Versicherungsdaten und Erstellen von Statistiken
- Wahrung der Interessen der österreichischen Sozialversicherung
- Vertretung der Sozialversicherungsträger
- Vertretung der österreichischen Sozialversicherung
- Gewährung von Rechtsschutz in Streitfällen
- Erstellung von Richtlinien
- Abschluss von Verträgen mit öffentlich-rechtlichen Interessensvertretungen
- Aufteilung von Geldmitteln
- Herausgabe der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“
- Allgemeine Dienstleistungen für die österreichische Sozialversicherung wie z.B. die Vergabe von Versicherungsnummern, Schulung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialversicherung, e-card etc...)<sup>69</sup>

### 3.2.7 Private Zusatzversicherungen

Es gibt die Möglichkeit, neben der allgemeinen Sozialversicherung eine private Zusatzversicherung abzuschließen, die nicht nur einen erhöhten Komfort in den Krankenanstalten („Sonderklasse“) verspricht, sondern auch zur Finanzierung der Inanspruchnahme von Wahlärztinnen und Wahlärzten dient, die in keinem

---

<sup>68</sup> Hofmarcher 2013, S. 43f.

<sup>69</sup> Hofmarcher und Rack 2006, S. 46.

Vertragsverhältnis zu einem Krankenhaus oder zuständigen Versicherungsträger stehen. Etwa ein Drittel bis ein Viertel der Bevölkerung ist privat zusatzversichert.<sup>70</sup>

### 3.3 Dezentralisierung des Gesundheitssystems

*„Der Regulierungsrahmen im österreichischen Gesundheitswesen beruht im wesentlichen auf Regionalisierung der Versorgung im Rahmen des föderalen Bundesstaates und einer Übertragung (Delegation) von hoheitlichen Aufgaben an gesetzlich legitimierte Akteure der Zivilgesellschaft. Die Wahrnehmung von Aufgaben durch regional tätige Bundesbehörden (Dekonzentration) gibt es im österreichischen Gesundheitswesen praktisch nicht.“<sup>71</sup>*

Das österreichische Gesundheitswesen entwickelte sich in den letzten Jahren zu einem Versorgungsmodell, das hauptsächlich auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern beruht. Diese werden jedoch derzeit im ambulanten sowie extramuralen Bereich fast ausschließlich durch Krankenversicherungsträger sowie privat tätige Leistungserbringer gestaltet. Somit wird der stationäre Bereich durch Artikel 15a B-VG sowie die dazugehörigen Gesetze nicht auf Vertragsbasis geregelt.<sup>72</sup>

Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird zwischen Bund und Ländern sowie unter Einbeziehung der Sozialversicherung abgeschlossen.<sup>73</sup> Kurzum handelt es sich dabei um einen auf einen bestimmten Zeitraum begrenzten Vertrag zwischen dem Bund sowie den neun Bundesländern in dem Rahmenbedingungen definiert werden.<sup>74</sup>

---

<sup>70</sup> Pöttler 2012, S. 52.

<sup>71</sup> Hofmarcher 2013, S. 50f.

<sup>72</sup> Pöttler 2012, S. 59.

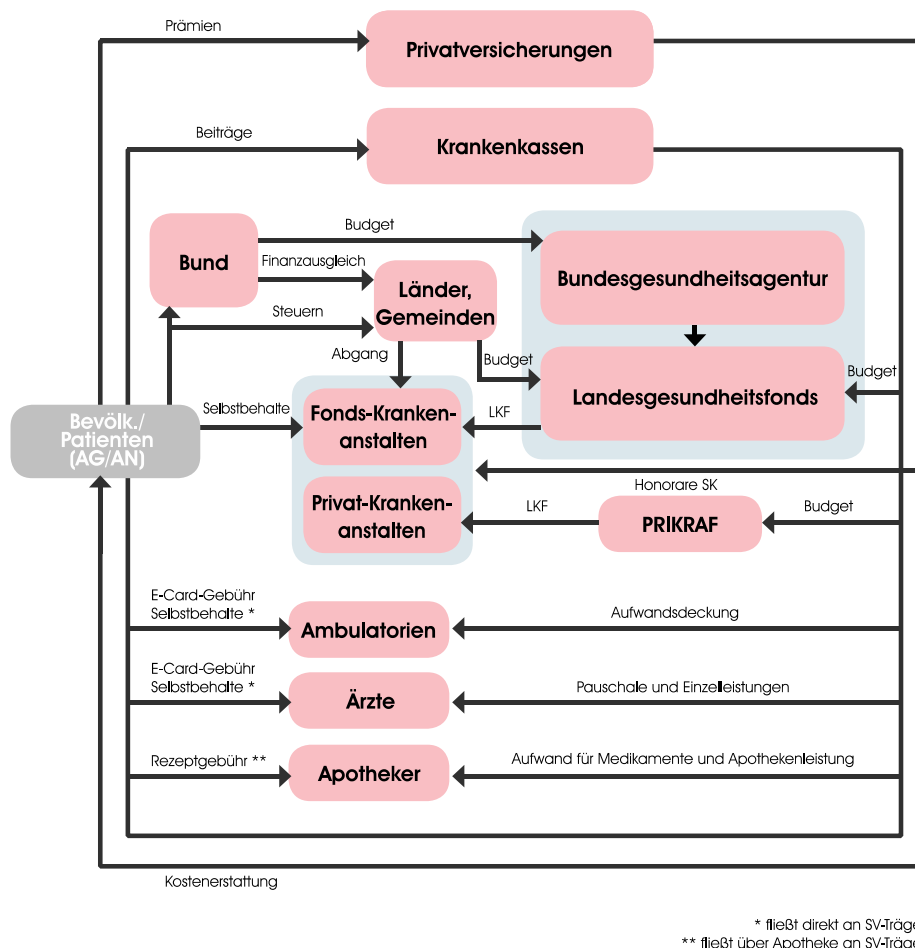
<sup>73</sup> BMG 2013, S. 8.

<sup>74</sup> Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, Das Gesundheitswesen im Überblick, Online unter: [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml\\_LN.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html), Stand: 18.09.2016.

### 3.4 Finanzierung und Ausgaben

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems ist eine pluralistische.<sup>75</sup> Eine der wichtigsten Einnahmequellen für das österreichische Gesundheitswesen sind die einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträge gefolgt von Steuern, privaten direkten und indirekten Kostenbeteiligungen, also Zuzahlungen oder Selbstzahlungen privater Haushalte, sowie privaten Krankenversicherungen.<sup>76</sup>

Mittels der nachfolgenden Grafik soll die komplexe Finanzierungsstruktur im österreichischen Gesundheitssystem sowie dessen Finanzierungsströme grafisch dargestellt und beschrieben werden.



**Abbildung 3:** Überblick der österreichischen Finanzierungsstrukturen. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Pöttler 2012, S. 180).

<sup>75</sup> Hofmarcher 2013, S. 85.

<sup>76</sup> Pöttler 2012, S. 184.

Patientinnen und Patienten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zahlen vorgegebene Krankenversicherungsbeiträge an die Krankenversicherung. Wurden Zusatzversicherungen abgeschlossen, müssen sogenannte Prämien an die jeweilige Privatversicherung gezahlt werden. So können diese Zusatzleistungen im Krankheitsfall von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus muss die Bevölkerung ihren Steuerleistungen nachkommen. Die Steuerleistungen werden an Bund, Länder und Gemeinden gezahlt. Zusätzlich kommen noch Kosten wie zum Beispiel die E-Card-Gebühr bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die Rezeptgebühr in Apotheken, die wiederum über die Apotheken an die Sozialversicherung fließt, und Selbstbehalte in Krankenanstalten sowie im niedergelassenen Bereich hinzu. Bei den Selbsthalten werden zwei Arten unterschieden:<sup>77</sup>

- 1. Indirekte Selbstbehalte:** Leistungen/Produkte die von Patientinnen und Patienten aus privater Hand bezahlt werden müssen (z.B. nicht erstattungspflichtige Medikamente) und im Leistungskatalog der Krankenversicherung nicht erfasst sind.
- 2. Direkte Selbstbehalte:** Eine Kostenbeteiligung in Form von Gebühren (z.B. Rezeptgebühren).<sup>78</sup>

Werden Gesundheitsleistungen an versicherten Patientinnen und Patienten im extramuralen Bereich erbracht, werden diese durch die verantwortlichen Krankenkassen bezahlt und ggf. wird auch ein Kostenersatz, wie z.B. nach dem Besuch einer/eines Wahlärztin/Wahlarztes, erbracht.<sup>79</sup>

Die Bundesländer sind für Leistungen, die im Krankenhausbereich erbracht werden, verantwortlich. In öffentlichen sowie privat-gemeinnützigen Krankenanstalten erfolgt die Finanzierung der Leistungen durch Krankenkassen, Länder und Bund. Auf Länderebene gibt es jeweils einen Landesgesundheitsfond, der für die

---

<sup>77</sup> Pöttler 2012, S. 181.

<sup>78</sup> Ebenda.

<sup>79</sup> Ebenda.

Verwaltung der Zahlungen von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung zuständig ist und an Spitäler ausbezahlt wird.<sup>80</sup>

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erhalten ihre Mittel durch Länder und Gemeinden entweder direkt durch Deckung des Betriebsabganges, oder indirekt über die neun LGFs an die öffentlichen und privaten, gemeinnützigen Krankenanstalten, Pflegeheime sowie Wohlfahrtseinrichtungen. Zudem werden Mittel des PRIKRAF an die privaten, zum Teil nicht gemeinnützigen Krankenanstalten entrichtet.<sup>81</sup>

Die Abrechnung von stationären Krankenhausaufenthalten im Rahmen der LGF bzw. des PRIKRAF erfolgt über das Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell). Das LKF-Modell ist ein Instrument zur österreichweit einheitlichen Bepunktung von stationären Krankenhausaufenthalten.<sup>82</sup> Kommt es also zu einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus, werden Daten, wie z.B. die erbrachten medizinischen Leistungen, festgestellte Krankheiten bzw. ICD-10-Diagnosen, Alter, benötigte Abteilungen im Krankenhaus, erfasst. Diese Daten werden in leistungsorientierte Diagnosefallpauschalen (LDFs) gruppiert und bestimmen das zu bezahlende pauschale Entgelt.<sup>83</sup>

Kommt es zu einem Krankenhausaufenthalt, übernehmen die Sozialversicherung und das zuständige Bundesland die anfallenden medizinischen Kosten von Patientinnen und Patienten. Für den Spitalsträger (Land, Bund, Gemeinden oder Orden) entstehen nicht nur medizinische Ausgaben, sondern auch Kosten für die Verpflegung. Patientinnen und Patienten zahlen dafür einen Verpflegungskostenbeitrag. Weiters ist gesetzlich verankert, dass ein Eigenbeitrag für den Aufenthalt im Krankenhaus für maximal 28 Tage in einem Kalenderjahr eingehoben werden darf. Ab dem 29. Tag, werden die Kosten von der Sozialversicherung getragen.<sup>84</sup>

---

<sup>80</sup> Pöttler 2012, S. 182.

<sup>81</sup> Ebenda.

<sup>82</sup> BMG 2010, S. 13.

<sup>83</sup> BMG 2010, S. 24.

<sup>84</sup> Pöttler 2012, S. 183.

### 3.5 Leistungserbringung

Ein besonderes Merkmal im österreichischen Gesundheitssystem ist ein relativ unbeschränkter Zugang für alle Patientinnen und Patienten zu allen Versorgungsstufen wie Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzten sowie Krankenanstalten.<sup>85</sup> Die Patientinnen und Patienten können frei wählen, welche ärztliche Hilfe sie in Anspruch nehmen wollen.<sup>86</sup>

Der Nachteil dieses unbeschränkten Zugangs ist jedoch, dass es für Patientinnen und Patienten oft schwierig ist aus dieser Vielzahl an Angeboten die richtige Versorgung zu finden.<sup>87</sup>

Krankenversicherte Patientinnen und Patienten haben freie Wahl zwischen den Leistungserbringern im ambulanten Sektor. Dazu zählen Fachärztinnen und Fachärzte, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Spitalsambulanzen, Ambulatorien oder Gruppenpraxen.<sup>88</sup> Die Gruppenpraxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen wurden erst im Jahr 2010 zugelassen. Ziel ist es, eine Verbesserung der ambulanten Versorgung gewährleisten zu können sowie den Patientinnen und Patienten günstigere Öffnungs- und geringere Wartezeiten offerieren zu können.<sup>89</sup> Weiters zählen zu den erbrachten ambulanten Leistungserbringern auch andere Gesundheitsberufe wie z.B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.<sup>90</sup>

In Österreich ist eine Trennung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung nur eingeschränkt möglich, da auch Spitalsambulanzen in der primären Versorgung eine entscheidende Rolle spielen und eine fachärztliche Versorgung sowohl in Einzelpraxen als auch in Spitalsambulanzen und Ambulatorien erfolgt.<sup>91</sup>

---

<sup>85</sup> Hofmarcher 2013, S. 185.

<sup>86</sup> BMG 2013, S. 11.

<sup>87</sup> Hofmarcher 2013, S. 185.

<sup>88</sup> Ebenda.

<sup>89</sup> BMG 2013, S. 15.

<sup>90</sup> Ebenda.

<sup>91</sup> Hofmarcher 2013, S. 199.

Für die Versorgung im stationären Bereich stehen Standard- und Schwerpunktkrankenhäuser zur Verfügung, welche eine Sekundärversorgung, secondary care, gewährleisten, sowie Zentralkrankenhäuser, die sowohl Sekundärversorgung als auch schwerpunktmäßig eine Tertiärversorgung „tertiary care“, anbieten.<sup>92</sup>

Es wird seit Jahren daran gearbeitet, stationäre Behandlungen durch ambulante Versorgung sinnvoll zu ersetzen. Kontroversen treten jedoch bei der Finanzierung auf, da die Finanzierung einer Leistungsverchiebung zwischen den Sektoren, weg von länderfinanzierter stationärer Behandlung hin zu sozialversicherungsfinanzierter ambulanter Versorgung erfolgen soll. Somit bereitet die Verflechtung zwischen den Bereichen der Primär- und Sekundärversorgung in Österreich, aufgrund der segmentierten Kompetenzen, enorme Schwierigkeiten.<sup>93</sup>

Neben einer hochqualitativen medizinischen Krankenversorgung zählen Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention zu den Themengebieten, die in Österreich immer mehr an Bedeutung gewinnen. Den Menschen soll nicht nur ein längeres Leben ermöglicht werden, es sollen die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre mit höherer Lebensqualität verbracht und erlebt werden können.<sup>94</sup>

Geprägt wurde der Stellenwert der Gesundheitsförderung in Österreich durch die WHO, die 1948 den Begriff „Gesundheit“ wie folgt definiert:

*„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“<sup>95</sup>*

---

<sup>92</sup> Hofmarcher 2013, S. 186.

<sup>93</sup> Ebenda.

<sup>94</sup> BMG 2013, S. 26.

<sup>95</sup> BMGF, Gesundheit und Gesundheitsförderung, Online unter: [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung), Stand: 04.10.2016.

Das essentielle Ziel der Gesundheitsförderung ist es, die Gesundheit der Menschen zu stärken und die Autonomie über ihren Gesundheitszustand zu erhöhen. Menschen sollen in ihren Lebenswelten erreicht werden.<sup>96</sup>

Die Langzeitversorgung in Österreich umfasst die Bereiche der Pflegevorsorge, Psychiatrie und Rehabilitation. Je nach Grad des Pflegebedürfnisses der Patientinnen und Patienten kann eine Langzeitversorgung ambulant, teilstationär oder stationär geführt werden. Herausforderungen in der Langzeitversorgung in Österreich liegen vor allem in der demographischen sowie gesellschaftlichen Entwicklung, welche z.B. durch die steigende Lebenserwartung oder mit sinkenden Geburtenraten einhergehen.<sup>97</sup>

### **3.6 Einrichtungen des Gesundheitswesens und deren Berufsgruppen**

Die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten kann entweder im extramuralen oder intramuralen Bereich erfolgen. Extramural bedeutet die Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Apotheken. Die Versorgung im intramuralen Bereich wird durch Krankenanstalten aller Arten, Rettungs- und Krankenbeförderungsdienste, Alten- und Pflegeheime bzw. –einrichtungen sowie Kuranstalten getragen.<sup>98</sup>

Grob zusammengefasst zählen zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens

- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Apotheken
- Krankenanstalten, Heil- und Pflegeanstalten sowie Sonderanstalten
- Rettungs- und Krankenbeförderungsdienste
- Alten- und Pflegeheime bzw. –einrichtungen
- Kurorte<sup>99</sup>

---

<sup>96</sup> BMG 2013, S. 26.

<sup>97</sup> Pöttler 2012, S. 168.

<sup>98</sup> Ebenda, S. 94.

<sup>99</sup> Ebenda, S. 94ff.

Im österreichischen Gesundheitswesen ist eine Vielzahl an unterschiedlichen Berufsgruppen mit dem Ziel beschäftigt, das Wohlergehen, die Bedürfnisse sowie die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.<sup>100</sup>

Zu den wichtigsten Berufsgruppen im österreichischen Gesundheitswesen zählen:

- Ärztinnen und Ärzte
- Zahnärztinnen und Zahnärzte/Dentistinnen und Dentisten
- Pflegedienste
- Hebammen und Geburtshelfer
- Medizinisch-technische Dienste
- Psychologinnen und Psychologen
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Sanitäterinnen und Sanitäter
- Sanitätshilfsdienste
- Masseurinnen und Masseur
- Kardiotechnikerinnen und Kardiotechniker
- weitere gewerbliche Berufe wie z.B. Technikerinnen oder Techniker der Orthopädie, Augenoptikerinnen/Augenoptiker oder Zahntechnikerinnen und Zahntechniker.<sup>101</sup>

Vor allem in den Krankenanstalten ist die Zahl des im Gesundheitswesen tätigen Personals gestiegen. Die größte Berufsgruppe bilden die Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege. Im Jahr 2014 waren 58.026 Personen in diesem Bereich beschäftigt. Das ist ein Zuwachs von 19,8% über die letzten zehn Jahre. Ebenso ist die Anzahl der berufsausübenden Ärztinnen und Ärzte im Zeitraum von 2004 - 2014 um 25,6% gestiegen. Weiters gab es im Bereich der Fachdisziplinen einen stärkeren Zuwachs als in der Allgemeinmedizin.<sup>102</sup>

---

<sup>100</sup> Pöttler 2012, S. 67.

<sup>101</sup> Ebenda, S. 68.

<sup>102</sup> Statistik Austria 2015, S. 76f.

	2004	2014	Veränderung 2004 bis 2014 in %
<b>Berufsausübenden Ärzte, -innen</b>			
Alle berufsausübenden Ärzte, -innen <sup>1)</sup>	34.334	43.126	25,6
Allgemeinmediziner, -innen	11.757	14.130	20,2
Facharzt, -ärztin	16.466	22.643	37,5
Ärzte, -innen in Krankenanstalten	19.009	24.009	26,3
<b>Nichtärztliches Personal in Krankenanstalten</b>	<b>76.131</b>	<b>89.054</b>	<b>17,0</b>
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger, -innen	48.435	58.026	19,8
Allgemeine GKP	41.523	50.324	21,2
Kinder- und Jugendlichenpfleger, -innen	3.850	4.002	3,9
Psychiatrische GKP	3.007	3.621	20,4
Kardiotechnischer Dienst <sup>2)</sup>	55	79	43,6
Medizinisch-technische Assistenten, -innen	12.498	14.946	19,6
Pflegehelfer, -innen, Sanitäts-Hilfsdiener-, -innen	14.648	14.837	1,3
Hebammen	1.139	1.434	25,9
Q: Österreichische Ärztekammer, Standesmeldungen; BMG, Krankenanstaltenstatistik.			
1) Ohne Zahnärzte, -innen, einschließlich Ärzte, -innen in Ausbildung. – 2) Neu ab dem Jahr 2004.			

**Abbildung 4:** Personal im Gesundheitswesen 2004 und 2014 (Statistik Austria 2015, S. 77)

## 4 Ökonomisierung und Privatisierung im österreichischen Gesundheitswesen

---

### 4.1 Begriffserklärung

Bachinger (2006) vertritt die Ansicht, dass die Ökonomisierung im Gesundheitswesen *„oft als Synonym für inhumanes Vorgehen verwendet [wird], dem sich die Ethik und ethisches Vorgehen entgegenstellen müssen“*.<sup>103</sup> Jedoch wird oft missachtet, *„dass die Ökonomie und ihre Möglichkeiten wertfreie Werkzeuge sind“*<sup>104</sup> die es sich zum Ziel setzen knappe Ressourcen effektiv und effizient einzusetzen. Weiters bezeichnet er auch den ineffizienten Einsatz knapper Ressourcen als *„unethisches Vorgehen.“*<sup>105</sup>

Hermann (2007) betont, dass im Gesundheitswesen schwer zu erfassen ist, welche Entwicklungen als Formen einer Ökonomisierung gesehen werden können und welche zu den allgemeinen Reformen zählen. Jedoch stellt er anhand der Literatur fest, dass mit dem Begriff der Ökonomisierung auch eine Profitorientierung einhergeht. Effizienz wird also mit Rentabilität gleichgesetzt.<sup>106</sup>

*„Von Ökonomisierung im Gesundheitswesen kann dann gesprochen werden, wenn die wirtschaftlichen Aktivitäten im Gesundheitswesen (effizienter Umgang mit bestimmten Ressourcen) nicht mehr als Mittel zur Beförderung des Ziels einer guten Gesundheitsversorgung angesehen werden, sondern eine Eigendynamik entwickeln [...] und ökonomische Begriffe und Denkweisen das ganze System durchdringen (der Arzt wird zum Unternehmer bzw. Manager, der Patient zum Kunden bzw. Mittel der Gewinnmaximierung, Gesundheit zum kommerziellen Gut).“*<sup>107</sup>

---

<sup>103</sup> Bachinger 2006 zitiert nach Flenreiss und Rümmele 2008, S. 64.

<sup>104</sup> Ebenda.

<sup>105</sup> Ebenda.

<sup>106</sup> Hermann 2007, S. 1ff.

<sup>107</sup> Dietz 2011, S. 265.

Dazu formuliert Bauer (2006), dass diese Variante der Ökonomisierung *„als Chiffre dient, die analoge Begrifflichkeiten wie Liberalisierung und marktwirtschaftliche De-Regulierung umfasst. Im Gesundheitswesen ist damit vor allem die Orientierung des gesundheitsbezogenen professionellen Handelns an seiner betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung verbunden.“*<sup>108</sup> D.h., die gewinnorientierten Anreize sind stärker *„als professionelle Qualitätsstandards.“*<sup>109</sup> Die daraus resultierenden Folgen bedrohen *„die soziale Substanz der Gesundheitspolitik und führen zu einer nach Kaufkraft gestaffelten Verteilung von Leistungen.“*<sup>110</sup>

Der Begriff der Ökonomisierung ist also ein vielschichtiger. Um die Kosten von Gesundheitsausgaben niedrig zu halten müssen finanzielle Mittel effektiv verteilt und effizient eingesetzt werden. Bei einem chronisch unterfinanzierten Gesundheitssystem wie jenem von Österreich, ist eine ökonomisierte Handlungsweise in jedem Fall zu begrüßen. Hermann (2007), Diez (2011) und Bauer et al. (2005) nehmen eine kritische Haltung ein und verbinden mit der Ökonomisierung eine Gewinnmaximierung in der Effizienz mit einer Profitorientierung gleichgesetzt wird. Bezogen auf ein solidarisches Gesundheitswesen ist ein Streben nach Profit abzulehnen. Essentiell ist, dass die Verteilung von knappen Ressourcen oder Einsparungsmaßnahmen sich niemals negativ auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten ausüben darf. Der Ökonomisierungsbegriff steht also zwischen zwei Extreme. Einerseits, ist die Ökonomisierung ein „wertfreies“ Werkzeug das es sich zum Ziel setzt knappe Ressourcen effektiv und effizient einzusetzen andererseits wird mit ihr ein Streben nach Gewinn verbunden.

Schimank und Volkmann (2008) teilen die Ökonomisierung in fünf Stufen. Zu Beginn steht die völlige Autonomie. Kostenbewusstsein hat für Akteurinnen und Akteure keine Bedeutung. Auf Stufe zwei hat das Kostenbewusstsein eine „Soll-Erwartung“, in Stufe drei hingegen verändert es sich zu einer „Muss-Erwartung“. Eine ansteigende Ressourcenabhängigkeit ist in Stufe zwei und drei bereits gut

---

<sup>108</sup> Bauer et al. 2005 zitiert nach Bauer 2006, S. 18.

<sup>109</sup> Ebenda.

<sup>110</sup> Ebenda.

erkennbar. Die Gewinnmaximierung wird in Stufe vier zu einem sekundären Handlungsziel, wohingegen es in Stufe 5 zu einem primären wird.<sup>111</sup>

Stufen	Bedeutung	Pole
1	Kein Kostenbewusstsein bei Akteuren. Liquidität problemlos gegeben. Autonome Handlungsweise der Akteure.	<p style="text-align: center;">Autonomer Pol</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Korrupter Pol</p>
2	Verlustvermeidung als „Soll-Erwartung“ an die Akteure; ansonsten ist Handlungsweise autonom.	
3	Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“ an die Akteure; Autonomie der Akteure wird in Teilen beschnitten → z.B. in Form von Rationalisierungen	
4	Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“ kombiniert mit Gewinnzielen als „Soll-Erwartung“. Akteure sollen Handeln an der Marktgängigkeit anpassen.	
5	Gewinnerzielung als einziges Ziel des Teilsystems	

**Tabelle 1:** Fünf Grade der Ökonomisierung. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Schimank und Volkmann 2008 zitiert nach Slotata 2011, S. 72).

Außerdem wird zwischen einem autonomen und korrupten Pol unterschieden. Zu Beginn der Stufe befindet sich der autonome Pol. Eine Ökonomisierung findet sozusagen nicht statt. Akteurinnen und Akteure haben völligen Handlungsspielraum in dem Kostenbewusstsein als nicht essentiell scheint. Am anderen Ende befindet sich der korrupte Pol in dem ökonomische Gedanken vorrangig sind. Das wichtigste Ziel ist also die Gewinnmaximierung.<sup>112</sup> Wird beispielsweise die Stufe vier oder fünf näher betrachtet könnte dies bedeuten, dass sich Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, wie es bereits Dietz (2011) formuliert hat, als Unternehmerinnen/Unternehmer bzw. Managerinnen/Manager sehen. Eine professionelle Entscheidung wird durch eine ökonomische (Gewinnerzielung) beeinflusst oder ersetzt.

<sup>111</sup> Niephaus 2018, S. 43.

<sup>112</sup> Manzeschke (o. J.), Hintergrundinformation Ökonomisierung, Online unter: <https://www.sozialethik-online.de/download/Oekonomisierung.pdf>, Stand: 01.11.2017.

Mit der Ökonomisierung werden auch häufig weitere Begrifflichkeiten in Verbindung gebracht: Die Privatisierung und Liberalisierung. Die Privatisierung skizziert den Austausch von Unternehmensanteilen von einem öffentlichen zu einem privaten Eigentümer. Wohingegen es bei der Liberalisierung um die Einführung des Wettbewerbs geht. Sie lässt also mehr als nur einen Anbieter zu.<sup>113</sup>

Mit der Ökonomisierung geht also auch die Privatisierung und Liberalisierung einher. Bauer (2006) beschreibt betreffend der Privatisierung, dass sie ein essentieller ergänzender Terminus der Ökonomisierung sei. Die Privatisierung drückt aus, wie intensiv sich Tendenzen einer Ökonomisierung mit einer Gewinnorientierung im Gesundheitswesen entwickelt haben.<sup>114</sup>

---

<sup>113</sup> Hermann 2007, S. 8.

<sup>114</sup> Bauer 2006, S. 18.

## 4.2 Ursachen und Hintergründe

Die öffentlich finanzierten Gesundheitssysteme stehen vor einer Vielzahl an Herausforderungen und geraten vermehrt unter Druck. Die Gesundheitsausgaben und Kosten wachsen stetig. Ursachen und Hintergründe dafür sind die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt sowie das veränderte Gesundheitsbewusstsein der Menschen für ein gesundes, langes Leben.<sup>115</sup>

Ein weiterer Faktor ist, dass trotz neuesten Technologien unser Gesundheitssystem weiterhin sehr personalintensiv bleibt.<sup>116</sup> D.h. durch die hohe Anzahl an gut qualifiziertem Personal wird erwartet, dass die Gesundheitsausgaben auch in Zukunft stärker ansteigen, verglichen mit Bereichen mit einer niedrigen Anzahl an Personal.<sup>117</sup>

### 4.2.1 Demografische Entwicklung

Einen bedeutsamen, langfristigen demografischen Trend für die Gesundheitsversorgung stellt die demografische Alterung dar, welche durch die geringen Kinderzahlen und der steigenden Lebenserwartung forciert wird. Aufgrund der höheren Lebenserwartung steigt somit auch die Rate der Hochbetagten innerhalb der Gruppe von älteren Menschen an.<sup>118</sup> Weitere relevante demografische Trends in Österreich sind eine durch Zuwanderung weiter wachsende Bevölkerung, die gleichbleibend niedrige Anzahl der Kinder sowie die steigende Lebenserwartung.<sup>119</sup>

---

<sup>115</sup> Laimböck 2009, S. 45.

<sup>116</sup> Smee zitiert nach Wendt 2013, S. 178.

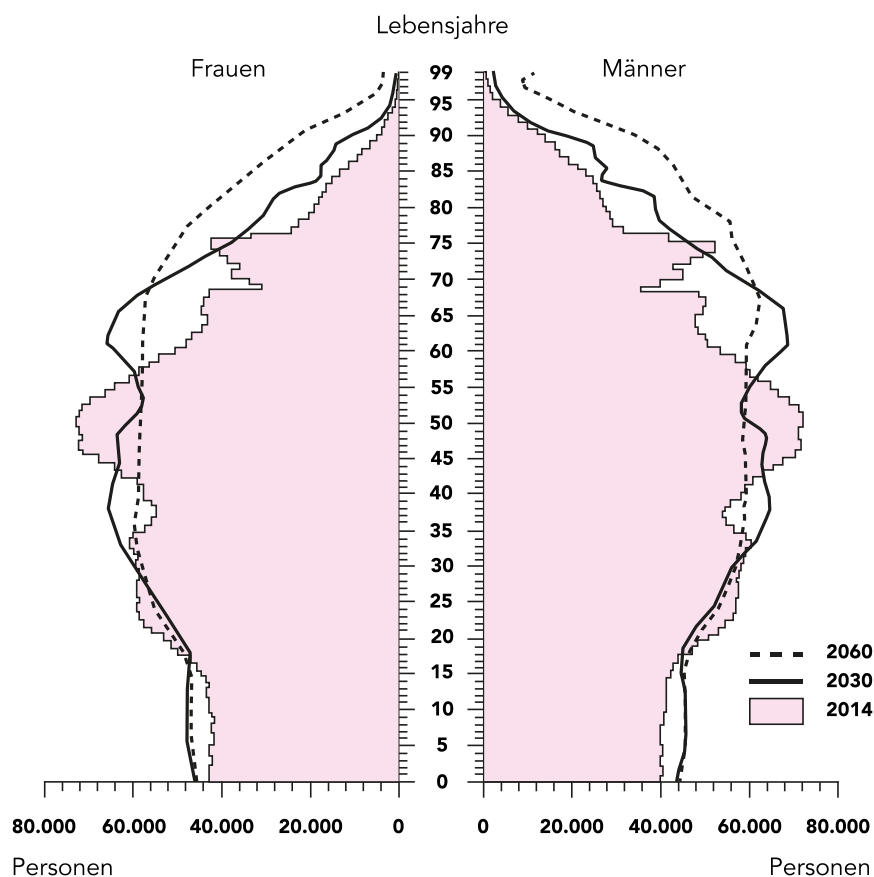
<sup>117</sup> Wendt 2009, S. 178.

<sup>118</sup> Statistik Austria 2015, S. 27.

<sup>119</sup> Ebenda.

Die logische Schlussfolgerung hinsichtlich des demografischen Wandels ist also, dass aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft, die Nachfrage an gesundheitlichen Leistungen ansteigen wird. D.h. ein höherer Leistungsbedarf an medizinischen Behandlungen ist erforderlich was wiederum zu erhöhten Gesundheitsausgaben führt.

Bevölkerungspyramide 2015, 2030 und 2060



**Abbildung 5:** Die Bevölkerungspyramide 2015, 2030 und 2060. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistik Austria 2016)

### 4.2.2 Medizinisch-technischer Fortschritt

Die Technologien im medizinisch-technischen Bereich gelten als schnelllebig. Der medizinisch-technische Fortschritt soll zu einer effektiveren Gesundheitsversorgung beitragen. Einerseits gilt er für Patientinnen und Patienten als Hoffnungsträger für unheilbare Krankheiten oder bessere Therapieerfolge, andererseits wird er als „Hauptkostentreiber“ im Gesundheitsbereich scharf kritisiert.<sup>120</sup>

Aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht betrachtet, wäre „*all dasjenige medizinischer-technischer Fortschritt, [was mit einem] positiven Nutzen*“<sup>121</sup> für Patientinnen und Patienten einhergeht. Die ökonomische Sichtweise formuliert hingegen, dass ein positiver Nutzen allein nicht ausreichend ist und dass eine medizinisch-technische Neuerung zugleich die Effizienz in der Gesundheitsversorgung steigern muss.<sup>122</sup>

Die Folgen der demographischen Entwicklung führen zu einem Nachfragedruck und der medizinisch-technische Fortschritt stellt das Angebot für neue Möglichkeiten in der Gesundheitsversorgung dar.<sup>123</sup>

### 4.2.3 Gesundheitsbewusstsein

Auch das Gesundheitsbewusstsein der Menschen hat sich verändert. Die Ansprüche gegenüber dem Gesundheitswesen nehmen zu.<sup>124</sup>

D.h. die Erwartungen der Menschen und die Nachfrage nach Angeboten an Gesundheitsleistungen sind gestiegen. Ursachen dafür sind, wie oben bereits angeführt, die Anzahl der immer älter werdenden Gesellschaft, der medizinisch-technische Fortschritt mit dem u.a. eine Vielzahl an neuen medizinischen Angeboten und Therapiemöglichkeiten einhergehen. Wenn eine große Anzahl an neuen Angeboten sowie Therapiemöglichkeiten bereitgestellt werden, kann davon

---

<sup>120</sup> Rebscher 2006, S. 225ff.

<sup>121</sup> Ebenda.

<sup>122</sup> Ebenda.

<sup>123</sup> Wendt 2013, S. 174.

<sup>124</sup> Laimböck 2009, S. 45.

ausgegangen werden, dass diese immer stärker von der Gesellschaft in Anspruch genommen wird.

*„Wenn Patienten ein möglichst hohes Niveau an Gesundheitsleistungen zur Verfügung gestellt werden soll, besteht folglich ein hoher Druck, sich den technologischen Fortschritt im Bereich der Gesundheitsversorgung zunutze zu machen.“<sup>125</sup>*

#### **4.2.4 Wandel des Krankheitsspektrums**

In Europa leiden acht von zehn Menschen über 65 Jahre an chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder psychische Störungen. 70 – 80 % der Gesundheitsausgaben werden für Behandlungen von chronischen Krankheiten aufgewendet.<sup>126</sup> Weiters begünstigt ein krankheitsfördernder Lebensstil z.B. verursacht durch Fehlernährung, Tabak- und Alkoholkonsum oder Bewegungsmangel, chronische Erkrankungen.<sup>127</sup>

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der daraus resultierenden immer älter werdenden Bevölkerung, neigen diese besonders zur Multimorbidität. Das heißt im zunehmenden Alter sind Menschen gleich von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen was u.a. zu höheren Gesundheitsausgaben führt.

#### **4.2.5 Angebotsinduzierte Nachfrage**

Bei der angebotsinduzierten Nachfrage werden von Patientinnen und Patienten Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen, die sie sonst nicht nachgefragt hätten.<sup>128</sup> Die „Anbieter“ von Gesundheitsleistungen beeinflussen die „Nachfrager“, also Patientinnen und Patienten.<sup>129</sup> D.h. infolge von Wissensdefiziten der Patientinnen und Patienten, bestimmen die Gesundheitsanbieterinnen und Gesundheitssanbieter das Ausmaß an Gesundheitsleistungen selbst. Dies hat eine

---

<sup>125</sup> Reinhardt, Sandier und Schneider 1986 zitiert nach Wendt 2013, S. 177.

<sup>126</sup> BMGF, Chronische Erkrankungen, Online unter:

[https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Chronische\\_Krankheiten](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Chronische_Krankheiten), Stand: 04.11.2017.

<sup>127</sup> Sibbel 2010 zitiert nach Heubel, Kettner und Manzeschke 2010, S. 44.

<sup>128</sup> Offermanns 2009, S. 1.

<sup>129</sup> Graf Schulenburg und Greiner 2007, S. 162.

unverhältnismäßige, ineffiziente Dimension erbrachter Gesundheitsleistungen zur Folge.<sup>130</sup>

Eine ineffiziente Gesundheitsleistung bedeutet, dass Patientinnen und Patienten nicht „Bedarfsgerecht“ versorgt werden. Diese könnten in weitere Folge zu mehr Schaden als Nutzen führen.

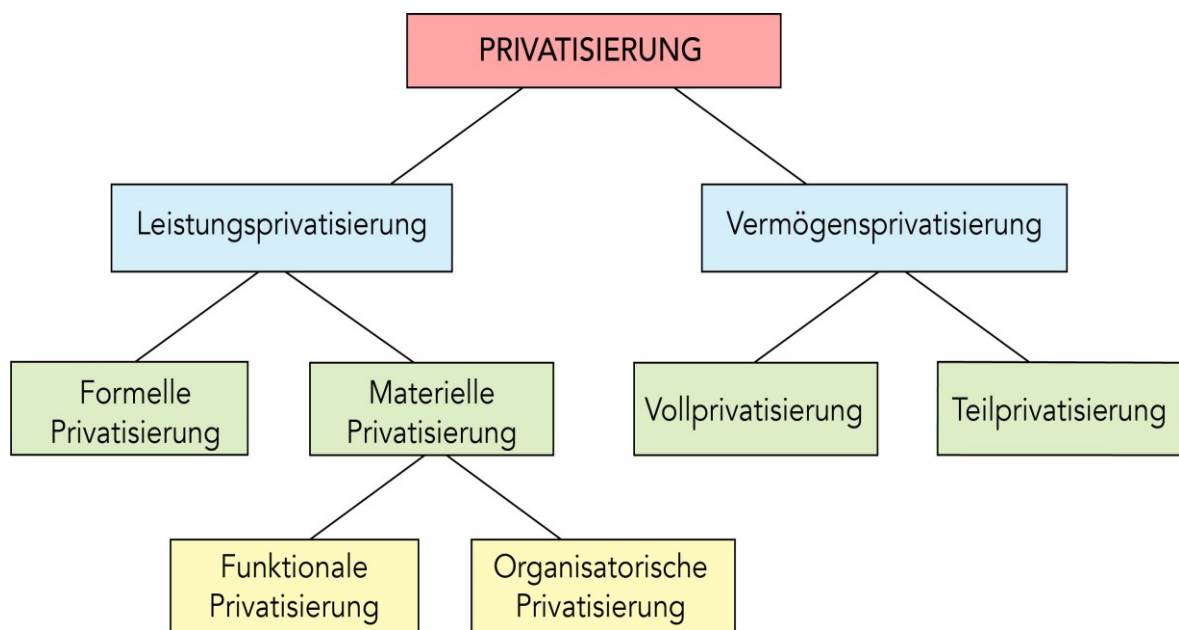
---

<sup>130</sup> Breyer und Buchholz 2009, S. 217.

### 4.3 Privatisierungsformen

Wird der Privatisierungsbegriff im Zusammenhang mit Krankenanstalten betrachtet, so muss herausgefunden werden, um welche Form der Privatisierung es sich handelt. Es kann der Wechsel eines Krankenhausträgers von einem öffentlichen oder privat gemeinnützigen in einen privaten Träger gemeint sein. Oder die Privatisierung bezieht sich rein auf die Rechtsform der Krankenanstalten, z.B. öffentlich-rechtliche bzw. private Unternehmensformen. Dieser Zweideutigkeit muss unterschieden werden.<sup>131</sup>

In der nachfolgenden Abbildung und Tabelle werden die unterschiedlichen Privatisierungsformen grafisch dargestellt und kurz erläutert.



**Abbildung 6:** Privatisierungsformen. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Schauer 1992, S. 79).

<sup>131</sup> Prütz 2010 zitiert nach Heubel, Kettner und Manzeschke 2010, S. 15.

Privatisierungsformen	Bedeutung
<b>Formelle/Organisatorische Privatisierung</b>	Die öffentliche Tätigkeit geht in eine privatrechtliche Rechtsform über (GmbH, AG, Eigengesellschaft,...). Der Staat behält jedoch Leistungsvermögen und seinen Einfluss. <sup>132</sup>
<b>Materielle Privatisierung</b>	= „echte“ Privatisierung. Staatliche Aufgaben werden in den privaten Sektor übertragen. D.h. der Staat zieht sich weitgehend zurück. <sup>133</sup>
<b>Funktionale Privatisierung</b>	= „unechte“ Privatisierung. Aufgaben, welche vom Staat zuerst selbst übernommen wurden, werden an private Unternehmen übertragen. Sie fungieren als „Hilfe bzw. Unterstützung“. Die funktionale Privatisierung ist auch unter „Outsourcing“ bekannt. <sup>134</sup>
<b>Vermögensprivatisierung</b>	Erfolgt entweder vollständig durch Verkauf aller Kapitalanteile an private Investoren (Vollprivatisierung) oder nur teilweise (Teilprivatisierung). D.h., nur bestimmte Teile werden an private Personen oder Gesellschaften übertragen. <sup>135</sup>
<b>Finanzierungsprivatisierung</b>	Der private Sektor ist an der Finanzierung staatlicher Aufgaben beteiligt. (Z.B. Errichtung von Objekten durch Private) <sup>136</sup>

**Tabelle 2:** Privatisierungsformen und deren Bedeutung. (Eigene Darstellung).

<sup>132</sup> Reisner 2000, S. 6.

<sup>133</sup> Gabler Wirtschaftslexikon, Privatisierung, Online unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/privatisierung.html>, Stand: 14.02.2018.

<sup>134</sup> Kümmritz 2009, S. 5.

<sup>135</sup> Reisner 2000, S. 7.

<sup>136</sup> Gabler Wirtschaftslexikon, Privatisierung, Online unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/privatisierung.html>, Stand: 14.02.2018.

## 4.4 Trägerstruktur und rechtlicher Status der österreichischen Krankenanstalten

### 4.4.1 Rechtlicher Status

#### Öffentlichkeitsrecht

Gemäß § 15 des Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) wird das Öffentlichkeitsrecht einer Krankenanstalt verliehen, *„wenn sie den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes entspricht, sie gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr in diesem Bundesgesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird.“*<sup>137</sup>

#### Gemeinnützigkeit

Als gemeinnützig werden gemäß § 16 Abs. 1 KaKuG jene Krankenanstalten bezeichnet, welche nicht mit einer Gewinnerzielung einhergehen.<sup>138</sup>

#### Ohne Öffentlichkeitsrecht

Laut § 39 KaKuG besitzen private Krankenanstalten kein Öffentlichkeitsrecht und können von natürlichen Personen errichtet und auch betrieben werden.<sup>139</sup> Außerdem sind private gewinnorientierte Krankenanstalten sowie private gemeinnützige Krankenanstalten zu unterscheiden.

---

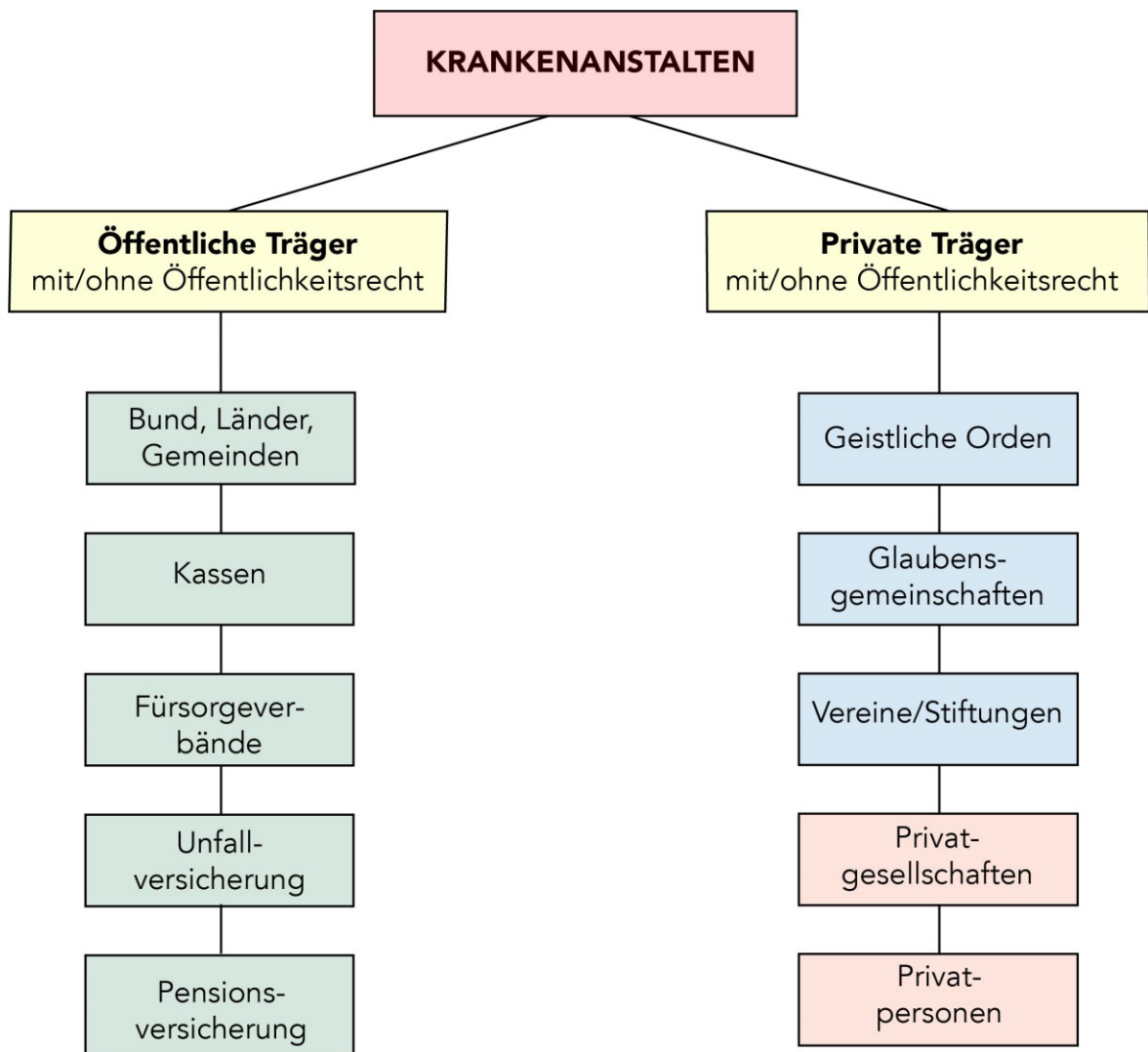
<sup>137</sup> Krankenanstalten- und Kurgesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 idf BGBl I 2017/131.

<sup>138</sup> Ebenda.

<sup>139</sup> Ebenda.

#### 4.4.2 Träger- und Eigentümerstruktur

Die Trägerstruktur der österreichischen Krankenanstalten stellt sich als komplex dar. Es muss darauf geachtet werden, dass zwischen Träger/Eigentümer und dem rechtlichen Status unterschieden wird. Es gibt öffentliche und private Krankenanstaltenträger sowohl mit als auch ohne Öffentlichkeitsrecht. Zu den öffentlichen Trägern zählen z.B. Bund, Länder, Gemeinden, Kassen und Fürsorgeverbände sowie die Unfall- und Pensionsversicherungsanstalt. Geistliche Orden, Glaubensgemeinschaften, Vereine/Stiftungen sowie Privatgesellschaften fallen unter private Träger.<sup>140</sup>



**Abbildung 7:** Träger und Eigentümerstruktur österreichischer Krankenanstalten. (Eigene Darstellung).

<sup>140</sup> BMGF 2017, S. 3

## 4.5 Bestehende gewinnorientierte Krankenanstalten in Österreich

Krankenanstalten in Österreich nach Rechtsträgern und Öffentlichkeitsrecht 2016			
Rechtsträger	mit Öffentlichkeitsrecht	ohne Öffentlichkeitsrecht	Gesamt
Bund	-	7	7
Länder	79	10	89
Gemeinden	9	1	10
Krankenkassen und Fürsorgeverbände	-	33	33
Unfall- und Pensionsversicherungsanstalt	1	8	9
Geistliche Orden, Glaubensgemeinschaften/Gesellschaften	18	18	36
Vereine, Stiftungen	2	3	5
Privatpersonen, -gesellschaften	4	80	84
<b>Gesamt</b>	<b>113</b>	<b>160</b>	<b>273</b>

**Tabelle 3:** Krankenanstalten in Österreich nach Rechtsträgern und Öffentlichkeitsrecht 2016. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistik Austria, 2016).

Laut Statistik Austria wurden Ende 2016 insgesamt 273 Krankenanstalten in Österreich verzeichnet. Davon besitzen 113 (41,4 %) über ein Öffentlichkeitsrecht sowie 160 (58,6 %) über kein Öffentlichkeitsrecht.<sup>141</sup>

Darunter befinden sich wiederum 80 Krankenanstalten, die unter dem Rechtsträger-Typ „Privatpersonen/Privatgesellschaften“ eingeordnet sind. Diese Krankenanstalten sind also nicht gemeinnützig, verfügen über kein Öffentlichkeitsrecht und werden als gewinnorientiert eingestuft. Die gewinnorientierten privaten Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht unter dem Rechtsträger-Typ „Privatpersonen/Privatgesellschaften“ wurden dabei näher untersucht.

<sup>141</sup> Statistik Austria 2017, Einrichtungen im Gesundheitswesen, Online unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html), Stand: 29.12.2017.

#### 4.5.1 Krankenhausketten und Klinikgruppen

Anhand der Daten des BMGF über die „geöffneten Krankenanstalten mit ausgewählten Merkmalen 2016“ konnten von insgesamt 276 Krankenanstalten 77 unter dem Rechtsträgertyp „Privatpersonen/Privatgesellschaften“ identifiziert werden. Diese Krankenanstalten sind also nicht gemeinnützig, sondern gewinnorientiert und verfügen über kein Öffentlichkeitsrecht. Die am häufigsten vorkommenden Klinikketten in den privaten, gewinnorientierten Krankenanstalten in Österreich sind die VAMED AG, die SeneCura Gruppe, Humanomed, die SANLAS Holding und die PremiQaMed Gruppe.<sup>142</sup>

Der Versorgungssektor der privat gewinnorientierten Krankenanstalten umfasst die Akut-/Kurzzeitversorgung (AV) sowie die Nicht-Akut-/Kurzzeitversorgung, unter der beispielsweise Rehabilitationszentren (REHAB), Langzeitversorgungseinrichtungen (LV) sowie stationäre Einrichtungen für Genesung und Prävention (GEN) fallen.<sup>143</sup> Weiters ist die Tendenz erkennbar, dass vor allem große Krankenanstalten, welche mit einer hohen Anzahl an systematischen Betten einhergehen, häufig von den oben angeführten Klinikgruppen geführt werden. Dennoch ist dringend anzumerken, dass es sich hinsichtlich der privaten, gewinnorientierten Krankenanstalten größtenteils um Rehabilitationskliniken handelt.

#### VAMED AG

VAMED ist ein österreichisches Unternehmen und verwirklicht weltweit Gesundheitsprojekte, bietet Dienstleistungen für Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen an. Die Geschäftsbereiche bilden die Prävention, Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege. Die Projekte der VAMED umfassen die Beratung, Entwicklung, Planung sowie die schlüsselfertige Errichtung und die Finanzierbarkeit eines Projekts.<sup>144</sup> Weiters bietet die VAMED auch Public Private

---

<sup>142</sup> BMGF, Geöffnete Krankenanstalten mit ausgewählten Merkmalen 2016, Online unter: <http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/krankenanstalten.html>, Stand: 20.11.2017.

<sup>143</sup> BMG, Erläuterungen zu den Tabellen und Grafiken, Online unter:

[http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Erlaeuterungen.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Erlaeuterungen.pdf), Stand: 19.02.2018.

<sup>144</sup> VAMED, Unternehmen, Online unter: <https://www.vamed.com/de/unternehmen/>, Stand: 19.02.2018.

Partnerships (PPP), d.h. öffentliche-private Kooperationsmodelle, an. Beispielsweise gründen öffentliche Krankenhausträger gemeinsam mit VAMED Projektgesellschaften und planen, errichten, finanzieren und betreiben Krankenanstalten oder diverse Gesundheitseinrichtungen. Zudem werden u.a. auch Outsourcing-Lösungen angeboten.<sup>145</sup>

### **SeneCura Gruppe**

Die SeneCura Gruppe zählt sich zu den Marktführern im pflegerischen Bereich und im privaten Sektor und führt in Österreich 79 Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. SeneCura bietet Betreuung von Menschen mit Demenz, Intensiv/Wachkomapflege, rehabilitative Übergangspflege, Hauskrankenpflege, 24h Betreuung, Hospitzbegleitung sowie die Betreuung von Menschen mit Behinderung an. Seit 2015 ist SeneCura Teil der ORPEA Gruppe. Die ORPEA Gruppe ist ein französisches Unternehmen und zählt mit seinen insgesamt 798 Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu den Marktführern in Europa.<sup>146</sup>

### **Humanomed**

Humanomed, dessen Gesundheitseinrichtungen vor allem in Kärnten angesiedelt sind, stehen für moderne Technik und Medizin sowie für ein effizientes und nachhaltiges Gesundheitsmanagement und sind u.a. auch als Consultingunternehmen tätig. Neben den Privatkliniken zur allgemeinen Versorgung betreiben Humanomed auch ein Rehabilitationszentrum.<sup>147</sup>

### **SANLAS Holding**

Auch die SANLAS Holding ist ein österreichisches Unternehmen und betreibt Privatkliniken, Betreuungs- und Pflegeheime und gehört zu den wichtigsten Gesundheitsanbieter in Österreich. Pro Jahr versorgt die Holding über 9.000 Patientinnen und Patienten stationär und ist außerdem im Bereich Gesundheitsmanagement und Consulting international tätig.<sup>148</sup>

---

<sup>145</sup> VAMED, Leistungen, Online unter: <https://www.vamed.com/de/leistungen/>, Stand: 19.02.2018.

<sup>146</sup> SeneCura, Die SeneCura Gruppe, Online unter: <https://www.senecura.at/ueber-uns/die-senecura-gruppe/>, Stand: 19.02.2018.

<sup>147</sup> Humanomed, Management-Consult, Online unter: <https://www.humanomed.at/management-consult/>, Stand: 19.02.2018.

<sup>148</sup> SANLAS, Unternehmen, Online unter: <https://www.sanlas.at/unternehmen>, Stand: 19.02.2018.

## PremiQaMed Gruppe

Die PremiQaMed Gruppe zählt ebenfalls zu den führenden österreichischen Betreiber von privaten Gesundheitsunternehmen. Zudem ist die PremiQaMed Holding ein Tochterunternehmen der UNIQA Versicherungen AG Österreich. Zu den Geschäftsfeldern der PremiQaMed zählen Privatkliniken, die ambulante Medizin, Rehabilitation, die Verwaltung und Bewirtschaftung von Gebäuden und Informationstechnologie (IT). Weiters bietet die PremiQaMed Gruppe auch PPP-Modelle an.<sup>149</sup>

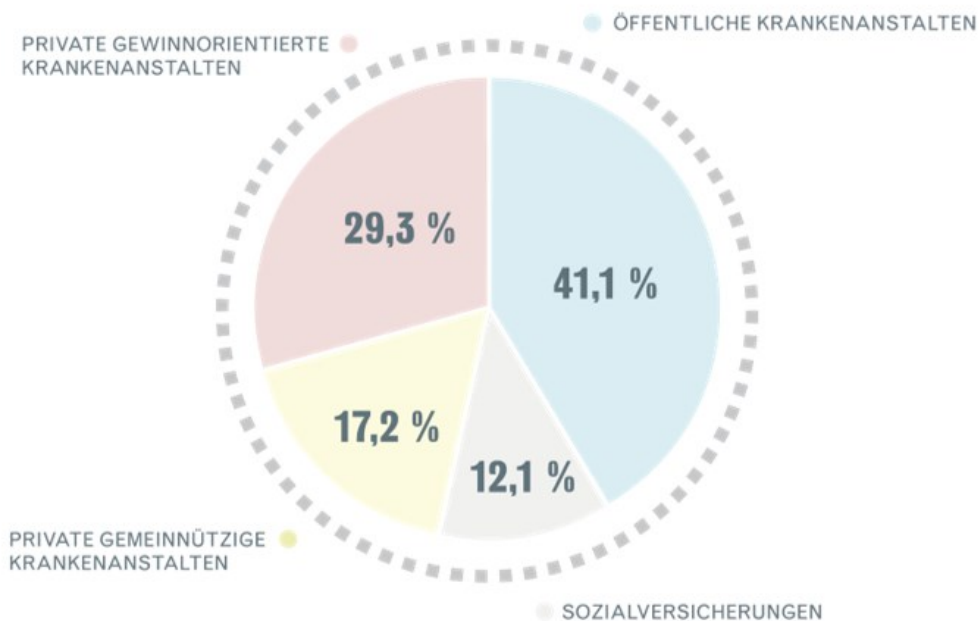
### 4.5.2 Entwicklung gewinnorientierter Krankenanstalten in Österreich

	1990		2003		2006		2016	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Krankenanstalten								
Öffentlich	163	50,9	133	48,9	117	44,3	113	41,4
Sozialversicherungen	43	13,4	40	14,7	40	15,2	33	12,1
Nicht-profit-orientiert	64	20,0	52	19,1	53	20,1	47	17,2
Privat	50	15,6	47	17,2	54	20,4	80	29,3
Gesamtanzahl	320	100,0	272	100,0	264	100,0	273	100,0

**Tabelle 4:** Entwicklung der österreichischen Krankenanstalten nach Eigentumsstrukturen von 1990 – 2016. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistik Austria; Hofmarcher und Rack 2006, S. 141-143)

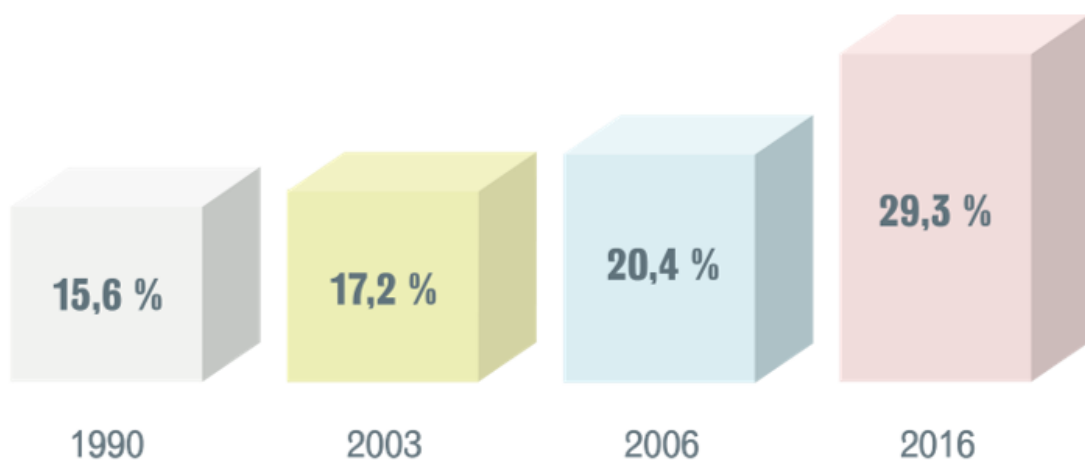
Aus der Tabelle 4 gehen Veränderungen hinsichtlich der Entwicklung der Krankenanstalten nach Eigentumsstrukturen hervor. Im Jahr 2016 gab es insgesamt 273 Krankenanstalten in Österreich. Davon sind 113 (41,4 %) öffentlich. 33 Krankenanstalten (12,1 %) werden von Sozialversicherungen betrieben. Weiters sind 47 Krankenanstalten (17,2 %) privat gemeinnützig und somit nicht profitorientiert. Übrig bleiben also 80 Krankenanstalten (29,3 %), welche privat und gewinnorientiert sind.

<sup>149</sup> PremiQamed, Online unter: <https://www.premiqamed.at/de/>, Stand: 19.02.2018.



**Abbildung 8:** Österreichische Krankenanstalten nach Eigentumsstrukturen 2016. (Eigene Darstellung).

Vor allem private gewinnorientierte Krankenanstalten in Österreich haben seit dem Jahr 2006 zugenommen, während öffentliche, nicht profit-orientierte Krankenanstalten abgenommen haben. Seit 2003 ist ein Rückgang von öffentlichen und gemeinnützigen Krankenanstalten erkennbar.



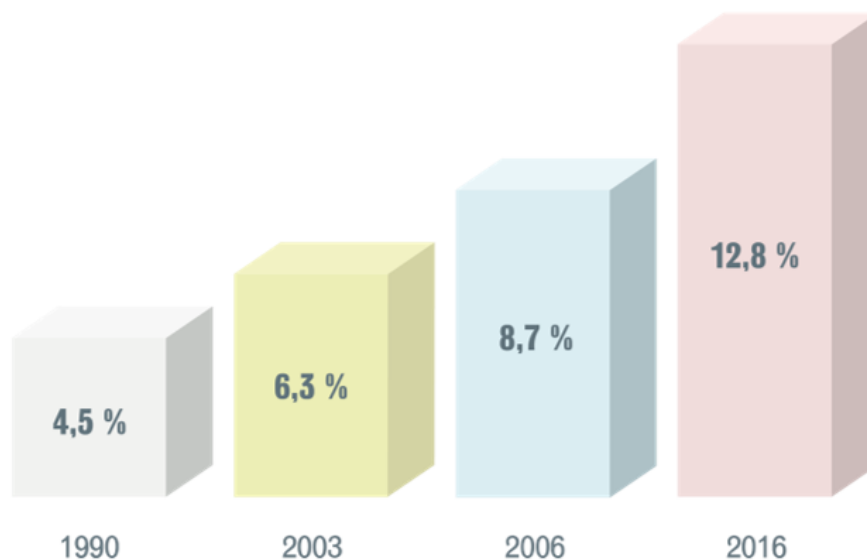
**Abbildung 9:** Entwicklung privater gewinnorientierter Krankenanstalten 1990 – 2016. (Eigene Darstellung).

### 4.5.3 Entwicklung der Bettenanzahl gewinnorientierter Krankenanstalten in Österreich

	1990		2003		2006		2016	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
<b>Betten</b>								
Öffentlich	50.153	68,3	45.814	67,7	40.222	63,5	43.538	67,2
Sozialversicherungen	6.138	8,4	5.744	8,5	5.719	9,0	4.622	7,1
Nicht-profit-orientiert	13.780	18,8	11.863	17,5	11.926	18,8	8.352	12,9
Privat	3.308	4,5	4.287	6,3	5.487	8,7	8.326	12,8
Gesamtanzahl	73.379	100,0	67.708	100,0	63.354	100,0	64.838	100,0

**Tabelle 5:** Entwicklung der Anzahl der Betten nach Eigentumsstrukturen österreichischer Krankenanstalten von 1990 – 2016 (Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistik Austria; Hofmarcher und Rack 2006, S. 141-143).

In der Tabelle 5 lässt sich erkennen, dass die Anzahl der Betten in öffentlichen Krankenanstalten gesunken ist. Während die Bettenanzahl privater, gewinnorientierter Krankenanstalten in der Zeitspanne von 1990 bis 2016 gestiegen ist.



**Abbildung 10:** Entwicklung der Bettenanzahl privater gewinnorientierter Krankenanstalten von 1990 – 2016. (Eigene Darstellung).

## 5 Auswirkungen der Ökonomisierung und Privatisierung

---

### 5.1 Unter-, Über- und Fehlversorgung

Um die Kosten im Gesundheitssystem senken zu können kommt es häufig zu Kosten-Effektivitäts-Betrachtungen, d.h. wirksame Leistungen werden von unwirksamen unterschieden. Leistungen werden mit dem Ressourceneinsatz im Verhältnis zum Nutzen bewertet. Darüber hinaus wird entschieden, ob Patientinnen und Patienten diese Leistung erhalten oder nicht.<sup>150</sup>

Offermanns (2011) beschreibt in seinem Buch, dass das Gesundheitssystem „*einer fortschreitenden Ökonomisierung*“<sup>151</sup> ausgesetzt ist. Weiters findet durch die Ressourcenknappheit ein zunehmendes Allokationsproblem statt.<sup>152</sup> Wird von einem Allokationsproblem gesprochen, ist damit die Problematik der Verteilung von knappen Mitteln gemeint.<sup>153</sup>

Wird die Seite der Nachfrage ökonomisch analysiert, muss herausgefunden werden, wie viele Leistungen im Gesundheitswesen Patientinnen und Patienten tatsächlich benötigen, d.h. wie hoch ist der Bedarf, die Nachfrage und deren wirkliche Inanspruchnahme? Wobei zwischen Nachfrage und Bedarf unterschieden werden muss. Als Nachfrage werden Wünsche bezeichnet, wohingegen der Bedarf darauf hinweist, was Patientinnen und Patienten tatsächlich benötigen.<sup>154</sup>

Die Bedarfsgerechtigkeit lässt sich in drei Versorgungsarten unterteilen:

1. *Unterversorgung*
2. *Überversorgung*
3. *Fehlversorgung*<sup>155</sup>

---

<sup>150</sup> Ahrens und Szucs zitiert nach Offermanns 2011, S. 23.

<sup>151</sup> Offermanns 2011, S. 23.

<sup>152</sup> Ebenda.

<sup>153</sup> Roeder und Hensen 2009, S. 3.

<sup>154</sup> Offermanns 2011, S. 25.

<sup>155</sup> SVR 2001 zitiert nach Offermanns 2011, S. 25.

Eine bedarfsgerechte Versorgung bei Patientinnen und Patienten kann nur dann vorliegen, wenn eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung nicht zutrifft.<sup>156</sup>

#### Ad. 1. Unterversorgung

Eine Unterversorgung bei Patientinnen und Patienten liegt vor wenn, trotz anerkanntem Bedarf, die Gesundheitsversorgung abgelehnt oder nur unzumutbar bereitgestellt wird, obwohl ein gesundheitlicher Vorteil sowie ein annehmbares Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen vorhanden sind.<sup>157</sup> Zudem beschreibt Wiechmann (2003) dass eine Unterversorgung auch dann vorliegt, wenn durch die Reduzierung medizinischer Leistungen höhere Folgekosten in Zukunft entstehen.<sup>158</sup>

#### Ad. 2. Überversorgung

Von einer medizinischen Überversorgung wird gesprochen, wenn die Leistungen in der Versorgung über die Bedarfsdeckung von Patientinnen und Patienten hinausgehen und kein bzw. ein unzureichender gesundheitlicher Nutzen daraus hervorgeht. Gründe dafür können z.B. Unkenntnis, Konzilianz, Marketingziele oder finanzielle Anreize sein.<sup>159</sup>

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass aufgrund einer Überversorgung mit Gesundheitsleistungen, nicht nur der fehlende Nutzen zu beachten ist, sondern auch ein Augenmerk auf denkbare Schäden für Patientinnen und Patienten gelegt werden muss. Aufgrund falsch-positiver Diagnosen können Leid, psychische Schädigungen, unnötige zusätzliche Behandlungen und vermeidbare Komplikationen hervorgerufen werden.<sup>160</sup>

Auch aufgrund von knappen Mitteln kann in ökonomischer Hinsicht eine Überversorgung vorliegen. Das bedeutet, wenn bei Gesundheitsleistungen oder Formen der Versorgung mit gleichem Nutzen, nicht diejenigen mit dem optimalsten

---

<sup>156</sup> Offermanns 2011, S. 25.

<sup>157</sup> Troschke 2004, S. 95; Lauterbach und Stock 2002, S. 143.

<sup>158</sup> Wiechmann 2003, S. 157.

<sup>159</sup> Lauterbach und Stock 2002, S. 143.

<sup>160</sup> Ebenda.

Kosten-Nutzen-Verhältnis eingesetzt werden. Die Versorgung gilt somit als ineffizient.<sup>161</sup>

Personen mit einer privaten Zusatzversicherung, wie es in Österreich der Fall ist, haben eine tendenziell höhere Chance überversorgt zu werden im Gegensatz zu gesetzlich versicherten Personen.<sup>162</sup>

### Ad. 3. Fehlversorgung

Eine Fehlversorgung bei Patientinnen und Patienten liegt dann vor, wenn ein Schaden, der eigentlich vermieden werden hätte können, aufgrund von Gesundheitsleistungen zustande kommt. D.h. der Nutzen überschreitet deutlich. Eine Fehlversorgung kann zudem mit einer Über- und Unterversorgung in Zusammenhang gebracht werden. Nachstehend werden folgende Unterfälle unterschieden:

- Wenn Gesundheitsleistungen trotz einer bedarfsgerechten Versorgung (d.h. es liegt keine Unter- oder Überversorgung vor) nicht den Qualitätskriterien entsprechen, kann dies Schäden zur Folge haben.
- Eine Überversorgung, die einen vermeidbaren Schaden verursacht, ist auch eine Fehlversorgung. Aber eine Überversorgung aus ökonomischer Sichtweise, ohne einen vermeidbaren Schaden, ist keine Fehlversorgung. Weiters liegt eine Fehlversorgung vor, wenn eine Überversorgung keinen günstigen gesundheitlichen Zusatznutzen bringt.
- Auch eine Unterversorgung kann eine Fehlversorgung mit sich bringen. Unterlassene Versorgungsleistung bedeutet entgangener Nutzen was wiederum dazu führt, dass ein Schaden vermieden hätte werden können.
- Außerdem gibt es eine Kombination von Unter- und Überversorgung: Wird daraus ein vermeidbarer Schaden hervorgerufen, stellt auch das eine Fehlversorgung dar.<sup>163</sup>

---

<sup>161</sup> SVR 2001 zitiert nach Offermanns 2011, S. 26.

<sup>162</sup> Lauterbach 2009, S. 17.

<sup>163</sup> Offermanns 2011, S. 28f.

In der folgenden Abbildung lässt sich deutlich erkennen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung erst vorliegt, wenn die Gesundheitsleistungen an Patientinnen und Patienten fachgemäß erbracht wurden sowie einem subjektiven, objektiven oder einem latenten Bedarf entsprechen.<sup>164</sup>

LEISTUNG BEDARF	WIRD FACHGERECHT ERBRACHT	WIRD NICHT FACHGERECHT ERBRACHT	WIRD NICHT ERBRACHT
NUR OBJEKTIVER, KEIN SUBJEKTIVER BEDARF (LATENTER BEDARF)	BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG	FEHLVERSORGUNG	(LATENTE) UNTERVERSORGUNG
SUBJEKTIVER UND OBJEKTIVER BEDARF	BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG	FEHLVERSORGUNG	UNTERVERSORGUNG (GGF. FEHLVERSORGUNG)
NUR SUBJEKTIVER KEIN OBJEKTIVER BEDARF	ÜBERVERSORGUNG (GGF. FEHLVERSORGUNG)	ÜBERVERSORGUNG UND FEHLVERSORGUNG	BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG

**Abbildung 11:** Darstellung über die Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Offermanns 2011, S. 25).

Es soll auf eine fachgemäße Gesundheitsversorgung abgezielt werden in der Gesundheitsleistungen als positiver Nutzen für Patientinnen und Patienten einhergehen aber gleichzeitig im Gleichgewicht mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen. Weiters sollen von Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem Leistungen erbracht werden, die auch wirklich bedarfsgerecht sind. Gleichzeitig sollen auch jene Bereiche aufgedeckt werden, die zu einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung führen können.<sup>165</sup>

<sup>164</sup> Offermanns 2011, S. 25.

<sup>165</sup> Ebenda, S. 27.

## 5.2 Zwei-Klassen-Medizin

Patientinnen und Patienten, die neben der gesetzlichen Pflichtversicherung eine freiwillige private Zusatzversicherung abgeschlossen haben und dafür extra bezahlen, ziehen Vorteile daraus. Beispielsweise haben Zusatzversicherte freie Krankenhaus- und Arztwahl und können für ihre Belange die Ärztin bzw. den Arzt ihres Vertrauens heranziehen. Weiters müssen sich Patientinnen und Patienten mit dem Sonderklassenstatus kein Mehrbettzimmer teilen, sondern genießen eine aufwändigere Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern.<sup>166</sup>

Jedoch setzt die Finanzierung der Behandlung von privaten zusatzversicherten Patientinnen und Patienten auch Fehlanreize, die sich für die soziale Krankenversorgung als Nachteil herausstellen. Laimböck (2009) formuliert dazu, dass die ärztliche Leistung, die durch privat Zusatzversicherte besser vergütet wird, zu einer höheren Aufmerksamkeit durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Diagnostik und Therapie für Privatpatientinnen und Privatpatienten führt. Daher könnte für Patientinnen und Patienten mit „nur“ einer gesetzlichen Krankenversicherung die Gefahr bestehen, dass diese nicht die beste Behandlung erhalten, was wiederum zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen kann. Weiters unterscheiden sich die Anreizsysteme der privaten Zusatzversicherung von den LKF-Anreizen. Sie widersprechen sich und sind eine der Gründe für Ineffizienzen in den Krankenanstalten.<sup>167</sup>

Die Diskussion über eine Zwei-Klassen-Medizin ist jedoch vor allem eine politische. Es werden Unterschiede in der Gesundheitsversorgung kritisiert und das Idealbild wird in einer Einheitsmedizin bzw. Ein-Klassen-Medizin gesehen.<sup>168</sup> Dennoch formulieren Schulze Ehring und Weber (2012) zur Ein-Klassen-Medizin, dass diese ein „*theoretisches Konstrukt*“<sup>169</sup> bleibt und „*kein modernes Gesundheitssystem auf die effizienzschaffende Wirkung des Wettbewerbs verzichten kann und überall die*

---

<sup>166</sup> Laimböck 2009, S. 99.

<sup>167</sup> Ebenda, S. 199.

<sup>168</sup> Schulze Ehring und Weber 2012, S. 13.

<sup>169</sup> Ebenda.

*medizinischen Möglichkeiten über das Finanzierbare hinauswachsen, sind Leistungsunterschiede die Realität.*<sup>170</sup>

Außerdem beschreiben Schulze Ehring und Weber (2012) betreffend der Zwei-Klassen-Medizin, dass diese erst dann auftritt, wenn Gesundheitsleistungen am Privatversicherten häufig über die Grundversorgung hinaus gehen und dies sozusagen zu einer Deplatzierung gesetzlicher Versicherter führt. Als Beispiel hierfür nennen die Autoren die Situation, wenn gesetzlich Versicherte länger auf Behandlungstermine warten, weil es Privatversicherte gibt. Aus ökonomischer Sichtweise würde das zu einem negativ externen Effekt führen.<sup>171</sup>

Etwa ein Drittel bis ein Viertel der Bevölkerung in Österreich ist privat zusatzversichert.<sup>172</sup> Für eine Umfrage wurden für das „Gesundheitsbarometer“, das von Peter Hajek durchgeführt wurde, 1.000 Personen sowie 300 Ärztinnen und Ärzte in Österreich befragt. Davon waren 79 % der Ärztinnen und Ärzte sowie 82 % der Personen überzeugt, dass Österreichs Gesundheitssystem eine Zwei-Klassen-Medizin habe, wobei vor allem bei planbaren Eingriffen zwischen Privatversicherten und gesetzlich Versicherten differenziert wird.<sup>173</sup>

Eine Zwei-Klassen-Medizin ist in einem solidarischen Gesundheitssystem abzulehnen, vor allem wenn es um das Wohl und die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten geht. Privatversicherte können bzw. sollen die Vorteile einer Hotelkomponente, freien Arztwahl, etc. genießen, dennoch darf hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten nicht zwischen Privatversicherten, da diese rentabler sind, und gesetzlich Versicherten unterschieden werden.

---

<sup>170</sup> Schulze Ehring und Weber 2012, S. 13.

<sup>171</sup> Ebenda, S. 10.

<sup>172</sup> Pöttler 2012, S. 52.

<sup>173</sup> Die Presse, Umfrage: Österreicher orten Zwei-Klasse-Medizin, Online unter: [https://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/5300255/Umfrage\\_Oesterreicher-orten-ZweiKlassenMedizin](https://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/5300255/Umfrage_Oesterreicher-orten-ZweiKlassenMedizin), Stand: 10.09.2017.

### 5.3 Mehrfachuntersuchungen

Je größer die Anzahl der Gesundheitsleistungen, desto höher das Honorar des/der Primararztes/Primarärztin. Aus diesem Grund entstehen Widersprüche zwischen den Interessen des Krankenhauses und die des/der Primararztes/Primarärztin.<sup>174</sup> Bei Privatversicherten werden mehr abrechenbare diagnostische Leistungen vorgenommen als bei gesetzlich Krankenversicherten, das haben vor allem Krankengeschichten gezeigt. Bei Privatversicherten wird ein größerer Umfang an Leistungen vollzogen im Gegensatz zu Patientinnen und Patienten mit einer gesetzlichen Krankenversicherung. Beispielsweise werden Befunden zuweisender Krankenhäuser oder Praxen bei Privatversicherten eher nochmals erhoben, darunter fallen z.B. Röntgenuntersuchungen, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Laboruntersuchungen, etc. Im Zweifelsfall folgen also Mehrfachuntersuchungen. Kurz zusammengefasst können die Anreize der privaten Zusatzversicherung zu einer Vermehrung der Leistung führen, die über das Notwendige hinausgeht. Weiters liegt es an der ärztlichen Vorrangigkeit, ob sich diese davon beeinflussen lässt.<sup>175</sup>

### 5.4 Wartezeiten

Lange Wartezeiten auf geplante Operationen und Untersuchungen werden auch im österreichischen Gesundheitswesen als sehr problematisch angesehen. Vor allem aber leiden Patientinnen und Patienten unter diesen Umständen welche schwerwiegende gesundheitliche Folgen nach sich ziehen können.

Der Tätigkeitsbericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft (WPPA) von 2016 zeigt den Gegenstand der Wartezeiten auf. Aufgrund der unzureichenden Datenlage lassen sich jedoch keine Schlüsse hinsichtlich einer Zu- oder Abnahme von Wartezeiten ziehen. Häufig kommt es von Patientinnen und Patienten zu Beschwerden, dass es sich vor allem um diese Untersuchungen und Operationen handle.<sup>176</sup>

---

<sup>174</sup> Laimböck 2009, S. 198f.

<sup>175</sup> Ebenda.

<sup>176</sup> WPPA 2016, S. 10.

- *Schilddrüsenszintigraphie,*
- *MRT-Untersuchungen,*
- *orthopädische Operationen,*
- *Eingriffe im Bereich der Neurochirurgie.*<sup>177</sup>

Weiters sehen Patientinnen und Patienten die langen Wartezeiten als Indiz für eine Zunahme der Zwei-Klassen-Medizin. Außerdem sollen private Zusatzversicherungen die Wartezeiten auf ausgewählte Operationen verkürzen, so wie ein vollständig privates Aufkommen von MRT-Untersuchungen eine monatelange Wartezeit auf nur wenige Tage reduzieren kann. Für die WPPA stellt diese Problematik vor allem eine<sup>178</sup> „*Gefahr für die Akzeptanz eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens dar.*“<sup>179</sup>

Als Grund für die langen Wartezeiten hinsichtlich der MRT-Untersuchungen wird beispielsweise die Vertragslage zwischen Krankenversicherung, Ärztekammer und der Wirtschaftskammer genannt. In diesen Verträgen ist ein gewisses Budget vorgesehen, das dazu führt, dass CT-/MRT Institute nur so viele Patientinnen und Patienten untersuchen, wie es sich für diese ökonomisch rentiert. Daher kommt es zu hohen Wartezeiten bzw. verkürzten Wartezeiten, wenn Patientinnen und Patienten dafür eigene Mittel aufbringen und diese privat bezahlen. Dennoch wird zwischen akuten Fällen unterschieden: Diese Patientinnen und Patienten erhalten alle notwendigen Untersuchungen auf Kassenbasis.<sup>180</sup>

Die Sektorenübergreifende Patientenbefragung 2015, welche vom BMGF herausgegeben wurde, zeigt hinsichtlich der Wartezeit bis zur Krankenhaus-Aufnahme, dass Privatversicherte eine durchschnittlich kürzere Wartezeit in Anspruch nehmen als gesetzlich Versicherte.<sup>181</sup> Weiters spielt auch der Versicherungsstatus hinsichtlich der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit eine Rolle. So sind Privatversicherte etwas zufriedener mit der stationären

---

<sup>177</sup> Ebenda.

<sup>178</sup> Ebenda.

<sup>179</sup> Ebenda.

<sup>180</sup> Ebenda, S. 11f.

<sup>181</sup> BMFG 2016, S. 44.

Gesundheitsleistung als gesetzlich Versicherte. Laut Patientenbefragung trifft dies jedoch vor allem auf die Wartezeiten zu.<sup>182</sup>

## 5.5 Private Zuzahlungen

Eine weitere Auswirkung hinsichtlich der Ökonomisierung und Privatisierung sind private Zuzahlungen für Patientinnen und Patienten. Die Thematik rund um private Zuzahlungen gewinnt immer mehr an Bedeutung, besonders in gesundheitspolitischen Kontroversen. Als Ursache für den Anstieg privater Zuzahlungen wird für gewöhnlich<sup>183</sup> *„auf den potentiellen Steuerungseffekt dieses Finanzierungsprinzips verwiesen.“*<sup>184</sup> Als bedenklich sieht Wendt (2013) zudem, dass private Zuzahlungen in Form von Selbstbehalten kaum einen Effekt auf die Nachfrage haben. Grund dafür ist, dass Selbstbehalte sehr niedrig angesetzt sind<sup>185</sup> *„und das Solidaritätsprinzip empfindlich verletzt“*<sup>186</sup>, sofern diese zu hoch werden.<sup>187</sup>

Dahlgren & Whitehead (1993) zitiert in Wendt (2013) formulieren dazu, dass *„die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme nur bei privaten Zuzahlungen oder bei Übernahme der Kosten durch eine private Krankenversicherung gewährt werden.“*<sup>188</sup>

Hinsichtlich sozialer Ungleichheiten im Zusammenhang mit Selbstbeteiligungen formuliert der Deutsche Gesundheitsbericht (1998) zitiert in Wendt (2013) sehr treffend:

*„Zumindest bei niedrigen Einkommensgruppen besteht die Gefahr, dass eine Selbstbeteiligung in spürbarer Höhe negative gesundheitliche Auswirkungen hat. Selbstbehalte führen tendenziell dazu, dass kranke, vor allem chronisch kranke und*

---

<sup>182</sup> BMFG 2016, S. 95.

<sup>183</sup> Wendt 2013, S. 166.

<sup>184</sup> Ebenda.

<sup>185</sup> Ebenda.

<sup>186</sup> Ebenda.

<sup>187</sup> Ebenda.

<sup>188</sup> Dahlgren und Whitehead 1993 zitiert nach Wendt 2013, S. 142.

*multimorbide Versicherte durch die medizinische Versorgung finanziell höher belastet werden als gesunde, wenig verdienende höher als gut verdienende und Frauen höher als Männer“<sup>189</sup>*

Die privaten Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen sind in Österreich zwar hoch, dennoch werden schutzbedürftige Personen z.B. durch eine Rezeptgebührenbefreiung finanziell entlastet.<sup>190</sup>

Hohe private Kostenbeteiligungen sowie Selbstzahlungen könnten Barrieren hinsichtlich der Nutzung von Gesundheitsleistungen für Patientinnen und Patienten verursachen.

## **5.6 Behandlung chronisch Kranker**

*„Qualität und Effizienz von Gesundheitssystemen werden heute und in Zukunft in erster Linie danach zu beurteilen sein, wie die Versorgung chronisch kranker Menschen ausgestaltet ist.“<sup>191</sup>*

Eine der größten Schwierigkeiten in einem sozialen Gesundheitssystem ist die effektive Versorgung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten, die den Großteil der Gesundheitskosten ausmachen.<sup>192</sup>

Verglichen mit den Akutkranken, bestimmen aufgrund des demographischen Wandels heutzutage vor allem chronisch Kranke und Multimorbide die Regel. Je mehr sich ein Gesundheitswesen ökonomisieren lässt und Patienten zu Kunden werden<sup>193</sup>, *„desto mehr gilt derjenige als guter Kunde, bei dem Investitionen sich am schnellsten lohnen, bei dem mit geringem Aufwand das meiste zu erreichen ist.“<sup>194</sup>*

---

<sup>189</sup> Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 zitiert nach Wendt 2013, S. 166.

<sup>190</sup> Hofmarcher 2013, S. 115f.

<sup>191</sup> Süddeutsche Zeitung 2006 zitiert nach Laimböck 2009, S. 37.

<sup>192</sup> Laimböck 2009, S. 34.

<sup>193</sup> Dörner 2001, S. 104.

<sup>194</sup> Dörner 2001, S. 104.

Die Auswirkung einer Ökonomisierung hinsichtlich chronisch Kranker könnte also bedeuten, dass Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer unheilbaren Krankheit nicht rentabel genug sind. Da ihre Gesundheitsversorgung sehr kostenintensiv und aufwändig ist, könnte dies zu einer Benachteiligung dieser Patientengruppe führen.

Auch Dahlgren & Whitehead (1993) zitieren in ihrem Buch, dass chronisch Kranke aus Sicht der Leistungserbringer unrentabel erscheinen könnten. Ärztinnen und Ärzte könnten beispielsweise versuchen, diese Patientinnen und Patienten, aufgrund ihrer hohen Kosten zu vermeiden und ihren Fokus auf eher gesündere, profitablere Patientinnen und Patienten richten.<sup>195</sup>

## **5.7 Versorgungsungleichheiten sozial Benachteiligter**

Das Resultat eines zunehmenden Kostendrucks auf Gesundheitssysteme bringt das Risiko mit sich, dass vor allem sozial schwächere Menschen mit niedrigem Einkommen eine unzureichende Gesundheitsversorgung erhalten.<sup>196</sup> Nicht nur das Vertrauen auch die Akzeptanz gegenüber der Gesundheitsversorgung können durch Versorgungsungleichheiten bei Menschen aus niedrigen sozialen Schichten ungünstig beeinflusst werden.<sup>197</sup>

Weiters sind gesundheitliche Risiken wie auch die Kompetenz, Krankheiten zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen, sozial ungleich verteilt. Menschen aus benachteiligten Schichten tragen z.B. höhere gesundheitliche Risiken. Zudem verfügen sie über ein geringes Einkommen, einen niedrigeren Bildungsstand und begrenzte Möglichkeiten zur Kontrolle ihrer Lebensumstände.<sup>198</sup>

Zudem beschreiben auch Klein & Knesebeck (2015), dass vor allem Menschen aus den niedrigen sozialen Schichten, z.B. in Bezug auf Wartezeiten, private Zuzahlungen, und gesetzlich Versicherte benachteiligter sind als Menschen aus

---

<sup>195</sup> Dahlgren und Whitehead 1993 zitiert nach Wendt 2013, S. 143.

<sup>196</sup> Ebenda, S. 142.

<sup>197</sup> Klein und Knesebeck 2015, S. 238.

<sup>198</sup> Bauer et al. 2005 zitiert in Bauer 2006, S. 21.

einkommenshöheren Schichten, die sich die monatlichen Prämien privater Zusatzversicherungen leisten können.<sup>199</sup>

Ein soziales Ungleichgewicht in Österreich herrscht besonders bei der Beanspruchung medizinischer Gesundheitsleistungen. Darunter fallen beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen um Krankheiten möglichst frühzeitig erkennen zu können, Impfschutz oder eine zahnärztliche Versorgung. Diese werden gar nicht oder viel zu spät in Anspruch genommen.<sup>200</sup>

Hinsichtlich der Versorgungsqualität hätte eine zunehmende Ökonomisierung oder Privatisierung von Gesundheitsleistungen somit vor allem für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status fatale Folgen.

## 5.8 Verkürzung der Spitalsaufenthalte

Die Aufenthaltsdauer im Spital ohne Nächtigung ist in Österreich seit dem Jahr 2006 um ca. zwei Drittel gestiegen. Gesundheitsbehandlungen finden vermehrt im tagesklinischen Sektor statt. Weiters reduzierten sich vollstationäre Aufenthalte in Akutkrankenhäusern seit 1990 von durchschnittlichen 11 Tagen auf 6,4 Tage im Jahr 2016.<sup>201</sup>

Eine Ökonomisierung im Gesundheitswesen kann u.a. Anreize zu einer Verkürzung der Verweildauer in Krankenanstalten setzen. Eine Reduzierung der Verweildauer könnte sich negativ auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten auswirken. D.h., es besteht das Risiko, dass Patientinnen und Patienten nach Eingriffen entlassen werden, obwohl sie noch nicht entlassungsfähig sind. Diese Problematik ist unter der Begrifflichkeit<sup>202</sup> „*blutige Entlassung*“<sup>203</sup> bekannt. Weiters besteht das Risiko, dass Patientinnen und Patienten gleich nach ihrer Entlassung

---

<sup>199</sup> Klein und Knesebeck 2015, S. 240.

<sup>200</sup> Hofmarcher 2013, S. 262.

<sup>201</sup> Statistik Austria, Spitalsentlassungen, Online unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_gesamt/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html), Stand: 21.02.2018.

<sup>202</sup> Fleßa 2018, S. 144.

<sup>203</sup> Ebenda.

erneut und mit der gleichen Diagnose wieder aufgenommen werden müssen<sup>204</sup> („Drehtüreffekt“).<sup>205</sup>

Auch Schultz-Nieswandt (2003) zitiert in Dörpinghaus et al. (2004) prognostiziert, dass die Gewinnerzielung mit einem Verlust der Qualität einhergeht. Bezogen auf Patientinnen und Patienten heißt das diese<sup>206</sup> „so kurz wie nur möglich zu behandeln“.<sup>207</sup>

Aus ökonomischen Gründen haben sich in Österreich die Krankenhausaufenthalte verkürzt. Trotzdem aber sind die Krankenhauseinweisungen gestiegen.

Wendt (2013) formuliert dazu, „eine zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus könnte zu einer erhöhten Wiedereinweisungsrate führen. [...] Darin ist möglicherweise einer der Gründe zu sehen, warum die bisher unternommenen Versuche der Effizienzsteigerung im stationären Bereich nicht zu einer Senkung der Ausgaben geführt haben.“<sup>208</sup>

---

<sup>204</sup> Ebenda.

<sup>205</sup> Ebenda.

<sup>206</sup> Schultz-Nieswandt 2003 zitiert nach Dörpinghaus et al. 2004, S. 14.

<sup>207</sup> Ebenda.

<sup>208</sup> Wendt 2013, S. 189f.

## 6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

---

Um die Gesundheitsausgaben niedrig zu halten, müssen finanzielle Mittel effektiv verteilt und effizient eingesetzt werden. Jedoch wird unter dem Begriff der Ökonomisierung nicht nur der Einsatz knapper Ressourcen verstanden, mit ihr wird auch eine Profitorientierung in Verbunden, d.h. Effizienz wird mit Gewinnmaximierung gleichgesetzt. Professionelle Entscheidungen können somit entweder durch den ökonomischen Anreiz der Gewinnerzielung beeinflusst werden oder durch die Dominanz von Einsparungsmaßnahmen. Gleichgesetzt mit der Ökonomisierung geht auch die Privatisierung einher, sie ist ein ergänzender Terminus der Ökonomisierung und drückt aus, wie intensiv sich Tendenzen einer Ökonomisierung mit einer Gewinnorientierung im Gesundheitswesen entwickelt haben.

In Österreich wurden Ende 2016 insgesamt 273 Krankenanstalten verzeichnet. Davon konnten 80 als privat und gewinnorientiert eingestuft werden. Zu den am häufigsten vorkommenden Krankenhausketten zählen die VAMED AG, die SeneCura Gruppe, Humanomed, die SANLAS Holding und die PremiQaMed Gruppe. Vor allem große Krankenanstalten, welche über eine hohen Anzahl an systematischen Betten verfügen, werden häufig von den oben angeführten Klinikgruppen geführt. Hinsichtlich des Versorgungssektors handelt es sich bei den privaten und gewinnorientierten Krankenanstalten größtenteils um Rehabilitationskliniken.

Hinsichtlich der Entwicklung gewinnorientierter Krankenanstalten in den Jahren 1990, 2003, 2006 und 2016 konnte herausgefunden werden, dass vor allem private, gewinnorientierte Krankenanstalten in Österreich ab dem Jahr 2006 zugenommen, während öffentliche, nicht profit-orientierte Krankenanstalten abgenommen haben. Seit 2003 ist ein Rückgang von öffentlichen und gemeinnützigen Krankenanstalten erkennbar.

Auch die Anzahl der Betten in öffentlichen Krankenanstalten ist gesunken, während die Bettenanzahl privater, gewinnorientierter Krankenanstalten in der Zeitspanne von 1990 bis 2016 gestiegen ist.

In Hinblick auf die Forschungsfrage „**Welche Auswirkungen hat die zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung in Krankenanstalten auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten**“ konnten als wesentliche Auswirkungen

- Unter-, Über-, Fehlversorgung
- Zwei-Klassen-Medizin
- Mehrfachuntersuchungen
- Wartezeiten
- Private Zuzahlungen
- Behandlung chronisch Kranker
- Versorgungsungleichheiten auf Kosten sozial Benachteiligter
- Verkürzung der Spitalsaufenthalte

ermittelt werden.

Eine bedarfsgerechte Versorgung bei Patientinnen und Patienten ist nur dann gegeben, wenn eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung nicht zutrifft. Gesundheitsleistungen müssen stets als positiver Nutzen für Patientinnen und Patienten betrachtet werden und im Gleichgewicht mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen. Es dürfen nur Leistungen erbracht werden, die auch wirklich bedarfsgerecht sind. Weiters ist eine Zwei-Klassen-Medizin in einem solidarischen Gesundheitssystem abzulehnen. Hinsichtlich der Gesundheitsversorgung darf von Ärztinnen und Ärzten nicht zwischen Privatversicherten und gesetzlich Versicherten unterschieden werden.

Bezüglich der Mehrfachuntersuchungen hat die Forschung ergeben, dass bei Privatversicherten mehr abrechenbare diagnostische Leistungen erbracht werden als bei gesetzlich Versicherten. Je größer die Anzahl der Gesundheitsleistungen bei Privatversicherten, desto höher ist auch das Honorar der Ärztinnen und Ärzte. Dies kann zu Fehlanreize führen und zur Folge haben, dass bei Privatversicherten

unnötige Mehrfachuntersuchungen vollzogen werden, die über das notwendige hinaus gehen.

Lange Wartezeiten auf geplante Operationen und Untersuchungen werden im österreichischen Gesundheitswesen als sehr problematisch empfunden. Vor allem aber leiden Patientinnen und Patienten unter diesen Umständen welche schwerwiegende gesundheitliche Folgen nach sich ziehen können. Weiters ergab sich aus Patientenbefragungen, dass Privatversicherte eine durchschnittlich kürzere Wartezeit in Anspruch nehmen als gesetzlich Versicherte.

Die Versorgungsungleichheiten zu Lasten sozial benachteiligter Gruppen und der zunehmende Kostendruck bringen das Risiko mit sich, dass vor allem sozial schwächere Menschen mit geringem Einkommen eine unzureichende Gesundheitsversorgung erhalten. Dazu zählen auch private Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen, die vor allem für einkommensschwache Gruppen eine Belastung darstellen. Auch die effektive Behandlung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten gilt nicht nur als kostenintensiv und aufwendig, sie könnte, verglichen mit akutkranken Patientinnen und Patienten, als unrentabel erscheinen.

Hinsichtlich der Verkürzung der Spitalaufenthalte zeigt sich, dass in Österreich die Aufenthaltsdauer ohne Nächtigungen um ca. zwei Drittel gestiegen ist. Vollstationäre Aufenthalte in Akutkrankenhäusern reduzierten sich hingegen seit 1990 von durchschnittlich 11 Tagen auf 6,4 Tage im Jahr 2016. Trotz der Verkürzung der Krankenhausaufenthalte sind die Krankenhauseinweisungen gestiegen. Eine zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus kann zu einer erhöhten Wiedereinweisungsrate führen. Es besteht also das Risiko, dass Patientinnen und Patienten nach Eingriffen entlassen werden, obwohl sie noch nicht entlassungsfähig sind.

Das Ideal einer Ökonomisierung im Gesundheitswesen besteht in einem effektiven und effizienten Einsatz von Ressourcen, darüber hinaus soll eine hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung für Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Ökonomisierung und Privatisierung in Verbindung mit Profitorientierung würde

Menschen in den Hintergrund drängen und wäre mit einem Gesundheitswesen, das auf Solidarität beruht, nicht zu vereinbaren.

## Literaturverzeichnis

- Bauer U. (2006) Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), APuZ (2006). Issue 8-9/2006, Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH, Frankfurt, S. 17-24.
- Bässler R. (2014) Qualitative Forschungsmethoden. Leitfaden zur Planung und Durchführung qualitativer empirischer Forschungsarbeiten. 3. Auflage, RB Research&Consulting Verlag, Wien.
- Breyer F., Buchholz W. (2009) Ökonomie des Sozialstaats. 2. Auflage, Springer-Verlag, Heidelberg.
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) (1957). In: BGBl 1957/1 idF BGBl I 2017/131.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010) Das österreichische LKF-System, BMG, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013) Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen – Daten – Fakten. BMG, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2016) Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisbericht 2015. (o.V.). Wien.
- Dietz A. (2011) Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin. In: Ethik in der Medizin (2011). Vol. 23, Issue 4, Springer-Verlag, S. 263-270.
- Dörner K. (2001) Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer GmbH, Stuttgart.
- Dörpinghaus S., Grützmaker S., Werbke R.S., Weidner F. (2004) Überleitung und Case Management in der Pflege. In: Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (Hrsg.) (2004). Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH, Hannover.
- Euteneier A. (Hrsg.) (2015) Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen - medizinisch, ökonomisch, juristisch. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Flenreiss G., Rümmele M. (2008) Medizin vom Fließband. Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen. Springer-Verlag, Wien.

- Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) (2015) Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. 4. Ausgabe, Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Fleßa S. (2018) Systematisches Krankenhausmanagement. De Gruyter, Berlin, Boston.
- Graf von der Schulenburg J. M., Greiner W. (2007) Gesundheitsökonomik. 2. Auflage, Mohr Siebeck, Tübingen.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2013) Die Organisation der österreichischen Sozialversicherung. In: Soziale Sicherheit (2013). Heft 7-8, S. 340-341.
- Hajen L., Paetow H., Schumacher H. (2006) Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. 3. Auflage, Kohlhammer GmbH, Stuttgart.
- Hermann Ch. (2007) Die Privatisierung von Gesundheit in Europa. In: FORBA-Schriftenreihe (2007). Heft 2/2007, S. 1-20.
- Heubel F., Kettner M., Manzeschke A. (Hrsg.) (2010) Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. VS Verlag, Wiesbaden.
- Hofmayer M. (2013) Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Wien.
- Hofmayer M., Rack H. (2006) Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Klein J., Knesebeck O. (2015) Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt (2016). Vol. 59, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 238-244.
- Kümmritz C. (2009) Privatisierung öffentlicher Unternehmen: Ausschreibungspflichten bei der Veräußerung staatlichen Anteilsvermögens nach europäischem Vergabe- und Beihilfenrecht. Igel Verlag, Hamburg.
- Laimböck M. (2009) Die Zukunft des Österreichischen Gesundheitssystems. Wettbewerbsorientierte Patientenversorgung im internationalen Vergleich. Springer-Verlag, Wien.
- Lauterbach K., Stock S. (2002) Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation, Gutachten im Auftrag des Verbandes der

Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV). (o. V.), Siegburg.

Mayer H., van Hilten E. (2007) Einführung in die Physiotherapieforschung.

Facultas Universitätsverlag, Wien.

Niephaus Y. (2018) Ökonomische Diagnosen und Analyse auf der Grundlage feldtheoretischer Überlegungen. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Offermanns G. (2009) Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen: Gegen oder für Patienten? In: Public Health Forum (2009). Band 17, Heft 3, Nr. 64, S. 7-9.

Offermanns G. (2011) Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem. Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung. Springer-Verlag, Heidelberg.

Pöttler G. (2012) Gesundheitswesen in Österreich. Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt. Goldegg Verlag GmbH, Wien.

Rebscher H. (Hrsg.) (2006) Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Economica Verlag, Heidelberg.

Reisner S. (2000) Privatisierungstendenzen im Krankenhauswesen und die Auswirkungen auf die Krankenhausverwaltung. Entwicklung eines Leistungsmessungssystems für Krankenanstalten. Universitätsverlag Rudolf Trauner, Linz.

Roeder N., Hensen P. (Hrsg.) (2009) Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Schauer R. (1992) Aktuelle Probleme der öffentlichen Wirtschaft und Gemeinwirtschaft. In: Öffentliche Wirtschaft und Gemeinwirtschaft in Österreich (1992), S. 77-89.

Schulz Ehring F., Weber C. (2012) Zwei-Klassen-Medizin. Ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussion. In: Ostendorf G. (Hrsg.) (2012). Versicherungsmedizin im 21. Jahrhundert – Private Krankenversicherung. VVV, Karlsruhe.

Schütz M., Röbbken H. (2016) Bachelor- und Masterarbeiten verfassen. Abschlussarbeiten in Organisationen. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

- Slotata L. (2011) Ökonomisierung der ambulanten Pflege: Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2015) Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Verlag Österreich GmbH, Wien.
- Troschke J. (2004) Die Kunst ein guter Arzt zu werden. Anregungen zum Nach- und Weiterdenken. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.
- Wendt C. (2009) Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Wendt C. (2013) Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. 3. Auflage, Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Wiechmann M. (2003) Managed Care: Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.
- Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft (WPPA) (2017) Bericht über das Jahr 2016. (o. V.), Wien.

## Internetquellen

BMG (o. J.) Erläuterungen zu den Tabellen und Grafiken.

URL: [http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Erlaeuterungen.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Erlaeuterungen.pdf),

Stand: 19.02.2018

BMGF (2017) Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten.

URL:

[https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/8/0/CH1163/CMS1499253793427/klassifikation\\_krankenanstalten\\_20170125.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/8/0/CH1163/CMS1499253793427/klassifikation_krankenanstalten_20170125.pdf)

Stand: 20.11.2017

BMGF (2017) Geöffnete Krankenanstalten mit ausgewählten Merkmalen 2016.

URL:

<http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourceninanspruchnahme/krankenanstalten.html>

Stand: 20.11.2017

BMGF (o. J.) Aufgaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.

URL: [http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Aufgaben\\_des\\_BMGF/](http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Aufgaben_des_BMGF/)

Stand: 05.10.2016

BMGF (o. J.) Oberste Sanitätsrat.

URL: [http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Oberster\\_Sanitaetsrat/](http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Oberster_Sanitaetsrat/)

Stand: 20.09.2016

BMGF (o. J.) Die Bundesgesundheitsagentur.

URL:

[http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Institutionen/Die\\_Bundesgesundheitsagentur](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Institutionen/Die_Bundesgesundheitsagentur)

Stand: 21.09.2016

BMGF (o. J.) Chronische Krankheiten.

URL:

[https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Chronische\\_Krankheiten](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Chronische_Krankheiten)

Stand: 10.11.2017

BMGF (o. J.) Arzneimittel.

URL: <http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Medizin/Arzneimittel/>

Stand: 04.10.2016

BMGF (o. J.) Prävention.

URL: <http://www.bmgf.gv.at/home/Service/Begriffslexikon/Praevention>

Stand: 04.10.2016

BMGF (o. J.) Gesundheit und Gesundheitsförderung.

URL: [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung),

Stand: 04.10.2016

Die Presse (2017) Umfrage: Österreicher orten Zwei-Klasse-Medizin.

URL:

[https://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/5300255/Umfrage\\_Oesterreicher-orten-ZweiKlassenMedizin](https://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/5300255/Umfrage_Oesterreicher-orten-ZweiKlassenMedizin)

Stand: 10.09.2017

Gabler Wirtschaftslexikon (o. J.) Privatisierung.

URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/privatisierung.html>

Stand: 14.02.2018

Gesundheit Österreich GmbH (o. J.) GOEG. Aufgaben.

URL: <http://www.goeg.at/de/GOEG.html>

Stand: 20.09.2016

Gesundheit Österreich GmbH (o. J.) OEBIG. Aufgaben.

URL: <http://www.goeg.at/de/OEBIG.html>

Stand: 20.09.2016

Gesundheit Österreich GmbH (o. J.) BIQG. Aufgaben.

URL: <http://www.goeg.at/de/BIQG.html>

Stand: 20.09.2016

Gesundheit Österreich GmbH (o. J.) FGOE. Allgemeines.

URL: <http://www.goeg.at/de/FGOE.html>

Stand: 20.09.2016

Humanomed (o. J.) Management-Consult.

URL: <https://www.humanomed.at/management-consult/>

Stand: 19.02.2018

Manzeschke A. (o. J.) Hintergrundinformation Ökonomisierung.

URL: <https://www.sozialethik-online.de/download/Oekonomisierung.pdf>

Stand: 01.11.2017

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2016) Das Gesundheitswesen im Überblick.

URL:

[https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml\\_LN.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html)

Stand: 18.09.2016

Premiqamed (o. J.) Premiqamed.

URL: <https://www.premiqamed.at/de/>

Stand: 19.02.2018

SANLAS (o. J.) Unternehmen.

URL: <https://www.sanlas.at/unternehmen>

Stand: 19.02.2018

Statistik Austria (2016) Die Bevölkerungspyramide 2015, 2030 und 2060.

URL:

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index1](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index1)

Stand: 06.04.2018

Statistik Austria (2016) Gesundheitsausgaben in Österreich.

URL:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html)

Stand: 03.10.2016

Statistik Austria (2017) Einrichtungen im Gesundheitswesen.

URL:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html)

Stand: 29.12.2017

Statistik Austria (2017) Krankenanstalten und Betten 2016 nach Rechtsträgern, Öffentlichkeitsrecht und Bundesländern.

URL:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesun](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesun)

[dheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen\\_im\\_gesundheitswesen/index.htm](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html)

!

Stand: 19.12.2017

Statistik Austria (o. J.) Spitalsentlassungen.

URL:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_gesamt/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html)

Stand: 21.02.2018.

SeneCura (o. J.) Die SeneCura Gruppe.

URL: <https://www.senecura.at/ueber-uns/die-senecura-gruppe/>

Stand: 19.02.2018

VAMED (o. J.) Unternehmen.

URL: <https://www.vamed.com/de/unternehmen/>

Stand: 19.02.2018

VAMED (o. J.) Leistungen.

URL: <https://www.vamed.com/de/leistungen/>

Stand: 19.02.2018

Vereinte Nationen (1948) Resolution der Generalversammlung, A/RES/217 A (III),  
Allgemeine Erklärung der Menschenrechte v. 10.12.1948, Artikel 25, S. 1-6.

URL: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>

Stand: 17.01.2017

## Anhang

### Private, gewinnorientierte Krankenanstalten in Österreich 2016

Bundesland	KA Bezeichnung	System. Betten	Versorgungssektor	Versorgungsbereich	Eigentümer
BGLD	Sonderkrankenanstalt Onkologische Rehabilitation - Der Sonnberghof	121	REHAB	SPEZ	VAMED
BGLD	Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Kittsee	100	REHAB	SPEZ	SeneCura Gruppe
KTN	Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt	160	AV	ALLG	Humanomed
KTN	Sonderkrankenanstalt für Pulmonale Rehabilitation	54	REHAB	SPEZ	Humanomed
KTN	Sonderkrankenanstalt zur Rehabilitation bei Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparates	160	REHAB	SPEZ	Warmbader Krankenanstalten GmbH
KTN	Sonderkrankenanstalt Die Schrothkur Obervellach	28	GEN	SPEZ	Schrothkur GmbH
KTN	Privatklinik Villach	152	AV	ALLG	Humanomed
KTN	Sonderkrankenanstalt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Warmbad-Villach	0	AV	SPEZ	Warmbader Krankenanstalten GmbH
KTN	Rehabilitationsklinik für seelische Gesundheit und Prävention	81	REHAB	SPEZ	Pro Mente Gruppe
KTN	Sonderkrankenanstalt - Rehabilitation - Thermenhof	238	REHAB	SPEZ	Warmbader Krankenanstalten GmbH
KTN	Sonderkrankenanstalt für Herzrehabilitation	95	REHAB	SPEZ	Humanomed
KTN	Sonderkrankenanstalt und Gesundheitsresort Agathenhof	54	REHAB	SPEZ	SeneCura Gruppe
KTN	Sonderkrankenanstalt für onkologische Rehabilitation	70	REHAB	SPEZ	Humanomed
KTN	Sonderkrankenanstalt für Stoffwechselrehabilitation	20	REHAB	SPEZ	Humanomed
NÖ	Sonderkrankenanstalt Bad Schönau	94	REHAB	SPEZ	Gesundheitsresort Königsberg GmbH
NÖ	Sonderkrankenanstalt Gesundheitsresort Raxblick	152	REHAB	SPEZ	SeneCura Gruppe

Bundesland	KA Bezeichnung	System. Betten	Versorgungssektor	Versorgungsbereich	Eigentümer
NÖ	Anton Proksch-Institut Stiftung Genesungsheim Kalksburg, Abteilung für Drogenabhängige	60	LV	SPEZ	VAMED
NÖ	Sonderkrankenanstalt für Herz- und Kreislauferkrankungen Groß Gerungs	223	REHAB	SPEZ	Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs GmbH
NÖ	Sonderkrankenanstalt Moorheilbad Harbach	210	REHAB	SPEZ	Moorheilbad Harbach Betrieb GmbH & Co KG
NÖ	Klinik Pirawarth, Kur- und Rehabilitationszentrum	321	REHAB	SPEZ	Kurhotel Bad Pirawarth GmbH & Co KG
NÖ	Sonderkrankenanstalt Ottenschlag	111	REHAB	SPEZ	Lebens.Resort & Gesundheitszentrum GmbH
NÖ	Waldsanatorium Perchtoldsdorf	170	REHAB	SPEZ	SeneCura Gruppe
NÖ	Sonderkrankenanstalt für Psychiatrie Krems-Hollenburg	150	REHAB	SPEZ	Sanlas Holding
NÖ	Sonderkrankenanstalt für Remobilisation/Nachsorge und onkologische Rehabilitation	160	REHAB	SPEZ	Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH
OÖ	Sanatorium Prim. Dr. Rupp - Regeneratorium St. Georgen	95	REHAB	SPEZ	Sanatorium Rupp GmbH
OÖ	Sonderkrankenanstalt für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	30	LV	SPEZ	Diakonie Zentrum Spattstraße gem. GmbH
OÖ	Sonderkrankenanstalt Aspach	137	REHAB	SPEZ	Revital Aspach GmbH & Co KG
OÖ	Sonderkrankenanstalt für neurologische und orth. Rehabilitation und Kinderrehabilitation	151	REHAB	SPEZ	Klinik Wilhering GmbH
OÖ	Sonderkrankenanstalt für Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates	63	REHAB	SPEZ	SeneCura Gruppe
OÖ	Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Altmünster	150	REHAB	SPEZ	VAMED
SBG	Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser	3	AV	ALLG	Dr. Aufmesser GmbH
SBG	Sanatorium Oberthurnhof St. Jakob am Thurn	12	AV	SPEZ	keine Angaben
SBG	Krankenanstalt Radstadt Dr. Aufmesser	13	AV	ALLG	Dr. Aufmesser GmbH
SBG	Privatklinik Wehrle - Diakonissen, Standort Andräviertel	158	AV	ALLG	PremiQaMed Group
SBG	Privatklinik Ritzensee	39	AV	ALLG	Privatklinik Ritzensee GmbH
SBG	Emco Privatklinik	76	AV	ALLG	EMCO Privatklinik GmbH
SBG	Klinik St. Barbara - Medizinisches Zentrum Bad Vigaun	85	AV	ALLG	Med. Zentrum Bad Vigaun GmbH & Co. KG

Bundesland	KA Bezeichnung	System. Betten	Versorgungssektor	Versorgungsbereich	Eigentümer
SBG	Bärenhof am Felsenbad	160	GEN	SPEZ	Gasteiner Kur- u. Reha GmbH
SBG	PKS Privatlinik Salzburg	21	AV	ALLG	VAMED
SBG	Krankenanstalt Altenmarkt	10	AV	ALLG	Krankenanstalt Altenmarkt GmbH & Co KG
SBG	NeuroCare Rehaklinik Salzburg	29	REHAB	SPEZ	Humanocare GmbH
SBG	Rehabilitationszentrum für Stoffwechsel- und Gastroenterologische Erkrankungen	52	REHAB	SPEZ	SeneCura Gruppe
SBG	Rehabilitationszentrum Oberndorf	60	REHAB	SPEZ	VAMED
SBG	Rehabilitationszentrum Bad Vigaun	113	REHAB	SPEZ	Med. Zentrum Bad Vigaun GmbH & Co. KG
SBG	Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit/Pongau	120	REHAB	SPEZ	VAMED
STMK	REHAMED-Rehabilitationszentrum für Lungen- und Stoffwechselerkrankungen	150	REHAB	SPEZ	Klinikum Austria Gesundheitsgruppe GmbH
STMK	Privatlinik für psychosomatische Therapie	25	AV	SPEZ	AMEOS Gruppe
STMK	Privatlinik Leech	44	AV	ALLG	Sanlas Holding
STMK	Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47	AV	SPEZ	Sanatorium St. Leonhard GmbH
STMK	Hansa Privatklinikum	63	AV	ALLG	Hansa GmbH
STMK	Privatlinik St. Radegund für Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie & Geriatrie	165	REHAB	SPEZ	Sanlas Holding
STMK	Privatlinik Kastanienhof	45	AV	SPEZ	Privatlinik Kastanienhof GmbH
STMK	Privatlinik Laßnitzhöhe	280	REHAB	SPEZ	Sanlas Holding
STMK	Theresienhof, Klinikum für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation	162	REHAB	SPEZ	Krankenhaus Theresienhof GmbH & Co KG
STMK	Klinik Maria Theresia, Rehabilitationszentrum für Neurologie & Orthopädie Bad Radkersburg	219	REHAB	SPEZ	Radkersburger Hof GmbH & Co KG
STMK	Privatlinik Graz-Ragnitz	144	AV	ALLG	PremiQaMed
STMK	Sonderkrankenanstalt für orthopädische und neuroorthopädische Rehabilitation	28	REHAB	SPEZ	Klinik Judendorf-Straßengel GmbH
STMK	Rehabilitationsklinik für Neurologie, Orthopädie und Kinderheilkunde	196	REHAB	SPEZ	Klinik Judendorf-Straßengel GmbH
STMK	Pflegeanstalt für chronisch psychisch Kranke Neutillmitsch-Gralla	124	LV	SPEZ	Sanlas Holding

Bundesland	KA Bezeichnung	System. Betten	Versorgungssektor	Versorgungsbereich	Eigentümer
STMK	Sonderkrankenanstalt für interdisziplinäre Schmerztherapie	30	AV	SPEZ	Krankenhaus Theresienhof GmbH & Co KG
STMK	Rehabilitationszentrum Wildbad	75	REHAB	SPEZ	SeneCura
TIROL	Rehabilitationszentrum Kitzbühel	120	REHAB	SPEZ	VAMED
TIROL	Kursana Sanatorium Wörgl	29	AV	ALLG	Kursana Betriebs-GmbH
TIROL	Wittlinger Therapiezentrum - Walchsee	49	REHAB	SPEZ	Wittlinger Therapiezentrum GmbH
TIROL	Rehabilitationszentrum Münster - Klinikum für Rehabilitation in Tirol	300	REHAB	SPEZ	Reha Zentrum Münster Betriebs GmbH
VLBG	Vital-Zentrum Felbermayer	87	GEN	SPEZ	Dr. Felbermayer GmbH
VLBG	Unfallsanatorium Dr. Rhomberg	11	AV	SPEZ	Dr. Rhomberg
VLBG	Sanatorium Dr. Schenk	8	AV	SPEZ	Schenk GmbH
VLBG	Rehabilitationsklinik Montafon	153	REHAB	SPEZ	VAMED
WIEN	Privatklinik Confraternität	96	AV	ALLG	PremiQaMed
WIEN	Rehaklinik Baumgarten	152	REHAB	SPEZ	VAMED
WIEN	Goldenes Kreuz Privatklinik	131	AV	ALLG	PremiQaMed
WIEN	Rudolfinerhaus	155	AV	ALLG	Rudolfinerhaus GmbH
WIEN	Sanatorium Liebhartstal	137	LV	SPEZ	Sanatorium Liebhartstal Formanek GmbH
WIEN	Wiener Privatklinik	145	AV	ALLG	Wiener Privatklinik Holding AG
WIEN	Privatklinik Döbling	160	AV	ALLG	PremiQaMed
WIEN	Privatklinik Währing	20	AV	SPEZ	Privatklinik Währing GmbH

**Tabelle 6:** Private, gewinnorientierte Krankenanstalten 2016. (Eigene Darstellung in Anlehnung an BMGF 2017, Geöffneten Krankenanstalten mit ausgewählten Merkmalen 2016).