



Masterarbeit

Wer hat die Wahl?

Das österreichische Wahlarzt-System zwischen Kassen- und Privatmedizin

eingereicht von

Benedikt Sargant, MSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health (MPH)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des Universitätslehrgangs Public Health

unter der Leitung von ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann

Wien, am 24. Juli 2024

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.

Wien, am 26. Juli 2024

Benedikt Sargant, MSc

Declaration of Academic Integrity

I hereby confirm that the present diploma thesis is the result of my own independent scholarly work. I also confirm that in all cases, where material from the work of others (in books, articles, essays, dissertations, and on the internet) is acknowledged, quotations and paraphrases are clearly indicated. No material other than that cited in the reference list has been used. I have read and understood the Medical University's regulations and procedures concerning plagiarism.

Vienna, July 26th, 2024

Benedikt Sargant, MSc

*Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft,
und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen.
R. VIRCHOW*

Abkürzungen

Abkürzung	Langbezeichnung
ÄK	Ärzttekammer
AEKST	Ärztelkostenstatistik
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BKK	Betriebskrankenkasse
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
CAWI	Computer Assisted Web Interview
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EV	Einzelvertrag
FOKO	Folgekostenanalyse – Gesamtkostenrechnung ärztlicher Tätigkeit
GG	Grundgesetz (DE)
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GV	Gesamtvertrag
GW	Gewerbebetrieb
HEG	Heeresentschädigungsgesetz
HONO	Honorarordnungsverwaltung
HV	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KOVG	Kriegsopferversorgungsgesetz
KUF	Kranken- und Unfallfürsorge
KVtr	Krankenversicherungsträger
NACE	Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne (Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft)
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	OECD
OPG	Opferfürsorgegesetz
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
RÖK	Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung
RÖV	Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen
SA	Selbständige Arbeit
StVG	Strafvollzugsgesetz
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
VU	Vorsorgeuntersuchung
ZÄK	Zahnärztekammer

Fachgruppen-Codes und Kürzel

Code	Bezeichnung	Kürzel
1	Arzt für Allgemeinmedizin	AM
2	Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin	AN/INT
3	Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie	AU
4	Facharzt für Chirurgie	CH
5	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	DER
6	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	GGH
7	Facharzt für Innere Medizin	IM
8	Facharzt für Kinderheilkunde	KIJU
9	Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	HNO
10	Facharzt für Lungenkrankheiten	PUL
11	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie	NEU/PSY
12	Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	OR
13	Facharzt Physikalische Medizin	PMR
14	Facharzt Radiologie	RAD
15	Facharzt für Unfallchirurgie	UCH
16	Facharzt für Urologie	URO
18	Facharzt für Neurochirurgie	NCH
19	Facharzt für Neurologie	NEU
20	Facharzt für Psychiatrie	PSY
21	Facharzt für Plastische Chirurgie	PCH
22	Facharzt für Kinderchirurgie	KJC
24	Facharzt für Nuklearmedizin	NUK
26	Facharzt für Strahlentherapie - Radioonkologie	STR
32	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	KJP
50	Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik	LAB
52	Labor, zytodiagnostisch	
53	Facharzt für Pathologie	
84	CT/MR und and. Leistungen (nuklear)	
85	selbständiges Ambulatorium, ausgenommen für ZMK und physikalische Medizin	AMB
91	selbständiges Ambulatorium für physikalische Medizin	AMBPHYS

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

1) Abbildungen

- Seite 27 Abbildung 1: Gesundheitsausgaben als Prozentsatz des BIP im Jahr 2022
- Seite 27 Abbildung 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf (in USD, kaufkraftbereinigt), im Jahr 2022
- Seite 28 Abbildung 3: Gesundheitsausgaben nach Art der Finanzierung.
- Seite 30 Abbildung 4: Zeitreihe der Entwicklung von Vertragsärzt:innen und Wahlärzt:innen im niedergelassenen Bereich
- Seite 33 Abbildung 5: Einreichverhalten Wahlarzt-Rechnungen: Ergebnisse der Befragungen 2016 und 2022.
- Seite 41 Abbildung 6: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen der privaten Versicherungswirtschaft (Sparte Krankenversicherung) in Österreich, 2019–2022
- Seite 50 Abbildung 7: Österreichweite Inanspruchnahme des Vertrags- und Wahlarzt-Sektors.

2) Tabellen

- Seite 32 Tabelle 1: Häufigste Gründe für die Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors
- Seite 37 Tabelle 2: Verteilung der Einkünfte (steuerpflichtiges Einkommen) der Ärzt:innen nach Dezilen
- Seite 40 Tabelle 3: Eckdaten der privaten Versicherungswirtschaft (Sparte Krankenversicherung) in Österreich, 2019–2022
- Seite 41 Tabelle 4: Marktanteile privater Versicherungsunternehmen im Gesundheitssektor im Jahr 2022 in Österreich
- Seite 48 Tabelle 5: Deskriptiver Überblick über den Wahlarzt-Sektor in Oberösterreich 2019 nach Geschlecht.
- Seite 57 Tabelle 6: Quantitativer Vergleich des Leistungsgeschehens zwischen dem WA- und dem VA-Sektor in Oberösterreich im Jahr 2019
- Seite 58 Tabelle 6a: Messgrößen aus Tabelle 6, normiert auf die Anzahl der Leistungserbringer
- Seite 59 Tabelle 6b: Quantitativer Vergleich der wichtigsten zwölf Fachrichtungen im Wahlarzt-Sektor (nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) in Oberösterreich im Jahr 2019 (Teil 1).
- Seite 60 Tabelle 6c: Quantitativer Vergleich der wichtigsten zwölf Fachrichtungen im Wahlarzt-Sektor (nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) in Oberösterreich im Jahr 2019 (Teil 2).
- Seite 61 Tabelle 6d: Quantitativer Vergleich der wichtigsten zwölf Fachrichtungen im Wahlarzt-Sektor (nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) in Oberösterreich im Jahr 2019 (Teil 3).
- Seite 66 Tabelle 7a: Copay und Geschlecht in absoluten Zahlen in Oberösterreich im Jahr 2019.
- Seite 67 Tabelle 7b: Copay und Geschlecht, normiert auf die Anzahl der Versicherten bzw. Rechnungen in Oberösterreich im Jahr 2019.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	3
Fachgruppen-Codes und Kürzel	4
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	5
Einleitung.....	7
1. Grundlagen des Wahlarzt-Systems.....	10
1.1. Rechtliche Grundlagen der Kostenerstattung	10
1.2. Vertragsärzt:innen vs. Wahlärzt:innen	13
1.3. Der Arztberuf als freier Beruf.....	14
1.4. Das Wahlarzt-System als österreichische Kompromisslösung.....	18
1.5. Exkurs: Das deutsche „Kassenarzt-Urteil“	19
1.6. Zusammenfassung.....	23
2. Privatmedizin in Österreich – Kurzüberblick.....	25
2.1. Verteilungseffekte der Privatmedizin	25
2.2. Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben in Österreich.....	26
2.3. Struktur der niedergelassenen Versorgung	29
2.4. Empirische Befunde zum Einreich-Verhalten und den Motiven für die Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors.....	31
2.5. Einkommen der Ärzt:innen im Vertragsarzt- und Wahlarzt-Sektor	36
2.6. Private Zusatzkrankenversicherungen.....	38
2.7. Zusammenfassung.....	42
3. Datenbeschreibung und Analyse	43
3.1. Ausgangslage.....	43
3.2. Allgemeine Beschreibung des Datensatzes.....	45
3.3. Limitationen des Datensatzes.....	46
3.4. Datenbereinigung	47
3.5. Eckpunkte des Primärdatensatzes: Deskriptiver Überblick	48
3.6. Vergleich der Inanspruchnahme: Vertragsarzt- vs. Wahlarzt-Sektor.....	49
3.7. Quantitative Struktur der Leistungserbringung in Oberösterreich im Jahr 2019	52
3.8. Copays (Zuzahlungen) auf Fachgruppen-Ebene	65
3.9. Zusammenfassung der Datenanalyse	68
4. Diskussion	71
4.1. Zentrale Ergebnisse der Datenanalyse.....	71
4.2. Institutionelle Aspekte.....	74
4.3. Mögliche zukünftige Forschungsgebiete.....	75
Literaturverzeichnis.....	78
Anhänge	81

Einleitung

In Gesundheitssystemen weltweit ist es üblich, dass Krankenversicherungen die Sachleistungsversorgung ihrer Versichertengemeinschaft über privatrechtliche Verträge mit Ärzt:innen oder ihren Standesvertretungen sicherstellen. Das Leistungsspektrum ist in einem Leistungs- bzw. Honorarkatalog geregelt. Leistungen, die von der Krankenversicherung anerkannt werden, können so direkt mit dem Versicherer abgerechnet werden. Die Versicherten selbst müssen vor Ort in der Regel nichts bezahlen.

Dieses so genannte Sachleistungsprinzip bildet in Österreich die Grundlage für die Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich. Die Krankenversicherungsträger und die gesetzliche Vertretung der Ärzt:innen regeln über privatrechtliche Gesamtverträge die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung und Abrechnung sowie die Stellenplanung. Innerhalb der Gesamtverträge regeln Einzelverträge die Beziehungsebene zwischen dem Krankenversicherungsträger und dem einzelnen Vertragspartner.

Das österreichische Gesundheitssystem weist jedoch eine diesbezügliche Besonderheit auf. Die Versicherten haben ein individuelles Recht auf Kostenerstattung für den Fall, dass sie eine Leistung bei Ärzt:innen außerhalb des Kassensystems in Anspruch nehmen möchten. Dieses Recht ermöglicht es Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, bei Ärzt:innen, die keinen Einzelvertrag und damit eine Verrechnungsvereinbarung mit der Krankenversicherung eingegangen sind, Leistungen gegen Entgelt in Anspruch zu nehmen und die Honorarnote anschließend zur Kostenrückerstattung bei ihrem Krankenversicherungsträger einzureichen. Die Höhe der Rückerstattung, die Versicherte erhalten können, ist mit 80% der anwendbaren Kassentarife, die für die auf der Honorarnote verzeichneten Leistungen an die Vertragspartner ausbezahlt würden, gedeckelt. Für Leistungen, die nicht mit einem Kassentarif hinterlegt sind, kann in der Regel keine Kostenerstattung erfolgen. Diese besondere Konstellation aus der Krankenversicherung als Zahlerin, den Versicherten als Leistungsempfänger:innen und den Ärzt:innen als Leistungserbringer:innen wird im Allgemeinen als „Wahlarzt-System“ bezeichnet und ist in der Sozialgesetzgebung der zweiten Republik seit Einführung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) im Jahr 1956 Teil des gesundheitspolitischen Konsens.

Das Wahlarzt-System soll im Wesentlichen zwei Funktionen erfüllen. Erstens soll es die so genannte „Niederlassungsfreiheit“ für approbierte Ärzt:innen gewährleisten: sie sollen über den Umweg des Rechtes auf Kostenerstattung trotz der fast vollständigen Abdeckung der Bevölkerung durch die Pflichtversicherung auch ohne Kassenvertrag ein profitables wirtschaftliches Umfeld vorfinden. Zweitens soll für die Versicherten die „freie Arztwahl“ über den Kreis der Ärzt:innen mit Kassenvertrag hinaus garantiert sein. Das individuelle Recht auf Kostenerstattung soll es ökonomisch besser wie schlechter gestellten Versicherten gleichermaßen ermöglichen, auch Ärzt:innen außerhalb des Kassensystems aufzusuchen.

Wahlärzt:innen sind also konzeptuell im doppelten Wortsinn als solche zu verstehen: Die „Wahl“ soll sowohl für die Ärzt:innen („Niederlassungsfreiheit“¹ als Synonym für freie Berufsausübung) als auch die für die Versicherten (freie Arztwahl) gewährleistet sein. Die „Wahl“ bzw. die „Wahlfreiheit“ bezieht sich also sowohl auf die Freiheit der Patient:innen, die in der Versorgung „frei“ zwischen Kassenärzt:in, Wahlärzt:in oder eigener Einrichtung wählen können, sowie auf die „Niederlassungsfreiheit“ der Ärzt:innen, die dank des Rechtes der Versicherten auf Kostenerstattung auch ohne einen Kassenvertrag davon ausgehen können, ein wirtschaftlich einträgliches Umfeld vorzufinden.

In den Jahren 2022 und 2023 wurde vor dem Hintergrund der Fusion der Sozialversicherungsträger ab 2020 sowie der COVID-19-Pandemie das Thema des Wahlarzt-Systems politisch neu aufgegriffen und öffentlich kontrovers diskutiert, wobei zwei Aspekte im Vordergrund stehen. Einerseits entzieht das Wahlarzt-System dem öffentlichen Gesundheitssystem ärztliche Arbeitskraft. Die Sogwirkung des Wahlarzt-Sektors anhand der stetig steigenden Anzahl an Arztpraxen ohne Kassenvertrag ist gut dokumentiert, während die Anzahl der Kassenpraxen stagniert. Gleichzeitig ist in Österreich der Anteil an privaten Zuzahlungen bei den Gesundheitsaus-

¹ Der Begriff der „Niederlassungsfreiheit“ wird häufig als die Freiheit von Ärzt:innen verstanden, nach dem Erwerb des *lus Practicandi* an einem beliebigen Ort eine Einzelpraxis zu eröffnen und dort medizinisch tätig zu sein. Die genauen Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung der Ärzt:innen sind in § 4 Ärztegesetz geregelt. Eigentlich stammt der Begriff jedoch aus dem Bereich der Freizügigkeit im Rahmen der Europäischen Union und meint die Freiheit von Unionsbürger:innen, in einem anderen als dem eigenen Mitgliedstaat wirtschaftlich tätig zu werden. Da der synonymische Gebrauch des Wortes jedoch im beschriebenen Sinne weithin Usus ist, wird der Begriff auch im Zusammenhang dieser Arbeit in dieser Form verwendet, steht jedoch unter Anführungszeichen.

gaben vergleichsweise hoch, obwohl alle in Österreich krankenversicherten Personen aufgrund des Prinzips der Versicherungspflicht lohn- bzw. einkommensabhängige Pflichtbeiträge zur Krankenversicherung entrichten. Für diese Beiträge gibt es legitimer Weise die Erwartung, dass im Bedarfsfall alle notwendigen Gesundheitsdienstleistungen rasch und in hoher Qualität nach dem Sachleistungsprinzip zur Verfügung stehen. Im Jahr 2022 standen den 10.359 in Kassenordinationen tätigen Ärzt:innen 12.078 Ärzt:innen in Wahlarzt-Ordinationen gegenüber, wobei etwa die Hälfte davon (6.199 Ärzt:innen) „reine“ Wahlärzt:innen, also ausschließlich in einer Wahlordination tätig waren (siehe Abbildung 4). Dieser Trend bedeutet einen signifikanten strukturellen Wandel in der Ärzt:innenschaft, der seit mindestens einem Jahrzehnt klar beobachtbar ist (Details dazu in Abschnitt 2.3). Diese Abwanderung erheblicher Teile des medizinischen Personals aus dem Kassensystem in Kombination mit einem hohen Anteil an privaten Zuzahlungen bedeutet für ein öffentlich finanziertes Gesundheitssystem mittel- bis langfristig ein Legitimationsproblem.

Zweck dieser Arbeit ist neben der (notwendigerweise cursorischen) Aufarbeitung der quantitativen und strukturellen Grundlagen des Wahlarzt-Sektors auch das Aufzeigen der interessenspolitischen Hintergründe, die Einfluss auf die Ausgestaltung der für den Wahlarzt-Sektor einschlägigen gesetzlichen Regelungen im ASVG genommen und damit das österreichische Gesundheitssystem entscheidend mitgeprägt haben.

Der erste Teil der Arbeit geht auf die institutionellen, rechtlichen und politischen Grundlagen des Wahlarzt-Systems ein. Das Recht auf Kostenerstattung wird hinsichtlich seiner Rolle als (vermeintliche) Garantie für die freie Arztwahl der Versicherten und die freie Berufsausübung der Ärzt:innen diskutiert. Anhand der parlamentarischen Unterlagen rundum den Beschluss des ASVG (Ausschuss für soziale Verwaltung 1955) wird illustriert, welche Denkfiguren den einschlägigen und größtenteils bis heute gültigen Rechtsgrundlagen für das Wahlarzt-System zugrunde liegen. In einem Exkurs wird neben der österreichischen Situation die parallel dazu verlaufende Diskussion rund um das so genannte „Kassenarzt-Urteil“ des deutschen Bundesverfassungsgerichtes aufgegriffen, das in einer Beschränkung des Zuganges zu Kassenstellen bereits in den frühen Fünfzigerjahren eine grundrechtswidrige Einschränkung der Erwerbsfreiheit von Ärzt:innen gesehen hat.

Im zweiten Teil folgt eine Überblicksdarstellung der Stellung der Privatmedizin in Österreich. Präsentiert wird ein allgemeiner quantitativer Überblick zu den privat geleisteten Zuzahlungen (sowohl aktuell als auch im Zeitverlauf) auf Basis der national und international verfügbaren Datenquellen, die konkrete quantitative Entwicklung des Wahlarztsektors.

Der dritte Teil umfasst eine Analyse von Abrechnungsdaten der damaligen Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse aus dem Jahr 2019. Der analysierte Datensatz enthält alle im Jahr 2019 zur Kostenerstattung eingereichten Rechnungen auf Basis von Einzelleistungen. Für jede Leistung ist der auf der Rechnung verzeichnete Betrag sowie der von der ÖOGKK zurückerstattete Betrag erfasst. Dies ermöglicht eine vergleichsweise detaillierte Darstellung der individuellen Niveaus von Zuzahlungen, differenziert nach den Fächern der Ärzt:innen sowie nach Regionen.

Im vierten Teil wird anhand der Hintergründe und der Ergebnisse diskutiert, ob das Wahlarzt-System in seiner derzeitigen Form aus rein ökonomischer Sicht seine kolportierten Zwecke (freie Arztwahl, Erwerbsfreiheit bzw. „Niederlassungsfreiheit“) erfüllen kann. Weiters werden die Limitationen des präsentierten Ansatzes betrachtet sowie Möglichkeiten für weitere Forschungsansätze aufgezeigt.

1. Grundlagen des Wahlarzt-Systems

1.1. Rechtliche Grundlagen der Kostenerstattung

Das ASVG regelt die Bereitstellung der ärztlichen Hilfe und den der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen im § 135 ASVG: *Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, durch Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärztinnen/Wahlärzte, Wahl-Gruppenpraxen sowie in eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen der Versicherungsträger gewährt.* Wahlärzt:innen stehen also im Gesetz gleichwertig als Erbringer:innen der ärztlichen Hilfe neben der Versorgung durch Verträge und durch eigene Einrichtungen der Versicherungsträger. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den freiberuflich tätigen Ärzt:innen sind über privatrechtliche Verträge nach Maßgabe des § 338 ASVG zu regeln. Diese Verträge treten im ärztlichen Bereich in Form von Gesamtverträgen (§ 341ff ASVG) auf, die der Dachver-

band stellvertretend für die Krankenversicherungsträger mit den regionalen Ärztekammern abgeschlossen hat. Die Gesamtverträge regeln neben allgemeinen Rechten und Pflichten der Vertragspartner, Zustandekommen und Auflösung der Einzelverträge usw. insbesondere den Stellenplan und damit den Zugang zu den zahlenmäßig beschränkten Kassenstellen, an denen die Versicherten nach dem Sachleistungsprinzip auf Rechnung des zuständigen Krankenversicherungsträgers behandelt werden können. Der Stellenplan ist aus rechtlicher Sicht ein zwingender Bestandteil des Gesamtvertrages, denn *„enthält eine Vereinbarung zwischen KVtr und ÄK keinen Stellenplan, handelt es sich um keinen GV iSd ASVG. Auch eine Vereinbarung, die eine Regelung enthält, wonach mit jedem (fachlich geeigneten) Arzt (auf dessen Wunsch) ein EV abzuschließen ist, würde im Widerspruch zu § 342 Abs 1 Z 1 und § 343 Abs 1 ASVG stehen.“* (Mosler 2012, S. 120).

In einem auf reine Sachleistungen ausgerichteten System wäre also die Gesamtzahl der Ärzt:innen mit Zugang zum Kassensystem mit einer absoluten Obergrenze (festgeschrieben im Stellenplan) beschränkt. Dies stünde in zumindest zweierlei Hinsicht im Widerspruch zu den von der Österreichischen Ärztekammer vertretenen Interessen der freiberuflichen Ärzt:innen. Einerseits widerspricht es dem tradierten Selbstbild der Ärzt:innen als autonom und unabhängig für das Wohl ihrer Patient:innen handelnde Personen, die sich zuallererst an die Regeln ihres eigenen Standes gebunden fühlen und für die andere Vorschriften schnell als unzulässige Einschränkung bzw. Einmischung empfunden werden. Andererseits bedeutet eine Beschränkung der Kassenstellen in einem System der Pflichtversicherung mit hoher Abdeckung der Bevölkerung eine Einschränkung der Verdienstmöglichkeiten von freiberuflich (also selbständig) tätigen Ärzt:innen. In einem gut ausgebauten Sachleistungssystem gäbe es wenig Anreiz für Versicherte, Ärzt:innen privat aufzusuchen und zu bezahlen, wenn eine zumindest gleichwertige Sachleistung kostenfrei, finanziert über die solidarische Beitragsleistung der Versichertengemeinschaft, zur Verfügung steht. Dies stelle eine Einschränkung der „Niederlassungsfreiheit“ (und damit gleichsam eine Einschränkung der freien Berufswahl) der Ärzt:innen dar, die sich aus der Kombination aus der Beschränkung der Kassenplätze im Stellenplan mit der fast vollständigen Abdeckung der Bevölkerung durch die Pflichtversicherung ergäbe. Vermengt wird diese Argumentation mit der Grundsatzfrage nach der freien Arztwahl. Diese sei in einem reinen Sachleistungssystem ebenfalls nicht gegeben,

da die Krankenversicherung auswähle, welche Ärzt:innen einen Einzelvertrag erhalten² bzw. die Anzahl der im Kassensystem aktiven Ärzt:innen absolut beschränkt ist.

Diese Vorbehalte hat die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) in der Begutachtungsphase des ASVG offenbar emphatisch vorgetragen. Der Gesetzgeber hat sich schließlich dazu entschlossen, die Wahlärzt:innen als mit der Vertragsversorgung und den eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger gleichwertige Leistungserbringer:innen der ärztlichen Hilfe (§ 135 ASVG, s.o.) in das Gesetz aufzunehmen. Mit dem § 131 ASVG wurde schließlich den Versicherten das Recht auf Kostenerstattung gegenüber ihrem Krankenversicherungsträger eingeräumt, wenn sie außerhalb des Sachleistungssystems, das durch eigene Einrichtungen und Vertragspartner bereitgestellt wird, Gesundheitsdienstleister in Anspruch nehmen (wörtliches Zitat): *„Nimmt der/die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338), die eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80% des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre.“* Gedeckelt ist der Betrag darüber hinaus mit den tatsächlichen Kosten für die Behandlung. Die Kosten für die Behandlung haben die Versicherten zunächst selbst zu tragen, das Recht auf Kostenerstattung machen die Versicherten durch Einreichung der entsprechenden Honorarnoten gegenüber dem zuständigen Krankenversicherungsträger geltend.

Die Kombination aus §§ 131 und 135 ASVG schafft also im Wege des Rechtes auf Kostenerstattung auch für medizinische Dienstleister:innen, die außerhalb des durch Verträge geregelten Sachleistungssystems stehen, einen Zugang zu den Geldern der Krankenversicherung.

Die Berechnung der Kostenerstattung selbst erfolgt gemäß § 23 der Satzung der ÖGK. Diese ist zwar österreichweit einheitlich, verweist jedoch für die Kostenerstattung weiterhin auf die „alten“ Satzungen der früheren Gebietskrankenkassen in der

² Dieser Einwand ist besonders schwer nachvollziehbar, erfolgt doch der Vorschlag für die Besetzung von Kassenstellen (Reihungskriterien) durch die Ärztekammer (§ 343 ASVG).

am 31. Dezember 2019 gültigen Fassung. Dieser Verweis ist insbesondere für die Berechnung der Grundvergütungen relevant.

1.2. Vertragsärzt:innen vs. Wahlärzt:innen

Das ASVG nennt zwar die Wahlärzt:innen als Erbringer:innen der ärztlichen Hilfe und regelt das Recht der Versicherten auf Kostenerstattung, aber eine explizite Definition des Begriffes „Wahlarzt/Wahlärztin“ liefert das ASVG nicht. Die Definition ergibt sich vielmehr indirekt aus dem Zusammenspiel dieser beiden Aspekte. Wahlärzt:innen sind somit solche Ärzt:innen, die keine Vertragspartner im Sinne des § 338 ASVG sind und somit in keinem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger stehen. Damit besitzen sie gegenüber Vertragsärzt:innen weitreichende Freiheiten in der Ausgestaltung ihrer Berufstätigkeit:

- Sie sind in der Wahl ihres Niederlassungsortes vollkommen frei und nicht auf die Stellenplanung angewiesen. Die einzige Voraussetzung für die Eröffnung einer Wahlarzt-Praxis ist die Erfüllung der berufsrechtlichen Voraussetzungen (Besitz eines „Ius Practicandi“ und gegebenenfalls Bestehen der einschlägigen Facharztprüfung) und eine daraus abgeleitete Eintragung in die Ärzteliste.
- Sie sind an keine Vorgaben hinsichtlich ihrer Honorargestaltung gebunden und damit in ihrer Tarifgestaltung völlig frei. Der im jeweiligen Bundesland gültige Honorartarif besitzt für sie keine Gültigkeit, ist jedoch die Basis für die Kostenerstattung, auf die die Versicherten Anspruch haben.
- Sie müssen keine Öffnungszeiten einhalten und sind auch nicht an die Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung (Richtlinien der ökonomischen Verschreibung und RÖK) gebunden, die in der kassenärztlichen Versorgung sonst Gültigkeit besitzen.
- Sie besitzen aufgrund dieser drei Faktoren umfassende Steuerungsmöglichkeiten in der Auswahl ihrer Patient:innen. Über die Wahl des Standortes, der freien Honorargestaltung sowie der Öffnungszeiten können sie die Zusammensetzung ihres Patient:innenstocks hinsichtlich sozioökonomischer Determinanten (Alter, Geschlecht, soziale Herkunft, Bildung etc.) gestalten.

In der Zusammenschau dieser Faktoren werden Wahlärzt:innen aus der systemischen Sicht zu einer schwer greifbaren Größe. Sie können den Umfang, die Qualität

und den Ort ihrer Leistungserbringung völlig frei gestalten und sind damit einer systemischen Planung vollständig entzogen. Mit Ausnahme der Abrechnungsdaten, die bei der Kostenerstattung entstehen, liegt die gesamte Leistungserbringung im Wahlarzt-Bereich sowohl qualitativ als auch quantitativ weitgehend im Dunkeln.

Für die Versicherten gewinnt beim Besuch von Wahlärzt:innen das im Gesundheitswesen ohnehin bestehende Problem der Informationsasymmetrie zwischen Ärzt:in und Patient:in eine besondere Virulenz. Weder hinsichtlich der erbrachten Leistungen noch hinsichtlich des dafür bezahlten Preises haben Versicherte einen Referenzpunkt, es entsteht also eine doppelte Kontingenz. In einem ökonomischen Sinne sprechen Thomson et al. (2009) in diesem Zusammenhang davon, dass das Gesundheitssystem als Markt besonders anfällig für Marktversagen ist. Dieses Marktversagen wirkt sich nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch auf Systemebene negativ auf die Effizienz der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen aus:

Health care markets are characterized by significant market failures which work against the efficient outcome. Many of these market failures are information related, and concern knowledge imbalances in the relationship between doctor and patient, between doctor and payer, and between purchasers of insurance and insurance companies. The consequence of these market failures is that health systems based on private financing, or which assign private financing a major role, are simply not as good at converting resources into value – they are not as efficient – as public systems. (Thomson et al. 2009, S. 11)

1.3. Der Arztberuf als freier Beruf

Wie bereits angedeutet ist das österreichische Wahlarzt-System eng mit sehr klaren und stark vertretenen berufsständischen Vorstellungen der Österreichischen Ärztekammer verflochten, die während der Entstehung des ASVG ab dem Jahr 1951 stark auf die dort getroffenen Regelungen eingewirkt hat. Im Zentrum des Berufsverständnisses stehen die sehr weit gefasste Autonomie der Ärzt:innen in der Berufsausübung sowie die Freiheit der Patient:innen, ihre Behandler:innen nach eigenem Gutdünken auswählen zu können. An die Stelle eines objektivierbaren, auf die medizinische Behandlung anzuwendenden Qualitätsbegriffs tritt in diesem Verständnis das Vertrauen zwischen Ärzt:in und Patient:in, das als zentrale Größe die

die Behandlungsqualität bestimmen soll. Dieses Selbstverständnis steht den Interessen einer Versichertengemeinschaft teilweise diametral entgegen. Diese hat als Einkäuferin von Gesundheitsdienstleistungen notwendigerweise ein Interesse daran, hinsichtlich Qualität als auch Quantität der erbrachten Dienstleistungen eine gewisse Kontrolle auszuüben, um das Gesamtsystem möglichst finanzierbar zu halten. Die Widersprüche, die sich dem Spannungsfeld des Wunsches nach einer herausgehobenen, selbständigen und selbstbewussten Positionierung der Ärzt:innen einerseits und den Interessen der breiten Bevölkerung andererseits ergeben, wurden anderorts bereits ausführlich beschrieben:

Aus der Zeit der überwiegend privatwirtschaftlich ausgerichteten Betreuung von zahlungskräftigen Kranken durch eine kleine Zahl von Ärzten (vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung) stammt der Wunsch der Ärzteschaft nach einer gesellschaftlichen Spitzenstellung. Hierin ist auch die Sehnsucht nach wirtschaftlicher Autonomie des in seiner Praxis freiberuflich Tätigen verankert. (Berger et al., 1978, S. 483)

Die Frage, welche Rolle die Ärzt:innen innerhalb des Sozialversicherungssystems einnehmen sollen, wurde in der Entstehungszeit des ASVG im Detail diskutiert, wobei die herausgehobene Bedeutung, die der Gesetzgeber den Ärzt:innen sowie der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen beimisst, klar hervortritt. Diese Diskussion ist in den parlamentarischen Unterlagen rundum die Verabschiedung des ASVG nachzulesen, die im Detail Auskunft über die ausgetauschten Argumente und die verschiedenen Positionierungen geben. Als Hauptbeispiel für diese Diskussion wird hier der Ausschussbericht des Ausschusses für soziale Verwaltung herangezogen:

Es hätte keinerlei Hinweise von außen bedurft, um den Ausschuß zu veranlassen, der in der Regierungsvorlage vorgesehenen Regelung der Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenversicherungsträgern größte Aufmerksamkeit zu schenken. Dem Ausschuß vollständig klar, daß die soziale Krankenversicherung nur dann zum Wohle der von ihr zu betreuenden Bevölkerungskreise funktionieren kann, wenn die Ärzteschaft in ihr voll und ganz mitarbeitet. Daß für eine solche Mitarbeit die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Ärzten entscheidend ist, liegt auf der Hand. Ohne den Ausführungen zu den in Betracht kommenden Punkten vorgehen zu wollen, sieht sich der Ausschuß zu folgenden grundsätzlichen Feststellungen veranlaßt:

1. Die persönliche und selbstverantwortliche Tätigkeit des Arztes muß auch im Bereiche der sozialen Krankenversicherung gewahrt sein, weil nur

auf diese Weise der Arzt in der Lage ist, die ärztliche Behandlung nach seinem besten Wissen und Gewissen durchzuführen. Kontrollen der ärztlichen Behandlung, die notwendig sind, um Mißbräuche zu verhindern, dürfen nur durch Ärzte und unter Bedachtnahme auf die Eigenverantwortung des behandelnden Arztes vorgesehen werden.

2. Die freie Wahl des Arztes durch den Versicherten ist sicherzustellen, damit sich die persönliche Beziehung und das für den Behandlungserfolg oftmals so wichtige Vertrauen des Erkrankten zum Arzt entwickeln kann. (Ausschuss für soziale Verwaltung 1955: S. 4)

Damit sind bereits die zentralen Grundsätze klar benannt, nämlich erstens die letztlich unhintergehbare Eigenverantwortlichkeit der Ärzt:innenschaft und zweitens die Wahlfreiheit der Patient:innen. Vor allem der zweite Grundsatz ist von entscheidender Bedeutung, ist dieser doch konstitutiv für die Auffassung, dass die Versicherten der Krankenversicherungsträger nicht nur ein Recht auf den Zugang zu ärztlicher Versorgung abseits der Versorgung durch Verträge und eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger haben. Explizit ist in diesen Grundsatz auch die *persönliche Beziehung* zwischen Ärzt:in und Patient:in und das sich daraus ergebende *Vertrauen* genannt. Gemeinsam mit der Eigenverantwortlichkeit der Ärzt:innenschaft leitet sich daraus eine Auffassung der medizinischen Dienstleistung schlechthin ab, der den Arztberuf sogar auf eine spezifische *Organisationsform*, nämlich jene der Einzelpraxis, festzulegen scheint. Daraus ergibt sich, dass mit wenigen Ausnahmen (Gruppenpraxen) bis zum Beschluss des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) und den ASVG-Änderungen im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen im Jahr 2023 die mit einem Gesamtvertrag verbundenen Einzelvertrags-Praxis, die von einer einzelnen approbierten Person mit medizinischer Ausbildung betrieben wird, de facto die einzige tragfähige Organisationsform der niedergelassenen Versorgung in Österreich dargestellt hat. Der Gesetzgeber hat also nicht nur die Form der Organisation, sondern auch die Konstellation zwischen Sozialversicherung, den Versicherten und den Ärzt:innen stark reglementiert und gezielt in ihrer heutigen Form ausgestaltet.

Das Bild des engen Vertrauens, das für die Beziehung zwischen Ärzt:in und Patient:in und damit in weiterer Folge für die Heilung selbst konstitutiv sei, wurde in der Literatur auch kritisch betrachtet. Berger et al. (1978 bzw. 1978a) beleuchten diese Frage in ihrer Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich zusammenfassend wie folgt:

Der dezentralisierte Aufbau der niedergelassenen Ärzteschaft führt nur begrenzt zu einer echten Kontextnähe gegenüber dem Patienten, da durch die mittelständische Orientierung der Ärzteschaft, ihre einseitig naturwissenschaftliche Ausbildung, ihre spezifische Produktionsweise u.a. die diagnostisch wie therapeutisch erforderliche Kenntnis der sozialen Lebenslage der meisten Patienten nicht gegeben ist. [...] Nur ein kleiner Teil der Patienten hat eine private Beziehung zum Doktor wie es der Arzt-Patient-Beziehung entspricht, die in der organisierten professionellen Nostalgie zelebriert wird. (Berger et al. 1978a, Bd. 2, S. 130)

Diese Auffassung steht im Kontrast zu dem von der organisierten Ärzt:innenschaft so emphatisch vertretenen Narrativ, dass die einzelnen Ärzt:innen aufgrund ihrer persönlichen Nähe zu ihren Patient:innen die wahren Anwälte (auch gegenüber der sozialen Krankenversicherung) seien.

Was unter „selbstverantwortlicher Tätigkeit“ der Ärzt:innenschaft genau zu verstehen ist, wird später im Ausschussbericht klar gestellt. Zunächst verweist der Ausschuss in weiterer Folge eindeutig auf die Urheberschaft dieser Grundsätze bzw. darauf, wo genau im Gesetzestext diese Grundsätze eingeflossen sind:

Die vorgesehene Wahlarzthilfe, die Betonung der freien Arztwahl, auch im Verhältnis zu den kasseneigenen Einrichtungen hat jedenfalls das Prinzip der schon bisher geltenden freien Arztwahl unterstrichen und erweitert. Die vorgesehene Einrichtung von Ärzteausschüssen und eines Bundesärzteausschusses soll das Mitspracherecht der Ärzteschaft in allen Fragen der Sozialversicherung, welche Ärzteinteressen berühren, sicherstellen. Der Ausschuss hat die Stellung des Arztes in der sozialen Krankenversicherung noch dadurch gefestigt, daß die Kündigung eines Arztes durch einen Krankenversicherungsträger wesentlich eingeschränkt und einem im Gesetz geregelten Verfahren überantwortet wurde. Damit glaubt der Ausschuss, daß gerade die bedeutendsten, auf die freiberufliche Tätigkeit des Arztes ausgerichteten Forderungen der österreichischen Ärztekammer berücksichtigt sind. Auch die grundsätzliche Entlohnung nach Einzelleistungen liegt auf derselben Linie. Wenn man noch bedenkt, daß die Neuerrichtung von kasseneigenen Ambulatorien wesentlich erschwert wurde, so wird die Tendenz des Gesetzes, die sich schon in der Regierungsvorlage deutlich gezeigt hat, noch deutlicher, die freiberufliche Berufsausübung des Arztes auch im Bereiche der sozialen Krankenversicherung weitestgehend sicherzustellen. Von einer Knebelung der Ärzte oder einer Verschlechterung der Rechtsstellung im Rahmen der Sozialversicherung, wie manchmal behauptet wurde, kann somit keine Rede sein. Der Ausschuss hofft, daß die Ärzte den Sachverhalt, wie er sich nunmehr in dem Gesetze zeigt, würdigen und auch dafür Verständnis haben werden, daß nicht alle ihre Forderungen Berücksichtigung finden konnten, weil die

Interessen der Gesamtbevölkerung entsprechend berücksichtigt werden mußten. (Ausschuss für soziale Verwaltung 1955: S. 4 – 5)

Diese Passage macht nochmals die gestellten Forderungen der Ärztekammern und deren interessenspolitischen Hintergrund explizit. Der Ausschuss stellt damit unmissverständlich nicht nur den Hintergrund der getroffenen gesetzlichen Regelungen klar, sondern auch, dass dabei auf sehr spezifische und umfangreiche, interessenspolitisch motivierte Forderungen eingegangen wurde, die gegen die Interessen der Gesamtbevölkerung abzuwägen waren. Die beschriebenen Grundsätze der Gesetzgebung bilden jedenfalls bis heute (mit wenigen Abänderungen) die Grundströmung der geltenden Rechtslage.

1.4. Das Wahlarzt-System als österreichische Kompromisslösung

Bis zum Inkrafttreten des ASVG mit 1. Jänner 1956 war das österreichische Gesundheitssystem ein reines Sachleistungssystem. Die bis dahin gültige Reichsversicherungsordnung (RVO) sah zur Bezahlung der Ärzt:innen eine fixe, aufzuteilende Summe vor. Das ASVG markiert die Rückkehr zur Versorgung durch privatrechtliche Verträge und der Verrechnung auf Basis von Einzelleistungen, die wie bereits diskutiert ein Kernanliegen der österreichischen Ärztekammer darstellt.

Vor dem Hintergrund einer fast vollständigen Abdeckung der Bevölkerung durch das System der Pflichtversicherung mag die Sorge der Ärzteschaft, ohne Zugang zum Geldtopf der Krankenversicherung kein wirtschaftliches Auskommen zu finden, berechtigt sein. Die Bestrebung der Ärzteschaft war daher ursprünglich eine vollständige Öffnung des Vertragsverhältnisses zu den Krankenkassen. Es sollte den approbierten Ärzt:innen frei stehen, ob sie am Kassensystem partizipieren oder ihre Leistungen ausschließlich privat erbringen möchten. Der Gesetzgeber hatte (wie sich am Beispiel Deutschlands in Folge des Kassenarzt-Urteils (siehe Exkurs Abschnitt 1.5) gezeigt hat, nicht zu Unrecht) das Risiko einer angebotsinduzierten Nachfrage und einer damit verbundenen, unkontrollierten Kostensteigerung vor Augen. Diese Abwägung der Interessen ist explizit in den parlamentarischen Unterlagen festgehalten:

Der in diesem Zusammenhang von der Ärzteschaft erhobenen Forderung nach Zulassung aller Ärzte zur Kassenpraxis konnte aus finanziellen Grün-

den nicht entsprochen werden. Es wird Gegenstand der vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern sein, nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger die Zahl der Vertragsärzte allmählich zu erhöhen [...]. Zweifellos wird die Honorierung nach Einzelleistungen, weiter die Einführung der wahlärztlichen Behandlung [...] eine nicht unbeträchtliche Mehrbelastung der Träger der Krankenversicherung mit sich bringen, denen keine durch das Gesetz vorgesehenen Mehreinnahmen gegenüberstehen [...]. (Ausschuss für Soziale Verwaltung 1955, S. 30)

Als tragfähiger Kompromiss erwies sich die Einführung des Rechtes auf Kostenerstattung. Dieses soll zuallererst die freie Arztwahl für die Versicherten festlegen.

Im Gegensatz zur unten beschriebenen Rechtslage in Deutschland gilt der österreichische Stellenplan als Teil des Vertragsarztsystems aus einer Grundrechts-Perspektive als unbedenklich, auch wenn in der rechtswissenschaftlichen Debatte ähnliche Argumente wie jene aus Deutschland – der Stellenplan sei ein verfassungsrechtlich problematischer Eingriff in die Erwerbsfreiheit – vorgebracht wurden. Ebenso hat der Verfassungsgerichtshof die Beschränkung der Kostenerstattung auf 80% als gerechtfertigt betrachtet, da die Wahlarzt-Kostenerstattung mit erheblichem zusätzlichen Verwaltungsaufwand verbunden ist (zu dieser Diskussion vgl. Mosler 2012, S. 123 – 125).

1.5. Exkurs: Das deutsche „Kassenarzt-Urteil“

Das deutsche Gesundheitssystem ist dem österreichischen strukturell eng verwandt. Es existiert ebenso wie in Österreich ein System von Krankenkassen (wenn auch heute ohne das System der Pflichtversicherung) und die Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich ist ebenso nach dem Grundsatz des Sachleistungsprinzips organisiert.

Interessant ist deshalb in diesem Kontext das so genannte „Kassenarzt-Urteil“, in dem das deutsche Bundesverfassungsgericht aus der Zusammenfassung von großen Teilen der Bevölkerung in einer Risikogemeinschaft, die sich dazu entschließt, eine Dienstleistung gemeinschaftlich einzukaufen, eine Einschränkung der Erwerbsfreiheit ableitet. Da die Einbringung der Verfassungsbeschwerde bereits 1951 in die Wege geleitet wurde, ist es nicht auszuschließen, dass die Diskussion in

Deutschland und die sich abzeichnende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes einen Einfluss auf den Gesetzgebungsprozess in Österreich gehabt hat.

Das deutsche Recht hat logischerweise keinerlei Bindungswirkung in Österreich, dennoch sind die in weiten Teilen parallel verlaufende Argumentationslinie sowie die in den Argumenten sich ausdrückenden Denkfiguren verblüffend ähnlich zu jenen, die in die Gestaltung der Grundlinien des ASVG eingeflossen sind. Es taucht die gleiche „Doppelstruktur“ der Freiheiten aus freier Arztwahl sowie freier Berufsausübung auf, die sich aus einem sehr ähnlichen Verständnis der Rolle der Ärzt:innen sowie der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen speist. Der Marburger Bund (Berufsverband und Fachgewerkschaft für Ärzt:innen in Deutschland), der als Beschwerdeführer gegenüber dem deutschen Bundesverfassungsgericht auftrat, argumentierte wie folgt:

Der niederlassungs- und zulassungsfähige Arzt kann von der Freiheit, seinen ärztlichen Beruf gewählt zu haben, nur dann Gebrauch machen, wenn er jeden Patienten behandeln kann, der ihm Vertrauen schenkt. Würde ein Arzt lediglich auf die Privatpatienten beschränkt sein, so wäre das Recht der Berufswahl illusorisch, weil der Arzt von dieser Behandlung von Privatpatienten nicht die Existenzmöglichkeit zur Ausübung seines ärztlichen Berufes hat. Die Berufswahl wird also von vornherein für den Arzt beschränkt, die-Frage "ob" ein junger Mensch Arzt werden will, zu verneinen sein, wenn er sich der Schranke gegenüber sieht, nur im Bedarfsfalle Kassenpatienten behandeln zu können. (Marburger Bund 1951, S. 193)

Die Begriffe *Vertrauen* und *Freiheit* treten hier in analoger Verwendungsweise auf, wie in den parlamentarischen Unterlagen aus Österreich. Dies kann als Hinweis gelesen werden, dass das Standesbewusstsein der Ärzt:innen auch in anderen Regionen ähnlich ausgestaltet ist.

In der für das (west-)deutsche Sozialversicherungssystem zum Teil bis heute maßgeblichen Rechtsgrundlage (Reichsversicherungsordnung – RVO) war bereits seit 1913 eine so genannte Verhältniszahl vorgesehen. Diese legte eine maximale Anzahl an Kassenärzt:innen für eine bestimmte Anzahl an Versicherten fest. Diese betrug zunächst 1.350 Versicherte pro Kassenärzt:in bzw. 1.000 Versicherte pro Kassenärzt:in, wenn die betreffende RVO-Kasse eine Familienbehandlung vorsah. Ab 1932 galt pauschal eine Obergrenze von 600 Versicherten pro Kassenärzt:in für alle RVO-Kassen. (vgl. Bundesverfassungsgericht 1960).

Der Marburger Bund brachte gegen die Verhältniszahl eine Verfassungsbeschwerde ein. Der Beschwerdeführer erblickte in der Verhältniszahl erstens eine Verletzung des in Art. 12 Abs. 1 GG festgeschriebenen Grundrechts auf Berufsfreiheit sowie zweitens auf Seiten der Patient:innen einen Verstoß gegen Art. 2 GG, nämlich das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.

Art. 12 Abs 2 GG sei durch die Verhältniszahl verletzt, da rund 80% der Bevölkerung von der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst seien. Die Verhältniszahl wäre damit nicht lediglich eine Beschränkung der Anzahl der Kassenärzt:innen, sondern aufgrund der großen ökonomischen Bedeutung der Kassenpatient:innen einer Beschränkung des Zuganges zum Beruf des niedergelassenen Arztes/der niedergelassenen Ärztin schlechthin. Es sei zwischen der Freiheit der Berufswahl und der Möglichkeit der Berufsausübung zu unterscheiden:

Folgt man dieser Unterscheidung, die einer langjährigen Entwicklung begrifflicher Unterscheidung des Gewerbe- und Berufsrechts entspricht, so ergibt sich für den Arzt, insbesondere unter Berücksichtigung der gegenwärtigen tatsächlichen Situation, daß eine Freiheit der Berufswahl in bezug auf den ärztlichen Beruf nur dann gewährleistet ist, wenn der Arzt nicht allein das theoretische Recht, sogenannte Privatpatienten zu behandeln aufgrund seiner Niederlassung erwirbt, sondern nur dann, wenn er auch das Recht hat, die sogenannten Kassenpatienten zu behandeln, sobald er zulassungsfähig ist [...]. (Marburger Bund 1951, S. 193)

Darüber hinaus verletze die Verhältniszahl das Recht des Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit, der Grundsatz der freien Arztwahl sei ein integraler Bestandteil dieses Rechts:

Denn die Entfaltung der freien Persönlichkeit ist auf alle existenziellen und substanzmäßig werthafter Beziehungen des Menschen zu erstrecken. Zu diesen Gesamtlebensbeziehungen im Sinne einer Entfaltung der Persönlichkeit gehört aber nicht allein die Entfaltung in Lebensbejahung und Lebensfreude, sondern auch die Gestaltung der Persönlichkeit in ihren einsamsten Anliegen, nämlich in Schmerz und Todesfurcht; In seinen einsamsten Grundanliegen, die in körperlichem Leiden und in der Angst vor dem Ende bestehen, hat der einzelne Mensch seinen Helfer im Arzt. [...] Der Kassenpatient wäre infolgedessen gehindert, einen anderen Arzt als einen Kassenarzt zu wählen, wenn der Beruf des Kassenarztes nur ergriffen werden könnte, wenn die gesetzlich niedergelegte Verhältniszahl von 600 : 1 den verfassungsrechtlichen Bedenken standhielte. Es kann nicht eingesehen werden, daß gerade der Arbeiter und Angestellte nicht das Recht hat, im Interesse seiner

Persönlichkeitsentfaltung und -Gestaltung denjenigen Arzt zu wählen, der sich sein Vertrauen erworben hat. Infolgedessen ist auch nicht allein von der Seite des Arztes, sondern auch von der Seite des leidenden Menschen, also des Patienten, die Beschränkung der Zulassung zur Kassenarztpraxis verfassungswidrig. (Marburger Bund 1951, S. 195 – 196)

Das Bundesverfassungsgericht folgte der Argumentation des Beschwerdeführers hinsichtlich des ersten Punktes (Verstoß gegen Art. 12 Abs. 2 GG) und hob die Verhältniszahl als verfassungswidrig auf. Da nun die Zulassung zum Kassenvertrag für alle zulassungsfähigen Ärzt:innen frei sei, fiel auch die Grundlage für die Verfassungsbeschwerde gemäß Art. 2 GG weg (was in einem gewissen Sinne die freie Arztwahl zu einer untergeordneten Funktion der Erwerbsfreiheit der Ärzt:innen macht). Die vielfach (auch von der damaligen deutschen Bundesregierung) im Vorfeld geäußerten Bedenken, eine Freigabe der Kassenarztzulassung führe unweigerlich zu einer Erhöhung der Kosten im Kassensystem, wurden nicht gehört:

Das Bundesverfassungsgericht konnte sich nicht davon überzeugen, daß diese Gefahren in dem befürchteten Umfang bestehen. Der Sachverständige errechnet aus dem vorliegenden statistischen Material, daß am 1. Januar 1959 von etwa 41 700 Ärzten in freier Praxis zu allen Kassen 32537, nur zu den Ersatzkassen 4436, also rund 88% zugelassen waren. 4771 Ärzte oder nicht ganz 12% waren zu keiner Kasse zugelassen. [...] Ein Teil der 4771 frei praktizierenden Ärzte ohne Kassenzulassung (der Sachverständige schätzt ihn auf 30%) hat die Kassenzulassung wieder aufgegeben oder lehnt sie von vornherein ab. Jedoch erstrebt auch ein Teil der noch bei den Krankenhäusern beschäftigten Ärzte, der das ausgleichen mag, die baldige Kassenzulassung. Dem jährlichen Zugang an Ärzten steht der Bevölkerungszuwachs und damit die Zunahme der Kassenmitglieder und freien Patienten sowie das Ausscheiden zugelassener Ärzte gegenüber. Alles in allem ist hiernach damit zu rechnen, daß bei einer Freigabe der Kassenzulassung sich die Zahl der Kassenärzte kaum um mehr als etwa 12% erhöhen würde. Von dieser Zahl kann im folgenden ausgegangen werden.

Die Folgen des Urteils waren indes gravierend, wie Maydell und Pietzcker (1992) aufzeigen. Die Anzahl der zugelassenen Kassenärzt:innen stieg in der damaligen Bundesrepublik Deutschland allein im Jahr des Inkrafttretens 1960 um 33% (von knapp 37.000 auf 49.225). Bis 1990 stieg die Zahl der zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte weiter beständig auf 71.711 (Maydell, Pietzcker 1992, S. 13). Die Ärzt:innendichte insgesamt stieg im selben Zeitraum um mehr als das Doppelte, von 142 Ärzt:innen auf 100.000 Einwohner:innen im Jahr 1960 auf 300 auf 100.000 Einwohner:innen zum 31.12.1989 (ebd., S. 14).

Maydell und Peitzcker schlussfolgern:

Daß dieser dramatischen Veränderung von Arztzahlen und Arztdichte kein entsprechend gewachsener, objektiv bestimmbarer Bedarf an zusätzlichen ärztlichen Leistungen gegenübersteht, hat bereits Blumenwitz in seinem Gutachten aus dem Jahre 1985 nachgewiesen [...]. (ebd.)

Das angesprochene Gutachten von Blumenwitz ist unglücklicherweise nicht auffindbar. Hand in Hand mit dieser Entwicklung ging jedoch eine Steigerung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sowie des für die Finanzierung notwendigen Beitragssatzes zur Krankenversicherung. Im Jahr 1960 lag dieser im Durchschnitt bei 6,5%, 1990 im Schnitt bereits bei 12,53%. (ebd., S. 14). Im Jahr 2024 beträgt der „allgemeine paritätische Beitragssatz“, der seit 2015 gilt, 14,6%. Dazu wird ein (je nach Kasse unterschiedlicher), einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben, der im Deutschland-Schnitt 1,7% beträgt (siehe BMG 2024). Der Beitragssatz zur Krankenkasse in Deutschland übersteigt den österreichischen Wert von 7,65% also um etwa das Doppelte.

Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für die kassenärztliche Versorgung scheint also in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Anstieg der Ärzt:innendichte und den mit der ärztlichen Versorgung verbundenen Kosten zu stehen. Die dahinterstehenden Wirkungszusammenhänge werden hier nicht diskutiert. Die Vermutung, dass individuell-rationale, ökonomische Motive der Ärzt:innenschaft bei dieser Entwicklung systemisch eine Rolle spielen, scheint jedoch angebracht. Auf dieser Vermutung fußt auch die Rechtsmeinung, dass das österreichische Instrument des Stellenplans

„[...] eindeutig dem Ziel einer ausgewogenen, allen zugänglichen Versorgungssicherung [dient]. Weiters soll eine unkontrollierte Steigerung der Vertragsärzte unterbunden werden, die aufgrund der Besonderheiten der Vertragsarztstätigkeit mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer erhöhten wirtschaftlichen Belastung der KVtr führen würde. Dies lässt sich etwa durch die deutsche Entwicklung seit dem Kassenarzt-Urteil des BVerfG belegen, dessen Prognose, dass ein unbeschränkter Zugang zum Kassenvertrag zu keiner erheblichen Zunahme von Kassenarzt-Zulassungen führen würde, sich als falsch herausgestellt hat.“ (Mosler 2012, S. 127).

1.6. Zusammenfassung

In der Diskussion um die Rechtssetzung sowohl in Österreich wie in Deutschland werden die weltanschaulichen Hintergründe offensichtlich, die bis heute als prägend für die Ausgestaltung des Gesundheitssystems gelten können.

- Der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen wird eine weit über den Dienstleistungscharakter hinausgehende Qualität und Bedeutung beigemessen. Die Beziehung steht herausgehoben, quasi „über den Dingen“ und ist damit kraft ihrer besonderen Natur zur Gänze der Beurteilung (ja: sogar der reinen Einschau) jeder dritten Partei entzogen. Dass diese Auffassung mit einer klaren ökonomischen und rationellen Sachzwängen unterworfenen Organisationsform einer Krankenkasse notwendigerweise in Konflikt gerät, liegt auf der Hand.
- Die organisatorische Verfasstheit der Tätigkeit von Ärzt:innen ist integraler Bestandteil des Standesbewusstseins, was auch offen vertreten wird. Der Gesetzgeber schützt implizit über die beschriebenen Regelungen nicht nur die freie Berufswahl, sondern ganz spezifisch die organisatorischen Bedingungen, unter denen der Beruf ausgeübt werden kann, in diesem Fall die selbständige Niederlassung in einer Einzelpraxis. Dies geschieht, indem der Gesetzgeber den niedergelassenen Ärzt:innen im Wege der Kostenerstattung einen Zugang zu den Geldern der Krankenversicherung gewährt.
- Das zugrundeliegende Argument der freien Arztwahl für die Versicherten steht in Österreich in dieser Argumentationskette für die Existenz des Wahlarzt-Systems zumindest formal an erster Stelle, die Erwerbsfreiheit ist im österreichischen Zusammenhang sohin lediglich eine „Funktion“ der Wahlfreiheit der Patient:innen. Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe hat diese Argumentation gewissermaßen auf den Kopf gestellt, indem es zuerst die Erwerbsfreiheit der Ärzt:innen als schützenswertes Rechtsgut im verfassungsrechtlichen Sinne erachtete und die Wahlfreiheit der Versicherten also dieser Freiheit nachgeordnet betrachtete.
- Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland zeigt deutlich, dass eine angebotsinduzierte Nachfrage eine bedeutende Auswirkung auf die Finanzierbarkeit eines solidarischen Krankenversicherungssystems hat.
- Die österreichische Rechtslage sichert nicht nur den Zugang zum Arztberuf an sich, sondern schützt auch implizit das Recht auf eine ganz spezifische Form der Berufsausübung, nämlich jene in der niedergelassenen Einzel- oder Gruppenpraxis mit eigenverantwortlichen, im weitesten Sinne „unternehmerisch“ handelnden Ärzt:innen an der Spitze. Es wird also streng genommen nicht die freie Berufswahl geschützt, sondern die freie Berufswahl wird unter den explizit

definierten organisatorischen Bedingungen. Das Gesetz schützt damit das Recht der Ärzteschaft, einen Markt für ihre Tätigkeit vorzufinden, und zwar nicht nur für die Tätigkeit an sich, sondern in Konsequenz auch für die Tätigkeit in einer exakt definierten Organisationsform, die exakt dem Standesverständnis der Ärzt:innenschaft entspricht.

2. Privatmedizin in Österreich – Kurzüberblick

2.1. Verteilungseffekte der Privatmedizin

Ein gleicher Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ist in der einen oder anderen Form in den meisten Gesundheitssystemen der Europäischen Union ein erklärtes Ziel und ein Grundprinzip. Auch Österreich nimmt für sich in Anspruch, dass das öffentliche Gesundheitswesen für alle Versicherten gleichermaßen zugänglich ist. Dies gilt im Sinne des Solidaritätsprinzips unabhängig von der Höhe des Einkommens und damit der Beitragszahlungen (vgl. Gesundheit.gv.at 2024).

Was genau unter gleichem Zugang zum Gesundheitswesen zu verstehen sei, ist Gegenstand einer historisch intensiv geführten Diskussion (Mooney 1983). Mossialos und Thomson (2004) greifen in diesem Zusammenhang das Konzept der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit auf. Horizontale Gerechtigkeit meint in diesem Sinne die gerechte (nicht notwendigerweise gleiche) Behandlung annähernd gleicher Individuen, während vertikale Gerechtigkeit eine ungleiche Behandlung ungleicher Individuen bezeichnet.

Auch wenn alle Versicherten das gleiche Recht auf Kostenerstattung haben, eröffnet das Wahlarzt-System jedenfalls eine Möglichkeit, auf individueller Ebene die Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit zu umgehen. Dies kommt vor allem dann zum Tragen, wenn ein Besuch im Wahlarzt-Sektor einen schnelleren Zugang zu Leistungen (wie etwa Operationen oder bildgebende Verfahren) bedeutet. Privat zu tragende Zuzahlungen haben jedenfalls einen Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, der sich nach Einkommensklassen deutlich unterscheidet.

Eine dänische Meta-Studie (Kiil und Houlberg 2013) beschäftigt sich mit den Effekten von privaten Zuzahlungen (Co-Payments) auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. 47 Studien wurden für die Analyse im Zeitraum von 1990 bis 2011

ausgewählt, wobei sowohl europäische Industriestaaten als auch die USA, Kanada und Japan vertreten waren. Die Studien wurden nach dem jeweiligen Fokus der Forschungsfrage geclustert, wobei sich vor allem für den Bereich der Verteilungseffekte ein klares Bild herauskristallisiert:

Finally, the empirical literature confirms almost unambiguously that distributional consequences are a real matter of concern and not just a theoretical construct. On the financing side, the reviewed studies find that copayment represents an unequal type of financing vertically as well as horizontally. The empirical evidence likewise indicates that vulnerable groups, including individuals with low income and in particular need of care, reduce their use relatively more than the remaining population in consequence of copayment. This highlights the need for protecting particularly vulnerable groups from the consequences of copayment, e.g. by making the copayment income dependent or exempting groups in particular need of the services in question. (Kiil und Houlberg 2013)

Es ist damit davon auszugehen, dass der Wahlarzt-Sektor in Österreich nicht allen Versicherten gleichermaßen offensteht. Die beiden Tatsachen, dass die Kosten für die Behandlung von den Versicherten erstens „vorgestreckt“ werden muss und eine Kostenerstattung (in ex ante für die meisten unbekannter Höhe) zweitens erst im Nachhinein erfolgt, dürfte demzufolge in gewissen Bevölkerungsgruppen de facto systematisch das Recht auf die freie Arztwahl einschränken.

2.2. Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben in Österreich

Das österreichische Wahlarzt-System ist insbesondere vor dem Hintergrund der in Österreich traditionell hohen und weiter steigenden Ausgaben für private Gesundheitsdienstleistungen zu bewerten. Die privaten Gesundheitsausgaben werden in der OECD ebenso wie alle anderen Gesundheitsausgaben nach den Regeln des „System of Health Accounts“ (SHA) erfasst. Die OECD-Zahlen für 2023 weisen Österreich als ein Land mit vergleichsweise hohen Ausgaben für Gesundheit im Allgemeinen sowie privaten Gesundheitsausgaben im Besonderen aus:

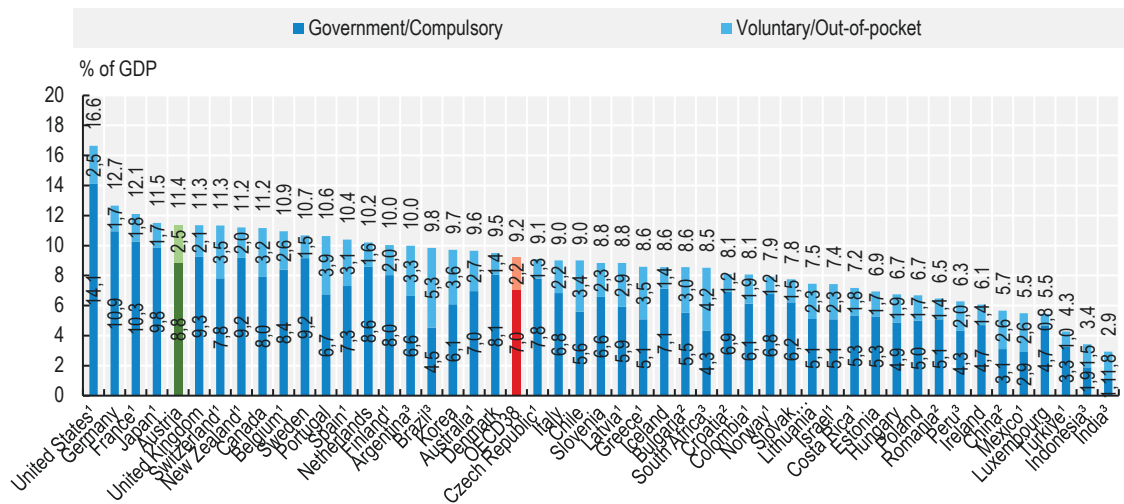


Abbildung 1: Gesundheitsausgaben als Prozentsatz des BIP im Jahr 2022 (oder nächstliegendes Jahr), Österreich in Grün.

Fußnote 1: OECD-Schätzungen für das Jahr 2022, Fußnote 2: Zahlen aus 2020. Quelle: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

Abbildung 1 zeigt, dass im Jahr 2022 rund 11,5% des österreichischen BIP auf Gesundheitsausgaben entfallen sind. Davon kamen 8,8% aus dem öffentlichen System und 2,1% sind freiwillige bzw. out-of-pocket-Zahlungen. Im OECD-Schnitt fällt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP mit rund 9,2% wesentlich geringer aus.

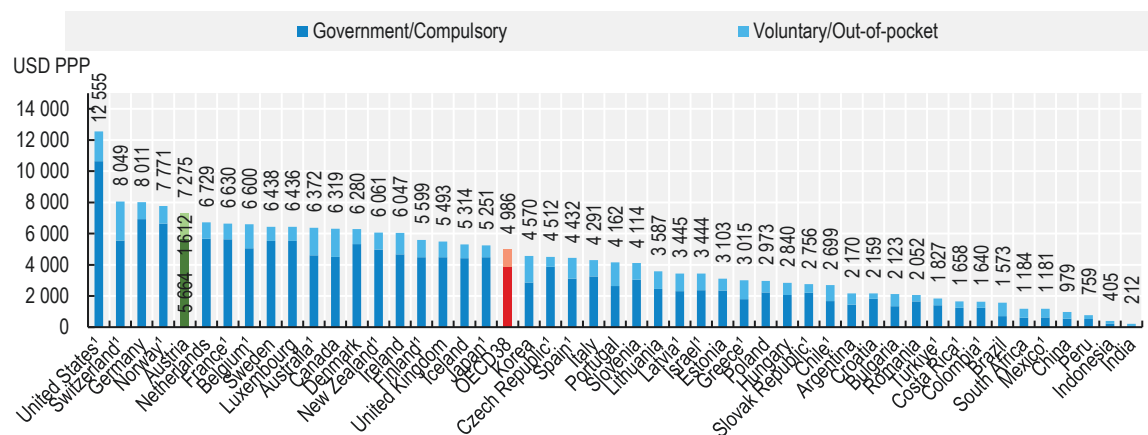


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf (in USD, kaufkraftbereinigt), im Jahr 2022 oder nächstliegendes Jahr, Österreich in Grün.

Fußnote 1: OECD-Schätzungen. Quelle: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

In absoluten Zahlen belegt Österreich bei den Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen mit rund USD 7.275 einen Spitzenplatz innerhalb der OECD (siehe Abbildung 2). Hinsichtlich der privaten Gesundheitsausgaben (Voluntary/Out-of-pocket)

belegt Österreich mit rund USD 1.612 den sechsten, unter den EU-Ländern sogar den ersten Platz.

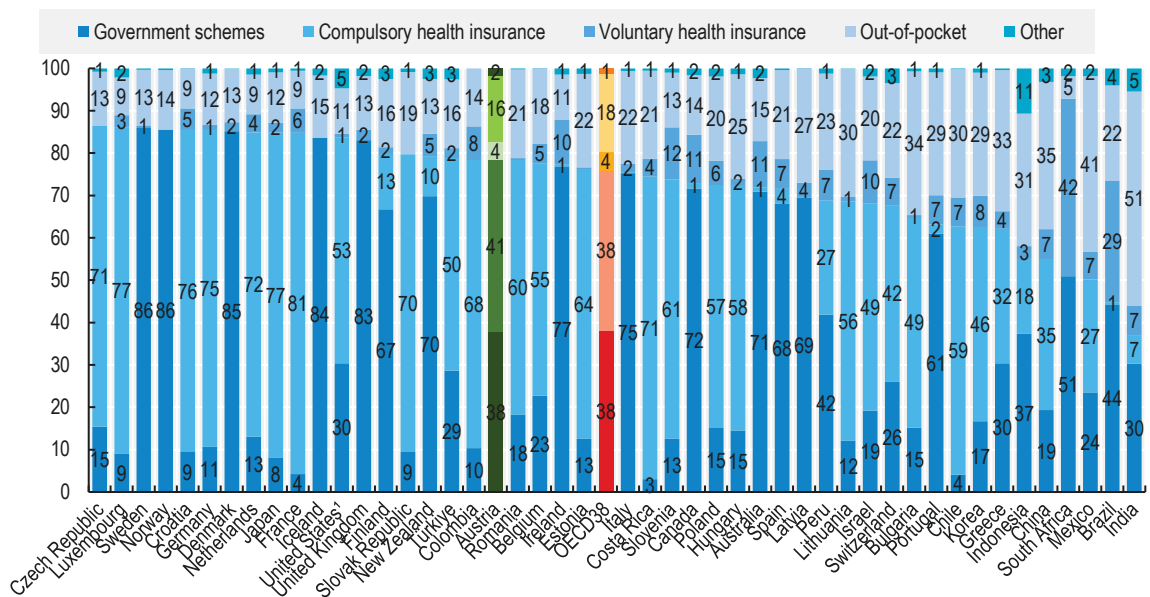


Abbildung 3: Gesundheitsausgaben nach Art der Finanzierung.

Quelle: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Gesundheitsausgaben auf die verschiedenen Finanzierungsquellen (Österreich in grün). Demzufolge kommen 79% der Gelder im Gesundheitswesen aus dem öffentlichen Bereich (Sozialversicherung und Steuermittel), 20% (und damit insgesamt etwas weniger als der OECD-Schnitt von 22%) kommen aus der freiwilligen Krankenversicherung (16%) und den direkten Zahlungen (out-of-pocket, 4%).

Zusammenfassend verfügt Österreich also über ein vergleichsweise teures Gesundheitssystem, in dem sowohl hohe staatliche als auch hohe private Gesundheitsausgaben gleichzeitig auftreten.

2.3. Struktur der niedergelassenen Versorgung

In der niedergelassenen Versorgung in Österreich ist seit geraumer Zeit ein Strukturwandel im Gange, der sich insbesondere in einem deutlichen Wachstum der Anzahl von Wahlärzt:innen bei einer gleichzeitigen Stagnation der Anzahl von Kassenärzt:innen ausdrückt.

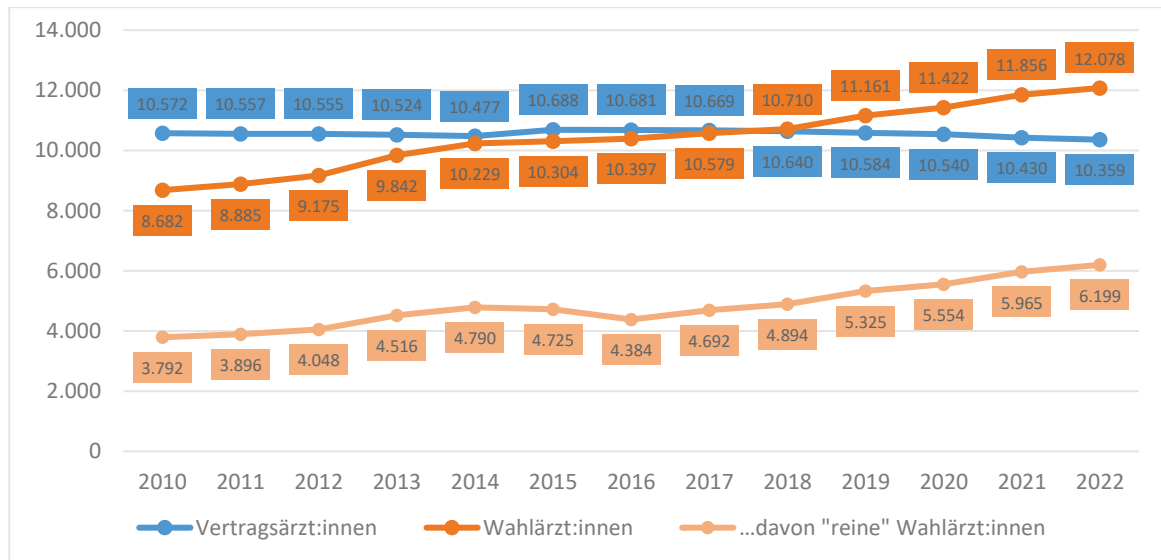


Abbildung 4: Zeitreihe der Entwicklung von Vertragsärzt:innen und Wahlärzt:innen im niedergelassenen Bereich (Köpfe)³.

Quelle: GÖG-Datenbasis basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen. Berechnung: GÖG/ÖBIG

Wie in Abbildung 4 zu erkennen ist, bleibt die Anzahl der Vertragsärzt:innen über den Betrachtungszeitraum 2012 – 2022 relativ stabil bzw. sinkt leicht von 10.572 auf 10.359 Köpfe. Im selben Zeitraum ist ein vergleichsweise dramatisches Wachstum der Wahlärzt:innen zu beobachten, von 8.682 auf 12.078 Köpfe (dies entspricht einem Wachstum von 39%), wobei erstmals im Jahr 2018 mehr Wahlärzt:innen als Vertragsärzt:innen tätig sind. Besonders dramatisch ist das Wachstum im Bereich der „reinen“ Wahlärzt:innen, die sich im Betrachtungszeitraum von 3.792 auf 6.199 Köpfe fast verdoppeln.

³ Anmerkungen: Als Kassenverträge in der blauen Zeitreihe gelten Verträge mit GKKs, BKKs, SVB, BVA, SVA und VAEB (bis 2019) bzw. ÖGK, BVAEB und SVS (ab 2020), Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt. Als Wahlärzt:innen (rote Zeitreihe) sind all jene niedergelassenen Ärzt:innen erfasst, die keinen Kassenvertrag bzw. ausschließlich Verträge mit einer KFA/KUF oder reine VU-Verträge haben. „Reine“ Wahlärzt:innen (hellrote Zeitreihe) sind solche, die nicht zusätzlich angestellt ärztlich tätig sind. Ab dem Datenjahr 2015 werden Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen berücksichtigt. Ein Vergleich mit den Vorjahren ist daher nur eingeschränkt möglich.

Einschränkend ist hierzu anzumerken, dass die reine Kopfzahl der Ärzt:innen nicht 1:1 auf ihre Versorgungswirksamkeit übertragbar ist. Die Zeitreihe zeigt also vorrangig, in welchem Sektor die Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich aktiv sind, nicht jedoch, in welchem Ausmaß sie Versorgung für die Versicherungsgemeinschaft anbieten.

Diese Entwicklung steht wiederum im Kontrast zu den Erwartungen, die an ein horizontal wie vertikal gerechtes Gesundheitswesen mit einem niederschweligen Zugang für alle Versicherten gestellt werden.

Welche Faktoren diese Entwicklung genau und in welchem Ausmaß antreiben, wurde bis dato nicht systematisch untersucht. Der Vollständigkeit halber seien hier dennoch die in der öffentlichen Diskussion zum Thema häufig angeführten Gründe für die vergleichsweise hohe Attraktivität des Wahlarzt-Sektors dargestellt:

- Die Reform des Krankenanstalten-Arbeitsgesetzes (KA-AZG) vom Jänner 2015 hat die maximale Wochenarbeitszeit in Krankenanstalten von 60 auf 48 Stunden herabgesetzt. Die damit einhergehenden Verdienst-Einbußen hätten viele Spitalsärzt:innen dazu bewegt, zusätzlich zu ihrer Tätigkeit im Krankenhaus eine Wahlarzt-Praxis aufzubauen. Dies könnte zwar den gesamten Anstieg der Wahlärzt:innen erklären, nicht jedoch den Anstieg an „reinen“ Wahlärzt:innen, die abseits ihrer Wahlarzt-Praxis nicht ärztlich tätig sind.
- Die Tätigkeit als Wahlärzt:in sei gegenüber der kassenärztlichen Tätigkeit aus ärztlicher Sicht aufgrund der vielen zusätzlichen Freiheiten (keine vorgeschriebenen Öffnungszeiten, freie Honorargestaltung, keine Bindungen an die Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung, freie Wahl des Standortes) um ein vielfaches attraktiver.
- Das Einkommen der Kassenärzt:innen sei im Verhältnis zur Arbeitslast nicht adäquat. Ohne eine allgemeine Bewertung der subjektiv empfundenen Angemessenheit von Einkommen vorzunehmen, ist aufgrund der Arbeit von Cypionka et al. (2018) klar, dass Wahlärzt:innen im Allgemeinen schlechter verdienen als Kassenärzt:innen (siehe nächster Abschnitt). Dementsprechend kann dieses Argument nicht als klassischer Pull-Faktor gelten. Vielmehr müsste argumentiert werden, dass die Zustände im Kassensystem die

Ärzt:innen in den Wahlarztbereich „vertreiben“, *obwohl* sie dort einen geringeren Verdienst zu erwarten haben.

2.4. Empirische Befunde zum Einreich-Verhalten und den Motiven für die Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors

Wie bereits mehrfach erwähnt bilden die gesammelten Einreichungen in der Wahlarzt-Kostenerstattung nicht die gesamte Leistungserbringung im Wahlarzt-Sektor ab, da nicht alle Rechnungen eingereicht werden. Empirische Studien, die sich mit dem Inanspruchnahme- und Einreichverhalten der österreichischen Bevölkerung und dem Spannungsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt- und dem Wahlarzt-Sektor beschäftigen, sind rar. Einen Anhaltspunkt, um die Anzahl dieser „unsichtbaren“ Leistungen zu quantifizieren, liefert eine bereits 2016 vom damaligen Hauptverband der Sozialversicherungsträger beauftragte und von GfK Sozial- und Organisationsforschung durchgeführte Studie (GfK 2016). Im Mai 2016 wurden 2.000 Personen aus der österreichischen Bevölkerung zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten der niedergelassenen Versorgung mittels CAWI befragt. Die Studie ergab, dass zum Zeitpunkt der Befragung rund 43% der Befragten in den letzten zwölf Monaten den Wahlarzt-Sektor (inklusive Zahn- Mund- und Kieferheilkunde) in Anspruch genommen hat. Die Gründe für den Besuch des Wahlarzt-Sektors der befragten Personen sind in Tabelle 1 dargestellt:

Grund für die Inanspruchnahme des WA-Sektors	%
Mehr Zeit für das Patient:innengespräch	48%
Keine oder nur kurze Wartezeit	44%
Keine überfüllten Wartezimmer	43%
Mehr Zeit für Untersuchungen	42%
Mehr Zeit für Befundbesprechungen	35%
Kurzfristige Termine	35%
Bietet Leistungen außerhalb des Spektrums der sozialen KV	30%
Mehr Service für die Patient:innen	29%
Flexiblere Ordinationszeiten	19%
Rasche OP-Termine	11%
Keine Zuweisung durch andere Ärzt:innen notwendig	11%
Diskretion und Verschwiegenheitspflicht	6%

Tabelle 1: Häufigste Gründe für die Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors. Antworten auf die Frage „Warum haben Sie in den letzten 12 Monaten einen oder mehrere Wahlärzte/-ärztinnen aufgesucht. Bitte wählen Sie die für Sie wichtigsten Gründe.“

(Basis: Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors in den letzten 12 Monaten. Quelle: GfK 2016)

Ebenso abgefragt wurde das Verhalten der Versicherten hinsichtlich der Einreichung von Rechnungen. Demnach haben von den 2016 befragten Personen 74% angegeben, ihre Rechnungen aus dem Wahlarzt-Sektor immer zur Kostenerstattung einzureichen. Weitere 15% gaben an, die Rechnungen teilweise nicht einzureichen, lediglich 11% reichen nach Selbstauskunft nie ein. Jene Personen, die teilweise oder nie angegeben haben, wurden weiters nach ihren Motiven befragt.

Im Rahmen einer weiteren von der ÖGK beauftragten Studie (marketmind 2022) wurde die Befragung zum Einreichverhalten von 2016 im gleichen Wortlaut wiederholt. Im Gegensatz zur Studie von 2016 für die 2.000 Personen aus der allgemeinen Bevölkerung befragt wurden, war das Sample im Jahr 2022 auf 1.000 bei der ÖGK versicherte Personen eingeschränkt. Dementsprechend sind die Ergebnisse nur mit Limitationen vergleichbar. Es zeigt sich, dass sich das Einreichverhalten in der allgemeinen Bevölkerung nicht wesentlich von jenen der Versicherten der ÖGK unterscheidet. Die Motivationen für das Zurückhalten von Rechnungen aus dem Wahlarzt-Sektor erscheint jedoch unterschiedlich. Die Ergebnisse der beiden Studien sind gesammelt in Abbildung 5 dargestellt.

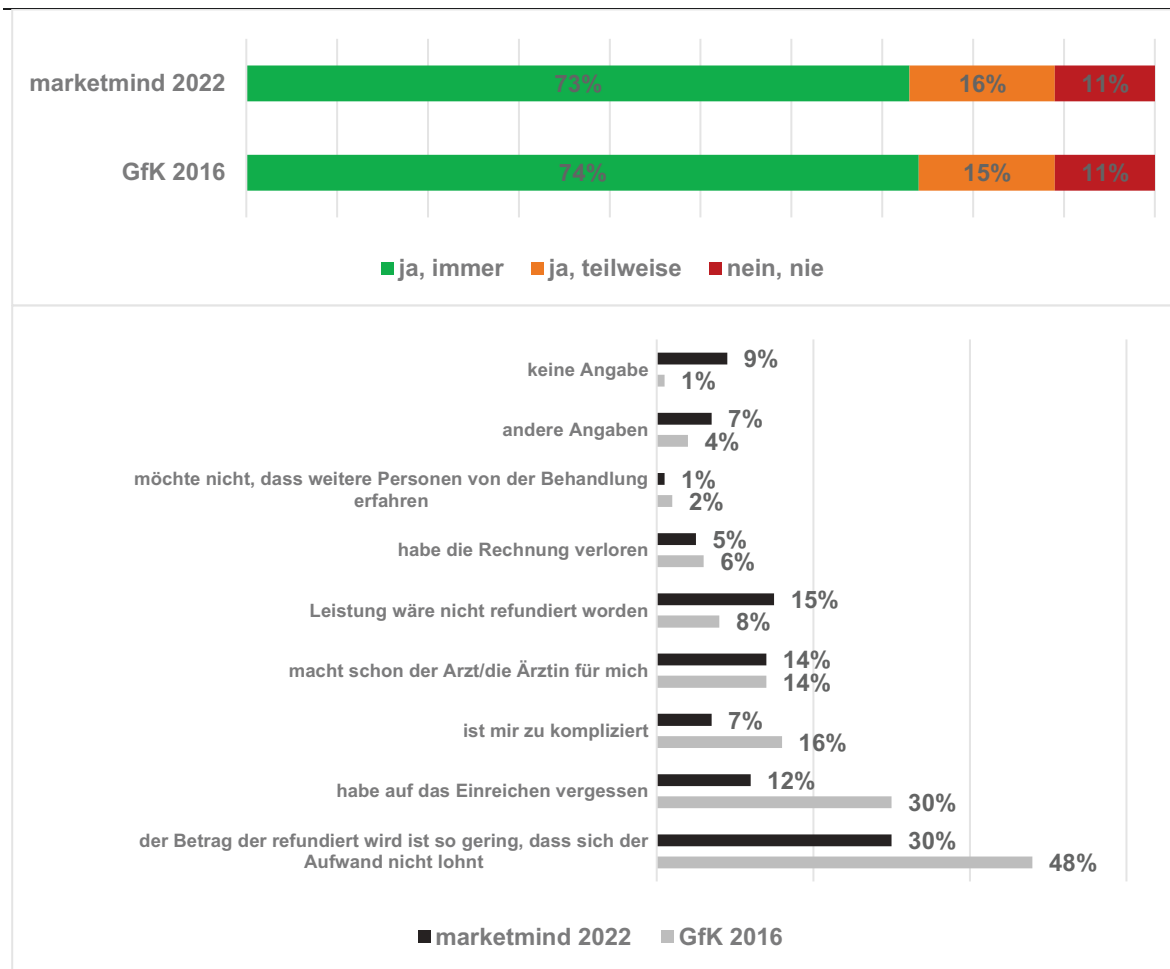


Abbildung 5: Einreichverhalten Wahlarzt-Rechnungen: Ergebnisse der Befragungen 2016 und 2022.

- 1) OBEN: Antworten auf die Frage: Haben Sie die Rechnung(en) des Wahlarztes (der Wahlärzte), den Sie in den letzten 12 Monaten aufgesucht haben, bei Ihrer Krankenkasse eingereicht?
- 2) UNTEN: Warum haben Sie die Rechnung(en) des Wahlarztes (der Wahlärzte), die Sie in den letzten 12 Monaten aufgesucht haben, bei Ihrer Krankenkasse nie oder teilweise nicht eingereicht?

GfK 2016: n=2.000 aus der allgemeinen Bevölkerung
 marketmind 2022: n=1.000 ÖGK-Versicherte

(Basis: Wahlarzt in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen, Rechnung(en) des Wahlarztes teilweise nicht oder nie eingereicht)

Quelle: GfK 2016, marketmind 2022

Es zeigt sich, dass in beiden Studien weitere 14% der Versicherten angeben, dass ihre Wahlbehandler:innen die Einreichung für sie übernehmen. Es ist also davon auszugehen, dass der „unsichtbare“ Teil des Wahlarzt-Sektors insgesamt maximal ein Viertel der Rechnungen betrifft. Die eingereichten Rechnungen bilden gemäß dieser Zahlen daher rund 75% des gesamten Leistungsgeschehens ab.

Die Ergebnisse der Befragungen reproduzieren in Teilen eine der wenigen in der akademischen Literatur auffindbaren empirischen Untersuchungen zu den Motivationen der Versicherten, den Wahlarzt-Sektor aufzusuchen. Samhaber (2003) untersucht auf Basis von standardisierten, per Brief versandten Fragebögen innerhalb der Population von Versicherten der OÖGKK mit mindestens einem Antrag zur Kostenerstattung im Jahr 2002 die Motive zum Wahlarzt-Besuch. Samhaber kommt aufgrund von 1.000 ausgewerteten Fragebögen ebenfalls zu dem Schluss, dass vor allem geringe Wartezeiten in der Praxis, ein schneller Termin sowie die individuelle Behandlung mit viel persönlicher Interaktion eine Hauptrolle spielen. Die Ergebnisse von Samhaber sind gesammelt in Abbildung 5a dargestellt.

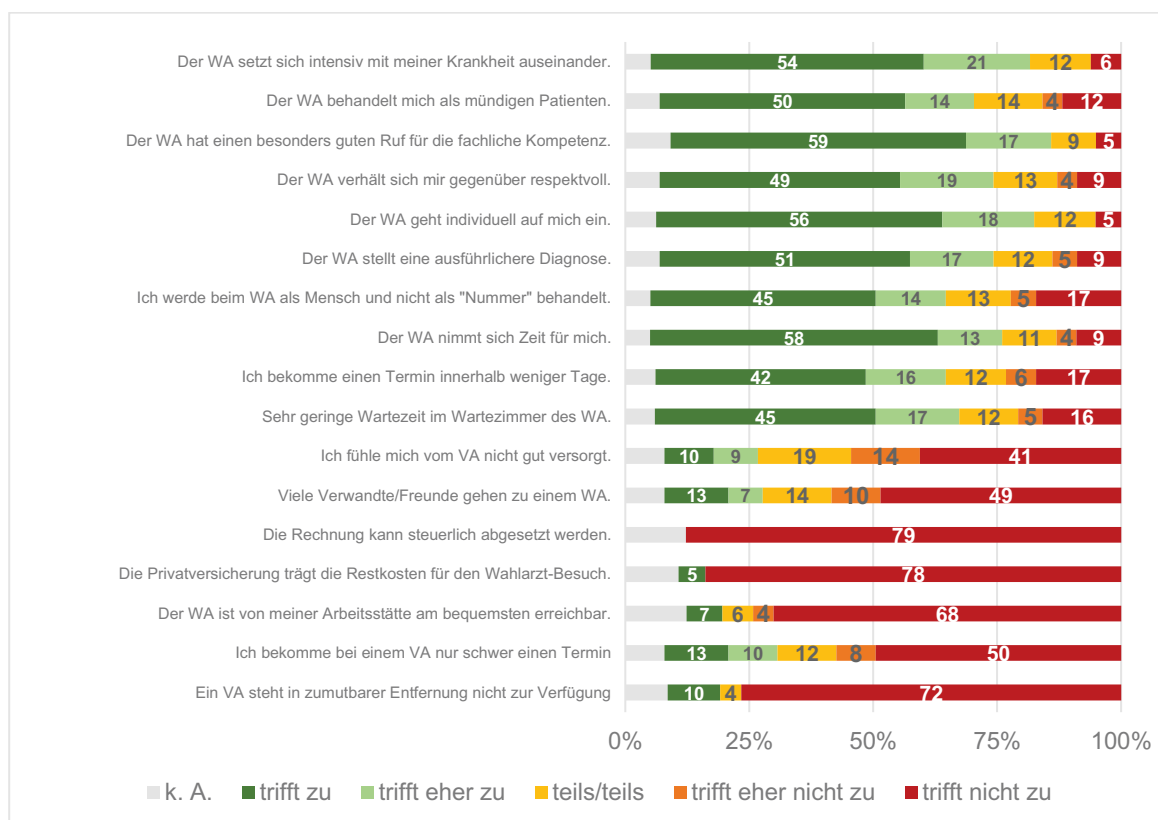


Abbildung 5a: Motive für die Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors. Fragebogen-Erhebung unter Versicherten der OÖGKK im Jahr 2003, n=1.000.
Quelle: Samhaber 2003

Die Untersuchung von Samhaber hat mittlerweile ein beträchtliches Alter erreicht und ist damit in einigen Teilen vermutlich als überholt zu betrachten. Vor allem die Terminalsituation hat sich stark verändert, gaben doch 2016 bereits 35% der in der GfK-Studie Befragten an, dass kurzfristige Termine ein ausschlaggebender Faktor für die Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors waren (vgl. Tabelle 1). Offensicht-

lich spielten jedoch 2003 weder organisatorische noch finanzielle Rahmenbedingungen für den Wahlarzt-Besuch eine besondere Rolle. Konsistent mit den aktuelleren Untersuchungen zeigte Samhaber, dass soziale Faktoren wie Zeit, Respekt, empfundene Fachkompetenz und der persönliche Umgang in der Wahlarzt-Praxis als besonders wichtig empfunden wurden. Die befragten Personen bewerten so die intensive Auseinandersetzung mit ihrer Person und ihrer Erkrankung als zentral:

Als unmittelbar ausschlaggebendes Motiv kommt das „notgedrungene Ausweichen“ auf einen Wahlarzt, weil ein Vertragsarzt zu weit entfernt sei, nicht in Frage. Auch eine gegebenenfalls bequeme Erreichbarkeit des Wahlarztes von der Arbeitsstätte aus, sowie Privatversicherungen, die etwaige Kosten decken sind keine entscheidenden Motive. Hingegen die ausreichende, zeitintensive Widmung des Wahlarztes für den Patienten ist für die Mehrheit des Patienten ein Hauptmotiv. Parallel dazu sind das individuelle Eingehen auf den Patienten und der gute Ruf des Wahlarztes von entscheidender Bedeutung. (Samhaber 2003: S. 126)

Eine weitere Untersuchung über die Motive des Wahlarzt-Besuches liefern Kolland et al. (2008). Im Zeitraum Juli bis September 2018 wurde mit insgesamt vierzig Personen ein semi-strukturiertes Interview geführt. Sie alle hatten im Jahr 2017 mindestens einen Kontakt im Wahlarzt-Sektor.

Der Faktor Zeit kristallisierte sich auch im Rahmen der Interviews als ein Hauptmotiv für die Entscheidung, den Wahlarzt-Sektor aufzusuchen, heraus. Obwohl es unter den Interviewten offenbar das Verständnis dafür gibt, dass nicht akute Kontrolltermine mit längeren Wartezeiten verbunden sein können, ist die Bereitschaft, privat für einen schnellen Kontrolltermin (etwa in der Fachgruppe Augenheilkunde) zu bezahlen, bei den Interviewten vorhanden. Auch eine lange Wartezeit im Wartezimmer wird als abschreckend für den Besuch im Vertragsarzt-Sektor beschrieben. Auffallend war weiters, dass die Interviewten stark dazu tendieren, Zeit mit Behandlungsqualität gleichzusetzen. Je mehr Zeit im Ordinationsraum verbracht wird, desto höher ist die wahrgenommene Behandlungsqualität in den Augen der Interviewten.

In ähnlicher Weise wird Gesprächszeit mit Fachkompetenz der Wahlärzt:innen assoziiert. Die Patient:innen fühlten sich dann kompetent behandelt, wenn ihnen die Ärzt:innen ihre Diagnosen möglichst genau und ausführlich erklärten.

Zusammenfassend kommen auch Kolland et al. (2018) zu dem Schluss, dass für Patient:innen neben den organisatorischen Rahmenbedingungen des Arztbesuches (Wartezeit auf den und während des Termins, Dauer der Interaktion, Erreichbarkeit auch außerhalb der Ordinationszeiten etc., zusammengefasst wohl am besten unter dem Begriff der „Service-Qualität“) vor allem subjektiv empfundene Qualitätsmerkmale der Behandlung eine Rolle spielen. Der Vertragsarzt-Sektor wird von den Interviewten einem „Fließband“ verglichen, in denen sich der Mensch notwendigerweise als „Nummer“ und nicht als Person wiederfindet. Im Kontrast dazu werden „Menschlichkeit“ bzw. „menschliche Behandlung“ als Erwartungen an den Wahlarzt-Sektor formuliert, die die Interviewten dort auch erfüllt sehen.

2.5. Einkommen der Ärzt:innen im Vertragsarzt- und Wahlarzt-Sektor

Das Einkommen von Ärzt:innen steht im Zentrum der Debatte um die Attraktivität des Arztberufes. Wie bereits erwähnt soll hier keine allgemeine Bewertung zur Angemessenheit der Einkünfte von Ärzt:innen vorgenommen werden. Es soll lediglich gezeigt werden, welche Einkommen sich Ärzt:innen in verschiedenen Sektoren erwarten können.

Czypionka et al. 2018 haben auf Grundlage von Daten des Bundesministeriums für Finanzen die Einkommen von Ärzt:innen in Österreich auf Basis von Daten aus dem Jahr 2015. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Einkünfte (nach Dezilen) von Ärzt:innen aus drei der untersuchten Sektoren nebeneinander, wobei nicht nach Fächern differenziert wird. Aktuellere Daten als jene aus dem Jahr 2015 liegen bis dato zwar nicht vor, in erster Linie geht es hier jedoch um die Darstellung von Relationen, weniger um die absolute Höhe.

Czypionka et al. 2018 zeigen mit ihrer Untersuchung, dass Kassenärzt:innen in jedem Dezil ein höheres Einkommen erzielen als Wahlärzt:innen. Im Median verdienen § 2-Kassenärzt:innen nicht ganz doppelt so viel wie Wahlärzt:innen. Sogar die Verträge mit ausschließlich kleinen Kassen (zum Beobachtungszeitpunkt BVA, SVA, SVB und BVAEB) waren über alle Dezile hinweg lukrativer als die Tätigkeit als Wahlärzt:in.

Dezile	Vertragsärzt:innen (§ 2)	Vertragsärzt:innen (kleine Kassen)	Wahlärzt:innen
1	51.552	21.794	19.927
2	77.377	41.829	34.027
3	100.091	58.931	48.553
4	120.753	73.514	62.564
5 (Med.)	142.772	90.513	75.524
6	168.595	109.112	89.351
7	200.114	133.001	105.782
8	244.348	175.878	131.347
9	324.467	251.983	183.738

Tabelle 2: Verteilung der Einkünfte (steuerpflichtiges Einkommen) der Ärzt:innen nach Dezilen in verschiedenen Gruppen⁴. im Jahr 2015 (inklusive Zahn- Mund- und Kieferheilkunde). Dargestellt ist die jeweilige Obergrenze des betreffenden Dezils.

Quelle: Czypionka et al. 2018

Czypionka et al. (2018) zeigen ebenfalls, in welchem Ausmaß unselbständige Arbeit für die unterschiedlichen Ärzt:innen eine Rolle spielen. § 2-Vertragsärzt:innen bezogen im Schnitt nur 4,4% ihrer Einkünfte aus unselbständiger Arbeit, Vertragsärzt:innen mit „kleinen Kassen“ immerhin bereits 23,7%. Im Bereich der Wahlärzt:innen kommen im Schnitt 49,3% der Einkünfte aus unselbständiger Arbeit. Wahlärzt:innen erzielten im Jahr 2015 nicht nur die geringsten Einkünfte der drei betrachteten Gruppen. Im Schnitt kommt nur die Hälfte der Einkünfte tatsächlich aus der Arbeit als Wahlärztin im niedergelassenen Bereich und damit jenem Sektor, der für die Kostenerstattung relevant ist. Dies ist konsistent mit den Befunden von Bachner et al. (2019), die ebenfalls eine geringere Zeitverwendung der Wahlärzt:innen für die Arbeit im niedergelassenen Bereich sehen. Demnach waren 2015 60% der Wahlärzt:innen zusätzlich beispielsweise in Krankenhäusern angestellt, weshalb auch ein großer Teil des Einkommens nicht aus selbständiger Arbeit kommen kann.

⁴ Abgrenzung der Gruppen nach Czypionka et al 2018:

- Vertragsärzt:innen (§ 2) sind freiberuflich tätige Ärzt:innen mit einem kurativen Einzelvertrag mit einer GKK (und nach § 2 der Gesamtverträge der GKKen folglich auch mit den im jeweiligen Bundesland vertretenen BKK und der SVB).
- Vertragsärzt:innen (kleine Kassen) sind freiberuflich tätige Ärzt:innen ausschließlich mit kurativem Vertrag mit einer oder mehreren „kleinen Kassen“ (BVA, SVA, VAEB, SVB).
- Wahlärzt:innen sind freiberuflich tätige Ärzt:innen, die keinen kurativen Vertrag mit einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger besitzen, aber im HV (Hauptverband) als Wahlärzt:innen erfasst sind. Dies inkludiert Wahlärztinnen mit VU-Vertrag.

Sie alle müssen, um in der Untersuchung aufzutauchen, im Jahr 2015 relevante ärztliche Einkünfte (enge NACE-Auswahl) aus SA/GW aufweisen.

2.6. Private Zusatzkrankenversicherungen

Ein weiterer wesentlicher Aspekt für die Inanspruchnahme von privaten Gesundheitsdienstleistungen sind private Zusatzkrankenversicherungen, die sich in Österreich großer Beliebtheit erfreuen. Die private Versicherungswirtschaft in Österreich hat im Jahr 2022 in der Sparte Krankenversicherung Prämien in der Höhe von EUR 2.593 Mrd. verrechnet (VVO 2022). Insgesamt waren 3.440.146 Personen in dieser Sparte versichert, dies entspricht 37,8% der österreichischen Bevölkerung (Bevölkerungsstand am 1. Jänner 2023: 9.104.772, siehe Statistik Austria 2024), wobei dieser Prozentsatz sowohl einzelne Personen als auch solche in Gruppenversicherungen miteinschließt.

Im Bereich der privaten Zusatzkrankenversicherung ist ebenfalls von klaren Verteilungseffekten auszugehen:

Markets for private health insurance in EU health systems generally serve richer and better educated groups and present barriers to access for older and unhealthier people. They are also often fragmented, resulting in weak purchasing power. Owing to the fact that many of them exist to increase consumer choice (or to reimburse cost sharing), insurers have limited incentives to engage in strategic purchasing and to link provider pay to performance. Moreover, they may have strong incentives to select risks, to the detriment of equity and efficiency. In general, private systems incur substantially higher transaction costs than public systems and may therefore be accused of lowering administrative efficiency. (Thomson et al. 2009, S. xxii)

Da die österreichische Bevölkerung fast vollständig durch das öffentliche Gesundheitssystem abgedeckt und ist und entsprechenden Schutz genießt, spielt die private Zusatzkrankenversicherung in der Grundversorgung eine untergeordnete Rolle. Sie dient vielmehr zur Abdeckung von Dienstleistungen, die nicht oder nicht vollständig durch das öffentliche System abgedeckt sind bzw. ermöglicht (inoffiziell) einen schnelleren Zugang zu medizinischen Dienstleistungen. Im Sinne der Typologie der privaten Krankenversicherungen in der EU nach Mossialos und Thomson (2004) nimmt sie somit eine komplementäre bzw. inoffiziell auch eine supplementäre Rolle ein.

Die privaten Zusatzkrankenversicherungen in Österreich bieten zur Ausfüllung dieser Rolle eine Reihe von Paketen an, die hinsichtlich Leistungsumfang und Kosten stark variieren. Bachner et al. (2019) stellen fest, dass das am häufigsten einge-

kaufte Angebot den stationären Bereich betrifft, wo die Zusatzkrankenversicherungen die Kosten für ein „Sonderklasse-Zimmer“ (Einzel- oder Zweibettzimmer) übernimmt sowie eine freie Auswahl der Behandler:innen ermöglicht. Am zweithäufigsten wird die vergrößerte Auswahl an Leistungserbringer:innen im niedergelassenen (extramuralen) Bereich nachgefragt. Hier deckt die Versicherung neben Kosten für Medikamente oder besondere Hilfsmittel auch Wahlarzt-Kosten ab, wobei die private Versicherung hier in der Regel eng am Recht der Versicherten auf Kostenerstattung bei ihrem KV-Träger anknüpft. Wenn ein Versicherter eine Leistung aus dem Wahlarzt-Bereich bezogen hat, verlangt der private Versicherer in der Regel einen Nachweis über eine beantragte Kostenerstattung beim zuständigen Sozialversicherungsträger und erstattet dann (je nach Paket) einen von der Sozialversicherung nicht erstatteten Differenzbetrag, unter Umständen auch auf die volle Rechnungssumme.

Obwohl traditionell ein Großteil der Gelder der privaten Versicherungen in den Spitalsbereich fließt (im Jahr 2022 waren es 58,1%), weist der Bereich der Arztleistungen ein stetiges Wachstum auf. Im Jahr 2022 gaben die privaten Versicherer bereits über EUR 220 Mio. für Arztleistungen aus, dies entspricht 13,9% der Gesamtausgaben für ausbezahlte Leistungen. Klar ersichtlich ist also nicht nur das absolute, sondern auch das anteilige Wachstum der Arztleistungen.

Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der Ausgaben in den relevanten Bereichen sowie weitere Kennzahlen aus dem Jahresbericht 2022 (VVO 2022) des Verbandes der österreichischen Versicherungswirtschaft (VVO), der die Interessen der in Österreich tätigen, privaten Versicherungsunternehmen vereinsmäßig vertritt.

	2019	2020	2021	2022
Verrechnete Prämien	2.312 Mrd.	2.403 Mrd.	2.491 Mrd.	2.593 Mrd.
Ausbezahlte Leistungen	2.021 Mrd.	2.060 Mrd.	2.092 Mrd.	2.208 Mrd.
...davon Arztleistungen ⁵	168.776.000	178.617.000	194.569.000	220.283.000
...Anteil in %	11,4	12,6	13,5	13,9
Versicherte Personen	3.352.977	3.383.419	3.425.574	3.440.416
Schaden- und L.-fälle	3.546.972	3.648.501	3.967.042	4.424.983

Tabelle 3: Eckdaten der privaten Versicherungswirtschaft (Sparte Krankenversicherung) in Österreich, 2019–2022

Quelle: Versicherungsverband Österreich: Jahresbericht 2022 (VVO 2022)

Besonders augenfällig ist die Entwicklung der Arztleistungen im Vergleich zu den anderen Kennzahlen. Sie steigen gegenüber den insgesamt ausbezahlten Leistungen klar überproportional. Gegenüber dem Jahr 2019 sind die Ausgaben für Arztleistungen der privaten Krankenversicherer um mehr als 30% gestiegen. Demgegenüber sind die insgesamt ausbezahlten Leistungen um lediglich 9,3% gestiegen.

Im Beobachtungszeitraum 2019–2022 zeigen die Daten ein dynamisches Wachstum bei den Schadens- und Leistungsfällen (24,8%) sowie bei den Arztkosten (30,5%), während die gesamte Leistungs- und Prämiensumme vergleichsweise moderat ansteigt (9,3% bzw. 12,2%). Im Vergleich dazu ist bei der Anzahl der versicherten Personen mit einem Wachstum von 2,6% beinahe eine Stagnation zu beobachten (siehe Abbildung 6). Seit Ausbruch der Corona-Pandemie sind also die Ausgaben für Arztleistungen stark gestiegen, während sich die Nachfrage nach zusätzlichen privaten Krankenversicherungen nur schleppend zu entwickeln scheint.

⁵ Der Begriff „Arztleistungen“ ist im Jahresbericht des Versicherungsverbandes nicht klar umrissen. Da die Rubriken „Medikamente“, „Zahnbehandlung“, „Kurleistungen“ etc. separat ausgewiesen sind, ist lediglich der Posten „Besondere Untersuchungen, Behandlungen und Heilbehelfe“ potenziell für den Wahlarztsektor in größerem Ausmaß relevant.

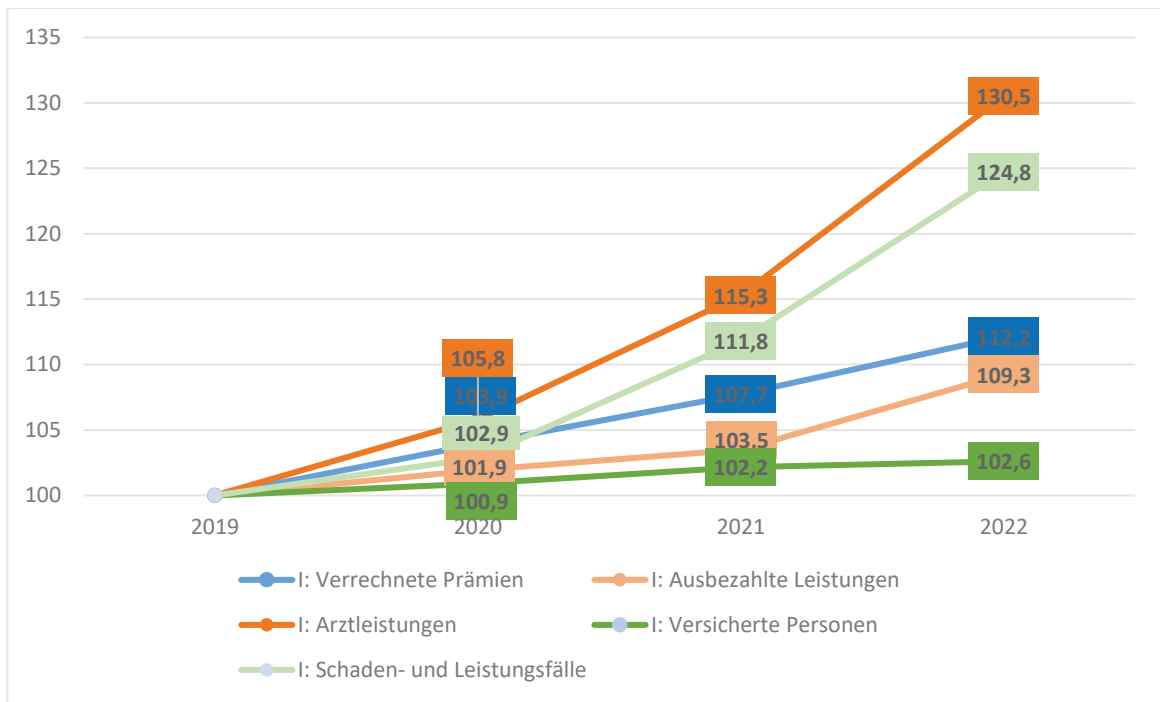


Abbildung 6: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen der privaten Versicherungswirtschaft (Sparte Krankenversicherung) in Österreich, 2019–2022 (indexierte Darstellung, 2019=100)

Quelle: Versicherungsverband Österreich: Jahresbericht 2022

Der Markt für private Zusatzkrankensversicherungen ist stark konzentriert, wie aus Tabelle 4 hervorgeht. Die UNIQA Österreich AG belegt mit fast 44% Marktanteil den ersten Platz, die Merkur AG auf Platz 2 ist mit 18,5% etwas weniger als halb so groß.

RANG	Name	%
1	UNIQA Österreich Versicherungen AG	43,98
2	Merkur Versicherung AG	18,50
3	WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG	17,65
4	Generali Versicherung AG (VIG)	13,63
5	Allianz Elementar Versicherungs-AG	4,46
6	DONAU Versicherung AG (VIG)	0,86
7	MuKi Versicherungsverein a.G.	0,58
8	Wüstenrot Versicherungs-AG	0,21
9	ERGO Versicherung AG	0,12

Tabelle 4: Marktanteile privater Versicherungsunternehmen im Gesundheitssektor im Jahr 2022 in Österreich nach verrechneten Prämien

Quelle: Versicherungsverband Österreich: Jahresbericht 2022

2.7. Zusammenfassung

- Österreich ist ein Staat mit vergleichsweise hohen Ausgaben für Gesundheit (Platz 4 in der OECD mit 11,4% des BIP bzw. Platz 5 mit USD 7.575 (kaufkraftbereinigt) pro Kopf im Jahr 2022), wobei ein substantieller Anteil (rund 20% im Jahr 2022) aus privaten Quellen (freiwillige Krankenversicherung und out-of-pocket-Zahlungen) stammt.
- Die Anzahl der Wahlärzt:innen übersteigt seit 2018 die Anzahl der Kassenärzt:innen im niedergelassenen Bereich, wobei insbesondere die Anzahl der „reinen“ Wahlärzt:innen besonders ansteigt. Gleichzeitig stagniert die Anzahl der Ärzt:innen mit Kassenverträgen bzw. ist leicht im Sinken begriffen. Im Jahr 2022 standen 12.078 Wahlärzt:innen 10.359 Kassenärzt:innen (gemessen in Köpfen) gegenüber.
- Zwei Studien haben sich unter anderem damit beschäftigt, wie häufig Rechnungen aus dem Wahlarzt-Sektor nicht zur Kostenerstattung eingereicht werden. Dies ist ein wichtiger Anhaltspunkt für die Frage, welcher Anteil der Versorgung im Wahlarzt-Sektor für die Krankenversicherungsträger „unsichtbar“ bleibt. Die vorhandenen Quellen deuten darauf hin, dass rund ein Viertel der Rechnungen innerhalb eines Jahres nicht zur Kostenerstattung eingereicht werden, wobei einer der häufigsten dafür angegebenen Gründe eine geringe Erwartung an die rückerstattete Summe ist.
- Es existiert wenig empirische Forschung zu den Hintergründen und Motivationen der österreichischen Bevölkerung zur Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors und dem Spannungsverhältnis mit dem Vertragsarzt-Sektor. Die hier zitierten Studien kommen zu dem Schluss, dass neben Faktoren der als besser empfundenen Service-Qualität des Wahlarzt-Sektors vor allem die soziale Interaktion zwischen Ärzt:in und Patient:in ein zentraler Motivator für die Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors ist. Die subjektiv empfundene Behandlungs-Qualität ist in dieser Lesart eng mit der Art, Dauer und dem Rahmen des sozialen Kontaktes verbunden.
- Die Einkünfte von Wahlärzt:innen bleiben im Vergleich zu Kassenärzt:innen deutlich zurück (Czypionka et al. 2018, Zahlen aus dem Jahr 2015). Das Wachstum im Wahlarzt-Sektor ist also wohl nicht auf die im Vergleich zum Kassenarzt-Bereich besseren Einkünfte zurückzuführen, vielmehr ist aufgrund der Datenlage

davon auszugehen, dass der Wahlarzt-Sektor nicht *wegen*, sondern *trotz* der herrschenden Einkommensverhältnisse wächst.

- Ebenfalls im Wachsen begriffen ist der Sektor der privaten Zusatzkrankenversicherungen, wobei davon auszugehen ist, dass im Jahr 2022 37,8% eine private Zusatzkrankenversicherung (entweder als Einzel- oder Gruppenversicherung) abgeschlossen hatte. Von den EUR 2,2 Mrd. ausbezahlten Leistungen wurden EUR 220 Mio. (oder 13,9%) für Arztleistungen ausgegeben. Dieser Wert befindet sich im Betrachtungszeitraum 2019 bis 2022 in einem starken Aufwärtstrend.

3. Datenbeschreibung und Analyse

3.1. Ausgangslage

Generell ist die Datenlage im österreichischen Gesundheitssystem komplex und fragmentiert. Unterschiedliche Datenhalter:innen und Institutionen sind für die Pflege einzelner, häufig schlecht oder gar nicht kompatibler Datenbestände zuständig. Für gleich gelagerte Sachverhalte kommen unterschiedliche Auffassungen und Zählweisen zum Einsatz, die Granularität der Erfassung unterscheidet sich teils signifikant. Dieser Befund trifft für alle Bereiche des Gesundheitswesens in Österreich zu und kann – wie während der Corona-Pandemie offenkundig wurde – zu Problemen führen.

Diese Unübersichtlichkeit gilt innerhalb der Sozialversicherung insbesondere für die Datenbestände aus jenen Bereichen, die bis zur Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK mit 1. Jänner 2020 im reinen Zuständigkeitsbereich der Gebietskrankenkassen lagen. Im Bereich der Vertragspartner kommt erschwerend hinzu, dass in jedem Bundesland ein eigener Gesamtvertrag samt Honorarkatalog mit der örtlich zuständigen Ärztekammer abgeschlossen wurde. Diese Verträge bestehen bis heute fort und unterscheiden sich zum Teil substantiell in nahezu allen Aspekten, vor allem hinsichtlich der Leistungspositionen, der Höhe der Vergütung, Regelungen zur so genannten „Facheinschlägigkeit“ etc. Die Wahlarzt-Kostenerstattung basiert in jedem Bundesland direkt auf den jeweils gültigen Gesamtverträgen. Zusätzlich regelt § 23 der Satzung der ÖGK die Berechnung der Kostenerstattung, wobei dort bis heute auf die Rechtslage vom 31. Dezember 2019 verwiesen wird. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger (bzw. vor 2020 der Hauptverband der

Sozialversicherungsträger) hat verschiedene Projekte (insbesondere KAL und HONO) gestartet, um zumindest im Vertragspartner-Bereich die Leistungserbringung über Bundesländergrenzen hinweg vergleichbar zu machen. Für den Wahlarzt-Bereich existieren keine solchen Werkzeuge. Eine österreichweite Analyse des Wahlarzt-Sektors, der Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern herstellt, wäre bereits in der Herstellung der bereinigten und konsolidierten Datenbasis eine mit erheblichem Aufwand verbundene Herausforderung.

Vor diesem komplexen Hintergrund wurde für die Erstellung der Datenanalyse im Verhältnis zu den vorhandenen Gesamtdaten österreichweit ein kleiner Ausschnitt zur Bearbeitung ausgewählt. Der Datensatz enthält nur die Daten aus dem Bundesland Oberösterreich und beschränkt sich auf das Jahr 2019. Dieses Jahr wurde bewusst als das letzte „GKK-Jahr“ (letztes vollständiges Geschäftsjahr vor der Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK) und als letztes Jahr vor der Corona-Pandemie ausgewählt. Es ist somit das zeitlich am nächsten liegende „normale“ Jahr, in dem keine historischen Brüche die Datenbasis substantiell verändert haben.

Grundsätzlich ist noch anzumerken, dass es sich bei den Daten um reine Abrechnungsdaten handelt. Als solche sind sie maximal dafür geeignet, einen quantitativen Überblick über das Leistungsgeschehen (vorrangig aus monetärer Sicht) zu geben. Über die Versicherten wie auch über die Wahlärzt:innen sind im Datensatz nur rudimentäre sozioökonomische Parameter enthalten. Alle tiefer liegenden Fragen (etwa die Frage der Motivationen für das Aufsuchen von Wahlärzt:innen, die Versorgungsqualität im Wahlarzt-Sektor etc.) bleiben notwendigerweise in dieser Analyse außen vor.

Was die Analyse jedoch leisten kann, ist einen Überblick über die Inanspruchnahme verschiedener Gruppen von Versicherten (gegliedert nach Alter und Geschlecht) bei verschiedenen Wahlärzt:innen zu geben, immer jedoch behaftet mit den Limitationen, die mit der Beschaffenheit der Datenbasis einhergeht.

3.2. Allgemeine Beschreibung des Datensatzes

Der für die Analyse verwendete Datensatz stammt aus dem Data Warehouse (DWH) der Österreichischen Gesundheitskasse. Die Basis des Datensatzes bilden alle Rechnungen, für die von der damaligen Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) im Jahr 2019 eine Kostenerstattung ausbezahlt wurden. Die einzigen Filterkriterien sind daher das Erstattungsjahr 2019 sowie der für die Kostenerstattung zuständige Träger, die OÖGKK. Dabei wird zunächst nicht zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Rechnungen unterschieden.

In seiner Rohfassung enthält der Datensatz alle Rechnungen aus dem Bereich der Kostenerstattung und somit nicht nur Rechnungen von Ärzt:innen, sondern von allen Gesundheitsberufen, die erstattungsfähige, der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen erbringen bzw. solche, für die ein satzungsmäßiger Kostenzuschuss erbracht wurde.

Grundsätzlich ist der Datensatz entlang der erstatteten Einzelleistungen aufgebaut. Jede Zeile repräsentiert eine mit einer Positionsnummer hinterlegte Einzelleistung. Wenn auf einer Rechnung eine Einzelleistung mehrfach erbracht wurde, entsteht keine zusätzliche Zeile. Die Anzahl der dann mehrfach abgerechneten Leistungen ist dann in einer eigenen Spalte vermerkt.

Jede Rechnung wird bei der Erfassung mit einer eindeutigen, zwölfstelligen Leistungsfall-ID codiert. Ein Leistungsfall besteht damit aus mindestens einer bzw. beliebig vielen Zeilen, wobei jede Zeile eine eigene (oder mehrere gleiche) Leistungspositionen repräsentiert. Vermerkt ist pro Zeile außerdem der für die betreffende Leistungsposition ausbezahlte Erstattungsbetrag.

Im Gegensatz zum Erstattungsbetrag, der für jede Leistungsposition separat erfasst ist, wird für den Rechnungsbetrag nur die Gesamtsumme der Rechnung vermerkt. Dieser Wert ist in der ersten Zeile des betreffenden Leistungsfalls eingetragen, die restlichen Zeilen sind (wenn vorhanden) standardmäßig auf Null gesetzt. Daraus folgt, dass eine Angabe der Erstattungsrate (oder Erstattungsquote) aufgrund der Datenstruktur nur auf Leistungsfallebene und nicht auf Ebene der Einzelpositionen erfolgen kann. Die Daten erlauben also keinen Rückschluss darauf, wie stark sich einzelne Wahlärzt:innen in ihrer Tarifgestaltung unterscheiden.

3.3. Limitationen des Datensatzes

Generell handelt es sich bei dem Datensatz um Abrechnungsdaten, was hinsichtlich möglicher Fragestellungen ganz grundsätzliche Limitationen mit sich bringt. Hinsichtlich der im Wahlarzt-Sektor angebotenen Versorgungsqualität sind keine Aussagen aufgrund der Daten möglich. Auch innerhalb der Logik von Abrechnungsdaten sind aufgrund der Art der Erfassung zumindest folgende Limitationen zu beachten:

- *Unvollständige Erfassung der Rechnungen.* Der Datensatz bildet nur Rechnungen ab, die von Versicherten tatsächlich eingereicht wurden und für die auch eine Kostenerstattung erfolgt ist. Es ist somit davon auszugehen, dass der Datensatz das gesamte Aufkommen im Wahlarzt-Sektor unterschätzt. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die im Kontext dieser Arbeit berechnete Erstattungsrate die tatsächliche Erstattungsrate überschätzt, wenn man für alle nicht eingereichten bzw. nicht erstatteten Rechnungen eine Erstattungsrate von 0% annimmt.
- *Keine Vergleichbarkeit von Einzelleistungen.* Aufgrund der Erfassung auf Rechnungsebene ist es nicht möglich, Erstattungsdaten auf Einzelleistungsbasis auszuwerten. Es wird zwar für jede Einzelleistung ein Erstattungsbetrag dokumentiert, als Basis ist jedoch immer nur der gesamte Rechnungsbetrag im Datensatz hinterlegt. Ein Vergleich der Kosten, die für spezifische Einzelleistungen in Rechnung gestellt werden, ist damit ebenfalls nicht möglich.
- *Abgrenzung der Leistungsfälle ist unscharf.* Eine Leistungsfall-ID wird immer einer Rechnung zugeordnet, wobei eine Rechnung jedoch nicht notwendigerweise genau einen Besuch in der Wahlarzt-Praxis abbildet. Es ist auch möglich, dass mehrere Besuche mit einer Rechnung abgerechnet werden. Daraus folgt, dass die Anzahl der eingereichten Rechnungen als Näherungswert für eine Frequenz keine Eine Abgrenzung dieser Fälle ist aus dem Datenmaterial nicht möglich.
- *Stark fokussierte Perspektive des Datensatzes.* Der hier analysierte Datensatz enthält lediglich Kostenerstattungen aus dem ärztlichen Bereich. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sowie der gesamte zahnärztliche Bereich bleiben außen vor, obwohl diese Bereiche wohl ebenfalls einen signifikanten Anteil der Kostenerstattung insgesamt ausmachen.

3.4. Datenbereinigung

Folgende Schritte der Datenbereinigung bzw. Datentransformation wurden durchgeführt:

- Filtern der Daten nach Fachgebieten aufgrund der verzeichneten Fachgebietscodes. Alle nicht-ärztlichen Fachgebiete wurden aus dem Datensatz ausgeschlossen (Details siehe Anhang A)
- Hinzufügen einer Spalte „VP.Alter“ und „VS.Alter“, jeweils berechnet zum 31. Dezember 2019. Die Berechnung erfolgte aufgrund der im DWH hinterlegten Geburtsdaten
- Konsolidierung auf Leistungsfall-Ebene. Alle Einzelleistungen wurden pro Leistungsfall in eine Zeile zusammengefasst. Jede Zeile repräsentiert somit eine Rechnung, für die zumindest eine Leistungsposition erstattet wurde.
- Hinzufügen der Spalten „Erstattungsrate“ sowie „Copay“. Die Erstattungsrate ergibt sich durch Division des gesamten Erstattungsbetrags durch den Rechnungsbetrag, der „Copay“ ist die Differenz zwischen Erstattungsbetrag und Rechnungsbetrag in absoluten Zahlen.
- Herausfiltern eines einzelnen, extremen Ausreißers. Ein Leistungsfall, der lediglich eine Leistungsposition enthielt, wies eine Rechnungssumme von EUR 145.145,- gegenüber einer Erstattungssumme von EUR 86,- auf. Es ist davon auszugehen, dass es sich hier um einen Eingabefehler handelt. Da im Jahr 2019 noch keine routinemäßige Verscannung der eingereichten Rechnungen erfolgte, lässt sich diese Annahme nicht überprüfen; sie erscheint jedoch angesichts der Tatsache, dass der genannte Rechnungsbetrag den nächsthöheren Betrag im Datensatz um mehr als das Zehnfache überschreitet, als plausibel.

Nach Filterung und Transformation verblieben im Datensatz 600.613 Beobachtungen (eindeutige Leistungsfall-IDs), für die insgesamt 23 Variablen erfasst sind (siehe Anhang A).

3.5. Eckpunkte des Primärdatensatzes: Deskriptiver Überblick

Eine erste Auswertung des bereinigten Datensatzes zur Wahlarzt-Kostenerstattung der OÖGKK im Jahr 2019 ergibt – ergänzt um die Anzahl der Anspruchsberechtigten und gegliedert nach Männern und Frauen – das folgende Bild:

	GESAMT	Männer	Frauen	% Frauen
# AB (Jahres-Schnitt)	1.259.400	628.662	630.738	50,1%
# Leistungserbringer	5.385	3.684	4.223	--
# Versicherte (% der AB)	265.257 (21%)	92.510 (19%)	172.747 (27%)	65,1%
# Rechnungen	600.611	195.844	404.767	67,4%
# Einzelleistungen	3.481.973	1.053.532	2.428.441	69,7%
Rechnungssumme (EUR)	72.690.419	24.868.308	47.822.110	65,8%
Erstattungssumme (EUR)	29.271.776	10.056.463	19.215.313	65,6%
Erstattungsrate	40,3%	40,4%	40,2%	--
Copay.abs	43.418.643	14.811.845	28.606.797	65,9%
Copay (EUR, Mittelwert)	72,29	75,63	70,67	--
Copay (EUR, Median)	50,87	50,92	50,85	--

Tabelle 5: Deskriptiver Überblick über den Wahlarzt-Sektor nach Geschlecht. Die Tabelle zeigt einen Überblick nach Überblick WA-Kostenerstattung aggregiert: Betrachtung auf Leistungsfall-Ebene (Ebene der einzelnen Rechnung).

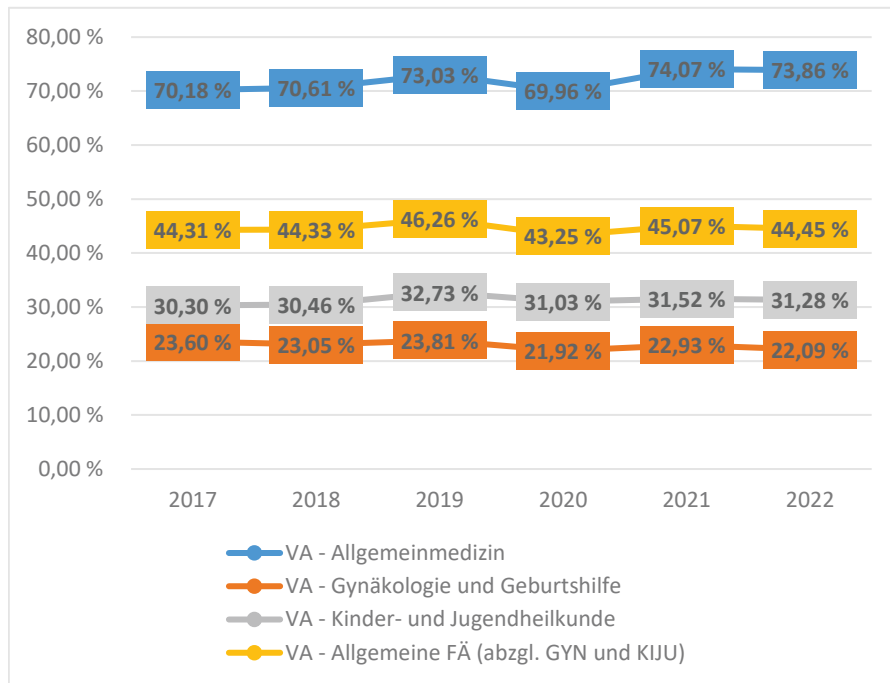
Von den 1.259.400 Anspruchsberechtigten der OÖGKK im Jahr 2019 haben 265.257 (rund 21%) für mindestens eine eingereichte Rechnung aus dem Wahlarzt-Sektor eine Kostenerstattung erhalten. Dabei ist gleich ersichtlich, dass Frauen in dieser Gruppe deutlich überrepräsentiert sind. Sie machen mit 172.747 Personen rund 65% der einreichenden Personen aus. 27% der anspruchsberechtigten Frauen haben mindestens für eine Rechnung Kostenerstattung erhalten, demgegenüber stehen lediglich 15% der anspruchsberechtigten Männer. Der Unterschied setzt sich in gleicher Weise bei der Anzahl der erstatteten Rechnungen fort. Hier stammen 67% von Frauen. Bei den erstatteten Einzelleistungen ist der Unterschied am extremsten, fast 70% der erstatteten Einzelleistungen stammen von Rechnungen, die von Frauen eingereicht wurden.

Hinsichtlich des finanziellen Aspektes setzt sich das Bild fort. Von den Rechnungen im Ausmaß insgesamt rund EUR 72,7 Mio. stammten Rechnungen im Ausmaß von EUR 47,8 Mio. Die globale Erstattungsrate (der Quotient aus den jeweiligen Summen Erstattungsbeiträge und Rechnungsbeiträge) ist jedoch annähernd gleich hoch. Konsequenterweise wird auch im Bereich der Copays (Zuzahlungen, definiert als die Differenz zwischen der Rechnungssumme und der erstatteten Summe) ein über-

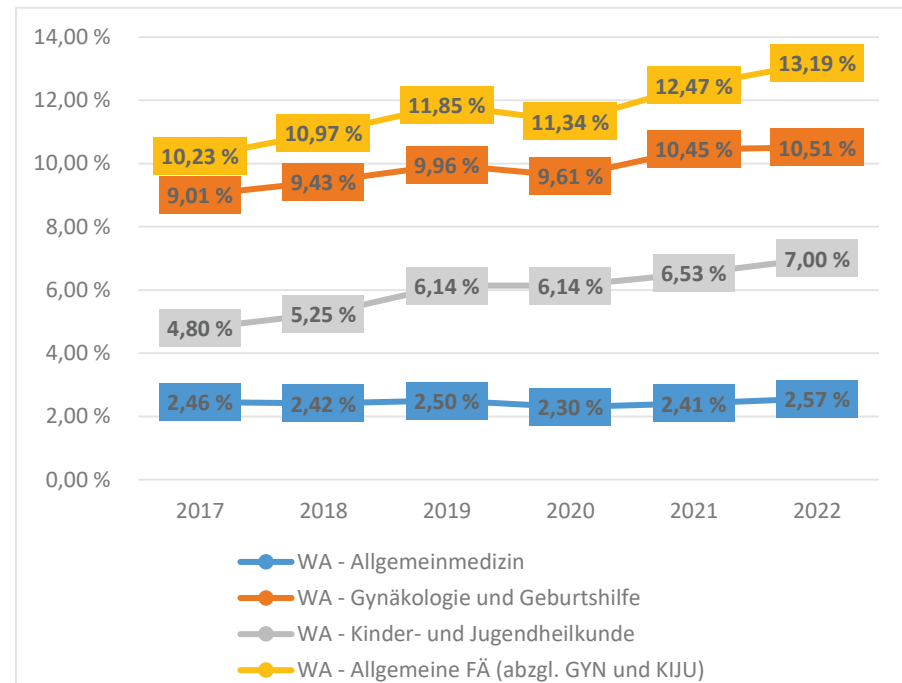
proportionaler Teil von knapp 66% von weiblichen Versicherten getragen. Auf individueller Ebene erscheinen männliche Versicherte im Aggregat jedoch leicht benachteiligt. Sie nehmen den Wahlarzt-Sektor zwar weniger häufig in Anspruch, leisten jedoch dann im Schnitt eine leicht überdurchschnittliche Zuzahlung von EUR 75,63 pro Rechnung, im Gegensatz zu Frauen mit einer Zuzahlung von EUR 70,67.

3.6. Vergleich der Inanspruchnahme: Vertragsarzt- vs. Wahlarzt-Sektor

Auf Basis von Daten aus der Folgekosten-Analyse (FOKO, Standardprodukt der Sozialversicherung) kann ein Vergleich der quantitativen Inanspruchnahme des Wahlarzt- und des Vertragsarzt-Sektors erfolgen. FOKO verbindet die heterogenen Welten der verschiedenen (heterogenen) Abrechnungssysteme (sowohl über Landes- als auch Sektorengrenzen hinweg) zu einem Instrument und ermöglicht dadurch behandlungsökonomische Analysen. Das Standardprodukt FOKO ermöglicht so den österreichweiten Vergleich zwischen dem Vertrags- und dem Wahlarztsektor und damit eine Aussage über die unterschiedliche Inanspruchnahme.



Vertragsarzt-Sektor



Wahlarzt-Sektor

Abbildung 7: Österreichweite Inanspruchnahme des Vertrags- und Wahlarzt-Sektors. Die Abbildung zeigt für ausgewählte Versorgungsbereiche, welcher Anteil der in Frage kommenden Anspruchsberechtigten (AB) der ÖGK (bis 2019 der GKKs) in einem Kalenderjahr mindestens einmal eine:n Vertragsärzt:in aufgesucht oder mindestens eine Rechnung aus dem Wahlarzt-Sektor zur Kostenerstattung eingereicht hat. Zu beachten ist, dass sich der Prozentsatz für die Bereiche Kinder- und Jugendheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf eine jeweils andere Anzahl von AB bezieht. Im Bereich Kinder- und Jugendheilkunde bilden die Basis nur AB von 0 bis 18 Jahren, im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe nur weibliche AB. (Grunddaten im Anhang B)

Abbildung 7 zeigt in erster Ordnung einen sehr deutlichen Unterschied darin, in welchem Ausmaß die Anspruchsberechtigten die den Vertrags- und Wahlarzt-Sektor in Anspruch nehmen. Ebenso ist im Wahlarzt-Sektor insgesamt eine – teils substantielle – Steigerung des Anteils der Anspruchsberechtigten (mit Ausnahme der Allgemeinmedizin) zu erkennen.

Im zur Verfügung stehenden Beobachtungszeitraum 2017 bis 2022 haben zwischen rund 70 und 74% aller Anspruchsberechtigten zumindest einmal eine allgemeinmedizinische Kassenpraxis aufgesucht, wohingegen der Anteil derer, die mindestens eine Rechnung aus dem Wahlarzt-Sektor im Bereich Allgemeinmedizin eingereicht haben, bei unter 3% liegt. Der Größenunterschied bleibt auch für die anderen drei abgebildeten Gruppen bestehen, auch wenn er nicht mehr so deutlich ausfällt.

Im Bereich der „allgemeinen“ Fachärzt:innen (ohne Labor, CT/MR und physikalische Medizin) ist der Anteil der Versorgung im Wahlarzt-Sektor bereits etwas höher (rund 44% im Vertragsarzt-Sektor vs. rund 13% im Wahlarzt-Sektor im Jahr 2022), wobei hier vor allem die Steigerung im Wahlarzt-Sektor (von 10 auf über 13% im Beobachtungszeitraum) ins Auge springt.

Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde ist der Anteil der Anspruchsberechtigten (im Alter von 0 – 18 Jahren) mit mindestens einer Rechnung aus dem Wahlarzt-Sektor im Jahr 2022 bereits bei rund 7% angelangt, während er im Vertragsarzt-Sektor rund 31% aufschlagen. Hier ist zusätzlich eine Verschiebung der Verhältnisse im Beobachtungszeitraum besonders deutlich sichtbar; der Anteil der Anspruchsberechtigten mit mindestens einer Wahlarzt-Rechnung hat sich zwischen 2017 und 2022 von 4,8 auf über 7% stark erhöht.

Im Jahr 2022 haben 22,09% der anspruchsberechtigten Frauen mindestens einmal eine Leistung in einer gynäkologischen Kassen-Ordination in Anspruch genommen. Dem gegenüber stehen 10,51% der anspruchsberechtigten Frauen im Wahlarzt-Sektor, die mindestens eine Rechnung eingereicht haben. In diesem Bereich spielt also ohne Zweifel der Wahlarzt-Bereich eine wesentliche tragende Rolle. Von allen anspruchsberechtigten Frauen, die 2022 mindestens einen Kontakt (Wahl- oder Vertragsarzt-Sektor) mit einem:r Fachärzt:in für Gynäkologie hatten, war rund ein Drittel im Wahlarzt-Sektor. Diese Aussage ist nur eingeschränkt durch die Tatsache,

dass die Inanspruchnahme-Zahlen keine Möglichkeit bieten, die Gruppe derer, die beide Sektoren aufgesucht hat, herauszufiltern.

Auch wenn der Größenunterschied zwischen den Sektoren offensichtlich enorm ist, lässt sich im Beobachtungszeitraum eine steigende Tendenz der Inanspruchnahme im Wahlarzt-Sektor beobachten, während im Vertragsarzt-Sektor eher eine Stagnation zu beobachten ist. Ausgenommen von diesem Trend scheint der Bereich der Allgemeinmedizin zu sein, wo sich die Steigerung im Wahlarzt-Sektor im Zehntel-Prozent-Bereich bewegt.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass Abbildung 7 nur einen sehr groben Überblick über das Leistungsgeschehen sowohl im Wahl- als auch im Vertragsarzt-Sektor bieten kann. Gezählt werden alle Personen, die mindestens einen Kontakt im jeweiligen Sektor im jeweiligen Kalenderjahr hatten. Wenn also eine Person mehrere Kontakte in einem Jahr hatte, wird sie trotzdem nur einmal gezählt. Die Zahlen sagen also nichts über die Intensität bzw. die Frequenz der Betreuung aus. Für die Daten aus dem Wahlarzt-Sektor gilt überdies weiterhin, dass sie notwendigerweise unvollständig sind: Nicht alle Anspruchsberechtigten machen bei jeder Gelegenheit von ihrem Recht auf Kostenerstattung Gebrauch, weshalb die gesamte Anzahl der Kontakte insgesamt unterschätzt wird.

Angesichts des eklatanten Unterschiedes zwischen den Sektoren erscheint es dennoch klar, dass der Wahlarzt-Sektor im Vergleich zum Vertragsarzt-Sektor wesentlich kleiner ist, auch wenn ein Wachstum des Wahlarzt-Sektors deutlich ersichtlich ist.

3.7. Quantitative Struktur der Leistungserbringung in Oberösterreich im Jahr 2019

Für ein besseres Verständnis der quantitativen Zusammenhänge in der Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich werden in diesem Abschnitt Kennzahlen aus dem Vertragsarzt-Sektor und dem Wahlarzt-Sektor aus dem Jahr 2019 in Oberösterreich gegenübergestellt. Tabelle 6 zeigt relevante Messgrößen aus dem Datensatz und stellt sie den – mit einigen wichtigen Limitationen – am ehesten vergleichbaren Messgrößen aus dem Vertragsarzt-Sektor gegenüber. Die Gliederung

erfolgt nach Fachgruppen. Die Zahlen aus dem Wahlarzt-Sektor gehen aus dem beschriebenen Abrechnungsdatensatz hervor und sind somit eigene Berechnungen. Die Zahlen aus dem Vertragsarzt-Sektor stammen aus den BIG-Modulen „Honorarordnungsverwaltung“ (kurz HONO) sowie „Ärztelkostenstatistik“ (kurz AEKST). Die in diesem Abschnitt vorgenommenen Vergleiche sind aufgrund der Vermischung unterschiedlicher Datenbasen und den daraus resultierenden unterschiedlich zu interpretierenden Kennzahlen mit Limitationen in der Interpretation behaftet. Diese Limitationen werden im Laufe des Abschnitts anhand der einzelnen Tabellen diskutiert.

Alle Vergleiche in diesem Abschnitt basieren auf den Zahlen, die in Tabelle 6 dargestellt sind. Die Tabelle 6 (und darauf aufbauend die Tabelle 6a) umfasst dabei alle Fachgebiete, die im Abrechnungsdatensatz enthalten sind. Für die weiterführende Analyse (Tabellen 6b bis 6d) werden lediglich die wichtigsten zwölf Fachgebiete (nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) herausgegriffen und separat betrachtet. Alle in den Tabellen 6b bis 6c behandelten Kennzahlen leiten sich aus der Tabelle 6 ab. Das Ergebnis ist ein quantitativer Überblick über das Leistungsgeschehen des Jahres 2019 in Oberösterreich, der gleichzeitig den Vertragsarzt- und den Wahlarzt-Sektor zueinander in Relation setzt.

Folgende Variablen werden für den Vergleich herangezogen (Beschreibung der Variablen in Tabelle 6):

A) Wahlarzt-Sektor:

- # L.Erb: Anzahl der distinkten Leistungserbringer:innen im jeweiligen Fach (Mehrfachnennungen möglich, wenn eine Person mehrere Fächer innehat)
- # Vers.: Anzahl der distinkten Versicherten, die für mindestens eine Rechnung des betreffenden Faches eine Kostenerstattung erhalten haben.
- # Einzell.: Anzahl der erstatteten Einzelleistungen gemäß Honorarkatalog für das gesamte Fach
- R.Sum. (EUR): Summe über alle Rechnungssummen der erstatteten Rechnungen im betreffenden Fach
- # Rechn. Anzahl der in diesem Fach erstatteten, einzelnen Rechnungen

B) Vertragsarzt-Sektor

- # L.Erb: Anzahl der abgerechneten Ärzt:innen mit einem kurativen Vertrag zur OÖGKK gemäß Ärztekostenstatistik (BIG-Modul AEKST) im Jahr 2019. Erfasst werden alle Ordinationen mit kurativem Vertrag, für die 2019 mindestens eine Abrechnung durchgeführt wurde. Eine Null bedeutet dementsprechend, dass kein Vertragspartner in der betreffenden Fachgruppe 2019 mit der OÖGKK abgerechnet hat. NA (missing value) bedeutet, dass im BIG-Modul AEKST für die betreffende Fachgruppe keine Daten vorhanden sind.
- # Vers.: Anzahl der distinkten Versicherten für die die OÖGKK, die gemäß dem BIG-Modul HONO mindestens einen Leistungserbringer im Jahr 2019 aufgesucht haben und für die die OÖGKK sowohl abrechnungs- als auch leistungszuständig war. Das bedeutet, es handelt sich hier um die „Binnen-Versorgung“ der OÖGKK im Jahr 2019; abgebildet sind alle Versicherten der OÖGKK, die einen Leistungserbringer mit einem oberösterreichischen Vertrag aufgesucht haben.
- # Einzell.: Anzahl der für die genannten Versicherten abgerechneten Leistungen (Trägerpositionen) gemäß dem BIG-Modul HONO im Jahr 2019.
- Hon.Sum (EUR): Summe der Honorare die von der OÖGKK ihre Vertragsärzt:innen für alle⁶ Leistungen gemäß Ärztekostenstatistik (BIG-Modul AEKST) im Jahr 2019 ausbezahlt wurden. Die Interpretation der Werte Null und NA (missing value) erfolgt analog der Variable # L.Erb.
- Freq.: Frequenzen (Anzahl der distinkten Patienten-Kontakte) der genannten Versicherten der OÖGKK gemäß BIG-Modul HONO im Jahr 2019.

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Maßzahlen über die Sektoren hinweg sind eine Reihe von zum Teil sehr deutlichen Limitationen zu beachten:

- Die Anzahl der Leistungserbringer im Wahlarzt-Sektor erstreckt sich auf ganz Österreich. Im Vertragsarzt-Sektor ist die Auswahl auf Oberösterreich einge-

⁶ Einschließlich Honorare auf Grund zwischenstaatlicher Vereinbarungen, Honorare für Leistungen nach dem KOVG, OFG, HEG und StVG sowie die Leistungen auf Grund von Vereinbarungen für ausländische Urlauber:innen. Ebenfalls erfasst sind die im Rahmen von Sonderregelungen geleisteten Bereitschaftsdienstpauschalen (einschließlich Honorare für Funkdienstärzte) für Vertragsärzt:innen. Darüber hinaus sind die Aufwendungen für Sonderhonorare für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und für Vorsorgeuntersuchungen (allerdings nur von Ärzt:innen mit kurativem Vertrag) enthalten.

schränkt, Leistungserbringer in anderen Bundesländern, die Leistungen für Versicherte der OÖGKK im Beobachtungszeitraum erbracht haben, wären nur mit einem erheblichen Zusatzaufwand trennscharf auszuwerten. Da davon auszugehen ist, dass auch im Vertragsarzt-Sektor Versicherte Leistungen in anderen Bundesländern in Anspruch genommen haben, unterschätzt die Variable # L-Erb im Vertragsarzt-Sektor die Anzahl der Leistungserbringer gegenüber jener im Wahlarzt-Sektor. Dort ist die Variable eine gesicherte Größe, die sich direkt aus den Primärdaten ergibt. Einschränkend ist anzumerken, dass sich im Vertragsarzt-Sektor weder die Anzahl der Versicherten, der erbrachten Einzelleistungen, noch der Frequenzen stark verändert, wenn die Auswertung auf ganz Österreich erweitert wird. Ganz im Gegensatz zum Wahlarzt-Sektor blieben über 90% der Versicherten 2019 für die Inanspruchnahme des Vertragsarzt-Sektors in Oberösterreich (Daten dazu im Anhang C). Der Vorteil dieser Einschränkung ist, dass zumindest die Zahlen aus dem Vertragsarzt-Sektor in sich konsistent vergleichbar sind.

- Die Anzahl der Versicherten ist über Wahlarzt- und Vertragsarzt-Sektor relativ gut vergleichbar, auch wenn hier im Vertragsarzt-Sektor eine Einschränkung auf innerhalb des Bundeslandes erbrachte Leistungen erfolgt. Hier gilt es jedoch zu beachten, dass die Anzahl der Versicherten im Wahlarzt-Sektor nicht die gesamte Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors abbildet, da nicht jede Rechnung zur Erstattung eingereicht wird. Daraus folgt, dass die Anzahl der Versicherten im Wahlarzt-Sektor die tatsächliche Anzahl im Vergleich zum Vertragsarzt-Sektor unterschätzt.
- Die Anzahl der Einzelleistungen ist hinsichtlich ihrer Vergleichbarkeit ähnlich zu bewerten wie die Anzahl der Versicherten. Auch hier ist von einer Unterschätzung des Wahlarzt-Sektors aufgrund nicht eingereichter Rechnungen auszugehen.
- Die Variablen R.Sum und Hon.Sum bilden an sich unterschiedlich zusammengesetzte Größen ab. Während im Wahlarzt-Sektor alle Kosten (also auch jene, die anteilig von den Versicherten selbst zu tragen sind) abbildet, sind im Vertragsarzt-Sektor nur Kosten abgebildet, die die Krankenversicherung alleine zu tragen hat. Insofern ist ein Vergleich der beiden Größen als im Sinne einer Gesamtkostenbetrachtung (welcher Sektor verursacht welche Kosten) zu verstehen, weniger im Sinne einer Kostentragungs-Perspektive sinnvoll.

- # Rechn. und Freq. bilden zwar ähnliche Größen, sind aber nur eingeschränkt vergleichbar. Während im Vertragsarzt-Sektor die Bedeutung der Frequenzen sehr klar definiert ist, bildet eine Rechnung im Wahlarzt-Sektor nicht immer notwendigerweise eine Frequenz ab. Vielmehr ist es häufig der Fall, dass Wahlärzt:innen für mehrere Besuche (Frequenzen) eine gesammelte Honorarnote stellen. Es ist also auch hier im Vergleich zu den Frequenzen im Vertragsarzt-Sektor von einer relativen Unterschätzung der tatsächlichen Frequenzen im Wahlarzt-Sektor auszugehen.

Angesichts dieser Limitationen kann konstatiert werden, dass der Vergleich des Wahlarzt- und Vertragsarzt-Sektors in der Regel nicht in dem Sinne erfolgen kann, dass Größen aus den beiden Sektoren in ein rechnerisches Verhältnis gesetzt werden. Aussagen wie „der Wahlarzt-Sektor ist für X% der Versorgung verantwortlich“ etc. sind aus Sicht des Autors aufgrund der vorliegenden Zahlen nicht zulässig.

Wohl aber ist ein Nebeneinanderstellen der Sektoren sinnvoll, um sich einen Überblick über die Größenordnungen zu verschaffen. Dieser Überblick kann in weiterer Folge als Anhaltspunkt für weitere Fragestellungen und Untersuchungen dienen.

Die Tabellen 6 und 6a bis 6c geben einen Überblick über das sichtbare Leistungsgeschehen im Wahlarzt- und Vertragsarzt-Sektor in Oberösterreich im Jahr 2019, wobei lediglich die zwölf nach Anzahl der eingereichten Rechnungen wichtigsten Fachgebiete des Wahlarzt-Sektors betrachtet werden.

	Kürzel	Wahlarzt-Sektor					Vertragsarzt-Sektor					Freq.
		# L-Erb.	# Vers.	# Einzell.	R.Sum. (EUR)	# Rechn.	# L-Erb.	# Vers.	# Einzell.	Hon.Sum. (EUR)		
1	AM	1.246	43.751	523.125	12.748.855	98.797	603	987.120	11.961.687	183.665.715	7.722.578	
2	AN/INT	52	1.853	20.747	1.039.310	3.329	0	NA	NA	0	NA	
3	AU	345	44.851	463.071	6.125.284	60.226	57	245.398	2.541.653	24.649.334	410.094	
4	CH	329	13.112	80.293	3.341.653	16.347	12	21.717	157.294	5.087.795	41.832	
5	DER	342	44.097	365.698	5.913.990	64.522	34	145.753	886.570	11.873.617	313.455	
6	GGH	710	73.427	843.799	10.896.067	122.020	69	167.811	2.266.222	18.227.752	358.805	
7	IM	598	28.148	282.940	7.860.818	42.257	40	85.288	1.362.674	20.974.083	256.799	
8	KIJU	215	15.850	138.304	2.958.968	42.526	35	78.302	758.965	11.776.416	275.742	
9	HNO	158	13.682	123.162	1.954.824	19.629	34	115.642	1.144.449	14.261.044	229.549	
10	PUL	39	1.608	15.016	267.862	2.350	23	58.616	703.437	10.736.194	119.138	
11	NEU/PSY	83	843	4.384	112.139	1.004	NA	NA	NA	NA	NA	
12	OR	415	21.645	170.390	4.620.646	34.581	28	73.076	898.859	10.320.843	249.690	
13	PMR	60	1.699	10.323	366.421	2.843	0	NA	NA	0	NA	
14	RAD	79	5.699	11.101	694.947	6.392	20	237.319	606.644	21.626.388	316.915	
15	UCH	263	12.009	69.490	2.742.025	17.446	5	9.176	90.750	1.012.344	27.224	
16	URO	150	9.639	75.910	1.422.393	13.405	23	63.796	714.936	8.270.405	123.472	
18	NCH											
19	NEU	169	9.157	67.221	1.591.307	14.997	20	39.512	271.198	6.766.762	84.267	
20	PSY	256	6.657	73.232	2.342.622	16.944	21	20.544	237.939	6.164.574	63.742	
21	PCH											
24	NUK	41	6.976	44.185	990.817	9.133	NA	1.518	3.836	NA	1.724	
26	STR											
32	KJP	16	132	2.499	81.489	300	5	2.013	21.077	1.314.316	6.959	
50	LAB	29	265	984	41.659	290	6	400.377	6.078.269	18.136.300	772.417	
52												
53												
84		12	34	38	7.329	35	NA	75.977	100.279	NA	91.679	
85	AMB	153	2.617	5.170	978.598	2.850	NA	100.808	370.644	NA	213.532	
91		160	4.649	89.134	3.538.237	6.685	NA	7.996	180.685	NA	81.946	

Tabelle 6: Quantitativer Vergleich des Leistungsgeschehens zwischen dem WA- und dem VA-Sektor in Oberösterreich im Jahr 2019. „ÖSG“ bezeichnet die Abkürzungen der Fachgruppen gemäß ÖSG (falls vorhanden). Die nach Anzahl der eingereichten Rechnungen wichtigsten Fachgebiete im Wahlarztsektor sind grau hinterlegt.

Quelle: Wahlarzt-Sektor: Eigene Berechnung. Vertragsarzt-Sektor: DVSV/HONO (# Vers. # Einzell. Freq.), DVSV/AEKST (# L.Erb., # Hon.Sum.). In den geschwärzten Zeilen ist die k-Anonymität von 12 entweder für die Leistungserbringer:innen oder für die Versicherten unterschritten.

	Kürzel	Wahlarzt-Sektor				Vertragsarzt-Sektor			
		Vers./L-Erb.	Einzell./L-Erb.	R.Sum./L-Erb.	Rechn./L-Erb.	Vers./L-Erb.	Einzell./L-Erb.	Hon.Sum./L-Erb.	Freq./L-Erb.
1	AM	35	420	10.232	79	1.637	19.837	304.587	12.807
2	AN/INT	36	399	19.987	64	NA	NA	NA	NA
3	AU	130	1.342	17.754	175	4.305	44.590	432.444	7.195
4	CH	40	244	10.157	50	1.810	13.108	423.983	3.486
5	DER	129	1.069	17.292	189	4.287	26.076	349.224	9.219
6	GGH	103	1.188	15.347	172	2.432	32.844	264.170	5.200
7	IM	47	473	13.145	71	2.132	34.067	524.352	6.420
8	KIJU	74	643	13.763	198	2.237	21.685	336.469	7.878
9	HNO	87	780	12.372	124	3.401	33.660	419.442	6.751
10	PUL	41	385	6.868	60	2.549	30.584	466.791	5.180
11	NEU/PSY	10	53	1.351	12	NA	NA	NA	NA
12	OR	52	411	11.134	83	2.610	32.102	368.602	8.918
13	PMR	28	172	6.107	47	NA	NA	NA	NA
14	RAD	72	141	8.797	81	11.866	30.332	1.081.319	15.846
15	UCH	46	264	10.426	66	1.835	18.150	202.469	5.445
16	URO	64	506	9.483	89	2.774	31.084	359.583	5.368
18	NCH								
19	NEU	54	398	9.416	89	1.976	13.560	338.338	4.213
20	PSY	26	286	9.151	66	978	11.330	293.551	3.035
21	PCH								
24	NUK	170	1.078	24.166	223	NA	NA	NA	NA
26	STR								
32	KJP	8	156	5.093	19	403	4.215	262.863	1.392
50	LAB	9	34	1.437	10	66.730	1.013.045	3.022.717	128.736
52									
53									
84		3	3	611	3	NA	NA	NA	NA
85	AMB	17	34	6.396	19	NA	NA	NA	NA
91		29	557	22.114	42	1.637	19.837	304.587	12.807

Tabelle 6a: Messgrößen aus Tabelle 6, normiert auf die Anzahl der Leistungserbringer (# L-Erb. in Tabelle 6)

FG	Fach	# Rechnungen (WA-Sektor)	Frequenzen (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
6	GGH	122.020	358.805	0,34
1	AM	98.797	7.722.578	0,01
5	DER	64.522	313.455	0,21
3	AU	60.226	410.094	0,15
8	KIJU	42.526	275.742	0,15
7	IM	42.257	256.799	0,16
12	OR	34.581	249.690	0,14
9	HNO	19.629	229.549	0,09
15	UCH	17.446	27.224	0,64
20	PSY	16.944	63.742	0,27
4	CH	16.347	41.832	0,39
11	NEU	14.997	84.267	0,18
Mittelwert		45.858	836.148	0,05
Median		38.419	253.245	0,15

FG	Fach	Rech.Summe (WA-Sektor)	Hon.Summe (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
6	GGH	10.896.067	18.227.752	0,60
1	AM	12.748.855	183.665.715	0,07
5	DER	5.913.990	11.873.617	0,50
3	AU	6.125.284	24.649.334	0,25
8	KIJU	2.958.968	11.776.416	0,25
7	IM	7.860.818	20.974.083	0,37
12	OR	4.620.646	10.320.843	0,45
9	HNO	1.954.824	14.261.044	0,14
15	UCH	2.742.025	1.012.344	2,71
20	PSY	2.342.622	6.164.574	0,38
4	CH	3.341.653	5.087.795	0,66
11	NEU	1.591.307	6.766.762	0,24
Mittelwert		5.258.088	26.231.690	0,20
Median		3.981.150	11.825.017	0,34

FG	Fach	# Versicherte (WA-Sektor)	# Versicherte (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
6	GGH	73.427	167.811	0,44
1	AM	43.751	987.120	0,04
5	DER	44.097	145.753	0,30
3	AU	44.851	245.398	0,18
8	KIJU	15.850	78.302	0,20
7	IM	28.148	85.288	0,33
12	OR	21.645	73.076	0,30
9	HNO	13.682	115.642	0,12
15	UCH	12.009	9.176	1,31
20	PSY	6.657	20.544	0,32
4	CH	13.112	21.717	0,60
11	NEU	9.157	39.512	0,23
Mittelwert		27.199	165.778	0,16
Median		18.748	81.795	0,23

FG	Fach	# Einzell. (WA-Sektor)	# Einzell. (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
6	GGH	843.799	2.266.222	0,37
1	AM	523.125	11.961.687	0,04
5	DER	365.698	886.570	0,41
3	AU	463.071	2.541.653	0,18
8	KIJU	138.304	758.965	0,18
7	IM	282.940	1.362.674	0,21
12	OR	170.390	898.859	0,19
9	HNO	123.162	1.144.449	0,11
15	UCH	69.490	90.750	0,77
20	PSY	73.232	237.939	0,31
4	CH	80.293	157.294	0,51
11	NEU	67.221	271.198	0,25
Mittelwert		266.727	1.881.522	0,14
Median		154.347	892.715	0,17

Tabelle 6b: Quantitativer Vergleich der wichtigsten zwölf Fachrichtungen im Wahlarzt-Sektor (nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) in Oberösterreich im Jahr 2019 (Teil 1). Die Tabelle zeigt einen Mengenvergleich der Sektoren in absoluten Zahlen. Die oben beschriebenen Limitationen sind zu beachten.

FG	Fach	Rechn./LE (WA-Sektor)	Frequ./LE (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
----	------	--------------------------	--------------------------	-----------------------

FG	Fach	Rechn.Summe/LE (WA-Sektor)	Hon.Summe/LE (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
----	------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------

6	GGH	172	5.200	0,03
1	AM	79	12.807	0,01
5	DER	189	9.219	0,02
3	AU	175	7.195	0,02
8	KIJU	198	7.878	0,03
7	IM	71	6.420	0,01
12	OR	83	8.918	0,01
9	HNO	124	6.751	0,02
15	UCH	66	5.445	0,01
20	PSY	66	3.035	0,02
4	CH	50	3.486	0,01
11	NEU	89	4.213	0,02
Mittelwert		113	6.714	0,02
Median		86	6.586	0,02

6	GGH	15.347	264.170	0,06
1	AM	10.232	304.587	0,03
5	DER	17.292	349.224	0,05
3	AU	17.754	432.444	0,04
8	KIJU	13.763	336.469	0,04
7	IM	13.145	524.352	0,03
12	OR	11.134	368.602	0,03
9	HNO	12.372	419.442	0,03
15	UCH	10.426	202.469	0,05
20	PSY	9.151	293.551	0,03
4	CH	10.157	423.983	0,02
11	NEU	9.416	338.338	0,03
Mittelwert		12.516	354.803	0,04
Median		11.753	343.781	0,03

FG	Fach	# Vers./LE (WA-Sektor)	# Vers./LE (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
6	GGH	103	2.432	0,04
1	AM	35	1.637	0,02
5	DER	129	4.287	0,03
3	AU	130	4.305	0,03
8	KIJU	74	2.237	0,03
7	IM	47	2.132	0,02
12	OR	52	2.610	0,02
9	HNO	87	3.401	0,03
15	UCH	46	1.835	0,02
20	PSY	26	978	0,03
4	CH	40	1.810	0,02
11	NEU	54	1.976	0,03
Mittelwert		69	2.470	0,03
Median		53	2.185	0,02

FG	Fach	# Einzell./LE (WA-Sektor)	# Einzell./LE (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
6	GGH	1.188	32.844	0,03
1	AM	420	19.837	0,02
5	DER	1.069	26.076	0,04
3	AU	1.342	44.590	0,03
8	KIJU	643	21.685	0,03
7	IM	473	34.067	0,01
12	OR	411	32.102	0,01
9	HNO	780	33.660	0,02
15	UCH	264	18.150	0,01
20	PSY	286	11.330	0,02
4	CH	244	13.108	0,02
11	NEU	398	13.560	0,03
Mittelwert		627	25.084	0,02
Median		446	23.880	0,02

Tabelle 6c: Quantitativer Vergleich der wichtigsten zwölf Fachrichtungen im Wahlarzt-Sektor (nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) in Oberösterreich im Jahr 2019 (Teil 2). Die Tabelle zeigt einen Mengenvergleich normiert auf die Anzahl der Leistungserbringer im jeweiligen Fachgebiet. Hinsichtlich Limitationen treffen die gleichen Aussagen wie in Tabelle 6b zu.

FG	Fach	Einzell./Rechn. (WA-Sektor)	Einzell./Frequ. (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
6	GGH	6,92	6,32	1,09
1	AM	5,29	1,55	3,42
5	DER	5,67	2,83	2,00
3	AU	7,69	6,20	1,24
8	KIJU	3,25	2,75	1,18
7	IM	6,70	5,31	1,26
12	OR	4,93	3,60	1,37
9	HNO	6,27	4,99	1,26
15	UCH	3,98	3,33	1,19
20	PSY	4,32	3,73	1,16
4	CH	4,91	3,76	1,31
11	NEU	4,48	3,22	1,39
Mittelwert		5,37	3,97	1,49
Median		5,11	3,67	1,26

FG	Fach	Rech.Sum./Ein- zell. (WA-Sektor)	Hon.Sum./Einzell. (VA-Sektor)	Verhältnis (WA/VA)
6	GGH	12,91	8,04	1,61
1	AM	24,37	15,35	1,59
5	DER	16,17	13,39	1,21
3	AU	13,23	9,70	1,36
8	KIJU	21,39	15,52	1,38
7	IM	27,78	15,39	1,81
12	OR	27,12	11,48	2,36
9	HNO	15,87	12,46	1,27
15	UCH	39,46	11,16	3,54
20	PSY	31,99	25,91	1,23
4	CH	41,62	32,35	1,29
11	NEU	23,67	24,95	0,95
Mittelwert		24,63	16,31	1,63
Median		24,02	14,37	1,37

Tabelle 6d: Quantitativer Vergleich der wichtigsten zwölf Fachrichtungen im Wahlarzt-Sektor (nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) in Oberösterreich im Jahr 2019 (Teil 3). Die Tabelle zeigt, wie sich die Honorargestaltung zwischen den Sektoren unterscheidet. LINKS wird die Anzahl der Einzelleistungen pro Rechnung (WA-Sektor) mit der Anzahl der Einzelleistungen pro Frequenz (VA-Sektor) verglichen. RECHTS erfolgt ein Vergleich zwischen der Rechnungssumme pro Einzelleistung (durchschnittliche Kosten pro Einzelleistung im WA-Sektor) mit der Honorarsumme pro Einzelleistung (durchschnittliche Kosten pro Einzelleistung im VA-Sektor). Zu beachten sind auch hier die oben beschriebenen Limitationen.

Ganz allgemein zeigen die Tabellen 6 und 6a den massiven Größenunterschied zwischen dem Wahlarzt- und dem Vertragsarzt-Sektor auch für das Jahr 2019 in Oberösterreich. Dies ist konsistent mit den Zahlen aus dem vorangegangenen Abschnitt. Ebenso ist die unterschiedliche Verteilung der Leistungserbringung auf die unterschiedlichen Fächer ersichtlich. Der Unterschied im Volumen der Leistungserbringung ist so groß, dass er wohl auch bestehen bliebe, wenn der Wahlarzt-Sektor zu seiner Gänze (also inklusive „unsichtbaren“, da nicht eingereichten Rechnungen) in den Primärdaten abgebildet wäre. Allein in der Fachgruppe 1 (Allgemeinmedizin) stehen EUR 12,7 Mio. Gesamtkosten (Summe aller Rechnungen) im Wahlarzt-Sektor gegenüber EUR 183,7 Mio. Gesamtkosten (Summe aller Honorare) im Vertragsarzt-Sektor. Diese Größen leiten sich aus 98.797 eingereichten Rechnungen vs. knapp über 8 Millionen Frequenzen ab.

Tabelle 6b zeigt die Unterschiede im Volumen der Leistungserbringung in absoluten Zahlen für die zwölf nach Anzahl der eingereichten Rechnungen größten Fachgebiete des Wahlarztsektors und setzt sie zum Vertragsarzt-Sektor in Beziehung. Daraus wird deutlich, dass die sichtbaren Wahlarzt-Rechnungen Volumina ergeben, die teilweise deutlich unter 20% des am ehesten vergleichbaren Volumina im Vertragsarzt-Sektor liegen. Dies gilt, obwohl die Versorgung im Vertragsarzt-Sektor aufgrund der Einschränkung auf Vertragspartner der OÖGKK kleiner als

Davon abweichend sind folgende Fachgruppen hervorzuheben, die im Leistungsgeschehen offenbar doch eine gewisse Rolle spielen:

- Das Fachgebiet 1 (AM – Allgemeinmedizin) führt bei der Gesamtsumme der Rechnungen das Feld an, in allen anderen Bereichen belegt es den zweiten Platz. Dies ist bereits ein Hinweis auf die Tatsache, dass in dieser Fachgruppe Leistungen vergleichsweise teuer angeboten werden (siehe dazu Tabelle 6d). Gleichzeitig spielt das Fachgebiet im Vergleich zum Vertragsarzt-Sektor die verhältnismäßig geringste Rolle.
- Das Fachgebiet 6 (GGH – Frauenheilkunde und Geburtshilfe) spielt erwartungsgemäß auch in den Abrechnungsdaten von 2019 im Wahlarzt-Sektor eine herausgehobene Rolle. Nach Rechnungssummen belegt das Fach im Wahlarzt-Sektor den zweiten Platz, hinsichtlich aller anderen Größenordnungen liegt es

jedoch klar an erster Stelle. Dies unterstreicht den Befund aus dem vorangegangenen Abschnitt. Die Anzahl der betroffenen Personen, Anzahl der Einzelleistungen sowie Anzahl der eingereichten Rechnungen weisen gemeinsam darauf hin, dass der Wahlarzt-Sektor in diesem Fachgebiet besonders attraktiv ist. Gleichzeitig ist das Fachgebiet 6 mit 69 Leistungserbringern im Vertragsarzt-Sektor die zahlenmäßig relativ größte Gruppe unter den Fachärzt:innen.

- Das Fachgebiet 8 (KIJU – Kinder- und Jugendheilkunde) bewegt sich hinsichtlich der Leistungsvolumina im Wahlarzt-Sektor im oberen Mittelfeld, ist jedoch im Vergleich im Vertragsarzt-Sektor weit weniger stark als der Spitzenreiter GGH – Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Augenfällig ist jedenfalls die im Verhältnis zur hohen Platzierung hinsichtlich der Rechnungen die eher geringe Rechnungssumme (lediglich knapp 3 Millionen Euro). Das nächstniedriger platzierte Fachgebiet (IM – Innere Medizin) weist demgegenüber eine Rechnungssumme von rund 7,9 Millionen Euro auf.
- Eine Sonderrolle spielt offenbar das Fachgebiet 15 (UCH – Unfallchirurgie). In diesem Fach übertrifft der Wahlarzt- den Vertragsarzt-Sektor in gleich zwei Größen, nämlich sowohl hinsichtlich der Rechnungssumme (sie übersteigt die Honorarsumme) als auch hinsichtlich der Anzahl der betreuten Versicherten.
- Die Fachgebiete 4 (CH – Chirurgie) und 20 (PSY – Psychiatrie) sind im Vergleich zum Vertragsarzt-Sektor offenbar ebenfalls relevant, beide weisen vergleichsweise große Volumina in allen vier in Tabelle 6b dargestellten Bereichen auf.

Die Tabelle 6c zeigt noch deutlicher, wie sich im Wahlarzt-Sektor das insgesamt wesentlich geringere Leistungsvolumen auf eine sehr große Zahl von Leistungserbringern verteilt. Alle Kennzahlen aus Tabelle 6b wurden zu diesem Zweck auf die im jeweiligen Fachgebiet und Sektor vorhandenen Leistungserbringer normiert.

- Im Fachgebiet 1 (AM – Allgemeinmedizin) ist die Anzahl der Rechnungen pro Leistungserbringer im Wahlarzt-Sektor erwartungsgemäß gering und dafür im Vertragsarzt-Sektor umso höher. Pro Leistungserbringer:in enthielt der Datensatz für das Fachgebiet 79 Rechnungen mit einer durchschnittlichen Gesamthöhe von EUR 10.232, demgegenüber standen im Vertragsarzt-Sektor 13.303 Frequenzen mit einer Honorarsumme von EUR 304.587 pro Leistungserbringer:in.

- Im Fachgebiet 6 (GGH – Frauenheilkunde und Geburtshilfe) gibt es zwar mehr Rechnungen pro Leistungserbringer:in im Wahlarzt-Sektor, dies jedoch vor dem Hintergrund von verhältnismäßig geringen Frequenzen pro Leistungserbringer:in im Vertragsarzt-Sektor, wo sich der Bereich mit 5.400 Frequenzen pro LE im unteren Mittelfeld bewegt.
- Das Fachgebiet 8 (KIJU – Kinder- und Jugendheilkunde) weist im Wahlarzt-Sektor mit 198 Rechnungen pro Leistungserbringer:in die größte „Leistungsdichte“ der betrachteten Fachrichtungen auf. Auch im Vertragsarzt-Sektor ist die Frequenz mit 8.405 pro Leistungserbringer:in relativ hoch.
- Die restlichen Fächer weisen in der normierten Form keine sofort ersichtlichen, besonderen Kennzeichen auf, wobei offensichtlich bleibt, dass kein Fach im Wahlarzt-Sektor im Durchschnitt an die Leistungsdichte des Vertragsarzt-Sektors auch nur annähernd heranreicht.

Tabelle 6d greift das Abrechnungsverhalten im Vergleich der beiden Sektoren auf. Hier wird deutlich, dass im Wahlarzt-Sektor durchschnittlich mehr Einzelleistungen pro Rechnung erbracht werden als Einzelleistungen pro Frequenz im Vertragsarzt-Sektor. Im Schnitt werden im Wahlarzt-Sektor rund 1,5-mal so viele Einzelleistungen pro Rechnung erbracht wie Einzelleistungen pro Frequenz im Vertragsarzt-Sektor. Diese Aussage ist wie üblich mit der eingeschränkt dadurch, dass die Anzahl der Einzelleistungen pro Rechnung die Anzahl der Einzelleistungen pro Besuch (Entsprechung der Frequenz) vermutlich leicht überschätzt. Besonderes sticht das Fach Allgemeinmedizin (AM) hervor, wo eine durchschnittliche Rechnung mehr als das Dreifache an erstattungsfähigen Einzelleistungen enthält als Einzelleistungen pro Frequenz im Vertragsarzt-Sektor nachweisbar sind. Die Tabelle 6d zeigt überdies, dass im Wahlarzt-Sektor Einzelleistungen vergleichsweise höhere Gesamtkosten verursachen als im Vertragsarzt-Sektor. Besonders die Fächer Orthopädie (OR) und Unfallchirurgie (UCH) stechen hier hervor, wo im Wahlarzt-Sektor mehr als die zwei- bzw. im Fall der UCH dreifachen Kosten pro Einzelleistung anfallen.

3.8. Copays (Zuzahlungen) auf Fachgruppen-Ebene

Grundsätzlich ist die Höhe der Kostenerstattung mit maximal 80% des im jeweiligen Honorartarif verzeichneten Betrags gedeckelt. Das bedeutet jedoch keineswegs, dass die tatsächlich an die betroffenen Versicherten ausbezahlten Summen in der Regel auch 80% des Rechnungsbetrags erreichen. Die Hintergründe liegen sowohl im Tätigkeitsbereich der Wahlärzt:innen als auch in den teilweise sehr komplexen kasseninternen Regeln für die Kostenerstattung. Auf Seiten der Ärzt:innen sind mutmaßlich die folgenden zwei Gründe als wesentlich zu erachten:

- 1) Wahlärzt:innen verrechnen für Kassenleistungen Beträge, die über dem Kassentarif liegen. Da Wahlärzt:innen nicht an die ausverhandelten Honorarkataloge gebunden sind, können sie die Preise für ihre Dienstleistungen frei gestalten. Die Ärztekammern geben zwar für Wahlärzte einen Muster-Honorarkatalog heraus, dieser hat jedoch ebenfalls keine Bindungswirkung.
- 2) Wahlärzt:innen erbringen Leistungen, die nicht Teil des Leistungsspektrums der Krankenversicherung sind. Dieser Aspekt hat mehrere Facetten. Einerseits gibt es Wahlärzt:innen, die sich auf nicht evidenzbasierte Behandlungsformen spezialisieren, ihre Patient:innen suchen sie teilweise gezielt deshalb auf. Andererseits gibt es auch wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden bzw. sonstige Leistungen (Bestätigungen, Befundberichte, Atteste etc.), die nicht in den Honorarkatalogen abgebildet und damit nicht erstattungsfähig sind.

Im Datensatz ist eine Differenzierung nach diesen beiden Aspekten nicht ohne weiteres möglich, da erstens nur die erstattungsfähigen Leistungen einzeln aufgelistet sind und zweitens auch lediglich der Erstattungsbetrag pro Leistung erfasst ist.

Es folgt eine Analyse der Copays (Zuzahlungen) im Wahlarzt-Sektor auf Fachgruppen-Ebene, sowohl im Aggregat als auch auf Ebene der einzelnen Versicherten.

FG	Fach	Männer			Frauen			Verhältnis (Frauen/Männer)		
		# Versicherte	# Rechnungen	Copay (abs., EUR)	# Versicherte	# Rechnungen	Copay (abs., EUR)	# Versicherte	# Rechnungen	Copay (abs., EUR)
6	GGH	211	239	16.666	73.216	121.781	6.371.210	347,00	509,54	382,28
1	AM	16.339	35.206	2.417.115	27.412	63.591	5.182.452	1,68	1,81	2,14
5	DER	16.857	24.784	1.527.740	27.240	39.738	2.606.461	1,62	1,60	1,71
3	AU	18.023	23.832	1.408.178	26.828	36.394	2.216.285	1,49	1,53	1,57
8	KIJU	8.038	21.782	812.740	7.812	20.744	764.442	0,97	0,95	0,94
7	IM	12.215	18.203	1.703.418	15.933	24.054	2.236.594	1,30	1,32	1,31
12	OR	8.408	12.978	1.255.046	13.236	21.602	2.079.311	1,57	1,66	1,66
9	HNO	6.149	9.016	450.549	7.533	10.613	553.596	1,23	1,18	1,23
15	UCH	5.856	8.431	1.099.628	6.153	9.015	1.076.641	1,05	1,07	0,98
20	PSY	2.637	6.771	362.722	4.020	10.173	522.552	1,52	1,50	1,44
4	CH	4.871	5.978	747.991	8.240	10.368	1.361.061	1,69	1,73	1,82
11	NEU	326	391	24.448	517	613	31.040	1,59	1,57	1,27

Tabelle 7a: Copay und Geschlecht in absoluten Zahlen in Oberösterreich im Jahr 2019. Vergleich der nach Anzahl der eingereichten Rechnungen zwölf wichtigsten Fachgruppen im Wahlarzt-Sektor im Jahr 2019 in Oberösterreich. Die Tabelle zeigt für Frauen und Männer jeweils die absolute Anzahl der Versicherten und Rechnungen im Abrechnungsdatensatz sowie die geleisteten Copays (Summe aller Rechnungsbeträge abzüglich der Erstattungsbeträge) pro Fachgruppe. Das rechte Drittel der Tabelle zeigt das Verhältnis der Zahlen zueinander (Werte der Frauen im Zähler).

FG	Fach	Männer		Frauen		Verhältnis (Frauen/Männer)	
		Copay/ Vers.	Copay/ Rechn.	Copay Vers.	Copay/ Rechn.	Copay/ Vers.	Copay/ Rechn.
6	GGH	101,11	37,31	97,85	36,85	0,97	0,99
1	AM	78,99	69,73	87,02	52,32	1,10	0,75
5	DER	78,13	59,09	82,61	60,90	1,06	1,03
3	AU	147,94	68,66	189,06	81,50	1,28	1,19
8	KIJU	149,27	96,71	157,10	96,26	1,05	1,00
7	IM	139,45	93,58	140,37	92,98	1,01	0,99
12	OR	137,55	53,57	129,99	51,37	0,95	0,96
9	HNO	73,27	49,97	73,49	52,16	1,00	1,04
15	UCH	153,56	125,12	165,18	131,28	1,08	1,05
20	PSY	74,99	62,53	60,04	50,64	0,80	0,81
4	CH	90,63	61,64	95,69	65,59	1,06	1,06
11	NEU	187,78	130,43	174,98	119,43	0,93	0,92
Mittelwert		117,72	75,69	121,11	74,27	1,02	0,98
Median		119,33	65,59	113,92	63,24	1,03	0,99

Tabelle 7b: Copay und Geschlecht, normiert auf die Anzahl der Versicherten bzw. Rechnungen in Oberösterreich im Jahr 2019. Vergleich der nach Anzahl der eingereichten Rechnungen zwölf wichtigsten Fachgruppen im Wahlarzt-Sektor im Jahr 2019 in Oberösterreich. Die Tabelle zeigt für Frauen und Männer jeweils die auf die Anzahl der Versicherten bzw. Rechnungen normierten Copays pro Fachgruppe. Das rechte Drittel der Tabelle zeigt das Verhältnis der Zahlen zueinander (Werte der Frauen im Zähler).

Klar ersichtlich ist wieder, dass bis auf eine Ausnahme (KIJU – Kinder- und Jugendheilkunde) in allen abgebildeten Fachgruppen mehr Frauen als Männer den Wahlarzt-Sektor in Anspruch nehmen. Dabei schwankt der Unterschied von einem leichten Überschuss im Fach Unfallchirurgie (UCH, 1:1,05) bis zu einem massiven Überschuss im Fach Chirurgie (CH, 1:1,69). Außer Konkurrenz ist hier der Überschuss der Frauen im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1:347). Auch in diesem Fach werden vereinzelt Männer behandelt, wenn etwa bei Themen der Familienplanung, für Impfungen (HPV) oder auch bei Geschlechtskrankheiten, die in einer Partnerschaft beide Personen betreffen. Die Verhältnisse der absoluten Copays (insgesamt pro Gruppe und Fach geleistete Zuzahlungen) unterscheiden sich ebenfalls deutlich von Fach zu Fach und zeigen darüber hinaus, dass die Überrepräsentation der Frauen (nach Anzahl der Versicherten und nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) nicht in allen Bereichen die zum Teil stärker erhöhten Copays erklären kann. Dieser Umstand wird durch die Werte in Tabelle 7b unterstrichen. Diese zeigt,

dass Frauen nicht nur überrepräsentiert sind, sondern auch in der Mehrzahl der abgebildeten Fächer pro Kopf und in der Hälfte der abgebildeten Fächer pro Rechnung mehr im Wahlarzt-Sektor ausgeben als Männer. Im Schnitt bezahlen Männer jedoch mehr pro Rechnung.

Ebenfalls ersichtlich ist, dass die Copays über die Fächer hinweg sehr stark schwanken. Das Fach Unfallchirurgie (UCH) ist mit sehr hohen Copays sowohl pro Versichertem als auch pro Rechnung verbunden. Zu jeder Rechnung aus dem Fach UCH zahlen Männer im Schnitt EUR 125,12 und Frauen im Schnitt EUR 131,28 aus eigener Tasche. Interessanterweise ist der Copay pro Rechnung im stärksten Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH) mit durchschnittlich EUR 36,85 pro Frau insgesamt am geringsten. Bei Frauen beträgt der Copay jedoch EUR 97,85 im Schnitt. Dies weist darauf hin, dass Frauen in der Regel mehr als eine Rechnung pro Kopf einreichen.

3.9. Zusammenfassung der Datenanalyse

- Der für die Analyse verwendete Abrechnungsdatensatz aus der Wahlarzt-Kostenerstattung der OÖGKK im Jahr 2019 wurde bereinigt sowie um einige relevante Felder (insbesondere die Copays oder Zuzahlungen pro Rechnung, definiert als die Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag und dem Erstattungsbeitrag) ergänzt.
- Abrechnungsdaten sind generell in ihrer Aussagekraft hinsichtlich der Versorgungsqualität limitiert. Der Fokus der Analyse liegt daher auf der quantitativen Verteilung der Leistungserbringung innerhalb des Wahlarzt-Sektors sowie auf dem Vergleich mit dem Vertragsarzt-Sektor, der jedoch mit Limitierungen möglich ist. Diese betreffen vor allem die geografische Abgrenzung der Leistungserbringer. Der Wahlarzt-Sektor bildet die Leistungserbringung in ganz Österreich für Versicherte der OÖGKK ab, während der Vertragsarzt-Sektor auf die Leistungserbringung durch Vertragspartner der OÖGKK beschränkt ist.
- Ein erster Überblick über den Datensatz zeigt, dass 2019 600.611 Rechnungen im Ausmaß von rund EUR 72,7 Mio. erfasst und dabei 5.385 verschiedene Leistungserbringer:innen (Wahlärzt:innen) in Anspruch genommen wurden. Dabei haben – gemessen an der Anzahl der Anspruchsberechtigten im Jahrsschnitt

2019 – rund 21% der Versicherten (das sind 265.257 Personen) mindestens eine Rechnung eingereicht.

- Von den rund EUR 72,7 Mio. (Summe aller Rechnungen) wurden rund EUR 29,3 Mio. von der OÖGKK erstattet, die Versicherten trugen die restlichen EUR 43,4 Mio. selbst. Die empirische Erstattungsrate der OÖGKK im Jahr 2019 betrug also 40,3% und damit etwa halb so viel wie die gesetzlich maximal mögliche Erstattungsrate von 80%.
- Frauen nahmen den Wahlarzt-Sektor 2019 in OÖ, gemessen an der Geschlechterverteilung der Anspruchsberechtigten, überproportional in Anspruch. Mehr als zwei Drittel der Rechnungen stammen von Frauen, dementsprechend entfallen auch fast zwei Drittel der insgesamt im Jahr 2019 geleisteten Zuzahlungen auf Frauen.
- Pro Rechnung leisteten die Versicherten der OÖGKK im Jahr 2019 durchschnittlich einen Copay (Zuzahlung) von EUR 72,29. Obwohl Männer den Wahlarzt-Sektor seltener in Anspruch nehmen, leisten sie über alle Fächer hinweg pro Rechnung einen höheren (überdurchschnittlichen) Copay als Frauen (EUR 75,63 vs. EUR 70,67).
- Verglichen mit dem Vertragsarzt-Sektor wird der Wahlarzt-Sektor österreichweit in deutlich geringerem Ausmaß in Anspruch genommen, auch wenn eine Steigerung der Inanspruchnahme in den Jahren 2017 bis 2022 zu erkennen ist. Einen signifikanten Anteil an der Versorgung hat der Wahlarzt-Sektor jedenfalls im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH): Im Jahr 2022 haben 22,09% der anspruchsberechtigten Frauen (gemäß FOKO-Zählung) mindestens einmal den Vertragsarzt-Sektor und 10,51% mindestens einmal den Wahlarzt-Sektor im Fach GGH in Anspruch genommen. Das Fach Kinder- und Jugendheilkunde verzeichnet 2022 zwar einen verhältnismäßig geringeren Anteil (mindestens einmalige Inanspruchnahme der Anspruchsberechtigten von 0—18 Jahre (FOKO-Zählung) von 31,88% im Vertragsarzt-Sektor vs. lediglich 7,00% im Wahlarzt-Sektor), dafür ist das Wachstum des Wahlarzt-Sektors (von 4,80 auf 7,00% innerhalb von sechs Jahren) vergleichsweise stark. Das Fach Allgemeinmedizin spielt im Wahlarzt-Sektor (vor allem im Vergleich mit dem Vertragsarzt-Sektor) keine quantitativ relevante Rolle.

- Der quantitative Größenvergleich der Wahlarzt-Kostenerstattungsdaten 2019 mit dem Leistungsgeschehen im Vertragsarzt-Sektor in Oberösterreich reproduziert diesen Befund. Ein Vergleich der zwölf quantitativ wichtigsten Fächer des Wahlarzt-Sektors (nach Anzahl der eingereichten Rechnungen) mit den korrespondierenden Fächern im Vertragsarzt-Sektor zeigt, dass die Anzahl der eingereichten Rechnungen im Schnitt nur rund 5% der Frequenzen im Vertragsarzt-Sektor ausmachten (durchschnittlich 45.858 eingereichte Rechnungen im Vergleich zu durchschnittlich 836.148 Frequenzen). Im quantitativ relativ wichtigsten Fach des Wahlarzt-Sektors Frauenheilkunde und Geburtshilfe war dieses Verhältnis immerhin rund 34% (122.020 eingereichte Rechnungen im Vergleich zu 385.805 Frequenzen). Offenbar spielt auch das Fach Unfallchirurgie (wenn auch auf insgesamt niedrigerem quantitativen Niveau) mit einem Verhältnis der eingereichten Rechnungen zu den Frequenzen von rund 64% eine Rolle.
- Die Daten zeigen ebenfalls, dass sich im Wahlarzt-Sektor die Leistungserbringung auf wesentlich mehr einzelne Leistungserbringer verteilt. Im Schnitt erbringt jeder Leistungserbringer aus den zwölf wichtigsten Fächern im Wahlarzt-Sektor 627 Einzelleistungen, im Vergleich zu 25.084 Einzelleistungen im Vertragsarzt-Sektor, wobei jede Einzelleistung im Wahlarzt-Sektor insgesamt um 51% teurer ist (mittlere Rechnungssumme pro Einzelleistung EUR 24,63 vs. EUR 16,31)
- Die Detailanalyse der Copays/Zuzahlungen für die zwölf wichtigsten Fächer des Wahlarzt-Sektors reproduziert im Wesentlichen den Befund aus der aggregierten Betrachtung. Frauen sind im Wahlarzt-Sektor deutlich überrepräsentiert, daher tragen sie auch einen überproportionalen Anteil der Kosten. Die Analyse pro Kopf und pro Rechnung zeigt zusätzlich, dass Frauen pro Kopf höhere Ausgaben tragen, jedoch Männer pro Rechnung mehr bezahlen. In den zwölf betrachteten Fächern variiert dieses Verhältnis sehr stark.

4. Diskussion

4.1. Zentrale Ergebnisse der Datenanalyse

Die Gruppe der Versicherten, die von ihrer Wahlfreiheit in Gestalt des Rechtes auf Kostenerstattung Gebrauch macht, ist relativ klein und weist einen starken Gender-Bias auf: Frauen suchen überproportional häufig den Wahlarzt-Sektor auf. Die Daten aus 2019 zeigen, dass mit 265.257 Personen rund 21% der Anspruchsberechtigten (gemessen am Jahresdurchschnitt 2019) mindestens eine Rechnung in Oberösterreich eingereicht haben, wobei fast zwei Drittel davon Frauen waren (Tabelle 5, S. 45). Die Anzahl der eingereichten Rechnungen aus dem Wahlarzt-Sektor kommen in den vergleichbaren Fächern – trotz aller besprochenen Limitation – nicht annähernd an die Frequenzen des Vertragsarzt-Sektors heran, auch wenn dass der Wahlarzt-Sektor in ausgewählten Versorgungsbereichen (Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Unfallchirurgie, Chirurgie, Dermatologie) verglichen mit der Vertragsversorgung eine relevante Größe darstellt. (Tabelle 6, S. 54 sowie fortfolgende).

Österreichweit zeigt sich, dass der Größenunterschied offenbar auch in anderen Bundesländern besteht und über den Zeitraum 2017 bis 2022 stabil war, auch wenn die Anzahl der Wahlarzt-Besuche über die Zeit im Steigen begriffen ist. Im Jahr 2022 haben rund 74% der Versicherten der ÖGK mindestens einmal den Vertragsarzt-Sektor im Bereich Allgemeinmedizin aufgesucht, rund 2,6% der Versicherten haben mindestens eine Rechnung aus der Allgemeinmedizin im Wahlarzt-Sektor eingereicht. Rund 44% der Anspruchsberechtigten waren im Vertragsarzt-Sektor bei Fachärzt:innen, im Wahlarzt-Sektor waren es rund 13%. Auch im Bereich Kinder- und Jugendheilkunde waren von den in Frage kommenden Anspruchsberechtigten zwischen 0 und 18 Jahren rund 31% im Vertragsarzt-Sektor und nur 7% im Wahlarzt-Sektor. Eine herausgehobene Rolle spielt auch österreichweit die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, wo im Jahr 2022 rund 22% der anspruchsberechtigten Frauen mindestens einmal im Vertragsarzt-Sektor waren und 10,5% mindestens eine Rechnung aus dem Wahlarzt-Sektor eingereicht haben. Der Wahlarzt-Sektor ist in diesem Bereich fast halb so groß wie der Vertragsarzt-Sektor.

Im Wahlarzt-Sektor verteilt sich ein im Vergleich zum Vertragsarzt-Sektor geringes Leistungsvolumen auf viele Leistungserbringer. Aus dem Datensatz von 2019 ergibt sich für die zwölf nach Anzahl der eingereichten Rechnungen wichtigsten Fächer des Wahlarzt-Sektors: Das durchschnittliche Fach produzierte 45.858 Rechnungen im Vergleich zu 836.148 Frequenzen (Verhältnis von 0,05:1). Normiert auf die im jeweiligen Fach verzeichneten Leistungserbringer stehen einem durchschnittlichen Fach 113 eingereichte Rechnungen 7.028 Frequenzen (Verhältnis 0,02:1) gegenüber. Diese Aussage ist durch zumindest drei Limitationen einzuschränken. Erstens ist im Vertragsarzt-Sektor nur die „Binnen-Versorgung“ (nur Vertragspartner der OÖGKK) abgebildet. Ein Vergleich mit den Frequenzen oberösterreichischer Versicherter österreichweit zeigt jedoch, dass rund 90% der Frequenzen in der Binnenversorgung abgebildet sind. Zweitens bildet nicht jede Rechnung genau eine Frequenz ab, es ist auch möglich, dass mehrere Besuche auf einer Rechnung abgebildet sind. Diese Limitation ist prima facie nicht zu quantifizieren und bedürfte einer genaueren Analyse. Drittens sind die zur Kostenerstattung eingereichten Rechnungen unvollständig. Aufgrund der vorliegenden empirischen Untersuchungen ist davon auszugehen, dass gut 75% der Rechnungen zur Kostenerstattung eingereicht werden. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass sich wohl die genauen Verhältnisse, jedoch nicht der grundlegende Befund ändern würde, könnten alle Limitationen ausgeräumt werden.

Der Wahlarzt-Sektor ist geprägt von Fachärzt:innen, während im Vertragsarzt-Sektor die Allgemeinmedizin dominiert. Der im Vertragsarzt-Sektor nach Frequenzen mit großem Abstand größte Bereich der Allgemeinmedizin liegt im Wahlarzt-Sektor nach Anzahl der Rechnungen zwar an zweiter Stelle, hinsichtlich des Leistungsvolumens ist die Allgemeinmedizin des Wahlarzt-Sektors im Vergleich zum Vertragsarzt-Sektor sehr klein. Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe führt hier das Ranking im Wahlarzt-Sektor klar an, es ist auch eines der wenigen Fächer, wo im Datensatz 2019 hinsichtlich des Leistungsvolumens eine Art von Augenhöhe hergestellt wird (122.020 eingereichte Rechnungen gegenüber 358.805 Frequenzen). Der Wahlarzt-Sektor ist also anders als der Vertragsarzt-Sektor klar geprägt von Fachärzt:innen, die offenbar in großer Zahl vorhanden sind. Insgesamt enthält der Datensatz 5.385 aufgrund ihrer Vertragspartnernummer unterscheidbare Leistungserbringer:innen, die auf ganz Österreich verteilt sind.

Einzelleistungen sind Wahlarzt-Sektor im Schnitt teurer als im Vertragsarzt-Sektor. Tabelle 6d zeigt aufgrund des Datensatzes für die zwölf nach Anzahl der eingereichten Rechnungen wichtigsten Fächer des Wahlarztsektors mittlere Gesamtkosten pro Einzelleistung von EUR 24,63 im Wahlarzt-Sektor, im Vergleich zu EUR 16,31 im Vertragsarzt-Sektor.

Die Versicherten leisten – trotz des Rechtes auf Kostenerstattung im Wahlarzt-Sektor – einen signifikanten eigenen Beitrag („Copay“), der ebenfalls in Teilen einen Gender Bias aufweist. Im Jahr 2019 wurden in Oberösterreich Rechnungen von rund EUR 72,7 Millionen eingereicht, wovon rund EUR 29,3 Millionen bzw. rund 40% von der OÖGKK erstattet wurden. Die „empirische“ Kostenerstattungsrate war also weit von den theoretisch maximal möglichen 80% der Kosten entfernt. Rund EUR 43,4 Millionen hatten die Versicherten selbst zu tragen, wobei wiederum etwa zwei Drittel (oder EUR 28,6 Millionen) von Frauen zu tragen waren (Tabelle 5). Frauen sind also im Wahlarzt-Sektor sowohl zahlenmäßig als auch kostenanteilmäßig klar überrepräsentiert, da Anspruchsberechtigten im Verhältnis fast genau 1:1 auf die Geschlechter verteilt sind. Dies ist einerseits auf die dominierende Stellung der Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Wahlarzt-Sektor zurückzuführen. Tabelle 6a zeigt andererseits zusätzlich, dass Frauen auch in den meisten der zwölf nach Anzahl der Rechnungen wichtigsten Fächern des Wahlarzt-Sektors teils sehr deutlich überrepräsentiert sind.

Trotz der Überrepräsentation von Frauen zeigt die Betrachtung der Copays pro Rechnung, dass Männer pro Rechnung im Schnitt mit einem höhere Copay zu rechnen hatten als Frauen (rund EUR 75 vs EUR 70 pro Rechnung). Dementsprechend zeigt Tabelle 7b hinsichtlich der auf Rechnungen und Versicherte normierten Copays nach Fächern weniger eindeutiges Bild mit einer durchmischten Bilanz. Die Fächer unterscheiden sich zum Teil sehr deutlich.

4.2. Institutionelle Aspekte

Der Wahlarzt-Sektor ist in seiner rechtlichen und organisatorischen Konfiguration ein österreichisches Unikum, das auf einen historischen politischen Kompromiss im Vorfeld des Beschlusses des ASVG im Jahr 1956 zurückgeht. Das Recht auf Kostenerstattung soll auch Ärzt:innen ohne Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger ein wirtschaftliches Auskommen in der Niederlassung ermöglichen und überdies Patient:innen eine Auswahl von Leistungserbringern außerhalb des Vertragspektrums ermöglichen. Dies ist die Wahlfreiheit im doppelten Wortsinn, die im Begriff des „Wahl“-Arztes eingeschrieben ist.

Das Wahlarzt-System soll also im Wesentlichen zwei Funktionen erfüllen. Erstens soll es die so genannte „Niederlassungsfreiheit“ für approbierte Ärzt:innen gewährleisten. Sie sollen erstens über den Umweg des Rechtes auf Kostenerstattung trotz der fast vollständigen Abdeckung der Bevölkerung durch die Pflichtversicherung auch ohne Kassenvertrag ein profitables wirtschaftliches Umfeld vorfinden. Zweitens soll für die Versicherten die „freie Arztwahl“ über den Kreis der Ärzt:innen mit Kassenvertrag hinaus garantiert sein. Das individuelle Recht auf Kostenerstattung soll es ökonomisch besser wie schlechter gestellten Versicherten gleichermaßen ermöglichen, auch Ärzt:innen außerhalb des Kassensystems aufzusuchen.

Die organisierte Ärzt:innenschaft in Österreich vertritt ein traditionelles Berufsbild ihres Standes, das von Begriffen wie Eigenverantwortung, Vertrauen und unternehmerischer Unabhängigkeit (insbesondere „Niederlassungsfreiheit“) geprägt ist. Die Figur des Wahlarztes/der Wahlärztin verkörpert dieses Bild in geradezu idealtypischer Weise. Über weite Strecken wird von den organisierten Vertreter:innen der Ärzt:innen eine vergleichbare wirtschaftliche und gesellschaftliche Position auch für die Kassenärzt:innen eingefordert. Dies drückt sich unter anderem im Festhalten an der Honorierung auf Einzelleistungsbasis sowie in der Ablehnung von Strukturen abseits der ausschließlich von Ärzt:innen unternehmerisch organisierten Einzel- oder Gruppenpraxis aus.

Dass Zuzahlungen tendenziell eine auf die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen dämpfende Rolle spielen, erscheint unstrittig. Wenn die vom Wahlarzt-System freie Arztwahl aufgrund von Zuzahlungen nur für ökonomisch besser gestellte Versicherte gilt, ist sie nicht als Grundsatz-Argument für die Beibehaltung des Rechts auf

Kostenerstattung geeignet. Das gleiche gilt für die Niederlassungsfreiheit der Ärzt:innen. Eine geringe Erstattungsquote in Kombination mit dem Wissen, dass bis zu 25% der Rechnungen aus dem Wahlarzt-Sektor nicht zur Kostenerstattung eingereicht werden, weist zumindest in erster Ordnung darauf hin, dass die ärztliche Tätigkeit in der Niederlassung auch ohne das Recht auf Kostenerstattung einträglich genug wäre, diese also nicht die Voraussetzung für eine freie Berufsausübung ist.

4.3. Mögliche zukünftige Forschungsgebiete

- 1.) *Schaffung von Grundlagen: Vertiefung der Kenntnisse zu Datenstruktur und Datenqualität.* Die Struktur der Abrechnungsdaten aus dem Wahlarzt-Sektor ist aufgrund der unterschiedlichen Struktur der Leistungs- und Honorarkataloge und der bisher unterschiedlichen Verwaltungspraxis im Bereich der Kostenerstattung in den früheren Gebietskrankenkassen sehr heterogen. Das Wissen über den Aufbau und die Qualität der so entstandenen Datensätze ist stark gestreut und auf verschiedene Personen verteilt. Als Grundlage für weitere Untersuchungen, die Zeitreihen sowie das gesamte Bundesgebiet einbeziehen, muss ein einheitlicher und gut dokumentierter Datensatz geschaffen werden. Im günstigsten Fall wird die Frage der Datenerhebung und Dokumentation von Leistungen bereits im Zuge der Etablierung des verpflichtenden E-Card-Anschlusses bis 1. Jänner 2026 mitgedacht.
- 2.) *Verfeinerung der Methoden zum Vergleich des Leistungsgeschehens.* Die hier verwendeten quantitativen Methoden bieten nur eine sehr grobe Vergleichsmöglichkeit zwischen dem Wahlarzt- und dem Vertragsarzt-Sektor auf der allgemeinsten Ebene der Einzelleistungen. Eine Verfeinerung der Methoden erscheint generell dringend angezeigt, um auch das Spektrum der angebotenen Einzelleistungen, deren Kosten und deren Verteilung auf Fachgruppenebene zwischen den Sektoren vergleichbar zu machen. Ebenso wäre eine vertiefende Analyse der Erstattungsrate im Wahlarzt-Sektor interessant, insbesondere hinsichtlich der Frage, wie sich der „Gap“ zwischen der theoretischen maximalen Erstattungsrate von 80% und der in dieser Arbeit festgestellten empirischen Erstattungsrate von rund 40% genau zusammensetzt (i.e. zu welchen Teilen sind

die im Wahlarzt-Sektor teureren Leistungen, die nicht erstattungsfähigen Leistungen sowie sozialversicherungsinterne Regeln der Kostenerstattung für die Diskrepanz verantwortlich?). Ebenso erscheint die Entwicklung visueller Darstellungsmöglichkeiten für den Sektorenvergleich angezeigt, da die Darstellung in Tabellenform zwar Informationen verdichtet wiedergibt, jedoch nicht besonders sprechend ist.

- 3.) *Anreicherung des Datensatzes mit weiteren sozioökonomischen und regionalen Aspekten.* Auf Basis der in der Sozialversicherung vorhandenen Daten wäre eine weitere Anreicherung des Datensatzes um Aspekte Einkommen (Beitragsgrundlagen), Wohnort und Regionalität denkbar. Diese Daten würden eine vertiefende Analyse des Inanspruchnahme-Verhaltens der Bevölkerung in den beiden Sektoren ermöglichen. Beispielsweise wäre eine Analyse nach verschiedenen Einkommensgruppen und deren Zusammenhang mit der Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen im Allgemeinen und die Verteilung auf die Sektoren im Speziellen denkbar. Des Weiteren wären Untersuchungen zur Patient:innen-Mobilität denkbar, zusätzlich aufgegliedert nach Alter und Geschlecht. In einer Zeitreihen-Betrachtung wäre es sogar möglich „Patient:innen-Journeys“ aus dem Datensatz herauszufiltern und zu analysieren.
- 4.) *Ursachenforschung hinsichtlich Ungleichheiten:* Die hier hauptsächlich behandelte Ungleichheit in der Inanspruchnahme des Wahlarzt-Sektors ist das Geschlecht der Versicherten. Die entlang dieser Linie entstehende Ungleichheit ist in wesentlichem Ausmaß, aber nicht ausschließlich durch die dominierende Stellung der Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Wahlarzt-Sektor zu erklären. Eine interessante Frage wäre, welche Versichertengruppen für welche Leistungen welchen Sektor der Leistungserbringung aufsuchen. Eine Clusterung könnte nicht nur anhand des Geschlechtes, sondern auch anhand anderer sozioökonomischer Parameter (Alter, Wohnort, Einkommen etc.) interessant sein.
- 5.) *Vertiefende Motiv-Forschung auf Seiten der Versicherten und der Ärzt:innen.* Die Gründe für das Ausweichen von Ärzt:innen bzw. Patient:innen in den Wahlarzt-Sektor sind Gegenstand vieler -- teils mit Emphase öffentlich vorgetragener -- Spekulationen. Sozialwissenschaftliche Untersuchungen dazu sind jedoch rar bzw. bleiben kursorisch. Für den Bereich der Versicherten existieren einzelne Datenpunkte, jedoch ist dem Autor bis dato keine systematische Untersuchung zu den Motiven der Ärzt:innen bekannt. Gerade diese Daten wären aus Sicht

der sozialen Krankenversicherung jedoch besonders wertvoll, da sie als Richtschnur für die Weiterentwicklung der Sachleistungsversorgung unerlässlich sind. Nur mit empirisch fundierten Kenntnissen zu den Details des Systems der Sachleistungsversorgung lässt sich eine Versorgungsplanung realisieren, die den Bedürfnissen der Versicherten und Gesundheitsdienstleister einerseits und den ökonomischen Erfordernissen eines beschränkten Budgets gleichermaßen genügt.

Literaturverzeichnis

- Auer-Meyer, Susanne (2023): „Kapitel 11: Wahlbehandler“, in: Mosler, Rudolf (Hrsg.): „Ärztliches und nichtärztliches Vertragspartnerrecht“, MANZ'sche Universitäts- und Verlagsbuchhandlung, Wien.
- Ausschuss für Soziale Verwaltung (1955): „Bericht des Ausschusses für soziale Verwaltung über die Regierungsvorlage (599 der Beilagen): Bundesgesetz über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG)“, 613 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII.GP.
- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig; Rainer, Lukas; Schmidt, Andrea E.; Zuba, Martin; Quentin, Wilm; Winkelmann, Juliane (2019) Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- Berger et al. (1978): Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich – Eine Studie über Entstehung und Bewältigung von Krankheit im entwickelten Kapitalismus (Band 1), zweite durchgesehene Auflage 1978, MONTAN-Verlag ,Wien.
- Berger et al. (1978a): Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich – Eine Studie über Entstehung und Bewältigung von Krankheit im entwickelten Kapitalismus (Band 2), zweite durchgesehene Auflage 1978, MONTAN-Verlag ,Wien.
- BMG (2024): Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland), <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege> [27.07.2024]
- BVerfGE (1960): „Kassenarzt-Urteil“, Urteil des Ersten Senats vom 23. März 1960, AZ 1 BvR 216/51, Bundesverfassungsgericht Karlsruhe.
- Gesundheit.gv.at (2024): Das Solidaritätsprinzip <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/S/solidaritaetsprinzip-hk.html>
- GfK (2016): Bevölkerungsstudie – Gesundheit 2016, Eine Studie von GfK im Auftrag vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger,

https://cdn2.hubspot.net/hubfs/2405078/cms-pdfs/fileadmin/user_upload/dyna_content/at/pm_2016/presentation_gesundheit_2016_pressekonferenz. [13.07.2024]

Kiil, Astrid und Houlberg, Kurt (2014): How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics* 15.8 (2014): 813-828.

Kolland, Franz; Fassel, Anna; Mayer, Thomas und Bohrn, Karoline (2018): Motive für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung (Endbericht), Institut für Soziologie, Universität Wien, <https://sso.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844175> [13.07.2024]

Marburger Bund (1951): „Verfassungsbeschwerde des Marburger Bundes“, Landtagsvorlage Nr. 147/4 des Landtages Schleswig-Holstein, <https://dejure.org/ext/bafb21e3abf115bf6af60bc663d535ab> [15.03.2024]

Marketmind (2022): ÖGK Markenmonitor (internes Dokument der ÖGK)

Maydell, Bernd von und Pietzcker, Jost (1992): Begrenzung der Kassenarztzulassung – Verfassungs- und sozialrechtliche Aspekte, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Mooney, Gavin H. (1983): Equity in health care: confronting the confusion. *Effective health care* 1.4 (1983): 179-185.

Mosler, Rudolf (2012): Kapitel 6: Stellenplan, in: Grillberger, Konrad und Mosler, Rudolf (Hg): „Ärztliches Vertragspartnerrecht“, MANZ'sche Universitäts- und Verlagsbuchhandlung, Wien.

Mossialos, Elias; Thomson, Sarah (2004): Voluntary health insurance in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO und LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science.

OECD (2023): Health at a Glance, <https://read.oecd.org/10.1787/7a7afb35-en?format=pdf> [27.06.2024]

Statistik Austria (2024): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2024, Hrsg: Statistik Austria, Wien.

Thomson, Sarah; Foubister, Thomas und Mossialos, Elias (2009): Financing health care in the European Union – Challenges and policy responses, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.

Thomson, Sarah und Mossialos, Elias (2010): Private Health insurance and the internal market, in: Mossialos, Elias; Permanand, Govin; Baeten, Rita und Hervey, Tamara K. (Hg.): „Health Systems Governance in Europe – The Role of European Union Law and Policy“, Cambridge University Press, New York.

VVO (2023): Jahresbericht 2022 des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), <https://www.infothek-vvo.at/der-vvo-jahresbericht-2022-ist-online/> [14.07.2024]

Anhänge

Anhang A: Beschreibung der Variablen im Datensatz		
1	Leistungsfall.ID	Eindeutiger, zwölfstelliger Zahlencode. Die Leistungsfall-ID bildet den Bezugsrahmen für alle auf Ebene der Rechnungen erfolgten Auswertungen. Da sie pro eingereichter Rechnung vergeben wird und eine Rechnung auch mehrere Arztbesuche und damit Kontakte repräsentieren kann, unterschätzt die Anzahl der distinkten Leistungsfall-IDs die Anzahl der Kontakte, die Versicherte mit Wahlärzt:innen haben. Der Begriff „Leistungsfall“ ist daher im Kontext dieser Arbeit synonymisch mit „eingereichter Rechnung“ zu verstehen.
2	n	Anzahl der eindeutigen (distinkten), für den betreffenden Leistungsfall erstatteten Leistungspositionen
3	AnzLP	Anzahl ALLER für den betreffenden Leistungsfall erstatteten Leistungspositionen. Falls eine Einzelposition auf einer Rechnung mehrfach verrechnet wird, wird sie hier doppelt gezählt, während für die Variable 2 („n“) nur einmal gezählt wird.
4	Rechnungsbetrag	Der auf der eingereichten Rechnung vermerkte Rechnungsbetrag (Gesamtsumme)
5	Erstattungsbetrag	Die Summe über alle pro Einzelleistung erstatteten Teilbeträge für die betreffende Rechnung.
6	Rechnungsjahr	Jahr, in dem das Rechnungsdatum der eingereichten Rechnung liegt. Da es sich bei der Erfassung um kein Pflichtfeld handelt, finden sich hier viele „missing values“.
7	Erstattungsjahr	Jahr, in dem die Kostenerstattung ausbezahlt wurde (Filterkriterium, daher für den gesamten Datensatz „2019“)
8	VP.VPNR	Vertragspartnernummer des Leistungserbringers
9	Fachgebiet.Code	Zahlencode für das Fachgebiet des Leistungserbringers

10	VP.Geburtsdatum	Geburtsdatum des Leistungserbringers (häufig nicht hinterlegt, daher viele „missing values“)
11	VP.Alter	Alter des Leistungserbringers am 31. Dezember 2019, in Jahren
12	VP.Geschlecht	Geschlecht des Leistungserbringers (häufig nicht hinterlegt)
13	VP.Postleitzahl	Postleitzahl des Leistungserbringers
14	VP.Bezirk	Bezirk des Leistungserbringers
15	VS.VSNR	Versicherungsnummer des/der um Kostenerstattung ansuchenden Versicherten
16	VS.Geburtsdatum	Geburtsdatum des/der um Kostenerstattung ansuchenden Versicherten
17	VS.Alter	Alter des/der um Kostenerstattung ansuchenden Versicherten
18	VS.Geschlecht	Geschlecht des/der um Kostenerstattung ansuchenden Versicherten
19	VS.Postleitzahl	Postleitzahl des/der um Kostenerstattung ansuchenden Versicherten
20	VS.Bezirk	Bezirk des/der um Kostenerstattung ansuchenden Versicherten
21	Lpositionen	Die mit einem Komma getrennten, gemäß Honorarkatalog codierten Bezeichnungen der distinkten Einzelleistungen
22	Erstattungsrate	Der Anteil, der pro Leistungsfall von der OÖGKK erstattet wurde (Variable 5 dividiert durch Variable 4)
23	Copay	Der Anteil der Kosten, der pro Leistungsfall nicht erstattet wurde (Variable 5 minus Variable 4)

	2022 AB (FOKO)	2022 # Pat.	2021 AB (FOKO)	2021 # Pat.	2020 AB (FOKO)	2020 # Pat.	2019 AB (FOKO)	2019 # Pat.	2019 AB (FOKO)	2028 # Pat.	2017 AB (FOKO)	2017 # Pat.
VA-AM	7.999.581	5.908.753	7.798.218	5.776.448	7.730.535	5.408.258	7.728.945	5.644.463	7.990.459	5.642.389	7.929.027	5.564.472
VA-GGH	4.071.337	899.307	3.972.612	911.097	3.954.417	866.839	3.955.668	941.878	4.126.183	951.107	4.099.920	967.553
VA-KIJU	1.585.180	495.862	1.541.243	485.753	1.527.579	473.949	1.525.559	499.253	1.651.994	503.198	1.647.735	499.319
VA-REST	7.999.581	3.555.746	7.798.218	3.514.289	7.730.535	3.343.771	7.728.945	3.575.423	7.990.459	3.542.211	7.929.027	3.513.513
WA-AM	7.999.581	205.468	7.798.218	187.941	7.730.535	177.660	7.728.945	193.393	7.990.459	193.080	7.929.027	194.850
WA-GGH	4.071.337	427.943	3.972.612	415.263	3.954.417	379.909	3.955.668	394.046	4.126.183	389.204	4.099.920	369.581
WA-KIJU	1.585.180	110.983	1.541.243	100.610	1.527.579	93.736	1.525.559	93.650	1.651.994	86.726	1.647.735	79.027
WA-REST	7.999.581	1.054.866	7.798.218	972.621	7.730.535	876.325	7.728.945	915.576	7.990.459	876.612	7.929.027	811.121

Anhang B: Grunddaten für Abbildung 7.

- AB (FOKO): Anzahl der Anspruchsberechtigten in der „FOKO-Zählung“: Alle distinkten Versicherten, die innerhalb des betreffenden Jahres mindestens einen Tag anspruchsberechtigt waren.
- # Pat.: Anzahl der Patient:innen, die im Vertragsarzt-Sektor mindestens eine Leistung konsumiert haben bzw. im Wahlarzt-Sektor mindestens eine Rechnung zur Kostenerstattung eingereicht haben.

FG	A			B			C		
	# Vers.	# EL	Freq.	# Vers.	# EL	Freq.	Verh		
1	1.033.753	12.723.695	8.021.413	987.120	11.961.687	7.722.578	0,95	0,94	0,96
2	-	-	-	NA	NA	NA			
3	257.783	2.664.488	430.139	245.398	2.541.653	410.094	0,95	0,95	0,95
4	23.413	176.630	44.799	21.717	157.294	41.832	0,93	0,89	0,93
5	154.418	948.467	330.567	145.753	886.570	313.455	0,94	0,93	0,95
6	174.542	2.343.088	372.619	167.811	2.266.222	358.805	0,96	0,97	0,96
7	91.606	1.441.712	270.797	85.288	1.362.674	256.799	0,93	0,95	0,95
8	83.393	821.061	294.169	78.302	758.965	275.742	0,94	0,92	0,94
9	122.488	1.216.215	243.583	115.642	1.144.449	229.549	0,94	0,94	0,94
10	62.158	741.478	126.373	58.616	703.437	119.138	0,94	0,95	0,94
11	867	6.473	2.005	NA	NA	NA			
12	77.830	944.185	262.988	73.076	898.859	249.690	0,94	0,95	0,95
13	113	3.883	1.235	NA	NA	NA			
14	251.184	651.735	335.781	237.319	606.644	316.915	0,94	0,93	0,94
15	9.295	91.739	27.455	9.176	90.750	27.224	0,99	0,99	0,99
16	68.153	764.488	131.046	63.796	714.936	123.472	0,94	0,94	0,94
18	60	473	142	NA	NA	NA			
19	40.180	277.129	85.578	39.512	271.198	84.267	0,98	0,98	0,98
20	21.059	244.824	65.650	20.544	237.939	63.742	0,98	0,97	0,97
21	1	2	1	NA	NA	NA			
24	1.518	3.836	1.724	1.518	3.836	1.724	1,00	1,00	1,00
26	-	-	-	NA	NA	NA			
32	2.130	21.860	7.246	2.013	21.077	6.959	0,95	0,96	0,96
50	442.910	7.006.025	867.471	400.377	6.078.269	772.417	0,90	0,87	0,89
52	7.109	8.165	8.049	NA	NA	NA			
53	47.571	103.997	53.950	NA	NA	NA			
84	84.792	114.256	102.887	75.977	100.279	91.679	0,90	0,88	0,89
85	128.351	704.753	261.256	100.808	370.644	213.532	0,79	0,53	0,82
91	11.456	275.234	119.204	7.996	180.685	81.946	0,70	0,66	0,69
Mittelwert							0,93	0,91	0,93

Anhang C: HONO-Auswertung zur Binnen- vs. österreichweiten Versorgung von Versicherten der OÖGKK im Jahr 2019 (Anzahl der Versicherten, Anzahl der Einzelleistungen, Anzahl der Frequenzen im Vertragsarzt-Sektor).

- Bereich A: Österreichweite Versorgung: OÖGKK ist der Leistungszuständige Träger
- Bereich B: „Binnen-Versorgung“: OÖGKK ist der leistungs- UND abrechnungszuständige Träger
- Bereich C: Verhältnisse der Zahlen aus A und B (Bereich B bzw. Binnenversorgung im Zähler)

Im Mittel über alle Fächer hinweg wurden 2019 93% der Versicherten von Vertragspartnern der OÖGKK versorgt, dies entspricht 91% der Einzelleistungen und 93% der Frequenzen.