

---

**Schwerpunktthema**

## **Selbstbehalte im Gesundheitswesen – Effektive Patientensteuerung?**

---

Schwerpunktthema

**Selbstbehalte im Gesundheitswesen – Effektive Patientensteuerung?**

Z  
GP



**Schwerpunktthema**

# **Selbstbehalte im Gesundheitswesen – Effektive Patientensteuerung?**

**Ausgabe 2/2017**

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

[www.lig-gesundheit.at](http://www.lig-gesundheit.at)

Coverfoto: [www.fotolia.com](http://www.fotolia.com) (ursule)

Redaktion: Mag. Katharina Wieser

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

# Liebe Leserin, lieber Leser

Selbstbehalte im Gesundheitswesen sind ein nicht ganz einfaches, emotional besetztes Thema. Besonders viel diskutierte Varianten waren die Ambulanzgebühr in Österreich und die Praxisgebühr in Deutschland, die letztendlich beide wieder abgeschafft wurden. Tatsächlich existieren in jedem Gesundheitswesen zahlreiche Formen von Co-Payment – das können Rezeptgebühren, prozentuelle Beteiligungen an den Arztkosten oder Versicherungsmodelle mit fixem jährlichem Selbstkostenanteil sein. Man erhofft sich davon Lenkungseffekte, die einen effektiveren Einsatz von Gesundheitsleistungen fördern und Übernutzung eindämmen. Dabei sollten Eigenleistungen von Patienten so modelliert werden, dass medizinische Leistungen auch nicht in einem zu geringem Ausmaß in Anspruch genommen werden, denn das könnte die Gesundheit der Bevölkerung beeinträchtigen. Daher bedarf es einerseits Regelungen zur sozialen Abfederung von Selbstbehalten, andererseits sollte der Verwaltungsaufwand möglichst gering gehalten werden. Die Komplexität des Themas erfordert jedenfalls eine wissenschaftliche Auseinandersetzung und eine intensive Diskussion auf Basis von Fakten und empirischen Erfahrungen aus dem Gebiet.

In dieser Ausgabe beschäftigt sich die Zeitschrift für Gesundheitspolitik daher mit dieser für das Gesundheitswesen wichtigen Frage und stellt dazu Beiträge aus volkswirtschaftlicher, ethischer und rechtlicher Perspektive zur Verfügung. Unsere Autoren informieren über Out-of-pocket-Zahlungen im In- und Ausland und diskutieren über soziale Gerechtigkeit und Eigenverantwortung.

Wir hoffen, dass die vorliegenden Expertenbeiträge zu spannenden Diskussionen anregen und wertvolle Inputs für Entscheidungsträger liefern. Wir wünschen wie immer viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner  
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser  
Obmann LIG



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Wirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen:<br>Eine empirische Bestandsaufnahme<br><i>A. Univ.-Prof. Dr. Engelbert Theurl</i>                                              | 9   |
| Ökonomische Anreize für einen gesunden Lebensstil –<br>wissenschaftlicher Mythos oder ernsthafte Reformoption?<br><i>Univ.-Prof. Dr. Gerald J. Pruckner, Mag. Thomas Schober, PhD</i> | 35  |
| Out-of-Pocket-Zahlungen im europäischen Vergleich<br><i>Mag. Katharina Wieser</i>                                                                                                     | 65  |
| Homo oeconomicus und Homo nudgensis in der Krankenversicherung<br>Eine ethische Spurensuche<br><i>Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA</i>                                              | 87  |
| Vorschläge für eine Harmonisierung der Selbstbehalte<br>für Leistungen im Krankheitsfall<br><i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>                                                       | 111 |
| Selbstbehalte zur Steuerung der Inanspruchnahme<br>von Krankenhausambulanzleistungen<br><i>Mag. Dr. Johannes Hohenauer, Mag. Philipp Wieser</i>                                       | 123 |
| Auf den Standpunkt gebracht                                                                                                                                                           | 145 |
| News aus den Gesundheitssystemen                                                                                                                                                      | 151 |





**A. Univ.-Prof. Dr. Engelbert Theurl**

**Gesundheitsökonom am Institut für Finanzwissenschaft,  
Universität Innsbruck**

# **Wirkungen von Kostenbeteiligun- gen im Gesundheitswesen: Eine empirische Bestandsaufnahme**

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Einleitung</b>                                                              | <b>1</b>  |
| <b>2. Formen der Kostenbeteiligung: Ein bunter Strauß an Möglichkeiten</b>        | <b>3</b>  |
| <b>3. Kriterien für die empirische Evaluierung von Kostenbeteiligungsmodellen</b> | <b>9</b>  |
| <b>4. Eine Systematisierung der empirischen Befunde</b>                           | <b>10</b> |
| <b>5. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen</b>                                | <b>17</b> |
| <b>Literaturverzeichnis</b>                                                       | <b>18</b> |

*Die Systematisierung der internationalen empirischen Evidenz zu den Wirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen ergibt ein bruchstückhaftes Bild, da zahlreiche Wirkungen bislang nicht ausreichend untersucht wurden. Insgesamt ist zu erwarten, dass die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen durch Kostenbeteiligungen zurückgeht, allerdings ergibt sich keine klare Differenzierung zwischen effektiven und nicht effektiven Leistungen. Gesellschaftliche Subgruppen wie Arme, Alte, Chronisch-Kranke reagieren anders auf Kostenbeteiligungen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Dies ist ein starkes Indiz dafür, dass die Gesundheitspolitik mit Kostenbeteiligungen sehr umsichtig umgehen sollte, sozial verträgliche Experimente mit Kostenbeteiligungen sind aber sehr willkommen, um das hohe Maß an Unkenntnis über die Wirkungen zu beseitigen. Dazu sollten auch unterschiedliche Mischungsverhältnisse von angebots- und nachfragebezogener Kostenbeteiligung zählen.*

# 1. Einleitung

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen stellt in vielen Staaten einen Dauerbrenner auf der gesundheitspolitischen Agenda dar. Der rasante medizinisch-technische Fortschritt, der neue – vielfach teurere, aber auch effektivere – Behandlungsmethoden im großen Stil medizinisch sinnvoll macht, vielfältige Verschiebungen in der soziodemografischen Struktur der Bevölkerung, die Internationalisierung wirtschaftlicher Transaktionen bzw. die Erhöhung der Mobilität der Produktionsfaktoren und damit der wesentlichen „Basis“ insbesondere der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung über Steuern und Sozialversicherungsbeiträge führen dazu, dass steigende Lücken zwischen dem medizinisch Machbaren und der gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft entstehen werden. Eine wichtige Stoßrichtung der Gesundheitspolitik, diese Lücke zu „bewirtschaften“, besteht in vielen Staaten im verstärkten Einsatz von Evaluationstechniken bei der Zulassung neuer Produkte und Verfahren (Stichworte: Evidence Based Medicine, Health Technology Assessment).

Daneben steht die Absicherung bzw. die dynamische Gestaltung der bestehenden Quellen der Gesundheitsfinanzierung im Fokus der Politik. Im Rahmen der Gesundheitssysteme vom Bismarcktyp ist das Mischungsverhältnis aus Steuer- und Beitragsfinanzierung in diesem Zusammenhang eine wichtige Reformschnittstelle. Aber auch die Verstärkung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen über Direktzahlungen der Patienten bzw. Kostenbeteiligungen wird immer wieder als Finanzierungsbaustein eingebracht.

Direktzahlungen bzw. Beteiligungen der Patienten an den entstandenen Behandlungskosten in der Phase der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind auch bereits derzeit ein wichtiges Instrument der Gesundheitsfinanzierung. Ungefähr 40 Prozent der Gesundheitsausgaben wurden in den letzten Jahren in einem ungewichteten weltweiten Staatenquerschnitt aus dieser Quelle finanziert. In den Staaten der Dritten und Vierten Welt beträgt dieser Anteil teilweise zwischen 60 und 70 Prozent. Aber selbst in den OECD-Staaten, die über historisch gewachsene und etablierte Systeme der „Abdeckung des Gesundheitsausgabenrisikos“ – via soziale und private Krankenversicherungen bzw. direkt über den Staat – verfügen, liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtgesundheitsausgaben, die „Out of Pocket“ geleistet werden, bei ca. 20 Prozent (Sanwald/Theurl 2015, 1).

Direktzahlungen der Patienten haben aber nicht nur aus einer fiskalischen Perspektive Bedeutung und können nicht nur aus diesem Blickwinkel beurteilt werden. Viel wichtiger sind letztlich die ökonomischen Konsequenzen für die individuelle und die soziale Wohlfahrt von Patienten und Gesellschaft, die mit Direktzahlungen der Patienten verbunden sind. Krankheiten sind aus einer individuellen Perspektive in einem hohen Ausmaß nicht vorhersehbar, können aber zu substantiellen Ausgabenkonsequenzen führen. Sie reduzieren erratisch die Ressourcen, die Individuen für die übrigen Notwendigkeiten und Annehmlichkeiten des Lebens zur Verfügung haben. Im Extremfall können Individuen damit unter die Armuts- grenze gedrückt werden, und notwendige Gesundheitsausgaben haben in diesen Fällen katastrophale ökonomische Konsequenzen. Wenn Individuen risikoavers sind – und davon ist im Durchschnitt auszugehen –, dann werden sie an Institutionen interessiert sein, die dieses Risiko gegen Zahlung einer Prämie, eines Beitrages oder von Steuern „poolen“ und damit gesellschaftlich und individuell kalkulierbar machen.<sup>1</sup> Finanzintermediäre wie private Krankenversicherungen, soziale Krankenversicherungen und der Staat tragen damit zu einer Glättung des individuellen Konsumpfades bei und können im Endeffekt die Wohlfahrt der Individuen steigern. Selbstbehalte, die diese Pooling-Effekte beschränken, tragen daher immer das Potential in sich, Wohlfahrtsverluste zu erzeugen. Zudem werden Direktzahlungen der Patienten vielfach als Hürden für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen angesehen und können damit langfristig die individuelle Gesundheit beeinträchtigen. Schließlich zeigen empirische Untersuchungen, dass Direktzahlungen regressive Effekte auf die Einkommensverteilung haben, d.h. die unteren Einkommensschichten relativ stärker belasten als die oberen Einkommensschichten. Die hier genannten negativen Effekte von Kostenbeteiligungen sind beispielsweise für die WHO ein wichtiger Grund dafür, im Rahmen ihrer Strategie einer „Universal Health Coverage“ auf Finanzierungsformen zu setzen, die geeignet sind, Kostenbeteiligungen zurückzudrängen und die Zahlungen der Patienten an die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu lösen. Andererseits werden Direktzahlungen der Patienten aber auch als ein Instrument angesehen, der versicherungsinduzierten „Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ gegenzusteuern, woraus wohlfahrtserhöhende Effekte abgeleitet werden können. Ökonomen sprechen in diesem Zusammenhang vom Phänomen des „Moral Hazard“, das auf diese Weise verringert oder verhindert werden kann (vgl. Chalkley/Robinson 1997). Schließ-

---

1 Der positive Effekt der Existenz einer Krankenversicherung wird hier primär mit der Existenz von Risikoaversion begründet. Nyman (1999) betont zusätzlich das „access motive“ als Begründung für die Nachfrage nach Krankenversicherung. Diese leitet sich daraus ab, dass eine Krankenversicherung es ermöglicht, Gesundheitsleistungen in einem Ausmaß zu konsumieren, welches größer als das individuelle Lebenseinkommen ist.

lich sind alle überindividuellen Formen der Absicherung von Krankheitsrisiken mit teilweise hohen Transaktionskosten verbunden. Diese können dazu führen, dass die zu entrichtenden „Beiträge“ über den für die Risikofinanzierung notwendigen Beiträgen liegen und erhebliche „Prämienzuschläge“ enthalten. Die individuelle Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligungen erscheinen aus dieser Sicht vor allem bei „kleineren und häufigeren Risiken“ als eine sinnvolle Alternative.<sup>2</sup>

Bereits diese kurze ökonomische Charakterisierung macht deutlich, dass Kostenbeteiligungen von Patienten ein ambivalentes Instrument der Finanzierung und Steuerung im Gesundheitswesen sind, dessen Veränderung in den seltensten Fällen nur Nutzen generiert, sondern vielfach einer sorgfältigen Abwägung von Nutzen und Kosten bedarf. Zudem wird die Thematik häufig – zu Recht – sehr „wertegeladen“ diskutiert. In solchen „werteaffinen“ Diskussionen muss es eine der primären Aufgaben der Gesundheitswissenschaften sein, eine empirische Basis für die gesundheitspolitische Diskussion zu schaffen. Der folgende Beitrag ist dieser Aufgabe gewidmet. Konkret soll die folgende Frage beantwortet werden: Was wissen die Gesundheitswissenschaften heute über die Effekte verschiedener Formen der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen? Der Beitrag ist dabei wie folgt aufgebaut: In einem ersten Schritt soll eine kurze Systematisierung der verschiedenen Formen von Kostenbeteiligungen erfolgen. Darauf aufbauend sollen ausgewählte gesundheitswissenschaftliche Kriterien erarbeitet werden, anhand derer Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen gesundheitspolitisch evaluiert werden können. Im Mittelpunkt des Beitrages steht dann die Systematisierung der empirischen Evidenz zu den Wirkungen der Selbstbeteiligung anhand ausgewählter zuvor erarbeiteten Wirkungskriterien. Einige ausgewählte gesundheitspolitische Schlussfolgerungen aus den empirischen Ergebnissen sollen den Beitrag abrunden. Der Beitrag berichtet nicht aus eigenen empirischen Forschungen zur Selbstbeteiligung, die auf Primärerhebungen basieren. Er stellt auch nicht die Ergebnisse einer selbst erstellten Meta-Analyse zur Forschungsfrage dar. Beide Unterfangen liegen deutlich außerhalb des Kontextes dieses Beitrages. Basis der Beurteilung sind vielmehr Informationen aus (i) ausgewählten Meta-Analysen und (ii) einflussreichen empirischen Studien, die in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur zur Kostenbeteiligung dokumentiert sind. Ziel des Beitrages ist es also, in „stark verdichteter Form“ eine Antwort auf die erkenntnisleitende Fragestellung zu geben und damit wahrscheinliche „Ergebnisbereiche“ abzustecken, an denen sich die Gesundheitspolitik orientieren könnte und sollte.

2 Modelltheoretisch lässt sich zeigen, dass eine volle Abdeckung von Krankheitskostenrisiken nur dann angezeigt ist, wenn die Prämien versicherungsmathematisch fair sind und das übernommene Risiko widerspiegeln. Sind die Beiträge jedoch höher, dann ist nur eine Teilabsicherung optimal.

## 2. Formen der Kostenbeteiligung: Ein bunter Strauß an Möglichkeiten

Jede Evaluierung der ökonomischen Effekte von Kostenbeteiligungen braucht eine Arbeitsdefinition, was unter Kostenbeteiligungen verstanden werden soll. Im Rahmen dieser Arbeit wird in einem ersten Schritt zwischen nachfrage- und angebotsbezogenen Kostenbeteiligungen unterschieden (vgl. Ellis/McGuire 1990, Ellis/McGuire 1993, McGuire 2000). Erstere sind zumeist ausschließlich gemeint, wenn in der gesundheitspolitischen Praxis von Kostenbeteiligungen gesprochen wird. Letztere werden in der gesundheitsökonomischen Literatur erst in jüngerer Zeit systematisch thematisiert, sie werden in der gesundheitspolitischen Praxis zwar vielfach angewandt, aber nicht als Kostenbeteiligungen auf der Angebotsseite bezeichnet. Der empirische Schwerpunkt der Ausführungen in diesem Beitrag liegt auf den nachfragebezogenen Kostenbeteiligungen, sodass auch mit deren Charakterisierung begonnen werden soll. Kostenbeteiligungen sind Zahlungen des Patienten an die Anbieter von Gesundheitsleistungen (bzw. an die Finanzierungsträger)<sup>3</sup> aus Anlass der direkten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Kostenbeteiligungen stellen damit also eine Verbindung zwischen den erbrachten Leistungen und den getätigten Zahlungen der Patienten her. Für die Charakterisierung von Gesundheitssystemen aus einer Makroperspektive (Systemperspektive) ist es sinnvoll, grundsätzlich zwischen drei Typen von Kostenbeteiligungen (Direktzahlungen) zu unterscheiden:

- Typ 1: Individuen verfügen über keinerlei Versicherungsplan<sup>4</sup> und sind daher gezwungen, die gesamten Gesundheitsleistungen direkt selbst zu bezahlen. Die Kostenbeteiligung stellt sich in diesem Fall als Grenzfall von 100 Prozent dar. Typ 1 tangiert damit die Frage, welche Bevölkerungsgruppen überhaupt Versicherungsschutz im Krankheitsfall genießen. Diese Form der Kostenbeteiligung ist in den Staaten der Dritten und Vierten Welt ein äußerst virulentes Problem, während sie sich in den OECD-Staaten vielfach auf gesellschaftliche „Randgruppen“ beschränkt.<sup>5</sup> So zeigen Paris et al. (2016, 13) in ihrer Studie

---

3 Die beiden Ausgestaltungsformen haben zum Teil unterschiedliche Wirkungen, auf die im Detail hier aber nicht eingegangen wird.

4 Versicherungsplan steht als Chiffre für verschiedene Formen der überindividuellen Absicherung und inkludiert private und öffentliche Absicherungsformen.

5 Diese Charakterisierung gilt auch für Österreich, das ein unvollständiges System der Pflichtversicherung mit einer starken Erwerbsbezogenheit hat.

über die Abdeckung von Gesundheitsausgaberrisiken in 34 OECD-Staaten, dass der Anteil der Bevölkerung ohne Versicherungsschutz gegen Krankheitskostenrisiken (öffentlich und privat-freiwillig) nur in wenigen Staaten substantiell ist: Chile 3,5 Prozent der Bevölkerung, Griechenland 21,0 Prozent, Mexiko 7,1 Prozent, USA 13,4 Prozent. Einschränkend ist dazu zu sagen, dass damit aber keinerlei Aussage über die Qualität dieses Versicherungsschutzes getroffen wird. Zudem zeigen die jüngsten Entwicklungen in Griechenland, dass Absicherungssysteme, die bereits in Normalzeiten prekär sind, in Krisenzeiten sehr rasch ihre Schutzfunktion für die Bevölkerung vollkommen verlieren können.

- Typ 2: Individuen verfügen über einen Versicherungsplan, der aber nicht alle (notwendigen, gewünschten) Gesundheitsleistungen abdeckt. Im Hinblick auf die von der Versicherungsdeckung ausgeschlossenen Leistungen kann also von einer Kostenbeteiligung von 100 Prozent gesprochen werden. Typ 2 thematisiert den Umfang des Leistungsspektrums von Krankenversicherungssystemen und die Vorgangsweisen, wie Leistungskataloge abgegrenzt werden. Damit ist Typ 2 angesichts des raschen medizinisch-technischen Wandels ständige Agenda der Gesundheitspolitik, da es um notwendige Anpassungen geht.
- Typ 3: Dieser Typ bezieht sich auf die Gesundheitsleistungen, die prinzipiell im Versicherungsplan abgedeckt sind. Er entsteht dann, wenn nicht die gesamten Kosten der Versicherungsleistungen abgedeckt sind. Typ 3 umschreibt damit die Kostenbeteiligungen im engeren Sinne, auf die im weiteren empirischen Teil das Schwergewicht gelegt wird.

In der konkreten technischen Ausgestaltung kann die Kostenbeteiligung vom Typ 3 unterschiedliche Formen annehmen. So können direkte Formen der Kostenbeteiligung von indirekten Formen unterschieden werden. Direkte Formen der Kostenbeteiligung sind absolute Kostenbeteiligungen pro Leistung (z.B. Rezeptgebühr), prozentuelle Kostenbeteiligungen, Bonus-Malus-Systeme, Indemnitätstarif<sup>6</sup>, Abzugsfranchise (absolute Kostenbeteiligungen pro Periode), Versicherungssummenbegrenzung. Diese Formen können miteinander kombiniert und mit Obergrenzen (z.B. bezogen auf das Einkommen) versehen werden. Unter den indirekten Formen der Kostenbeteiligung können u.a. Leistungsausschlüsse, Positiv- und Negativlisten, Festpreissysteme, Chefarztpflicht etc. subsummiert

6 Bei einem Indemnitätstarif erhält das Individuum einen fixen Transfer für eine Leistung. Die Höhe des Transfers bestimmt sich nach dem Gesundheitszustand. Ein anschauliches Beispiel für einen Indemnitätstarif ist das Pflegegeldsystem in Österreich. Der Transfer bestimmt sich nach dem Pflegebedarf, der von Experten periodisch festgestellt wird. Der Transfer ist von den tatsächlich entstehenden Pflegekosten unabhängig. Der Indemnitätstarif beinhaltet damit einen starken Anreiz, kostengünstige Betreuungslösungen zu suchen.

werden. Indirekte Kostenbeteiligungen sind damit im Übergangsbereich von Typ 2 und Typ 3 angesiedelt. In der Darstellung der empirischen Effekte von Selbstbeteiligungen liegt in diesem Beitrag die Konzentration auf den direkten Formen der Kostenbeteiligung. Die empirische Evidenz zu den unterschiedlichen Wirkungen der verschiedenen Formen der direkten Kostenbeteiligung (z.B. absolute Kostenbeteiligung versus Abzugsfranchise) ist insgesamt nur sehr beschränkt verfügbar.

Nachfragebezogene Formen der Kostenbeteiligung beziehen ihre Berechtigung aus der Vorstellung, dass das Gesundheitswesen über die Beeinflussung des Patientenverhaltens wirksam gesteuert werden kann. Ökonomischer Ausgangspunkt für diesen gesundheitspolitischen Zugang ist das Phänomen des Moral Hazard. Moral Hazard bezeichnet dabei Verhaltensänderungen von Individuen (im Hinblick auf die Krankheitsprävention oder auf Niveau und Struktur der Gesundheitsleistungen), die durch die Existenz von öffentlichem und privatem Versicherungsschutz auftreten können, vom Versicherungsträger aber nicht von der risikobedingten Inanspruchnahme getrennt werden können. Die Ursache von Moral Hazard liegt damit letztlich in einer asymmetrischen Information zwischen Versicherungsträger und Versicherungsnehmer. Umgangssprachlich wird häufig davon ausgegangen, dass das Gesundheitswesen „übernutzt“ wird und dass diese Übernutzung versicherungsinduziert ist.<sup>7</sup> In diesem Zusammenhang stellen sich aber zwei entscheidende gesundheitspolitische Fragen: Erstens ist die Einführung von nachfragebezogenen Kostenbeteiligungen nur dann sinnvoll, wenn die Steuerungswirksamkeit dieser Formen der Selbstbeteiligung tatsächlich gegeben ist. (Für eine ausführliche Diskussion dieses Arguments siehe Zweifel/Manning, 2000.) Aber selbst wenn diese Steuerungswirksamkeit gegeben ist, steht die Gesundheitspolitik vor einem grundlegenden Trade-off: Eine Erhöhung der Selbstbeteiligung reduziert zwar möglicherweise den Wohlfahrtsverlust aus dem Moral Hazard, ist aber mit einer Erhöhung des Anteils jener Risiken verbunden, die von den Individuen im Krankheitsfalle selbst zu tragen sind. Sie wirkt daher bei Risikoaversion tendenziell wohlfahrtssenkend.

Die gesundheitswissenschaftliche Literatur zu nachfragebezogenen Formen der Kostenbeteiligung ging lange Zeit davon aus, dass der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen von der Angebotsseite her keine Grenzen gesetzt werden. Diese Ansicht war nie voll zutreffend, wenn die Anbieter im Gesundheitswesen aber nach dem Kostenerstattungsprinzip bzw. nach Einzelleistungen vergütet werden und der Marktzutritt keine starke Regulierung erfährt, dann kommt dies einer solchen Situation sehr nahe. Die Reformstrategien im Gesundheitswesen, die unter

---

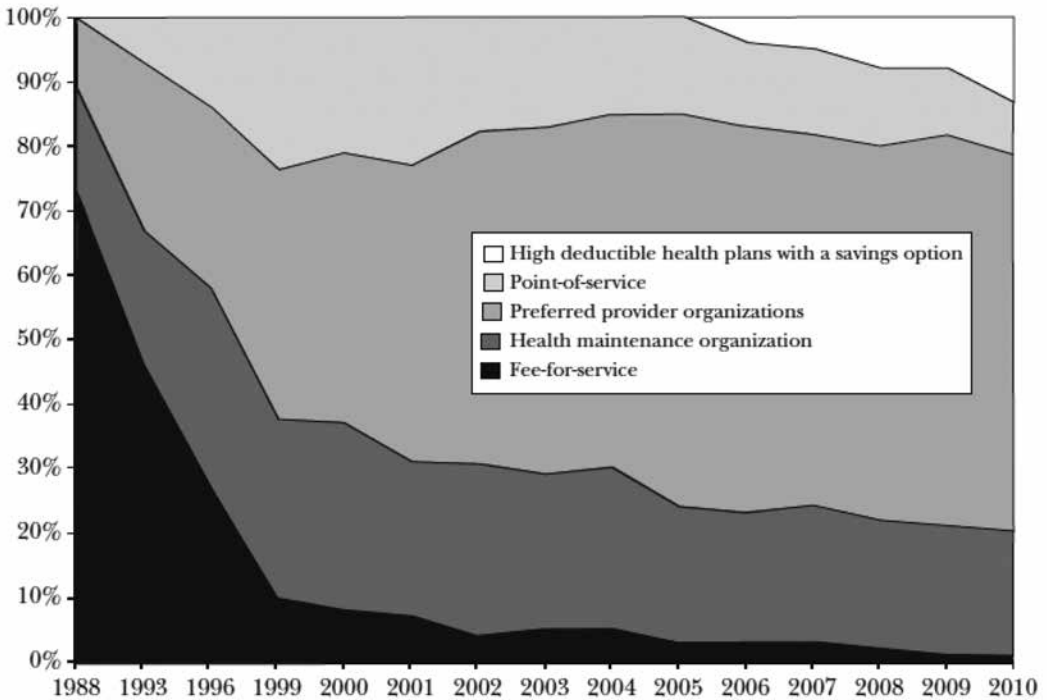
7 Die ökonomische Ableitung der negativen Effekte von Moral Hazard beruht auf relativ strikten Annahmen. Interessierte seien auf die einschlägige gesundheitsökonomische Literatur dazu verwiesen. Vgl. Manning/Zweifel 2000.



dem Stichwort „Managed Care“ zusammengefasst werden können und die Gesundheitspolitik in vielen Ländern in den letzten 40 Jahren sehr stark beeinflusst haben, haben hier zu deutlichen Veränderungen geführt. Im Finanzierungsbereich führte Managed Care zur Implementation verschiedener Formen der angebotsbezogenen Kostenbeteiligung. Angebotsbezogene Kostenbeteiligung bedeutet, dass der Erlös eines Anbieters von Gesundheitsleistungen nicht in Beziehung zu den anfallenden Kosten der Behandlung gesetzt wird.<sup>8</sup> Beispiele für Techniken (Formen) der angebotsbezogenen Kostenbeteiligungen sind prospektiv festgelegte Budgets, Pauschalen, Einzelleistungsvergütungssystemen mit degressiven Elementen, wie sie in Österreich relativ breit angewendet werden, etc. Angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung können sich auf die Wert- und/oder auf die Mengenkomponente beziehen. Im Endeffekt führen angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung dazu, dass die Leistungsanbieter einen Teil des Absicherungsrisikos übernehmen. Das Ausmaß der Transformation, die das Gesundheitswesen durch Managed Care erfahren hat, lässt sich sehr anschaulich am US-amerikanischen Gesundheitswesen zeigen, worüber Schaubild 1 Auskunft gibt. Im Jahre 1988 waren in den USA knapp über 70 Prozent der im Rahmen von betriebsbezogenen Versicherungssystemen versicherten Bevölkerung (rd. 60 Prozent der Gesamtbevölkerung) in Versicherungssystemen abgedeckt, die die Anbieter nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung (bzw. im Krankenhaus nach der Kostenerstattung) finanziert haben. In dieser „Absicherungswelt“ spielte die Nachfrageseite für die Steuerung des Gesundheitswesens (durch Kostenbeteiligung) eine große Rolle. Im Zuge der Gesundheitsreformen in den 90er Jahren wurden diese Pläne fast vollständig durch Versicherungssysteme ersetzt, in der die Steuerung des Gesundheitswesens verstärkt über die Angebotsseite erfolgt. Point-of-service, preferred provider organization, health maintenance organizations sind wichtige Beispiele für solche angebotsbezogenen Versicherungspläne, in denen die angebotsbezogene Kostenbeteiligung eine große Rolle spielt. In den europäischen Gesundheitssystemen (z.B. auch in Österreich, vgl. Theurl 2002) spielten angebotsbezogene Instrumente der Steuerung des Gesundheitswesens schon immer eine substantielle Rolle.

<sup>8</sup> Angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung sind natürlich nicht die einzige Möglichkeit, mit der das Verhalten im Gesundheitswesen gesteuert wird. Dazu zählen auch Instrumente wie Gesundheitsplanung, Technology Assessment, Praxisrichtlinien etc.

**Schaubild 1: Die Transformation der Versicherungslandschaft in den USA im Zeitraum 1988–2010**



Source: Kaiser Family Foundation and Health Research Education Trust, Employer Health Benefits Annual Survey, 2010.

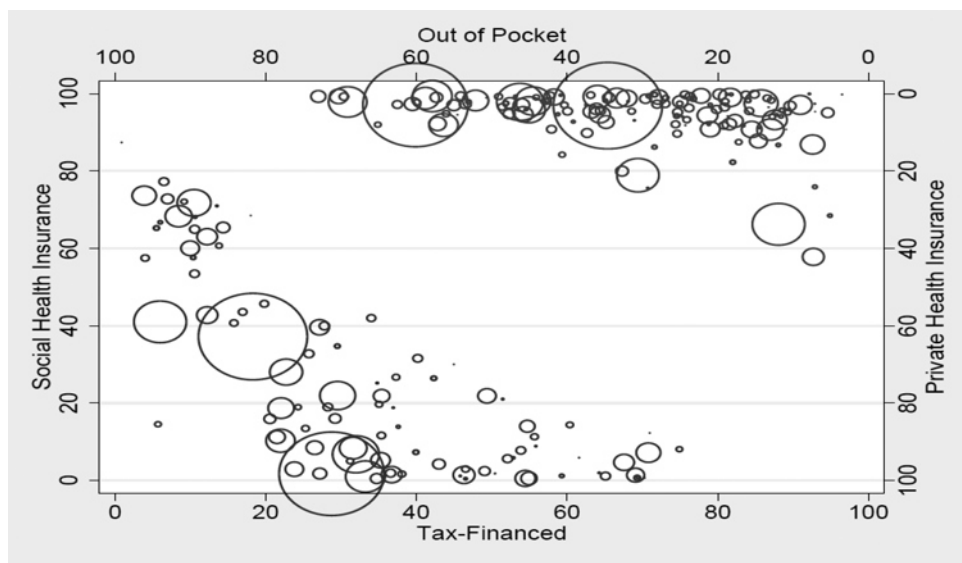
Quelle: Baicker/Goldman 2011, 49

Welche gesundheitspolitischen Argumente können für angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung ins Treffen geführt werden? Ökonomisch-theoretisch wird die angebotsbezogene Kostenbeteiligung damit gerechtfertigt, dass sie besser geeignet sei, das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen zu steuern. Von Vertretern dieser Argumentation wird in diesem Zusammenhang zumeist die Existenz einer unabhängigen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Zweifel gezogen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen sehr stark durch die Anbieter (mit)bestimmt werde und es daher adäquat sei, die nachfragebestimmenden Instanzen direkt zu steuern. Im Weiteren wird argumentiert, dass die Anbieter eher in der Lage seien, die risikoerhöhenden Auswirkungen von Kostenbeteiligungen zu diversifizieren, als dies den Nachfragern – vor allem in den unteren Einkommensschichten – möglich sei. Schließlich wird argumentiert, dass die Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfra-

gern dazu führe, dass die Anbieter in bestimmten Konstellationen diesen Informationsvorsprung dazu nutzen, um „angebotsinduzierte Nachfrage“ zu schaffen (vgl. McGuire 2000). Eine Verstärkung der angebotsbezogenen Kostenbeteiligung erscheint damit manchen Vertretern als ein Königsweg, um die wohlfahrtserhöhende Funktion der Krankenversicherung aufrechtzuerhalten und trotzdem eine wirksame Steuerung des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen zu erreichen. Dazu Ellis/McGuire, zwei Proponenten dieser Strategie, wörtlich: „With both demand- and supply-side cost sharing available as payment parameters, the health payment system can do a better job in promoting both social goals of risk protection and efficient health care provisions. In fact, a natural division of labor emerges between two sets of instruments. Where possible, use supply side cost sharing to achieve health utilization targets, such as a desired cost per episode of inpatient care (...) The use of both tools is likely to come closer to the first-best outcome of minimizing consumer financial risk while offsetting the moral hazard problem.“ (Ellis/McGuire 1993, 144)

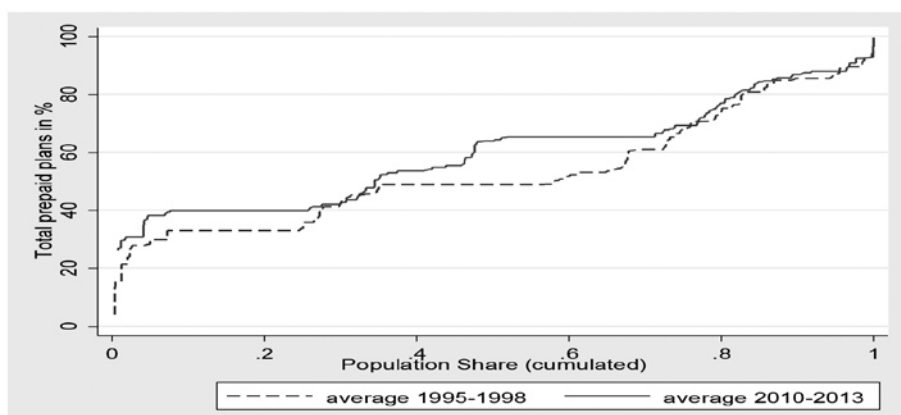
Zum Abschluss dieses klassifikatorischen Abschnittes sollen einige empirische Stylized Facts zur Rolle der Direktzahlungen des Patienten im Gesundheitswesen ohne Anspruch auf Vollständigkeit vorgestellt werden. Schaubild 2 zeigt – basierend auf jüngeren Daten der WHO – in einem größeren Rahmen die aktuelle Struktur der Gesundheitsfinanzierung weltweit und untergliedert nach ihren vier wichtigsten Quellen: Direktzahlungen der Patienten (out of pocket), private Krankenversicherung, soziale Krankenversicherung, Steuerfinanzierung). Die beiden ersten Finanzierungsquellen stellen die private, die beiden letzten Finanzierungsquellen die öffentliche Finanzierung dar. Die Kreise stellen die einzelnen Länder dar, wobei die Größe der Kreise die Bevölkerungszahl widerspiegelt. Insgesamt zeigt die Darstellung die große Bedeutung der Direktzahlungen der Patienten für die Gesundheitsfinanzierung in einer weltweiten Perspektive. Die statistischen Quellen erlauben es nicht zu differenzieren, um welchen der oben genannten Typen von Selbstbeteiligung es sich dabei handelt. Augenfällig ist in Schaubild 2 auch die geringe Bedeutung der privaten Krankenversicherung in der Gesundheitsfinanzierung weltweit. Schaubild 3 zeigt weltweit die Entwicklung jener Formen der Gesundheitsfinanzierung, die nicht „out of pocket“ geleistet werden im Zeitverlauf. Auf der Abszisse sind die Staaten mit ihrer Bevölkerung aufgetragen, dies erfolgt geordnet nach der Höhe der Gesundheitsfinanzierung, die nicht „out of pocket“ geleistet wird. Verglichen werden dabei die Jahresdurchschnitte 1995–98 und 2010–13. Insgesamt zeigt sich, dass die Finanzierung out of pocket abgenommen hat. Dieser Umstand ist vor allem den jüngeren Gesundheitsreformen in China und Indien geschuldet.

## Schaubild 2: Gesundheitsfinanzierung weltweit unterteilt nach den vier Finanzierungsquellen



Quelle: WHO-Datenbank, jüngste Jahre, und eigene Berechnungen

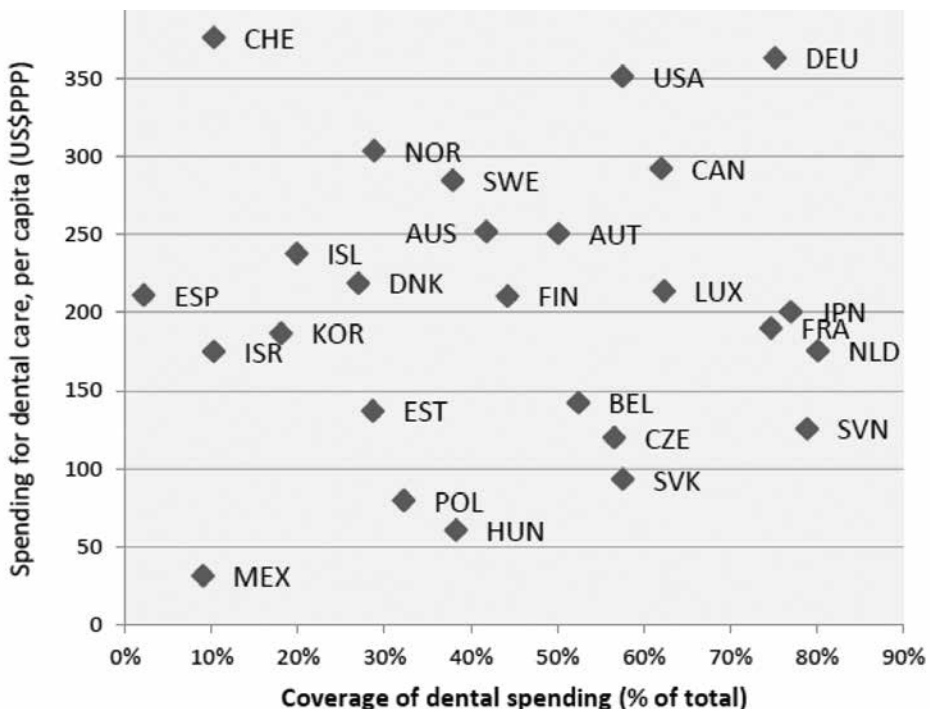
## Schaubild 3: Entwicklung der Gesundheitsfinanzierung – Die Rolle der Finanzierung, die nicht „out of pocket“ geleistet wird



Quelle: WHO-Datenbank und eigene Berechnungen

Schaut man sich die verschiedenen Kostenbeteiligungsregelungen in den einzelnen Staaten an, dann stellt man fest, dass die Staaten das Instrument der Kostenbeteiligung sehr unterschiedlich stark einsetzen. Auf diese große Heterogenität in der Rolle der Selbstbeteiligung in den verschiedenen Gesundheitssystemen verweist Schaubild 4. Dieses zeigt die Rolle der Kostenbeteiligung in der Finanzierung der Leistungen der Zahnmedizin in ausgewählten OECD-Staaten, also einem Leistungsbereich, in dem Kostenbeteiligungen eine überproportional große Rolle spielen. Die Rolle der Selbstbeteiligung ist dabei als reziproker Prozent-Anteil an der Gesamtfinanzierung dargestellt. Auf der Ordinate sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnmedizin in den betrachteten Ländern angegeben. Es zeigt sich, dass die Kostenbeteiligung zwischen 20 Prozent und 95 Prozent schwankt.

**Schaubild 4: Die Rolle der Kostenbeteiligung bei zahnmedizinischen Leistungen in den OECD-Staaten**



Quelle: Paris et al. 2016

### 3. Kriterien für die empirische Evaluierung von Kostenbeteiligungsmodellen

Die Beantwortung der zentralen Fragestellung dieses Beitrages, nämlich nach dem empirischen Wissen über die Wirkungen von Kostenbeteiligung, bedarf eines Katalogs von Dimensionen, anhand derer die Wirkungen von Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen gemessen werden können und sollen. Es gibt kein anerkanntes Handbuch, das darüber Auskunft gibt, welche Dimensionen der Wirkung von Kostenbeteiligungen standardmäßig untersucht werden sollen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht sollten m.E. die nachfolgenden Wirkungsdimensionen Berücksichtigung finden:

1. Einfluss auf die Volatilität des Konsumpfades: Kostenbeteiligungen belassen einen Teil des Gesundheitsausgabenrisikos beim Patienten. Sie führen damit zu erratischen Ausgaben, die Schwankungen in den Konsumausgaben zur Folge haben. Vor allem hohe Kostenbeteiligungen ohne Obergrenzen wirken damit tendenziell negativ auf die Planbarkeit des individuellen Konsumpfades.
2. Vermeidung von katastrophalen Gesundheitsausgaben mit der Konsequenz von Armutsfallen. Diese Gefahr ist insbesondere bei den Kostenbeteiligungen vom Typ 1 und 2 gegeben.
3. Stabilisierung der Gesundheitsausgaben auf der Makroebene: Angesprochen ist damit die Zielsetzung von Kostenbeteiligungen, den Ausgabenpfad im Gesundheitswesen zu dämpfen bzw. zu stabilisieren (z.B. als Prozent-Anteil des BIP).
4. Vermeidung der negativen Konsequenzen des Moral Hazard: Ökonomisch gesprochen geht es darum, die Wohlfahrtsgewinne, die durch die Dämpfung des Moral Hazard entstehen können, zu erfassen. Die methodischen Voraussetzungen für solche Berechnungen sind äußerst anspruchsvoll, sodass solche Rechnungen praktisch kaum existieren.
5. Mengenwirkungen von Kostenbeteiligungen im Hinblick auf direkte Effekte und indirekte Effekte, gemessen durch Indikatoren der Inanspruchnahme (Häufigkeit, Intensität).

6. Strukturwirkungen von Kostenbeteiligungen (z.B. Auswahl adäquater Gesundheitseinrichtungen, Auswirkungen auf effektive und nicht effektive Therapien, Auswirkungen auf Prävention vs. Kuration).
7. Auswirkungen auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen.
8. Auswirkungen auf den Gesundheitszustand (kurzfristig & langfristig).
9. Auswirkungen auf die Rate und die Struktur des medizinisch-technischen Fortschritts (z.B. das Verhältnis von produkt- und prozessbezogenen Innovationen).
10. Gerechtigkeitsdimensionen: Gerechtigkeitsüberlegungen können dabei unterschiedliche Dimensionen betreffen. So können Kostenbeteiligungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit von Einkommen, Vermögen, Gesundheitszustand, Bildung etc. sehr unterschiedlich beeinflussen. Kostenbeteiligungen können zudem zu einer Änderung der Einkommensverteilung führen, die von der abweicht, die von anderen Quellen der Gesundheitsfinanzierung ausgehen.
11. Administrative Kosten von Kostenbeteiligungen: Kostenbeteiligungen, die im Dienste gesundheitspolitischer Ziele stehen, brauchen ein entsprechendes Design, das zu Transaktionskosten in der Erstellung und in der Implementierung führt, die beträchtlich sein können.

Dieser Katalog an Wirkungsdimensionen ist sehr umfassend. Die empirische Analyse im nächsten Punkt wird zeigen, dass die Wirkungsdimensionen 1–11 in Kostenbeteiligungsstudien nur sehr partikulär bearbeitet werden. Der Schwerpunkt der Studien liegt in den Dimensionen 5, 6 und 10, während zu den übrigen Dimensionen nur vereinzelt Studien vorgelegt wurden.

## 4. Eine Systematisierung der empirischen Befunde

Der Schwerpunkt dieses Abschnitts liegt in der Systematisierung des empirischen Befundes der Wirkungen der nachfrageseitigen Kostenbeteiligung. Es sollen aber einleitend auch einige Aussagen zur angebotsbezogenen Kostenbeteiligung getroffen werden. Sowohl nachfragebezogene als auch angebotsbezogene Kostenbeteiligungen sind in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur in der jüngeren Vergangenheit ausführlich analysiert worden. Was aber weitgehend fehlt, sind Studien, die die beiden Systeme direkt miteinander vergleichen. Eine der wenigen Ausnahmen dazu bildet die Studie von Trottmann/Zweifel/Beck (2012). Das Versicherungssystem in der Schweiz bietet die Möglichkeit, beide Formen der Kostenbeteiligung direkt miteinander zu vergleichen, da die Versicherten die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Systemvarianten haben. Trottmann/Zweifel/Beck kommen zum Ergebnis, dass angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung in Form von Managed-Care-Modellen gewisse Vorteile in der Steuerung der Ausgaben gegenüber nachfragebezogenen Formen der Kostenbeteiligung (z.B. absolute Kostenbeteiligung) aufweisen.

Wir starten unseren empirischen Überblick über die Wirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen mit jener Studie, die heute noch als der „Goldstandard“ von Studien zur Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen angesehen wird, nämlich der „Rand Health Insurance Experiment Study“ (vgl. z.B. Gruber 2006). Gesundheitspolitischer Hintergrund dieser Studie waren die Pläne der Administration Carter in den 70-Jahren, den Krankenversicherungsschutz in den USA auszuweiten. Hinsichtlich des Studiendesigns handelt es sich dabei um eine experimentelle Studie. Sie wurde als großes Sozialexperiment formuliert, weil man der Überzeugung war, dass nur eine experimentelle Studie es erlauben würde, die Wirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen klar zu identifizieren. Ca. 6000 Personen, die zur Teilnahme am Experiment bereit waren, wurden in Versicherungspläne mit unterschiedlicher Kostenbeteiligung – beginnend mit einer Vollversicherung bis zu einer maximalen prozentuellen Kostenbeteiligung von 95 Prozent – aufgeteilt. In der Planauswahl war auch eine Managed-Care-Variante inkludiert. Zudem wurden einkommensbezogene Ausgabenhöchstgrenzen eingezogen, sodass die Maximalbelastung jährlich strikt begrenzt war. Die zufällige Zuweisung der Probanden auf die verschiedenen Versicherungspläne sollte Selektionseffekte vermeiden. Die Beobachtungsdauer wurde auf 3 bis 5 Jahre festgelegt, wodurch es möglich war, zumindest mittelfristige Effekte (z.B. auf die



Gesundheit) einzufangen. Das experimentelle Design der Studie machte es aus verschiedenen Gründen notwendig, bestimmte Bevölkerungsgruppen, insbesondere alte Personen (Alter > 62) und chronisch Kranke, auszuschließen. Aus der Studie ergaben sich die nachfolgenden Kernergebnisse:

- Kostenbeteiligung reduziert die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen, senkt die Gesundheitsausgaben insgesamt und führt nicht nur zu einer Verschiebung der Gesundheitsausgaben von den Versicherungen zu den Patienten. Insgesamt kann die Reaktion mit einer Preiselastizität von -0,2 abgebildet werden, eine Erhöhung der Selbstbeteiligung und damit des Preises von Gesundheitsgütern für die Patienten von 1 Prozent reduziert die Inanspruchnahme um 0,2 Prozent.
- Kostenbeteiligung reduziert die Inanspruchnahme unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen (ambulant, stationär, Zahnmedizin) relativ gleichmäßig.
- Es gibt keine Hinweise, dass Kostenbeteiligungen zu einer zielgerichteteren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. So wurde analysiert, ob eine steigende Kostenbeteiligung dazu führt, dass effektivere Methoden der Behandlung weniger effektiven Methoden vorgezogen werden bzw. ob eine steigende Kostenbeteiligung dazu führt, dass Patienten in besser geeigneten Einrichtungen behandelt werden. Für beide Fälle ergab sich kein Hinweis darauf.
- Im Durchschnitt (der Bevölkerung mit durchschnittlichem Einkommen, durchschnittlichem Gesundheitszustand etc.) führt die Kostenbeteiligung zu keinen gravierenden negativen Konsequenzen für den Gesundheitsstatus, wenngleich dies nicht für alle untersuchten Gesundheitsindikatoren gilt. Begründet kann dies einerseits damit werden, dass (i) prinzipiell eine „gesunde“ Bevölkerung Teil des Experiments war und (ii) die Kostenbeteiligung in Prozent des Einkommens nach oben relativ scharf begrenzt war.
- Die Effekte weichen aber für einzelne sozioökonomische Gruppen deutlich ab, wobei extrem abweichende Gruppen nicht Teil des Experiments waren.
  - „Schlechte Risiken“ – vor allem in den unteren Einkommenssegmenten werden in ihrem Gesundheitsstatus stärker negativ betroffen.
  - „Schlechte Risiken“ reagieren auf die Kostenbeteiligung in ihrem Nutzungsverhalten weniger stark als die Durchschnittsbevölkerung.
- Es gibt wenige Hinweise für einen „Short Run Bias“. Die Studie legt nicht die Erwartung nahe, dass sich die Ergebnisse bei einem längeren Beobachtungszeitraum fundamental anders darstellen würden.
- Eine wesentliche Erkenntnis der Studie ist auch, dass Ausgabenobergrenzen und zielgerichtete Ausnahmen wichtige Korrektive sind, um negative Effekte von Kostenbeteiligungen zu vermeiden.

So bahnbrechend die Studie in ihrem Untersuchungsdesign und in den Ergebnissen damals war, so stellt sich doch die Frage, welche Schlussfolgerungen wir heute aus europäischer Sicht für Gesundheitssysteme, die von anderen Systemprinzipien geleitet sind, ziehen können. Zumindest eine Teilantwort darauf erhält man, wenn man die Frage beantwortet, ob spätere Studien in den USA und in Ländern mit anderen Gesundheitssystemen diese Ergebnisse bestätigen oder widerlegen. Die Forschung in den USA war in der Folge darauf gerichtet, offene Flanken der RAND-Studie zu schließen. So untersuchen Rice/Matsuoka (2004) im Rahmen einer Literaturanalyse den Effekt der Kostenbeteiligung auf das Inanspruchnahmeverhalten und den Gesundheitszustand von alten Menschen. Basierend auf 22 Studien aus dem Zeitraum zwischen 1990 und 2003 kommen sie für diese Bevölkerungsgruppe zu einem Rückgang an konsumierten Gesundheitsleistungen, die als sinnvoll erachtet werden (*appropriate utilization*), und auch zu einem negativen Gesundheitseffekt. Rice/Matsuoka beklagen aber, dass der Großteil der Studien auf Befragungsdaten aufbaut, Querschnittsdaten darstellt und daher methodisch zweifelhaft ist. Remler/Greene (2009) untersuchen die empirische Evidenz zur Kostenbeteiligung auf Basis von Studien, die in den USA nach 1985 publiziert wurden. Sie kommen im Gegensatz zur Randstudie zum Ergebnis, dass Kostenbeteiligung die Inanspruchnahme von nicht kosteneffektiven Gesundheitsleistungen sehr wohl senken kann, weisen aber auch auf die negativen Effekte für die finanzielle Absicherung (Dimensionen 1 und 2 in unserer Aufstellung) und den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen hin. Remler/Greene bestätigen den Befund der Rand-Studie, dass die Wirkungen zwischen den Bevölkerungsgruppen erheblich schwanken (z.B. Individuen mit schlechtem Gesundheitszustand reagieren weniger stark auf Kostenbeteiligung). Für unterschiedliche Einkommenshöhen finden Remler/Greene keinen einheitlichen Befund. Ähnliches gilt für die Rolle von Alter und Geschlecht. In ihrer Gesamtbetrachtung bestätigen Remler/Greene den differenzierten Befund der Rand-Studie, wenn sie schreiben: „Overall, our review found that cost-sharing is a blunt instrument. It can usefully reduce low-value care, but it can also reduce valuable, cost-effective care and cause excessive financial harm. It should be used judiciously.“ (Remler/Greene 2009, 305) Sie plädieren auch dafür, Kostenbeteiligungen nicht isoliert zu sehen, sondern als Teil eines breiteren Steuerungskonzeptes zu begreifen. Wong et al. (2001) legen eine Studie über die Wirkung von Kostenbeteiligungen für chronisch Kranke vor, eine Bevölkerungskategorie, die in der Rand-Studie ausgeschlossen wurde. Sie konstatieren einen Rückgang der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowohl bei einer leichten als auch bei einer ernsten Symptomatik. Powell et al. (2015) systematisieren in ihrer Studie die Effekte der Kostenbeteiligung für die unteren Einkommensschichten. Sie konstatieren, dass Kostenbeteiligungen für diese Patientengruppen eine Zugangshürde bedeuten und die Inanspruchnahme senken. Sie beklagen, dass vor allem die langfristigen Effekte von Kostenbeteili-

gungen auf den Gesundheitszustand bislang noch unzureichend untersucht worden sind.

Remler/Atherley (2003) liefern eine wesentliche Ergänzung zu den Ergebnissen der Rand-Studie. Sie greifen die Idee auf, dass Individuen in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand unterschiedlich stark auf die Kostenbeteiligung reagieren. Sie zeigen, dass die Preiselastizität der Nachfrage bei Individuen mit einem besseren Gesundheitszustand deutlich höher liegt als bei Individuen mit schlechterem Gesundheitszustand. Dieses Ergebnis ist für die Prognose der mit der Kostenbeteiligung verbundenen Ausgabenrückgänge relevant. Da Individuen mit schlechterem Gesundheitszustand wesentlich höhere Gesundheitsausgaben verursachen, besteht die Gefahr, dass der Ausgabenrückgang, der durch Kostenbeteiligungen induziert wird, überschätzt wird.

Auf der internationalen Ebene wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Meta-Studien bzw. systematischen Literaturanalysen zu den Wirkungen der Kostenbeteiligung bei Arzneimitteln vorgelegt. Barnish et al. (2014) systematisieren z.B. die unterschiedlichen Zugänge der OECD-Länder zu diesem Instrument, ohne allerdings auf die Wirkungen genauer einzugehen. Luiza et al. (2015) analysieren die Wirkungen unterschiedlicher Kostenbeteiligungsvarianten, finden aber nur sehr eingeschränkt Zusammenhänge, die für die Gesundheitspolitik tatsächlich nutzbar wären. Sinnot et al. (2013) finden in ihrer Meta-Analyse zur Kostenbeteiligung im Arzneimittelsektor systematische Zusammenhänge. Sie fassen ihre Studie wie folgt zusammen: „This meta-analysis has found an 11 Prozent increase in odds of non-adherence when publicly insured patients are required to copay for their prescription medicines. This is a pertinent result because the question regarding adherence to medicines in a cost sharing environment was still inconclusively quantitatively answered by prior reviews.“ (Sinnot et al. 2013, 4) Ein erheblicher Teil der Studien, die hier nicht näher zitiert werden, kommt zu sehr ambivalenten Ergebnissen. Teilweise lassen die verwendeten Studiendesigns Aussagen über die Wirkungen nicht zu.

Den bei weitem umfassendsten und wertvollsten internationalen empirischen Befund zur Wirkung von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen legten kürzlich Kiil/Houlberg (2014) vor. Auf die Ergebnisse dieser Studie sei deswegen in der Folge ausführlicher eingegangen. Hiil/Houlberg erfassen die Ergebnisse von Studien aus dem Zeitraum zwischen 1990 und 2011. Die 47 Studien, die sie letztlich ihrer Analyse zugrunde legen, decken ein breites Sample von Staaten mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen ab. Die Studie legt darüber hinaus besonderen Wert darauf, nur Studien, die über eine ausreichende methodische Qualität verfügen, in die Analyse aufzunehmen, wobei insbesondere die „Identifikationsproblematik“ von Kausaleffekten angesprochen wird. Schaubild 5 gibt über wichtige Strukturmerkmale der Kiil/Houlberg-Studie Auskunft. Hinsichtlich

der analysierten Wirkungen bleibt die Studie insgesamt bescheiden, wenn man den weiter oben formulierten Wirkungskatalog berücksichtigt. Im Fokus der Analyse steht die Inanspruchnahme von Leistungen (40 Studien), Verteilungseffekte der Finanzierung über die Kostenbeteiligung (21 Studien), Gesundheitseffekte bzw. Substitution (6 Studien). Im Hinblick auf das Design der Studien dominieren natürliche Experimente (26 Studien), wogegen Beobachtungsstudien in der Minderzahl sind. Experimentelle Designs weisen gegenüber Beobachtungsstudien deutliche Vorteile auf, wenn es darum geht, Wirkungszusammenhänge zu identifizieren. Der Großteil der Studien basiert auf Individualdaten, auch dies ist ein Qualitätskriterium für die analysierten Studien.

Schaubild 6 fasst die von Kiil/Houlberg gefundenen Mengeneffekte zusammen. Schwerpunkt in der Analyse der Mengenwirkungen sind die Primärkontakte mit dem Gesundheitswesen über Allgemeinpraktiker und verschreibungspflichtige Arzneimittel, wogegen andere Nutzungsindikatoren nur sehr vereinzelt untersucht wurden. Insgesamt bestätigt die Kiil/Houlberg-Studie das Ergebnis der Rand-Studie. Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens geht durch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung überwiegend zurück. Nähere Aussagen über die Wünschbarkeit dieser Rückgänge trifft die Studie nicht.

**Schaubild 5: Strukturmerkmale der von Kiil/Houlberg untersuchten Studien**

| Strukturmerkmal                     | Studien |
|-------------------------------------|---------|
| Fokus der Studien                   |         |
| Inanspruchnahme (Menge)             | 40      |
| Verteilungseffekte                  | 21      |
| Gesundheitseffekte und Substitution | 6       |
| Design der Studien                  |         |
| Experiment                          | 3       |
| Natürliches Experiment              | 26      |
| Beobachtungsstudie                  | 14      |
| Staatenquervergleiche               | 4       |
| Aggregationsniveau der Daten        |         |
| Individualdaten                     | 35      |
| Haushaltsdaten                      | 3       |
| Aggregierte Daten (Staatenebene)    | 7       |

Quelle: Kiil/Houlberg 2014, 817

## Schaubild 6: Mengeneffekte der Kostenbeteiligung – Ergebnisse der Metaanalyse

| Typ der Gesundheitsleistung           | Studien | (+) | (0) | (-) |
|---------------------------------------|---------|-----|-----|-----|
| GP-Kontakte                           | 18      | 1   | 3   | 14  |
| Ambulante Versorgung                  | 3       | 0   | 0   | 3   |
| Stationäre Versorgung                 | 3       | 0   | 2   | 1   |
| Verschreibungspflichtige Arzneimittel | 17      | 0   | 2   | 15  |
| Prävention                            | 3       | 0   | 0   | 3   |

Legende: (+) Mengenanstieg, (o) Keine Mengenreaktion, (-) Mengenrückgang

Quelle: Kiil/Houlberg 2014, 819.

Dieses Ergebnis wird auch durch die Ergebnisse für die gefundenen Preiselastizitäten der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bestätigt. Die von Kiil/Houlberg gefunden Ergebnisse liegen im Bereich von -0,1 bis -0,36. Schaubild 7 zeigt die Reaktion „sensibler“ Bevölkerungsgruppen (niedrige Einkommen, niedriges Bildungsniveau, niedriger sozialer Status, schlechte Gesundheit) auf Veränderungen der Höhe der Kostenbeteiligung. Die erste Zahl in den Spalten stellt die Zahl der Studien dar, die sich mit dem Effekt auseinandergesetzt haben. Die Zahlen in der zweiten Reihe stellen die Reaktionen dar und sagen aus, in wie vielen Studien diese gefunden wurden (+4/03). Das bedeutet also, dass von den 7 Studien zu den GP-Kontakten 4 eine stärkere Reaktion bei den niedrigen Einkommensbezieher gefunden haben, während bei 3 Studien das Verhalten nicht vom Durchschnitt abweicht.

### Schaubild 7: Der Effekt der Kostenbeteiligung für „sensible“ Bevölkerungsgruppen

| Typ der Gesundheitsleistung           | Studien | Low Income    | Low Education Level | Low Social Status | Bad Health |
|---------------------------------------|---------|---------------|---------------------|-------------------|------------|
| GP-Kontakte                           | 9       | 7<br>+4/03    | 2<br>-1/01          | 1<br>+1           | 3<br>+2/01 |
| Ambulante Versorgung                  | 3       | 2<br>+1/01    | -                   | -                 | -          |
| Stationäre Versorgung                 | 1       | 1<br>+1       | -                   | -                 | -          |
| Verschreibungspflichtige Arzneimittel | 7       | 6<br>+4/01/-1 | 2<br>+2             | 1<br>0            | 2<br>+1/-1 |
| Prävention                            | 0       | -             | -                   | -                 | -          |

Legende: + stärkere Reaktion der Gruppe im Vergleich zum Durchschnitt, o gleiche Reaktion, - Schwächere Reaktion

Quelle: Kil/Houlberg 2014, 824

Insgesamt zeigt Schaubild 7, dass die wichtige Frage von Verhaltensunterschieden nur sehr eingeschränkt untersucht wurde und systematische Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik daraus schwer möglich sind. Auch hinsichtlich der analysierten Wirkungen auf den Gesundheitszustand konstatiert die Studie, dass diese zentrale gesundheitspolitische Frage in den analysierten Studien nur sehr beschränkt im Fokus stand. Bezüglich der Verteilungseffekte von Kostenbeteiligungen bestätigen Hiil/Houlberg das bereits aus der älteren Literatur bekannte Ergebnis. Die Kostenbeteiligung hat tendenziell regressive Effekte auf die Einkommensverteilung. Dieses Ergebnis wird für die Industrieländer auch durch die Literatur-Studie von Kolasa/Kowalczyk (2017) bestätigt, während in den Staaten mit sehr niedrigem Einkommen dieser Effekt nicht durchgehend bestätigt werden kann. Hier zeigen sich teilweise progressive Effekte. Für Österreich haben sich Sanwald/Theurl (2015) mit den Umverteilungswirkungen von privaten Direktzahlungen auf Basis der Konsumerhebung 2009/2010 auseinandergesetzt. Dabei werden die Out-of-pocket-Zahlungen (OOPP) insgesamt und differenziert nach vier wichtigen Unterkategorien erfasst. Die Umverteilungswirkungen werden bezogen auf die ökonomische Leistungsfähigkeit und durch das Haushaltseinkommen gemessen. Dabei werden zwei Konzepte der ökonomischen Leistungsfähigkeit unterschieden. ATP I bezeichnet das Haushaltseinkommen. ATP II zieht von ATP I das Mindesteinkommen, das Haushalte zum Überleben brauchen, ab. Gemessen wird dieses Mindesteinkommen durch die gesetzlichen Einkommenssätze aus dem österreichischen Mindestsicherungssystem. Schaubild 8 ist wie folgt zu interpretieren: (i) 0,254 bzw. 0,538 sind die Gini-Koeffizienten der Einkom-

mensverteilung von ATP I und ATP II. Es zeigt sich, dass das freie Einkommen deutlich ungleicher verteilt ist als das Bruttoeinkommen. (ii) OOPP/ATP I bzw. OOPP/ATP II messen den Prozent-Anteil, den Haushalte im Durchschnitt für Direktzahlungen und für einzelne Kategorien leisten. Es zeigt sich, dass der Bereich der therapeutischen Hilfsmittel den bei weitem höchsten Ausgabenanteil hat. (iii) Der Kakwani-Index misst, ob die Direktzahlungen regressive bzw. progressive Effekte auf die Einkommensverteilung haben. Der Index ist so konstruiert, dass negative Werte regressive Verteilungseffekte anzeigen. Dieser Befund wird in Österreich für Direktzahlungen insgesamt und für die einzelnen Kategorien von Direktzahlungen durchgehend konstatiert.

### Schaubild 8: Zur Umverteilungswirkung von privaten Direktzahlungen im Gesundheitswesen in Österreich auf Basis der Konsumerhebung 2009/10

|               | OOPP-total | Rezept-gebühren | OTC-Arzneimittel | Therapeutische Hilfsmittel | Arztleistungen |
|---------------|------------|-----------------|------------------|----------------------------|----------------|
| ATP I         |            |                 |                  |                            |                |
| 0,254         |            |                 |                  |                            |                |
| OOPP/ATP I    | 5,4        | 0,4             | 0,6              | 2,3                        | 1,4            |
| Kakwani-Index | -0,107     | -0,209          | -0,156           | -0,083                     | -0,092         |
| ATP II        |            |                 |                  |                            |                |
| 0,538         |            |                 |                  |                            |                |
| OOPP/ATP II   | 12,1       | 0,8             | 1,3              | 5,2                        | 3,1            |
| Kakwani-Index | -0,445     | -0,494          | -0,492           | -0,429                     | -0,452         |

Quelle: Sanwald/Theurl 2016

## 5. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Welche gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen lassen sich aus dem empirischen Befund insgesamt ziehen? Ein wesentliches Ergebnis der Literaturanalyse ist, dass nur ein geringer Teil der möglichen Wirkungen von Kostenbeteiligungen (siehe unsere Zusammenstellung in Gliederungspunkt 3) tatsächlich untersucht wurde. Im Vordergrund stehen klar die Mengenwirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen insgesamt bzw. auf einzelne Einrichtungen des Gesundheitswesens. Deutlich weniger untersucht wurden selektive Mengenwirkungen von Kostenbeteiligungen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Frage von Interesse, ob Kostenbeteiligung zu einer effizienteren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Patienten führt, was empirisch verneint werden muss. Studien zu den empirischen Wirkungen von Kostenbeteiligungen lassen die Wirkungen auf die Einführung medizinisch-technischer Neuerungen weitgehend unbeachtet. Angesichts der herausragenden Bedeutung des medizinisch-technischen Fortschritts für die Entwicklung des Leistungsniveaus, der Leistungsstruktur und der Ausgaben im Gesundheitswesen stellen aber die Auswirkungen von Kostenbeteiligungen auf den medizinisch-technischen Fortschritt eine wichtige Wirkungsdimension dar. Nur eine geringe Rolle spielen im Rahmen der gesundheitsökonomischen Literatur die Auswirkungen auf die Wirkungsdimensionen 1 und 2. Allerdings täuscht hier der Literaturbefund etwas. Vor allem für die Länder der Dritten und Vierten Welt existieren für beide Wirkungsdimensionen in der jüngeren Literatur sehr wertvolle Studien, auf die aber hier nicht näher eingegangen werden soll. Die Auswirkungen auf die Wirkungsdimension (3): Stabilisierung der Gesundheitsausgaben auf der Makroebene wurden hier nicht im Detail thematisiert. Der Befund in der Literatur ist allerdings ziemlich eindeutig: Ein Zusammenhang zwischen der Bedeutung der Selbstbeteiligung in einem Gesundheitswesen und seiner Ausgabenhöhe (z.B. gemessen durch die Gesundheitsausgabenquote) lässt sich empirisch nicht feststellen.

Die Wirkungen von Kostenbeteiligungen auf der Nachfrageseite sind nicht isoliert zu sehen, sondern hängen sehr wesentlich auch von den sonstigen Steuerungsmöglichkeiten der Nachfrageseite ab. Dies machen Jakobsson/Svensson (2017) mit schwedischen Daten klar. Ihr Beitrag nutzt relativ große Veränderungen in den Kostenbeteiligungen in einer schwedischen Region, um die Wirksamkeit von Kostenbeteiligung auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Allgemeinmedizin zu ermitteln. Jakobsson/Svensson finden, dass die Veränderung der Selbstbeteili-



gung zu keinem geänderten Verhalten der Patienten führt. Sie führen dies darauf zurück, dass der Inanspruchnahme von Allgemeinmediziner\*innen ein telefonisches Triage-System vorgeschaltet sei, das ein eventuelles Moral-Hazard-Verhalten der Patienten beschränke.

Insgesamt lässt die Literaturschau den Schluss zu, dass das empirische Bild über die Wirkung von Kostenbeteiligungen noch sehr bruchstückhaft ist und für viele relevante Wirkungskategorien bisher nur sehr begrenzte Informationen zur Verfügung stehen. Kostenbeteiligung stellt sich im Ergebnis als ein Instrument dar, das damit mit großer Umsicht eingesetzt werden muss. Es ist zu beachten, dass Kostenbeteiligungen, von denen keine positiven Steuerungswirkungen auf das Leistungsgeschehen ausgehen, ökonomisch weitgehend sinnlos sind. Zusätzlich sollte die Finanzierungsfunktion von Kostenbeteiligungen nicht im Vordergrund stehen, weil sie im Allgemeinen mit Wohlfahrtsverlusten erkauft ist. Wenn man die empirischen Befunde sorgfältig abwägt, dann spricht für die (österreichische) Gesundheitspolitik wenig für einen grundlegenden Regimewechsel in Sachen Kostenbeteiligungspolitik. Angesichts der großen Unsicherheit über die Wirkungen von Kostenbeteiligungsmodellen sind aber Modellversuche in Teilbereichen sehr willkommen. Dies gilt auch für das Zusammenspiel von unterschiedlichen Varianten der angebots- und nachfragebezogenen Kostenbeteiligung.

# Literaturverzeichnis

- Baicker, K., Goldman, D. (2011), Patient Cost-Sharing and Health Care Spending, *Journal of Economic Perspective*, 25, 2, 47-68-
- Barnish, L., et al. (2014), A Systematic Review of Cost-Sharing Strategies Used Within Publicly-Funded Drug Plans in Member Countries of the Organization for Economic Co-Operation and Development, *PLOS ONE*, 9, 3, 1-10.
- Chalkley, M., Robinson, R. (1997), *Theory and Evidence on Cost Sharing in Health Care: An Economic Perspective*, London: Office of Health Economics.
- Ellis, R. P., Mc Guire, T. G. (1993), Supply-Side and Demand-Side Cost-Sharing in Health Care, *Journal of Economic Perspective*, 7, 4, 135-151.
- Ellis, R. P., Mc Guire, T. G. (1990), Optimal Payment System for Health Services, *Journal of Health Economics*, 9, 4, 375-396.
- Gruber, J. (2006), *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the Rand Health Insurance Experiment and Beyond*, prepared for the Kaiser Family Foundation.
- Jakobsson, N., Svenson, M. (2016), The effect of copayments on primary care utilization: results form a quasi-experiment, *Applied Economics*, 48, 39, 3752-3762.
- Kiil, A., Houlberg, K. (2014), How Does Copayment for Health Care Services Affect Demand, Health and Redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990-2011, *European Journal of Health Economics*, 15, 813-828.
- Kolasa, K., Kowalczyk, M. (2016), Does Cost Sharing Do More Harm or Good? – A Systematic Literature Review, *BMC Public Health*, DOI 10.1186/s12889-016-3624-6, 1-14.
- Luiza, V.L. et al. (2015), Pharmaceutical Policies: Effects of Cap and Co-payment on rational use of medicines, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, 5, CD007017, DOI: 10.1002/14651858.CD007017.pub2.
- McGuire, T. G. (2000), Physician Agency, in: Culyer, A. J., Newhouse, J. P. (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, Amsterdam et al.: North Holland, 465-556.
- Nyman, J. (1999), The Value of Health Insurance: The Access Motive, *Journal of Health Economics*, 18, 141-152.
- Paris, V., et al. (2016), *Health Care Coverage in OECD Countries in 2012*, OECD Working Papers, 88, Paris, OECD Publishing.
- Powell, V., Saloner, B., Sabik, L. (2016) Cost Sharing in Medicaid: Assumptions, Evidence and Future Directions, *Medical Care Research Review*, 73, 4, 383-409.
- Remler; D. K., Atherly, A. J. (2003), Health Status and Heterogeneity of Cost-Sharing Responsiveness: How Do Sick People Respond to Cost-sharing, *Health Economics*, 12, 269-280.

- Remler, D. K., Greene, J. (2009), Cost Sharing: A Blunt Instrument, *Annual Review of Public Health*, 30, 293-311.
- Rice, T., Matsuoka, K. (2004), The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors, *Medical Care Research and Review*, 61, 4, 415-452.
- Sanwald, A., Theurl, E. (2015), Out-of-pocket payments in the Austrian Health Care System – a Distributional Analysis, *International Journal for Equity in Health*, DOI 10.1186/s12939-015-0230-7, 1-
- Sinnott, S.-J. et al. (2013), The Effect of Copayment for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicine in Publicly Insured Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis, *PLOS ONE*, 8, 5, 1-11.
- Theurl, E. (2002), Potentiale und Grenzen nachfragebezogener Formen der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen, in: Theurl, E., Thöni, E. (Hrsg.), *Zukunftsperspektiven der Finanzierung öffentlicher Aufgaben*, Wien-Köln-Weimar: Böhlau-Verlag, 267-298.
- Trottmann, M., Zweifel, P., Beck K. (2012), Supply-side and Demand-side Cost Sharing in Deregulated Social Health Insurance: Which is More Effective?, *Journal of Health Economics*, 31, 231-242.
- Wong, D. M., et al. (2001) Effects of Cost Sharing on Care Seeking and Health Status: Results From the Medical Outcomes Study, *American Journal of Public Health*, 91, 11, 1889-1894.
- Zweifel, P., Manning, W. G. (2000), Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care, in: Culyer, A. J. Newhouse, J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Vol. A, Amsterdam et al. 409-460.

**Univ.-Prof. Dr. Gerald J. Pruckner,  
Mag. Thomas Schober, PhD**

**Institut für Volkswirtschaftslehre, Johannes Kepler Universität Linz und  
Christian Doppler Labor „Alterung, Gesundheit und Arbeitsmarkt“**

# **Ökonomische Anreize für einen gesunden Lebensstil – wissenschaftlicher Mythos oder ernsthafte Reformoption?**

Wir bedanken uns beim Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft sowie bei der Nationalstiftung für Forschung, Technologie und Entwicklung für die finanzielle Unterstützung. Bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bedanken wir uns für die Genehmigung, Evaluierungsergebnisse zum Anreizprogramm Selbständig gesund in diesem Beitrag zu veröffentlichen. Für die wissenschaftliche Unterstützung zum Entstehen dieser Arbeit danken wir Andreas Thoma und Peter Öhlinger.

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Einleitung</b>                                                  | <b>36</b> |
| <b>2. Ökonomische Anreize und Lebensstil – ein Literaturüberblick</b> | <b>39</b> |
| <b>3. Das Vorsorgeprogramm Selbständig Gesund</b>                     | <b>43</b> |
| <b>4. Diskussion</b>                                                  | <b>57</b> |
| <b>Literatur</b>                                                      | <b>61</b> |

*Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem Anreizprogramm „Selbständig Gesund“ der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), das 2012 eingeführt wurde und Versicherten bei Erreichung individueller Gesundheitsziele eine Selbstbehaltsreduktion von 20 Prozent auf 10 Prozent verspricht. Nachfolgend werden die Studienlage zum Thema analysiert, das Programm der SVA vorgestellt und die Ergebnisse der Evaluierung präsentiert. Außerdem wird diskutiert, inwieweit solche Maßnahmen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit aufweisen und ob damit die „richtigen“ Leute erreicht werden können.*

# 1. Einleitung

Die öffentlichen Diskussionen über die Effektivität des Gesundheitssystems und die Frage der Finanzierbarkeit medizinischer Leistungen nehmen nicht zuletzt aufgrund der demografischen Veränderungen an Intensität zu. In vielen Fällen enden sie in einer nahezu permanent vorgetragenen Forderung nach einer Reform des Gesundheitswesens. Obwohl es Dissens in zahlreichen gesundheitspolitischen Fragen gibt, scheint weitgehend außer Streit zu stehen, dass Menschen im Krankheitsfall eine angemessene Behandlung erfahren, die überwiegend aus einem solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitssystem erfolgt. Richtet sich der Fokus hingegen auf Ineffizienzen im System, die sich etwa aus einer Überinanspruchnahme von Leistungen oder einem systemisch bedingten ungesunden Lebensstil von Versicherten ergeben, wird die Finanzierung über die Solidargemeinschaft kritisch hinterfragt, und Begriffe wie Eigenverantwortung für Gesundheit und private Finanzierung von Leistungen gewinnen an Bedeutung. Die grundlegende Frage lautet, ob man das Gesundheitsverhalten von Menschen beeinflussen kann und soll, und welche Instrumente für einen solchen Zweck grundsätzlich zur Verfügung stehen. Dieser Beitrag widmet sich dieser Frage vor dem Hintergrund des österreichischen Gesundheitssystems, wobei die ökonomischen Anreize im Mittelpunkt der Analyse stehen.

Die Lebenserwartung der Bevölkerung und der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt bilden neben einer Reihe anderer Indikatoren zwei wichtige Maßzahlen im Vergleich internationaler Gesundheitssysteme. Dabei ist eine Aussage über die richtige Höhe von Gesundheitsausgaben vor allem deshalb schwierig, weil die Kausalrichtung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen a priori unklar ist. Der Gesundheitszustand von Menschen beeinflusst unzweifelhaft die Höhe der Gesundheitsausgaben, und umgekehrt gibt es einen Effekt des Umfangs an Gesundheitsausgaben auf die Gesundheit der Bevölkerung. Populärwissenschaftlich könnte man fragen, ob die Gesundheitsausgaben in einem Land deshalb hoch sind, weil die Bewohner und Bewohnerinnen besonders gesund oder besonders krank sind.

Ohne näher auf eine Identifikation kausaler Effekte einzugehen, sollen zwei wichtige Kanäle für die Bestimmung der Höhe von nationalen Gesundheitsausgaben betrachtet werden: (i) der Gesundheitszustand einer Person hat einen direkten Effekt auf die Höhe der individuellen Gesundheitsausgaben. Je größer der Bedarf an diagnostischen und therapeutischen medizinischen Leistungen ist, umso höher wird der dafür notwendige Ressourceneinsatz sein. Ein substanzieller Anteil

an ökonomischen Kosten entsteht dabei im Zusammenhang mit Risikofaktoren, die durch individuelles Verhalten beeinflussbar sind. Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel und Alkohol zählen zu den Hauptursachen von vermeidbaren Erkrankungen und Todesfällen. Gemäß der Europäischen Kommission ist Rauchen in der EU alleine verantwortlich für 650.000 Todesfälle pro Jahr sowie für chronische Erkrankungen von 13 Millionen Personen (Mladovsky et al. 2009). (ii) Krankenversicherungssysteme erzeugen Moral-Hazard-Anreize. Krankenversicherungen haben den Zweck, das ökonomische Risiko, das mit einer Krankheit verbunden ist, zu vermeiden beziehungsweise zu mindern. Aufgrund der Versicherung sind die Preise der Leistungen zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme nach unten verzerrt. Dadurch ergeben sich ökonomische Anreize für eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (ex-post moral-hazard) im Vergleich zu einer Situation ohne Versicherung. Daneben weist die gesundheitsökonomische Literatur auf ein zumindest potenziell mögliches ex-ante moral-hazard Phänomen hin. Die Tatsache, dass eine Person krankenversichert ist, könnte diese Person veranlassen, weniger sorgsam mit der eigenen Gesundheit umzugehen, weil im Fall eines gesundheitlichen Problems kurative Leistungen in Anspruch genommen werden können. Die Einnahme blutdrucksenkender Medikamente als Alternative zu ausreichender Bewegung und einer gesunden Ernährung werden in diesem Zusammenhang als Beispiel genannt.

Die gesundheitspolitische Zielsetzung, das individuelle Gesundheitsverhalten in eine gewünschte Richtung zu beeinflussen, wird aus obigen Ausführungen nachvollziehbar. Zum einen sollen Menschen zu einem gesunden Lebensstil oder zur Therapietreue (compliance)<sup>1</sup> angehalten werden, zum anderen geht es darum, unnötige und medizinisch nicht indizierte Leistungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten werden aus unterschiedlichen Blickwinkeln unterschiedliche Ansätze propagiert. Regulierungsmaßnahmen – in aller Regel legislatisch festgelegt – umfassen Gebote und Verbote, die sich auf das gesundheitsrelevante Verhalten von Individuen beziehen. Generelle Rauchverbote sowie das Verbot für junge Menschen, Alkohol zu konsumieren, fallen ebenso in diese Kategorie wie die Helmpflicht für radfahrende Kinder bis 12 Jahre. Mit Hoheitsgewalt durchgesetzten Geboten und Verboten stehen psychologische und pädagogische Ansätze gegenüber. Psychologische Ansätze knüpfen an den unbewussten Präferenzen und Gewohnheiten der Menschen an. Gesunde Produkte ansprechend zu gestalten und sie in Supermärkten bequemer zu plat-

---

1 Die Teilnahme an prä- und postnatalen Mutter-Kind-Pass-Leistungen als Voraussetzung für die Auszahlung von staatlichen Transferleistungen wie das Kinderbetreuungsgeld oder anderer familiärer Zuwendungen in Österreich ist ein prominentes Beispiel für diese Kategorie. Vgl. dazu die Evaluierung des Mutter-Kind-Pass-Bonus der oberösterreichischen Landesregierung (Halla, Pruckner und Schober 2016).

zieren, sind typische Vorschläge mit psychologischem Hintergrund. Pädagogische Ansätze verfolgen das Ziel der Gesundheitsförderung mit erzieherischen und wissensvermittelnden Maßnahmen. Die Schaffung von „gesunden Kindergärten und Schulen“, persönlichkeitsfördernde Maßnahmen zur Entwicklung einer individuellen Gesundheitskompetenz sowie die effektive Dissemination gesundheitsrelevanter Informationen an unterschiedliche Bevölkerungsgruppen repräsentieren Beispiele für diesen Bereich.

Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht eine dritte Gruppe von Instrumenten, die die ökonomischen Anreize bezüglich Lebensstil oder Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflussen. Wissenschaftliche Grundlage dieser Anreizinstrumente bildet die Mikroökonomie. Durch eine Veränderung von (relativen) Preisen kann die Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen gesteuert werden. Zuzahlungen und Selbstbehalte für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen<sup>2</sup> werden in zahlreichen Gesundheitssystemen zur Steuerung des Leistungsumfangs eingesetzt. Umgekehrt werden positive finanzielle Anreize geschaffen, um bestimmte Diagnose- und Therapieleistungen proaktiv zu fördern.

Wir geben zunächst einen kurzen Überblick über den aktuellen Stand der gesundheitsökonomischen Literatur zur Verbesserung des Lebensstils durch finanzielle Anreize (Kapitel 2). Die Evidenz zur Wirksamkeit solcher Instrumente wird ebenso kurz angesprochen wie deren Vor- und Nachteile im praktischen Einsatz. Im Mittelpunkt des Beitrags (Kapitel 3) steht das Anreizprogramm „Selbständig Gesund“ der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), das eine Halbierung der Selbstbehalte der Versicherten bei Erreichung vorgegebener Gesundheitsziele garantiert. Neben einer Beschreibung des Programms werden die wichtigsten gesundheitlichen und ökonomischen Effekte, die mit der Einführung verbunden waren und sind, präsentiert. Grundlage für dieses Kapitel bildet der Evaluierungsbericht Halla, Pruckner und Schober (2013). Im Kapitel 4 erfolgt eine kritische Würdigung ökonomischer Anreizinstrumente zur Beeinflussung des individuellen Lebensstils. Vor dem Hintergrund der Evaluierungsergebnisse zu Selbständig gesund wird neben der Frage von Wirksamkeit und Nachhaltigkeit solcher Maßnahmen auch diskutiert, ob damit die „richtigen“ Leute erreicht werden können.

2 In seinem Beitrag „Wirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen: Eine empirische Bestandsaufnahme“ liefert Engelbert Theurl einen umfassenden Überblick über gängige Kostenbeteiligungsmodelle und deren Auswirkungen.

## 2. Ökonomische Anreize und Lebensstil – ein Literaturüberblick

Die Einführung sogenannter „sin taxes“ ermöglicht eine direkte Beeinflussung des individuellen Lebensstils mittels ökonomischer Anreize. Diese Steuern umfassen Lenkungsabgaben, die den Zweck haben, den Preis ungesunder Güter zu erhöhen. Spezifische Verbrauchssteuern auf Tabak, Alkohol, beziehungsweise auf fett- und zuckerhaltige Nahrungs- und Genussmittel fallen in diese Kategorie. Positive Gesundheitseffekte durch Tabak- und Alkoholsteuern sind in etlichen Ländern nachgewiesen (z.B. Wagenaar, Tobler und Komro 2010; Sen und Wirjanto 2010; DeCicca, Kenkel und Mathios 2008; Evans und Ringel 1999). Unter Verwendung eines epidemiologischen Modells und britischer Daten simulieren Holmes et al. (2014) die Wirkung eines Mindestpreises für alkoholische Getränke. Ein Mindestpreis in Höhe von 0,45 Pfund pro 8 Gramm reinen Alkohol führt zu einer Reduktion im Alkoholkonsum von 1 bis 6 Prozent. Die stärksten Verhaltensanpassungen ergeben sich für Trinker mit einem gesundheitsschädigenden Konsum, besonders im untersten Einkommensquintil. Carpenter und Cook (2008) verwenden US-amerikanische Befragungsdaten zum Risikoverhalten Jugendlicher (state and national Youth Risk Behavior Surveys, YRBS) für den Zeitraum 1991 bis 2005. Die Autoren finden einen stark negativen Zusammenhang zwischen der Höhe der Steuern auf Zigaretten und dem Rauchverhalten von Jugendlichen. Hansen, Sabia und Rees (2017) verwenden die aktuellen YRBS-Befragungswellen (2007 bis 2013) und finden hingegen kaum Evidenz für einen negativen Zusammenhang zwischen einer Besteuerung von Zigaretten und dem Raucherverhalten von Jugendlichen. Aus diesem Grund fordern die Autoren alternative Strategien, um den Tabakkonsum unter Jugendlichen zu reduzieren. Eine aktuelle Studie im Rahmen der US-amerikanischen Health and Retirement Study bestätigt äußerst geringe Steuerelastizitäten für die Gruppe 50+ (Maclean, Kessler und Kenkel 2015).

Zur Einführung von Steuern auf ungesunde Nahrungsmittel existieren verhältnismäßig weniger Praxisbeispiele. Die 2011 in Dänemark eingeführte Fettsteuer hatte laut Bodker et al. (2015a, 2015b) einen geringen Effekt auf den Fettkonsum und das Risiko ischämischer Herzerkrankungen.<sup>3</sup> Die Steuer wurde 2013 wieder abgeschafft. In Mexiko wird seit 2014 eine Steuer auf zuckerhaltige Getränke erhoben. Colchero et al. (2016) weisen nach Einführung der Steuer einen Konsumrückgang für diese Getränke um 6 Prozent nach, wobei die Effekte für schwache

---

3 Cawley (2015) stellt in einem Übersichtsartikel ebenso fest, dass bestehende Studien nur geringe Effekte einer Fettsteuer auf die Prävalenz von Fettleibigkeit finden.



sozioökonomische Gruppen größer sind. Eine ebenfalls auf Softgetränke eingeführte Verbrauchssteuer in Berkeley (Kalifornien) in Höhe von 0,01 US\$/oz. hat zu einer 21-prozentigen Reduktion des Konsums geführt (Falbe et al. 2016). Neben diesen steuerpolitischen Evaluierungen bestätigt eine Reihe von Simulationsstudien die positiven Gesundheitseffekte von Steuern auf zuckerhaltige Nahrungsmittel (Härkänen et al. 2014, Briggs et al. 2016, Cobiac et al. 2017). In ihrem im British Medical Journal erschienenen Überblicksartikel zur Besteuerung von Nahrungsmitteln mit dem Ziel einer verbesserten Gesundheit kommen Mytton, Clarke und Rayner (2012) ebenfalls zum Schluss, dass solche Steuern mit positiven Gesundheitseffekten verbunden sind. Die Autoren weisen allerdings abschließend darauf hin, dass die Steuersätze mindestens 20 Prozent betragen müssen, damit es zu einem positiv signifikanten Effekt auf die Gesundheit kommt.

Für den Einsatz finanzieller Belohnungen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens existieren auf internationaler Ebene ebenfalls bereits Beispiele, allerdings gibt es bisher nur wenig empirische Evidenz zur Wirksamkeit und Effizienz derartiger Maßnahmen aus der gesundheitspolitischen Praxis. Es gibt jedoch eine wachsende Anzahl an Feldexperimenten, die eine Einschätzung über mögliche Effekte von finanziellen Anreizen auf das individuelle Verhalten erlauben. Sigmon und Patrick (2012) geben einen Überblick über die empirische Literatur zu den Anreizen zur Raucherentwöhnung. Die Autoren schlussfolgern, dass solche Anreize sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für spezifische Gruppen (z.B. Jugendliche) wirksam sind. Die Höhe der Anreize sowie deren zeitliche Ausgestaltung spielen dabei eine entscheidende Rolle. In einer randomisierten Studie unter 878 US-amerikanischen Arbeitnehmern zeigen Volpp et al. (2009), dass ein finanzieller Anreiz des Arbeitgebers in Höhe von \$ 750 die Rate, nach 9 bis 12 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören, von 5 auf 14,7 Prozent erhöht. Die Effekte waren sechs Monate nach Wegfall des ökonomischen Anreizes in nahezu gleicher Höhe beobachtbar.

Zu den finanziellen Anreizen im Zusammenhang mit kurzfristigem Gewichtsverlust ist beispielhaft ein randomisiertes Experiment von Volpp et al. (2008) zu nennen.<sup>4</sup> Ziel der durchgeführten Studie war die Reduktion des Körpergewichtes innerhalb von 16 Wochen. Die Ergebnisse zeigen, dass jene Gruppen, die mit finanziellen Anreizen zum Abnehmen konfrontiert wurden, signifikant mehr Körpergewicht verloren haben als jene, die für ihren Gewichtsverlust nicht finanziell belohnt wurden. Cawley und Price (2013) präsentieren eine Fallstudie, in der 2635 Arbeitnehmern, die in 24 unterschiedlichen Firmen beschäftigt waren, finanzielle Anreize für eine Reduktion des Körpergewichtes angeboten wurden. Die Autoren

4 Für einen Überblicksartikel zur kausalen Wirkung von finanziellen Anreizen auf die Reduktion des Körpergewichtes vgl. Paloyo et al. 2014.

dokumentieren einerseits sehr hohe Ausstiegsraten aus dem Programm (attrition), die mit dem (Miss-)Erfolg zusammenhängen, und andererseits nur sehr geringe Gewichtsverluste.

In einem randomisierten Feldexperiment, das in Österreich durchgeführt wurde, haben Halla und Pruckner (2016) übergewichtigen SVA-Versicherten 150 Euro beziehungsweise 300 Euro für eine Reduktion des Körpergewichtes um 5 Prozent in 5 Monaten angeboten. Während 17 Prozent aus der Kontrollgruppe (keine finanziellen Anreize) dieses Ziel erreichten, stieg die Erfolgsrate in Treatment-Gruppe 1 (150 Euro) auf 31 Prozent und in Treatment-Gruppe 2 (300 Euro) auf 50 Prozent an. Eine Weiterführung des Feldexperimentes zeigt, dass nach weiteren sechs Monaten, in denen keine finanziellen Anreize angeboten werden, nahezu alle Probanden zu ihrem ursprünglichen Körpergewicht zurückkehren. Die Autoren folgern aus den Ergebnissen, dass einmalige finanzielle Anreize keine langfristige Reduktion des Körpergewichtes garantieren. Das Ergebnis, dass die Probanden nach Wegfall des finanziellen Anreizes wieder an Gewicht zunehmen, wird in einer Reihe von Studien bestätigt (Volpp et al. 2008, Paloyo et al. 2014, John et al. 2011).

Neben den Studien zur direkten Reduktion des Körpergewichtes existieren zahlreiche Arbeiten, die die Effektivität von finanziellen Anreizen zur Förderung körperlicher Aktivitäten untersuchen. In ihrer Metaanalyse kommen Mitchell et al. (2013) zum Schluss, dass finanzielle Anreize die sportliche Betätigung von Erwachsenen fördern. Allerdings sind diese Anreize vorwiegend in der kurzen Frist (weniger als 6 Monate) wirksam. Zur Förderung körperlicher Aktivität in Fitness-Studios hat sich ein eigener Literaturzweig herausgebildet. Aufbauend auf der Arbeit von Charness und Gneezy (2009) existiert eine Reihe aktueller Arbeiten zu diesem Thema (Pope und Harvey 2014, Royer, Stehr und Sydnor 2015, Crespín, Abraham und Rothman 2016, Carrera et al. 2017, Rohde und Verbeke 2017).

Thaler und Sunstein (2008) haben einen Ansatz entwickelt, der verhaltensökonomische und psychologische Aspekte aufgreift. Unter sogenannten „Nudges“ versteht man kleine (finanzielle) Anstöße, um das (Konsum-)verhalten von Menschen in eine gewünschte Richtung zu beeinflussen. Die Abgrenzung dieser Anstupser zu den finanziellen Anreizen ist fließend. In aller Regel ist die Anwendung von Nudges mit geringen monetären Kosten der Intervention verbunden. Typisches Anwendungsgebiet ist das Anstoßen eines gesunden Essverhaltens. Der Konsum von Obst und Gemüse kann finanziell unterstützt werden (z.B. Loewenstein, Price und Volpp 2016). Finanzielle Anreize sind aber nicht notwendigerweise Bestandteil von „Nudges“. So können Menschen unbewusst zu einer gesünderen Lebensmittelwahl animiert werden, indem gesunde Nahrungsmittel und Speisen in Schulkantinen oder Supermärkten auf Augenhöhe platziert werden. Reisch, Sunstein und Gwozdz (2017) untersuchen die Zustimmung in der Bevölkerung

für den Einsatz von Nudges zur Verbesserung der Gesundheit in Europa. In Dänemark, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Italien und Großbritannien spricht sich eine deutliche Mehrheit für solche Instrumente aus wie Werbespots in Kinos, Kalorienangaben und Warnhinweise auf Verpackungen, „zuckerfreie“ Supermarktkassen oder „fleischfreie“ Tage in Cafeterias. Einen aktuellen systematischen Literaturüberblick zum Einsatz von Nudges für eine gesündere Nahrungsmittel- und Getränkewahl geben Wilson et al. (2016).

In mehreren Ländern gibt es bereits Krankenversicherungen, die ökonomische Anreize für einen gesünderen Lebensstil bieten. In den Vereinigten Staaten erlaubt der Affordable Care Act seit 2014, dass Versicherungen einen Aufschlag von bis zu 50 % des Krankenversicherungsbeitrages einheben dürfen, wenn der Versicherte raucht. Kaplan, Graetz und Waters (2014) untersuchen die tatsächlich angebotenen Versicherungspakete und zeigen, dass Raucher im Mittel mit 10 % höheren Beiträgen rechnen müssen. Auch in Deutschland können die gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 sogenannte Bonusprogramme anbieten, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten fördern sollen. Die Voraussetzungen für den Erhalt eines Bonus unterscheiden sich zwischen den einzelnen Versicherungen beträchtlich und reichen von der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen bis zur Mitgliedschaft in Sportvereinen. Ebenso variieren Höhe und Art der Belohnung. Als Alternative zu Geldprämien bieten manche Programme Sachprämien, z.B. zusätzliche Leistungen, die von der Krankenkasse nicht regelmäßig erstattet werden (Scherenberg und Greiner 2008). Im Hinblick auf die Wirkung der Bonusprogramme auf die Gesundheit und die Gesundheitsausgaben der Teilnehmer gibt es nur begrenzte empirische Evidenz, so dass eine abschließende Beurteilung der Effizienz derartiger Maßnahmen kaum möglich ist. Eine Ausnahme bilden Stock et al. (2010). Sie analysieren die Effekte eines entsprechenden Bonusprogramms in Deutschland auf die kurzfristigen Gesundheitsausgaben anhand administrativer Daten und finden, dass die Programmteilnahme die kurzfristigen Ausgaben reduziert. Die Autoren selbst weisen jedoch darauf hin, dass Selektionseffekte die Ergebnisse möglicherweise verzerren. Jordan et al. (2015) untersuchen in diesem Zusammenhang die Einflussfaktoren für die Teilnahme an deutschen Bonusprogrammen. Sie zeigen, dass mit den Programmen überproportional Bevölkerungsgruppen mit höherem Bildungsstand und gesundheitsbewusstem Verhalten angesprochen werden.

## 3. Das Vorsorgeprogramm Selbständig Gesund

Die SVA hat im Jahr 2012 unter dem Titel Selbständig gesund (SG) ein Vorsorge- und Anreizprogramm eingeführt. Ziel dieses Programms war und ist es, an das Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen zu appellieren und dieses zu stärken. Selbständig gesund soll das Gesundheitsverhalten der Teilnehmer nachhaltig verbessern und die Möglichkeit bieten, Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Durch die Früherkennung und Prävention von Krankheiten soll es langfristig zu Kosteneinsparungen kommen. Die Teilnahme am Programm steht grundsätzlich jedem Versicherten und Mitversicherten (z.B. Ehepartner) der SVA offen.

### 3.1. Programmbeschreibung<sup>5</sup>

In Anlehnung an die Vorsorgeuntersuchung Neu (Hauptverband 2017) setzt das Programm Selbständig gesund bei fünf Gesundheitsparametern an, die eine versicherte Person selbst beeinflussen kann. Werden die formulierten Gesundheitsziele erreicht, erhält eine versicherte Person neben einem verbesserten Gesundheitszustand als Gegenleistung zusätzlich eine Reduktion des Selbstbehalts für ärztliche und zahnärztliche Leistungen von 20 Prozent auf 10 Prozent. Die Reduktion des Selbstbehalts ist grundsätzlich nur möglich, wenn alle fünf vereinbarten Ziele erreicht werden. Dennoch wird auf die individuelle Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer Rücksicht genommen. Ist es einer Person aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ein einzelnes Ziel zu erreichen, kommt es zu Ausnahmen. Keine Ausnahmen werden für die Ziele Rauchen und Alkohol toleriert. Die fünf Gesundheitsparameter beziehen sich auf Blutdruck, Körpergewicht, Ausmaß an Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum (siehe Abbildung 1).

Jeder dieser fünf Gesundheitsparameter trägt zu einem gesünderen Lebensstil bei und führt langfristig zu einer erheblichen Reduktion des Risikos bestimmter Erkrankungen. Ein zu hoher Blutdruck erhöht die Wahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Parameter Gewicht zielt vor allem darauf ab, die Risikofaktoren von Übergewicht beziehungsweise Adipositas (in Form von z.B. Diabetes mellitus) zu reduzieren. Auch der positive Einfluss von Bewegung

---

<sup>5</sup> Für eine ausführliche Programmbeschreibung vgl. Halla, Pruckner und Schober (2013).

und Sport sowie die negativen Auswirkungen von Tabak- und Alkoholkonsum sind allgemein bekannt.

Entschließt sich ein Versicherter, am Programm Selbständig gesund teilzunehmen, wird zunächst im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung (VU) der aktuelle Gesundheitszustand festgehalten. Sind zu diesem Zeitpunkt alle Gesundheitsparameter erfüllt, so lautet das Ziel „Gesundheit erhalten“. Treten hingegen Abweichungen vom Soll-Zustand auf, werden gemeinsam mit dem (der) behandelnden Arzt (Ärztin) individuelle Gesundheitsziele formuliert. Wichtig ist hierbei, dass der Zeitraum für die Zielerreichung realistisch ist. Die vereinbarte Periode bis zur Überprüfung der Gesundheitsziele beträgt demnach mindestens sechs Monate.



Name und Anschrift der Patientin / des Patienten

**MEINE GESUNDHEITSZIELE**  
VSNR \_\_\_\_\_  
Erstuntersuchung ☐ die nächsten Ziele zu erreichen bis \_\_\_\_\_  
Wiederholungsuntersuchung ☐ \_\_\_\_\_

| IST – ERGEBNISSE vom _____                                                                                                                                                                                        | ZIELE                                                                                                                                                       | ERGEBNISSE vom _____                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>BLUTDRUCK</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  |
| aktueller Wert _____ / _____<br>regelmäßige Selbstmessung <input type="checkbox"/><br>ausreichende Einstellung <input type="checkbox"/><br>aktuell nicht zu bewerten * <input type="checkbox"/>                   | weiterhin normal <input type="checkbox"/><br>Blutdruckeinstellung inkl. Selbstmessung <input type="checkbox"/>                                              | aktueller Wert _____ / _____<br>regelmäßige Selbstmessung <input type="checkbox"/><br>ausreichende Einstellung <input type="checkbox"/><br>aktuell nicht zu bewerten * <input type="checkbox"/>                   | von der SVA auszufüllen<br><b>Teilziel erreicht</b><br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <b>GEWICHT</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  |
| Gewicht _____ kg BMI _____<br>Untergewicht <input type="checkbox"/><br>Normalgewicht <input type="checkbox"/><br>(Prä)adipositas <input type="checkbox"/><br>aktuell nicht zu bewerten * <input type="checkbox"/> | normalgewichtig werden <input type="checkbox"/><br>normalgewichtig bleiben <input type="checkbox"/><br>mind. 5 % abnehmen <input type="checkbox"/>          | Gewicht _____ kg BMI _____<br>Untergewicht <input type="checkbox"/><br>Normalgewicht <input type="checkbox"/><br>(Prä)adipositas <input type="checkbox"/><br>aktuell nicht zu bewerten * <input type="checkbox"/> | <b>Teilziel erreicht</b><br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                            |
| <b>BEWEGUNG</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  |
| keine <input type="checkbox"/><br>gelegentlich <input type="checkbox"/><br>regelmäßig <input type="checkbox"/><br>aktuell nicht zu bewerten * <input type="checkbox"/>                                            | gelegentliche Bewegung <input type="checkbox"/><br>regelmäßige Bewegung <input type="checkbox"/><br>weiterhin regelmäßige Bewegung <input type="checkbox"/> | keine <input type="checkbox"/><br>gelegentlich <input type="checkbox"/><br>regelmäßig <input type="checkbox"/><br>aktuell nicht zu bewerten * <input type="checkbox"/>                                            | <b>Teilziel erreicht</b><br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                            |
| <b>TABAK</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  |
| Raucher/-in <input type="checkbox"/><br>sicher Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | Nichtraucher/-in werden <input type="checkbox"/><br>Nichtraucher/-in bleiben <input type="checkbox"/>                                                       | Raucher/-in <input type="checkbox"/><br>sicher Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <b>Teilziel erreicht</b><br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                            |
| <b>ALKOHOL</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  |
| Audit: _____ Punkte<br>problematischer Konsum <input type="checkbox"/><br>unproblematischer Konsum <input type="checkbox"/>                                                                                       | Alkohol reduzieren <input type="checkbox"/><br>weiterhin unproblematischer Konsum <input type="checkbox"/>                                                  | Audit: _____ Punkte<br>problematischer Konsum <input type="checkbox"/><br>unproblematischer Konsum <input type="checkbox"/>                                                                                       | <b>Teilziel erreicht</b><br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                            |
| * medizinische Begründung: _____                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   | <b>alle Ziele erreicht</b><br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                          |
| Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes _____                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                             | Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes _____                                                                                                                                                            |                                                                                                                  |

Abbildung 1: Gesundheitsziele

Um eine Reduktion der Krankheitsrisiken zu gewährleisten, werden folgende Zielwerte formuliert: Der Blutdruck sollte einen systolischen Wert von 140 mmHg und einen diastolischen Wert von 90 mmHg nicht überschreiten. Beim Gesund-

heitsparameter Gewicht gilt es, langfristig einen Body-Mass-Index (BMI) zwischen 18,5 und 24,9 zu erreichen. Da dieses Ziel bei hohem Ausgangsgewicht nur über einen längeren Zeitraum möglich ist, wird zumindest eine Gewichtsreduktion von 5 Prozent bis zur nächsten Folgeuntersuchung vereinbart. Zur Erreichung des Ziels Bewegung und Sport müssen zusätzlich zum Grundumsatz zumindest 2000 kcal pro Woche durch regelmäßige Bewegung verbraucht werden. Raucher müssen mit dem Rauchen aufhören und der Alkoholkonsum soll auf ein vernünftiges Maß eingeschränkt werden. Nach Ablauf der vereinbarten Periode findet ein Evaluierungsgespräch mit dem behandelnden Arzt statt. Dabei wird überprüft, ob die ursprünglich formulierten Ziele tatsächlich erreicht wurden.

Hat die versicherte Person die vereinbarten Ziele erreicht, können die vom Arzt unterfertigten Unterlagen an die SVA übermittelt werden und ein Antrag auf Reduktion des Selbstbehaltes eingebracht werden. Die SVA prüft den Antrag und reduziert den Selbstbehalt auf versicherte Leistungen gegebenenfalls von 20 auf 10 Prozent. Bei erfolgreicher Zielerreichung findet abhängig vom Alter der versicherten Person nach zwei bis drei Jahren ein erneuter Gesundheitscheck statt. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt der verminderte Selbstbehalt.

## 3.2. Effekte des Programms

Die empirische Analyse der Programmeffekte erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen. Zunächst werden die Partizipationsraten des Programms untersucht. Danach wird analysiert, in welchem Ausmaß eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der teilnehmenden Personen erreicht werden konnte. Zusätzlich werden im Rahmen einfacher Regressionsanalysen die Effekte auf die Höhe der Gesundheitsausgaben untersucht, bevor zum Schluss näher auf die Rolle der untersuchenden Ärztinnen und Ärzte eingegangen werden soll. Während in Bezug auf die Programmteilnahme Informationen bis 2016 vorliegen, beschränken sich die übrigen Analysen auf die kurzfristigen Programmauswirkungen bis März 2013.

### 3.2.1. Programmteilnahme

Mit Stand Ende 2016 wurden insgesamt 120.000 Anträge auf Selbstbehaltsreduktion von 73.000 Versicherten gestellt. Daraus ergibt sich mit diesem Zeitpunkt eine Partizipationsrate von rund 8,3 Prozent.<sup>6</sup> Abbildung 2 zeigt den zeitlichen Verlauf der Teilnahme am Programm. Die in der Grafik dargestellten Erstunter-

---

6 Basis ist die Anzahl aller aktiven Versicherten und deren Angehörige sowie Pensionisten über 25 Jahren, die im Zeitraum 2012 bis 2016 zumindest drei Jahre bei der SVA versichert waren.

suchungen waren im Jahr der Programmeinführung mit über 50.000 sehr hoch. In den Folgejahren sind die Erstuntersuchungen auf knapp unter 30.000 Untersuchungen pro Jahr zurückgegangen. Obwohl die Teilnehmeraten im Laufe der Zeit abnehmen, wird das Programm auch mehrere Jahre nach Einführung von einer großen Zahl von Versicherten wahrgenommen. Zu den relativ starken Rückgängen in den Jahren 2015 und vor allem 2016 ist anzumerken, dass für diese beiden Jahre noch nicht alle Daten verfügbar sind. Aufgrund der zeitlichen Verschiebung zwischen Erstuntersuchung und Antragstellung, die im Durchschnitt 15 Monate beträgt, fehlen am Ende des Beobachtungszeitraums jene Untersuchungen, die erst in den nach dem 1. Jänner 2017 eingebrachten Anträgen enthalten sind.

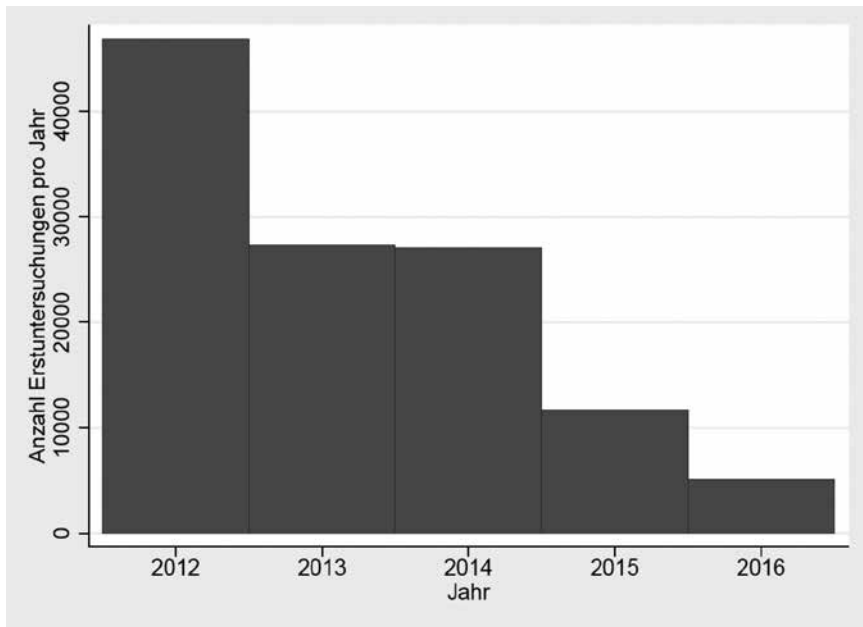


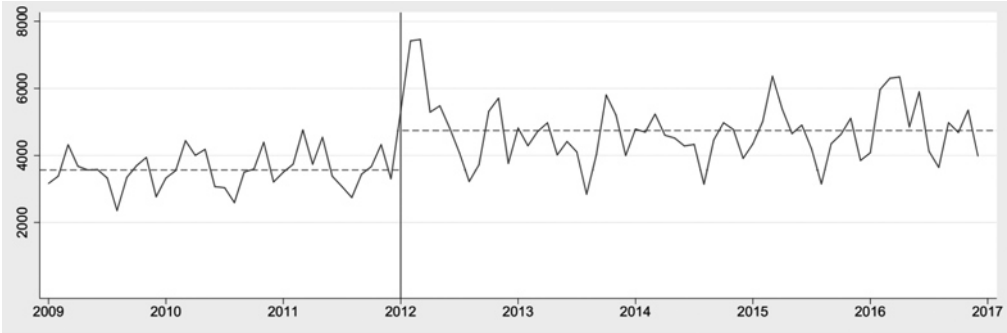
Abbildung 2: Teilnahme an Erstuntersuchungen pro Jahr

### 3.2.2. VU-Teilnahme

Die Programmeinführung von Selbständig gesund am 1. Jänner 2012 hat zu einer deutlichen Zunahme von durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen geführt. Im Vergleich zu 2011 ist die Teilnahme von SVA-Versicherten an der Vorsorgeuntersuchung im Jahr 2012 um mehr als 38 Prozent angestiegen. Ein Blick auf die längerfristige Entwicklung bei den VU-Teilnahmen bestätigt den Eindruck eines positiven Niveaueffektes. Wie Abbildung 3 verdeutlicht, liegen die VU-Partizipa-

tionsraten auch in den Folgejahren 2013–2016 deutlich über dem Niveau vor der Programmeinführung von SG.

Abbildung 3: Vorsorgeuntersuchungen pro Monat



### 3.2.3. Gesundheitszustand

Vorrangiges Ziel von Selbständig gesund ist, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Versicherten positiv zu beeinflussen. Eine deskriptive Analyse der mit dem Programm verbundenen Gesundheitseffekte stößt allerdings auf methodische Grenzen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die teilnehmenden Personen einen Antrag auf Halbierung der Selbstbehalte stellen können, sobald die Erreichung ihrer Gesundheitsziele durch den Hausarzt überprüft wurde. Das bedeutet, dass überwiegend jene Versicherten einen Antrag stellen werden, die ihre Gesundheitsziele auch tatsächlich erreicht haben. Das legt die Vermutung nahe, dass die vorhandenen Daten in Bezug auf den Gesundheitszustand positiv selektiert sind. Für nicht erfolgreiche (weniger gesunde) Patienten liegen keine Untersuchungsergebnisse vor. Die bei der SVA eingebrachten Anträge bestätigen dieses Bild. Über 90 Prozent der gestellten Anträge auf Halbierung der Selbstbehalte wurden letztlich auch genehmigt. Die folgende deskriptive Gegenüberstellung der Gesundheitszustände erfolgreicher und nicht erfolgreicher Teilnehmer erlaubt zumindest eine rudimentäre Einschätzung des Selektionsproblems.

Auf Grundlage jener Anträge auf Reduktion der Selbstbehalte, die innerhalb der ersten fünf Quartale (bis inklusive März 2013) bei der SVA eingegangen sind, zeigt sich folgendes Bild (Tabellen 1 und 2).<sup>7</sup> Die Gesundheitsindikatoren der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Selbständig-gesund-Teilnehmer unterscheiden sich bereits bei der Erstuntersuchung deutlich voneinander. Sowohl der Anteil von Nichtraucher als auch jener, die angeben, sich regelmäßig zu bewegen, ist in der Gruppe der erfolgreichen Antragsteller deutlich höher. Personen, die der ersten

<sup>7</sup> Später eingelangte Anträge sind noch nicht endgültig ausgewertet.



Gruppe angehören, haben zudem im Durchschnitt einen um drei Punkte niedrigeren BMI. Die These, dass die erfolgreichen Programmteilnehmer hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes positiv selektiert sind, wird durch die großen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gestützt.

**Tabelle 1: Zentrale Gesundheitsindikatoren:  
Erfolgreiche TeilnehmerInnen**

|                                     | Erstuntersuchung | Zweituntersuchung | Differenz |
|-------------------------------------|------------------|-------------------|-----------|
| Alkohol: unproblematischer Konsum   | 98,9             | 99,9              | 1,0       |
| Bewegung: regelmäßig                | 82,6             | 97,4              | 14,8      |
| Blutdruck: ausreichende Einstellung | 69,7             | 78,1              | 8,4       |
| Gewicht: Normalgewicht              | 67,6             | 77,1              | 9,6       |
| durchschnittlicher BMI              | 24,3             | 23,8              | -0,5      |
| Tabak: sicher Nichtraucher/-in      | 96,7             | 100,0             | 3,3       |

Anmerkungen: 19775 Beobachtungen.

**Tabelle 2: Zentrale Gesundheitsindikatoren:  
Nicht erfolgreiche TeilnehmerInnen**

Anmerkungen: 1100 Beobachtungen.

|                                     | Erst-<br>untersuchung | Zweit-<br>untersuchung | Differenz |
|-------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|
| Alkohol: unproblematischer Konsum   | 96,8                  | 98,4                   | 1,6       |
| Bewegung: regelmäßig                | 62,7                  | 86,2                   | 23,4      |
| Blutdruck: ausreichende Einstellung | 60,9                  | 66,3                   | 5,3       |
| Gewicht: Normalgewicht              | 33,9                  | 33,2                   | -0,7      |
| durchschnittlicher BMI              | 27,3                  | 27,2                   | -0,1      |
| Tabak: sicher Nichtraucher/-in      | 63,3                  | 64,4                   | 1,1       |

Anmerkungen: 1100 Beobachtungen.

Quelle: Halla, Pruckner und Schober (2013)

Die Werte lassen sich auch mit Daten aus anderen Erhebungen vergleichen. Laut der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 beträgt beispielsweise der Anteil an normalgewichtigen Erwachsenen in Österreich 50,1 Prozent (Statistik Austria 2015). Der entsprechende Anteil liegt also bei den erfolgreichen SG-Teilnehmern deutlich über, bei den nicht erfolgreichen Teilnehmern deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt.

Was die Veränderung der Indikatoren über die Zeit betrifft, so haben sich die erfolgreichen Teilnehmer von der Erst- zur Zweituntersuchung in allen Gesundheitsindikatoren verbessert. Im Bereich Bewegung ist die Verbesserung am deutlichsten sichtbar. Der Anteil jener, die angeben, sich regelmäßig zu bewegen, ist von 82,6 Prozent auf 97,4 Prozent markant angestiegen. Dieser Anstieg ist begleitet von einer Zunahme von Versicherten, die ein Normalgewicht angeben (67,6 Prozent auf 77,1 Prozent) sowie von einem um einen halben Punkt reduzierten Body-Mass-Index.

Mit Ausnahme des Anteils normalgewichtiger Versicherter sind auch für die Gruppe der nicht erfolgreichen Antragsteller Verbesserungen in den Gesundheitsindikatoren beobachtbar. Jene, die angeben, sich regelmäßig zu bewegen, sind deutlich mehr geworden, ebenso wie der Prozentsatz der Gruppe mit einer ausreichenden Blutdruckeinstellung. Diese Zahlen legen die Vermutung nahe, dass auch die Personen in der Gruppe der nicht erfolgreichen Teilnehmer ihre Gesundheitsindikatoren im Durchschnitt verbessern konnten, an der Erreichung von Teilzielen aber (knapp) gescheitert sind.

### 3.2.4. Gesundheitsausgaben

Neben den Effekten des Anreizprogramms auf den Gesundheitszustand der teilnehmenden Personen bilden die Gesundheitsausgaben eine weitere wichtige Evaluierungsgröße. Es ist a priori unklar, ob aufgrund der Programmteilnahme ein Anstieg oder eine Reduktion der Ausgaben zu erwarten ist. Einerseits werden im Rahmen der ärztlichen Untersuchung womöglich Gesundheitsprobleme erkannt, die weitere diagnostische oder therapeutische Leistungen nach sich ziehen. Andererseits könnte es einen dämpfenden Effekt auf die spätere Leistungsanspruchnahme geben. Ein solcher könnte damit begründet werden, dass Selbständig gesund zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands bei den Versicherten führt und in weiterer Folge die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Arztbesuche, Medikamentenkonsum, Spitalsaufenthalte) reduziert.

Eine einfache Gegenüberstellung der Gesundheitsausgaben vor und nach Programmeinführung von erfolgreichen, nicht erfolgreichen Selbständig-gesund-Teilnehmern sowie der Gruppe von Versicherten, die keinerlei Antrag auf Selbstbehaltsreduktion gestellt haben, zeigt einen Anstieg der Ausgaben im niedergelassenen Bereich in allen drei Gruppen (Halla, Pruckner und Schober 2013). Besonders ausgeprägt ist die Zunahme der Ausgaben für Arztbesuche und Medikamente von 2010 auf 2012 für die erfolgreichen Programmteilnehmer. Was die durchschnittlichen Krankenhaustage betrifft, zeigt sich ein anderes Muster. Während die durchschnittliche Anzahl von Tagen im Krankenhaus in der Vergleichsgruppe, die nicht am Anreizprogramm teilnimmt (andere), von 2010 auf 2012 ansteigt, reduziert sich im selben Zeitintervall die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus für die Gruppe der erfolgreichen Programmteilnehmer von 1,4 auf 1,2 Tage.

Eine präzisere statistische Analyse erfolgt anhand von Regressionsanalysen. Dabei wird für wichtige beobachtbare soziodemografische Einflussfaktoren kontrolliert, was Ceteris-paribus-Aussagen erlaubt. Tabelle 3 enthält die Schätzergebnisse der jährlichen Ausgaben für Arztbesuche und Medikamente sowie der Anzahl an Krankenhaustagen für die Periode 2010–2012, also vor, während und nach der Programmeinführung. Spalte 1 zeigt, dass die Teilnehmer an Selbständig gesund deutlich höhere jährliche Ausgaben für Arztbesuche aufweisen als die Vergleichsgruppe von SVA-Versicherten, die am Programm nicht teilnehmen (andere).<sup>8</sup> Erfolgreiche (nicht erfolgreiche) Programmteilnehmer haben im Vergleich zu den Versicherten in der Vergleichsgruppe pro Jahr um 214,6 Euro (241,8 Euro) höhere Ausgaben für ärztliche Hilfe. Der Effekt in dieser Höhe ist offensichtlich nicht ur-

8 Die Programmteilnahme wird in den Daten ausschließlich über die Antragstellung auf Reduktion des Selbstbehalts erfasst. Versicherte, die in das Programm eingestiegen sind, eine Erstuntersuchung durchgeführt haben und letztlich keinen Antrag auf Selbstbehaltsreduktion gestellt haben, gehören der Kontrollgruppe „andere“ an.

sächlich der Programmteilnahme zuzuschreiben. Vielmehr deutet der Koeffizient darauf hin, dass die (selektierte) Gruppe der erfolgreichen Programmteilnehmer höhere Ausgaben für ärztliche Konsultationen aufweist. Diese Vermutung wird durch einen Mittelwertvergleich gestützt, wonach die erfolgreichen Programtteilnehmer auch in den Jahren 2010 und 2011 (also vor Programeinführung) deutlich höhere Ausgabenniveaus aufweisen.

**Tabelle 3: Aufwendungen für ärztliche Hilfe,  
Medikamente & Krankenhaustage**

|                                     | Ärztliche Hilfe |        | Heilmittel |        | Krankenhaustage |       |
|-------------------------------------|-----------------|--------|------------|--------|-----------------|-------|
| SG-Gruppe (Basis: andere)           |                 |        |            |        |                 |       |
|                                     | 214,6***        | (3,3)  | -20,7**    | (10,2) | -0,6***         | (0,0) |
|                                     | 241,8***        | (14,4) | -14,1      | (27,4) | -0,1            | (0,3) |
| Periode (Basis: 2010)               |                 |        |            |        |                 |       |
|                                     | 14,0***         | (0,7)  | 9,9***     | (1,1)  | 0,1***          | (0,0) |
|                                     | 4,7***          | (0,8)  | 17,6***    | (1,6)  | -0,0            | (0,0) |
| Alter (Basis: bis 29)               |                 |        |            |        |                 |       |
| 30-39                               | 55,2***         | (2,1)  | 45,0***    | (6,1)  | 0,1***          | (0,0) |
| 40-49                               | 95,3***         | (2,1)  | 77,0***    | (5,5)  | 0,1***          | (0,0) |
| 50-59                               | 165,3***        | (2,2)  | 155,1***   | (6,3)  | 0,5***          | (0,0) |
| 60-69                               | 223,4***        | (3,0)  | 177,7***   | (8,4)  | 0,7***          | (0,1) |
| 70+                                 | 379,1***        | (3,7)  | 332,9***   | (10,9) | 2,7***          | (0,1) |
| Geschlecht (Basis: Männer)          |                 |        |            |        |                 |       |
| Frauen                              | 40,0***         | (1,4)  | -61,3***   | (3,9)  | -0,1***         | (0,0) |
| Versicherungsstatus (Basis: Aktive) |                 |        |            |        |                 |       |
| Angehörige                          | 50,3***         | (3,1)  | 116,1***   | (7,0)  | 0,3***          | (0,0) |
| Pensionisten                        | 219,6***        | (2,8)  | 372,1***   | (10,7) | 1,9***          | (0,1) |
| Bundesland (Basis: Wien)            |                 |        |            |        |                 |       |
| Niederösterreich                    | -9,1***         | (2,3)  | -9,4       | (6,8)  | -0,1**          | (0,0) |
| Burgenland                          | -8,4**          | (4,3)  | 0,0        | (10,8) | -0,2***         | (0,0) |
| Oberösterreich                      | -59,9***        | (2,3)  | -62,3***   | (6,8)  | 0,8***          | (0,1) |
| Steiermark                          | -8,1***         | (2,4)  | -53,1***   | (6,0)  | 0,2***          | (0,0) |
| Kärnten                             | 24,7***         | (3,0)  | -31,4***   | (8,2)  | 0,4***          | (0,0) |
| Salzburg                            | -13,9***        | (2,8)  | -62,7***   | (7,5)  | 0,3***          | (0,0) |
| Tirol                               | 82,2***         | (2,8)  | -26,0***   | (8,2)  | 0,1***          | (0,0) |
| Vorarlberg                          | -75,5***        | (2,9)  | -72,2***   | (9,5)  | -0,0            | (0,0) |
| Einwohner (Basis: über 10.000)      |                 |        |            |        |                 |       |
| Unter 10.000                        | 5,6***          | (1,5)  | -6,6       | (4,3)  | -0,1***         | (0,0) |
| Konstante                           | 155,1***        | (2,3)  | 88,5***    | (6,1)  | 0,3***          | (0,0) |

Anmerkungen: Lineare Regression (Methode der kleinsten Quadrate), 1258843 Beobachtungen, Cluster-robuste-Standardfehler in Klammern; \* p < 0,1; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Die Koeffizienten der übrigen Variablen zeigen, dass die Ausgaben für Ärzte im Zeitablauf leicht zunehmen und vor allem mit dem Lebensalter der Versicherten stark ansteigen. Frauen geben um 40 Euro mehr aus als Männer, und Pensionisten nehmen Arztleistungen deutlich mehr in Anspruch als aktive Versicherte (219,6 Euro). Auf Bundesländerebene sind die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben in Tirol und Kärnten sowie die niedrigsten in Vorarlberg und Oberösterreich zu verzeichnen.

Beim Medikamentenkonsum in Spalte 2 zeigt sich ein anderes Muster. Die Heilmittelverschreibungen für die erfolgreichen Programmteilnehmer sind im Vergleich zur Kontrollgruppe um 20,7 Euro niedriger. Eine Erklärung für das negative Vorzeichen könnte sein, dass Programmteilnehmer insgesamt einen besseren Gesundheitszustand aufweisen. Die Perioden- und Alterseffekte sind ähnlich zu jenen bei den Arztausgaben. Verschreibungen für Frauen sind deutlich niedriger als jene für Männer. Der positive Effekt für Pensionisten ist quantitativ sehr groß. Bei einem Stichprobenmittelwert von rund 290 Euro bedeutet der Koeffizient in Höhe von 372,1 Euro einen mehr als 100 Prozent höheren Medikamentenkonsum im Vergleich zu den aktiven Versicherten. Regional betrachtet sind die Medikamentenverschreibungen pro Kopf in Wien am höchsten und in Vorarlberg am niedrigsten.

Die Schätzergebnisse für die Anzahl der Krankenhaustage (Spalte 3) entsprechen grosso modo jenen des Medikamentenkonsums. Die erfolgreichen Programmteilnehmer weisen auch hier ein signifikant negatives Vorzeichen auf, was die These des besseren Gesundheitszustandes für diese Gruppe stützt. Die Koeffizienten der übrigen Variablen sind wie erwartet.

Die vorliegenden Schätzergebnisse erscheinen plausibel. Die Anzahl an Krankenhaustagen und der Konsum von Medikamenten bilden den Gesundheitszustand besser ab als Arztausgaben im niedergelassenen Bereich, die immer auch eine Verhaltenskomponente beinhalten. Ob eine Person Ärzte mehr oder weniger konsultiert, hängt nicht nur vom unmittelbaren Gesundheitszustand, sondern auch vom Gesundheitsbewusstsein, von der Risikoeinstellung und anderer Parameter ab. Die signifikant negativen Schätzkoeffizienten für die erfolgreichen Programmteilnehmer bei den Arzneimittelverschreibungen und den Krankenhaustagen bilden vermutlich keine Programmeffekte ab, sondern widerspiegeln deren deutlich besseren Gesundheitszustand im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der statistisch und quantitativ hoch signifikante positive Effekt der erfolgreichen Teilnehmer auf die Höhe der Ausgaben für ärztliche Leistungen bestätigt deren generell höheres Niveau in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Obwohl diese Gruppe insgesamt gesünder ist, nimmt sie unabhängig von der Teilnahme an Selbständig gesund häufiger ärztliche Leistungen in

Anspruch. Ob durch die Programmteilnahme zusätzliche Ärzteausgaben kausal induziert werden, kann in dieser Analyse nicht zweifelsfrei beurteilt werden. Aus diesem Grund führen wir abschließend eine sogenannte „Differenz-von-Differenzen-Analyse“ (DvD-Analyse) durch.

Dabei werden die Ergebnisvariablen über die Zeit zwischen der Gruppe der (erfolgreichen und nicht erfolgreichen) Programmteilnehmer und der Kontrollgruppe verglichen. Der Vorher-nachher-Vergleich der Teilnehmer wird um die Veränderung der nicht teilnehmenden Gruppe (andere) bereinigt. Zusätzlich werden dadurch zeitkonstante unbeobachtete Faktoren, die die Ergebnisse möglicherweise verzerren, entfernt. Diese Vorgangsweise erlaubt eine verlässlichere Aussage hinsichtlich der mit der Programmeinführung verbundenen Effekte. Wir zeigen, wie sich die Leistungsanspruchnahme der Programmteilnehmer im Übergang von 2011 auf 2012 verändert hat, wenn allgemeine Trends, die durch die Inanspruchnahme der Vergleichsgruppe approximiert werden, herausgerechnet werden.

Die Schätzergebnisse sind in Tabelle 4 enthalten. Der Koeffizient in Spalte (1) für ärztliche Hilfe macht deutlich, dass die Ausgaben für die Gruppe der Programmteilnehmer von 2011 auf 2012 um 69,25 Euro ansteigen, während sie für die Kontrollgruppe, welche nicht am Programm teilnimmt, um 3,83 Euro zurückgehen (Spalte (2)). Daraus ergibt sich ein statistisch hoch signifikanter DvD-Effekt in Höhe von 73,09 Euro (Spalte (3)). Der größte Anteil an diesem Anstieg entfällt auf die Ausgaben für Allgemeinmediziner (27,74 Euro), gefolgt von den Ausgaben für Laborleistungen (12,65 Euro) und Internisten (11,93 Euro). Darüber hinaus steigen auch die Ausgaben für die Restkategorie der übrigen Fachgruppen (16,92 Euro) sowie jene für Radiologie (3,85 Euro) signifikant an. Der DvD-Punktschätzer für den Medikamentenkonsum ist ebenfalls positiv (16,92 Euro). Aufgrund des großen Standardfehlers bleibt der Effekt allerdings insignifikant. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Programmteilnahme noch im selben Jahr zu einem deutlichen Anstieg extramuraler Ausgaben für diagnostische und therapeutische Maßnahmen führt.

**Tabelle 4: DvD-Schätzung: Programmteilnahme versus andere**

|                          | Differenz <sup>a</sup> | Differenz <sup>b</sup> | DvD-Schätzer <sup>c</sup> |
|--------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| Ärztliche Hilfe (gesamt) | 69,25***               | -3,83***               | 73,09***                  |
|                          | (6,06)                 | (1,21)                 | (6,18)                    |
| Allgemeine Heilkunde     | 29,40***               | 1,67***                | 27,74***                  |
|                          | (2,07)                 | (0,56)                 | (2,14)                    |
| Interne Krankheiten      | 10,88***               | -1,05***               | 11,93***                  |
|                          | (1,85)                 | (0,31)                 | (1,87)                    |
| Radiologie               | 3,15***                | -0,70***               | 3,85***                   |
|                          | (1,00)                 | (0,15)                 | (1,01)                    |
| Labor                    | 13,51***               | 0,86***                | 12,65***                  |
|                          | (0,90)                 | (0,15)                 | (0,91)                    |
| Sonstige ärztliche Hilfe | 12,31***               | -4,61***               | 16,92***                  |
|                          | (4,01)                 | (0,73)                 | (4,07)                    |
| Heilmittel               | 33,91**                | 16,19***               | 17,72                     |
|                          | (15,00)                | (3,03)                 | (15,30)                   |
| Krankenhaustage          | 0,08                   | 0,2***                 | -0,12*                    |
|                          | (0,06)                 | (0,04)                 | (0,07)                    |
| N                        | 35.648                 | 819.930                | 855.578                   |

Anmerkungen: Heteroskedastie-robuste Standardfehler in Klammern; \*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$ .

<sup>a</sup> Differenz der Gesundheitsausgaben und Krankenhaustage zwischen 2011 und 2012 für Programmteilnehmer. <sup>b</sup> Differenz der Gesundheitsausgaben und Krankenhaustage zwischen 2011 und 2012 für nicht-teilnehmende Kontrollgruppe. <sup>c</sup> Differenz-von-Differenzen-Schätzer für Programmteilnehmer gegenüber Kontrollgruppe.

Die Schätzergebnisse für die Krankenhaustage zeigen ein abweichendes Bild. Die Anzahl der Krankenhaustage erhöht sich in der Kontrollgruppe von 2011 auf 2012 signifikant um 0,2 Tage. Der Anstieg in der Gruppe der Programmteilnehmer im gleichen Zeitraum fällt deutlich schwächer aus, so dass sich insgesamt ein am 10-Prozent-Niveau signifikanter DvD-Effekt von -0,12 Tagen ergibt. Für eine Aussage darüber, wie sich aufgrund der Programmteilnahme die extramuralen Ausgaben mittel- bis langfristig verändern, muss das Leistungsgeschehen über einen längeren Zeitraum beobachtet werden. Im Rahmen einer für Ende 2017 geplanten Reevaluierung von Selbständig gesund sollen diese Analysen durchgeführt werden.



### **3.2.5. Zur Rolle der Anbieterseite**

Ein kurzer Blick auf die Anbieterseite soll die empirische Analyse zum Anreizprogramm der SVA abrunden. Der Programmablauf von Selbständig gesund sieht vor, dass zu Beginn eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wird. In den Daten wird allerdings offenkundig, dass für die eingereichten SG-Anträge nur in rund 50 Prozent aller Fälle auch tatsächlich eine VU durchgeführt wurde. Vor allem bei älteren Antragstellern fehlt die systematische Erfassung des Gesundheitszustands im Rahmen einer VU. Eine deutliche Erhöhung dieser Quote zur Verbesserung der Prozessqualität wäre wünschenswert.

Neben der Soziodemografie der Versicherten hängt die Teilnahme am Anreizprogramm signifikant von den Charakteristika der behandelnden (Haus-) Ärzte ab. Die Wahrscheinlichkeit für eine Person, (erfolgreich) am Programm teilzunehmen, ist dann höher, wenn die Hausärztin weiblich beziehungsweise unter 45 Jahre alt ist. Auch die Wahrscheinlichkeit, an einer VU teilzunehmen, ist höher, wenn es sich um Patienten von weiblichen und/oder jungen Ärzten handelt.

## 4. Diskussion

Mit Begrifflichkeiten wie „Stärkung der Eigenverantwortung“ versus „Aufrechterhaltung des Solidarprinzips“ werden unterschiedliche Zielrichtungen für gesundheitspolitische Reformen umschrieben. Ob und in welchem Umfang anreizkonforme Instrumente in der Lage sind, das Gesundheitsverhalten der Menschen und damit auch die Höhe ihrer Gesundheitsausgaben zu beeinflussen, wird sowohl auf wissenschaftlicher als auch realpolitischer Ebene kontrovers diskutiert. Dieser Beitrag verfolgt zwei Ziele. Zum einen soll der Stand der (wissenschaftlichen) Debatte zur Effektivität von Anreizinstrumenten für einen gesunden Lebensstil wiedergegeben werden. Zum anderen wird das von der SVA im Jahr 2012 eingeführte Anreizprogramm Selbständig gesund präsentiert und anhand der wichtigsten Evaluierungsergebnisse einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Die vorgestellte Literatur zeigt im Rahmen von Feldexperimenten eindeutig, dass sich das (Gesundheits-)Verhalten durch ökonomische Anreize beeinflussen lässt. Die Stärke der Effekte hängt dabei maßgeblich von der Höhe des Anreizes und der Art des Gesundheitszieles ab. Eine Reihe von Studien weist auch darauf hin, dass einmalige Anreize oft nur eine kurzfristige, aber keine langfristige Wirkung haben, etwa im Rahmen von Feldexperimenten zur Gewichtsreduktion. Auch die (höhere) Besteuerung von ungesunden Gütern wie Alkohol und Tabak kann als ökonomischer Anreiz zur Änderung des Gesundheitsverhaltens interpretiert werden. Bestehende Evaluierungen liefern hier jedoch unterschiedliche Ergebnisse über deren Wirksamkeit. Ein weiterer Punkt, der in der Literatur wiederholt diskutiert wird, ist die Selektion von Betroffenen bzw. von Teilnehmern. Viele gesundheitspolitische Maßnahmen sind auf eine breite Personengruppe ausgerichtet, allerdings sind oft jene Gruppen, die von präventiven Maßnahmen am meisten profitieren würden, nur sehr schwer zu erreichen.

### 4.1. Selbständig gesund

Seit Einführung des Anreizprogramms Selbständig gesund wurden bei der SVA 120.000 Anträge auf Halbierung des Selbstbehalts gestellt (Stand Ende 2016). Selbst drei bis vier Jahre nach Programmeinführung sind neue Programmteilnehmer zu beobachten, zusätzlich setzen viele erfolgreiche Teilnehmer das Programm fort. Mit der Programmeinführung sind die abgerechneten Vorsorgeuntersuchungen deutlich angestiegen, wobei die Niveaueffekte bis in das Jahr 2016 anhalten. Mehr als 90 Prozent der eingebrachten Anträge auf Reduktion des

Selbstbehalts wurden genehmigt. Die erfolgreichen Teilnehmer konnten ihre Gesundheitsindikatoren von der Erst- zur Kontrolluntersuchung deutlich verbessern. Die stärksten Verbesserungen betrafen die regelmäßige Bewegung sowie das Senken von Bluthochdruck. Obwohl die nicht erfolgreichen Teilnehmer zumindest ein Gesundheitsziel nicht erreichen konnten, hat sich der Gesundheitszustand in dieser Gruppe insgesamt auch deutlich verbessert. Im Durchschnitt erspart sich eine erfolgreiche Person rund 66 Euro pro Jahr an Selbstbehalten.

Was die kurzfristigen Programmeffekte auf die Höhe der Gesundheitsausgaben betrifft, so zeigt ein DvD-Schätzer, dass die Ausgaben für ärztliche Hilfe der erfolgreichen Teilnehmer im Vergleich zu jenen, die nicht am Programm teilnehmen, von 2011 auf 2012 um 73,10 Euro ansteigen, wobei der größte Anteil an diesem Zuwachs auf die Ausgaben für Allgemeinmediziner entfällt. Die Effekte auf die Ausgaben für den Konsum von Medikamenten sind insignifikant, während der Einfluss auf die Krankenhaustage leicht negativ ist. Dass mit der Programmeinführung sowohl die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen als auch die Ausgaben für nachfolgende diagnostische und therapeutische Maßnahmen ansteigen, ist nicht überraschend und in Übereinstimmung mit anderen Studien (z.B. Hackl et al. 2015). Ob die Ausgaben langfristig sinken, kann aufgrund der Datenrestriktion (noch) nicht abgeschätzt werden.

Dazu ist anzumerken, dass auch mit längerfristigen Daten zu den Gesundheitsausgaben eine vollständige Beurteilung des Nutzens derartiger Präventionsprogramme nur schwer möglich ist. Beispielsweise könnte sich SG durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes auch positiv auf das Wohlbefinden/Lebensgefühl auswirken, auch wenn es keine messbaren Effekte auf die Leistungsanspruchnahme im Gesundheitssystem gibt.

## 4.2. Werden die richtigen Leute erreicht?

Neben der Kurzfristigkeit der bisherigen Analyse von Gesundheitsausgaben erschwert die Selektion der Teilnehmer allgemeingültige Schlussfolgerungen. Programme, die wie Selbständig gesund einer großen (unspezifischen) Gruppe von Versicherten angeboten werden, sprechen oft nur einzelne Teilgruppen an. Im gegenständlichen Fall zeigt sich, dass insbesondere gesundheitsbewusste Versicherte, deren Gesundheitszustand bereits vor Programmeinführung deutlich besser war, angesprochen werden. Im Vergleich zu weniger gesundheitsbewussten Personen weist diese Gruppe mehr oder weniger überraschend deutlich höhere Gesundheitsausgaben im niedergelassenen Bereich auf. Das verhältnismäßig hohe Niveau an Gesundheitsausgaben erzeugt einen starken Anreiz für eine Hal-

bierung der Selbstbehalte. Zum anderen fällt es dieser Gruppe vermutlich leichter, ihren ohnehin guten Gesundheitszustand aufrechtzuhalten.

Selektionseffekte dieser Art scheinen vor dem Hintergrund eines realen Versorgungssystems unvermeidbar. Auch wenn das Anreizsystem nicht ausreichend in der Lage ist, vorwiegend jene anzusprechen, die eine ärztliche Konsultation am dringendsten nötig hätten, sind mit der Einführung wichtige positive Effekte verbunden: (i) Jene, die über die Zeit hinweg auf ihre gute Gesundheit achten, erhalten durch die Halbierung der Selbstbehalte einen finanziellen Bonus. (ii) Neben dieser Gruppe gibt es zahlreiche Programmteilnehmer, deren Gesundheitszustand sich über die Zeit deutlich verbessert hat. Die Evaluierung hat gezeigt, dass auch bei den nicht erfolgreichen Teilnehmern bei etlichen Gesundheitsparametern deutliche Verbesserungen erzielt werden konnten.

Als Verbesserungsvorschlag für die Zukunft sollte das Programm stärker zielgruppenorientiert ausgebaut werden. Dies erfordert einerseits einen Kriterienkatalog für die Festlegung von Risiko- beziehungsweise Zielgruppen. Andererseits wäre darüber nachzudenken, wie es besser als bisher gelingen kann, diese Gruppen von Versicherten zur Teilnahme am Programm zu motivieren. Eine qualitative Evaluierung des Programms, in der Interviews mit Versicherten und Ärzten durchgeführt wurden, weist in diesem Zusammenhang auf vorhandene Defizite in der Wahrnehmung des Programms sowie auf den Umstand hin, dass sich einzelne Versicherte durch das Programm überfordert fühlen beziehungsweise aus Schamgefühlen nicht an Selbständig gesund teilnehmen. Zur besseren Erreichbarkeit von Risikogruppen schlagen die Ärzte und Ärztinnen mehr Toleranz bei der Festlegung von Zielwerten vor (Kronberger und Ossberger 2013).

Die Evaluierungsergebnisse haben auch deutlich gezeigt, wie wichtig die Rolle der Leistungsanbieter ist. Sowohl die Teilnehmeraten als auch der Anteil an durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen hängen signifikant von Ärztecharakteristika ab. Die Kooperation der Ärzte und Ärztinnen ist für den Erfolg eines solchen Programms unverzichtbar. Dies erfordert zum einen eine verbesserte Kommunikation (das Programm war über einen längeren Zeitraum nicht allen Ärzten und Ärztinnen bekannt), zum anderen gilt es, ärztliche Bedenken prinzipieller Natur auszuräumen. Ärzte, die keine Selbständig-gesund-Untersuchungen durchgeführt haben, äußern starke Zweifel daran, dass das Vorsorgeverhalten über finanzielle Anreize in eine positive Richtung beeinflusst werden kann. Dass in Bezug auf die Kooperation mit den Ärzten und Ärztinnen noch erhebliche Defizite existieren, wird daran erkennbar, dass im Rahmen der Erstuntersuchung in vielen Fällen keine (obligatorisch vorgesehene) VU durchgeführt wird. Darüber hinaus beklagen Ärzte, ihre Tätigkeit im Rahmen des Programms als primär administrativ wahrzunehmen und ihre medizinischen Spielräume bei der Fest-

legung und Beurteilung der Zielwerte nicht ausreichend zu kennen (Kronberger und Ossberger 2013).

In der gesundheitspolitischen sowie in der wissenschaftlichen Diskussion sprechen sich viele für einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung und -prävention aus. Das Programm Selbständig gesund setzt in diesem Sinne auf ökonomische Anreize, um die Versicherten zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu motivieren. Tatsächlich gibt es eine beträchtliche Anzahl an erfolgreichen Teilnehmern, die ihre Gesundheitsziele erreichen, indem sie ihre Werte verbessern oder erhalten. In Bezug auf die Gesundheitsausgaben zeigt die Evaluierung in der kurzen Frist, dass die Programmteilnahme zu einer Zunahme der Arztkontakte führt, wodurch es auch zu höheren Ausgaben kommt. Langfristig könnte dies auch positive Effekte haben, wenn sich durch das Programm das Wohlbefinden der Teilnehmer und/oder deren Gesundheitszustand verbessert. Ob derartige Maßnahmen aus Sicht von Krankenkassen auch effizient im Sinne von langfristigen Kosteneinsparungen sind, lässt sich noch nicht abschließend beurteilen. Wenn gleich es in anderen Ländern vergleichbare Programme gibt, können aufgrund der beschränkten empirischen Evidenz diesbezüglich keine sicheren Prognosen abgegeben werden. Ebenso muss die Frage der Verteilungswirkung, also welche sozioökonomischen Gruppen teilnehmen und von der Maßnahme profitieren, noch weiter analysiert werden.

## Literatur

- Bødker, M., Pisinger, C., Toft, U., & Jørgensen, T., 2015a: The Danish fat tax—Effects on consumption patterns and risk of ischaemic heart disease, *Preventive Medicine*, 77, pp. 200-203.
- Bødker, M., Pisinger, C., Toft, U., & Jørgensen, T., 2015b: The rise and fall of the world's first fat tax, *Health Policy*, 119(6), pp. 737-742.
- Briggs, A., Kehlbacher, A., Tiffin, R., & Scarborough, P., 2016: Simulating the impact on health of internalising the cost of carbon in food prices combined with a tax on sugar-sweetened beverages, *BMC Public Health* 16(1), p. 107.
- Carpenter, C., & Cook, P. J., 2008: Cigarette taxes and youth smoking: new evidence from national, state, and local Youth Risk Behavior Surveys, *Journal of Health Economics*, 27(2), pp. 287-299.
- Carrera, M., Royer, H., Stehr, M. F., & Sydnor, J. R., 2017: The Structure of Health Incentives: Evidence from a Field Experiment, (No. w23188), National Bureau of Economic Research.
- Cawley, J., 2015: An economy of scales: A selective review of obesity's economic causes, consequences, and solutions, *Journal of Health Economics*, 43, pp. 244-268.
- Cawley, J., & Price, J. A., 2013: A case study of a workplace wellness program that offers financial incentives for weight loss, *Journal of Health Economics*, 32(5), pp. 794-803.
- Charness, G., & Gneezy, U., 2009: Incentives to exercise, *Econometrica*, 77(3), pp. 909-931.
- Cobiac, L. J., Tam, K., Veerman, L., & Blakely, T., 2017: Taxes and subsidies for improving diet and population health in Australia: a cost-effectiveness modelling study, *PLOS medicine*, 14(2), pp. 1-18.
- Colchero, M. A., Popkin, B. M., Rivera, J. A., & Ng, S. W., 2016: Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study, *BMJ*, 352.
- Crespin, D. J., Abraham, J. M., & Rothman, A. J., 2016: The effect of participation in an incentive-based wellness program on self-reported exercise, *Preventive Medicine*, 82, pp. 92-98.
- DeCicca, P., Kenkel, D., & Mathios, A. 2008: Cigarette taxes and the transition from youth to adult smoking: smoking initiation, cessation, and participation, *Journal of Health Economics*, 27(4), pp. 904-917.
- Evans, W. N., & Ringel, J. S., 1999: Can higher cigarette taxes improve birth outcomes? *Journal of Public Economics*, 72(1), pp. 135-154.
- Falbe, J., Thompson, H. R., Becker, C. M., Rojas, N., McCulloch, C. E., & Madsen, K. A., 2016: Impact of the Berkeley excise tax on sugar-sweetened beverage consumption, *American Journal of Public Health*, 106(10), pp. 1865-1871.

- Hackl, F., Halla, M., Hummer, M., & Pruckner, G. J., 2015: The effectiveness of health screening, *Health Economics*, 24(8), pp. 913-935.
- Halla, M., & Pruckner, G. J., 2016: Cost Effectiveness of Financial Incentives in the Promotion of Healthy Behavior: evidence from a Field Experiment, *Vortragsunterlagen, Jahrestagung der European Health Economics Association in Hamburg, Juli 2016*.
- Halla, M., Pruckner, G. J., & Schober, T., 2013: Programmevaluierung: Selbständig Gesund. Studie im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Linz.
- Halla, M., Pruckner, G. J., & Schober, T., 2016: Cost savings of developmental screenings: Evidence from a nationwide program, *Journal of Health Economics*, 49, pp. 120-135.
- Hansen, B., Sabia, J. J., & Rees, D. I., 2017: Have cigarette taxes lost their bite? New estimates of the relationship between cigarette taxes and youth smoking, *American Journal of Health Economics*.
- Härkänen, T., Kotakorpi, K., Pietinen, P., Pirttilä, J., Reinivuo, H., & Suoniemi, I., 2014: The welfare effects of health-based food tax policy, *Food Policy*, 49, pp. 196-206.
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, 2017: „Vorsorgeuntersuchung “. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.627039&version=1499253258> (last download: August 2017).
- Holmes, J., Meng, Y., Meier, P. S., Brennan, A., Angus, C., Campbell-Burton, A., & Purshouse, R. C., 2014: Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study, *The Lancet*, 383(9929), pp. 1655-1664.
- John, L. K., Loewenstein, G., Troxel, A. B., Norton, L., Fassbender, J. E., & Volpp, K. G., 2011: Financial incentives for extended weight loss: a randomized, controlled trial, *Journal of General Internal Medicine*, 26(6), pp. 621-626.
- Jordan, S., von der Lippe, E., Starker, A., Hoebel, J., & Franke, A., 2015: Einflussfaktoren für die Teilnahme an Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell “. *Das Gesundheitswesen*, 77(11), 861-868.
- Kaplan, C. M., Graetz, I., & Waters, T. M., 2014: Most exchange plans charge lower tobacco surcharges than allowed, but many tobacco users lack affordable coverage, *Health Affairs*, 33(8), pp. 1466-1473.
- Kronberger, N., & Ossberger, R., 2013: Programmevaluierung Selbständig Gesund, Sichtweisen von Versicherten und ÄrztInnen, Studie im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Linz.
- Loewenstein, G., Price, J., & Volpp, K., 2016: Habit formation in children: evidence from incentives for healthy eating, *Journal of Health Economics*, 45, pp. 47-54.
- Maclean, J. C., Kessler, A. S., & Kenkel, D. S., 2016: Cigarette taxes and older adult smoking: evidence from the Health and Retirement Study, *Health Economics*, 25(4), pp. 424-438.

- Mitchell, M. S., Goodman, J. M., Alter, D. A., John, L. K., Oh, P. I., Pakosh, M. T., & Faulkner, G. E., 2013: Financial incentives for exercise adherence in adults: systematic review and meta-analysis, *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), pp. 658-667.
- Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C., Hernández-Quevedo, C., McDaid, D., & Mossialos, E., 2015: *Health in the European Union: Trends and Analysis*, 2009.
- Mytton, O. T., Clarke, D., & Rayner, M., 2012: Taxing unhealthy food and drinks to improve health, *BMJ*, 344.
- Paloyo, A. R., Reichert, A. R., Reineremann, H., & Tauchmann, H., 2014: The Causal Link Between Financial Incentives and Weight Loss: An Evidence Based Survey of the Literature, *Journal of Economic Surveys*, 28(3), pp. 401-420.
- Pope, L., & Harvey, J., 2014: The efficacy of incentives to motivate continued fitness-center attendance in college first-year students: a randomized controlled trial, *Journal of American College Health*, 62(2), pp. 81-90.
- Reisch, L. A., Sunstein, C. R., & Gwozdz, W., 2017: Beyond carrots and sticks: Europeans support health nudges, *Food Policy*, 69, pp. 1-10.
- Rohde, K. I., & Verbeke, W., 2017: We like to see you in the gym—A field experiment on financial incentives for short and long term gym attendance, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 134, pp. 388-407.
- Royer, H., Stehr, M., & Sydnor, J., 2015: Incentives, commitments, and habit formation in exercise: evidence from a field experiment with workers at a fortune-500 company, *American Economic Journal: Applied Economics*, 7(3), pp. 51-84.
- Scherenberg, V., & Greiner, W., 2008: Bonusprogramme—Zwischen Wettbewerb und Prävention, *G&S Gesundheits-und Sozialpolitik*, 62(3), pp. 19-25.
- Sen, A., & Wirjanto, T., 2010: Estimating the impacts of cigarette taxes on youth smoking participation, initiation, and persistence: empirical evidence from Canada, *Health Economics*, 19(11), pp. 1264-1280.
- Sigmon, S. C., & Patrick, M. E., 2012: The use of financial incentives in promoting smoking cessation, *Preventive Medicine*, 55, pp. 24-32.
- Statistik Austria, 2015: *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 – Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*.
- Stock, S., Schmidt, H., Büscher, G., Gerber, A., Drabik, A., Graf, C., & Stollenwerk, B., 2010: Financial incentives in the German Statutory Health Insurance: new findings, new questions, *Health Policy*, 96(1), pp. 51-56.
- Thaler, R. H., & Sunstein C. R., 2008: *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, New Haven: Yale University Press.
- Volpp, K. G., John, L. K., Troxel, A. B., Norton, L., Fassbender, J., & Loewenstein, G., 2008: Financial incentive-based approaches for weight loss: a randomized trial, *JAMA*, 300(22), pp. 2631-2637.



- Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., & Corbett, E., 2009: A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation, *New England Journal of Medicine*, 360(7), pp. 699-709.
- Wagenaar, A. C., Tobler, A. L., & Komro, K. A., 2010: Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review, *American Journal of Public Health*, 100(11), pp. 2270-2278.
- Wilson, A. L., Buckley, E., Buckley, J. D., & Bogomolova, S., 2016: Nudging healthier food and beverage choices through salience and priming. Evidence from a systematic review, *Food Quality and Preference*, 51, pp. 47-64.

**Mag. Katharina Wieser**

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut  
für Gesundheitssystem-Forschung LIG**

# Out-of-Pocket-Zahlungen im europäischen Vergleich

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

|                                                |           |
|------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Einführung</b>                           | <b>66</b> |
| <b>2. Out-of-Pocket-Zahlungen im Vergleich</b> | <b>67</b> |
| <b>3. Selbstbehalte in Österreich</b>          | <b>72</b> |
| <b>4. Selbstbehalte in anderen Ländern</b>     | <b>76</b> |
| <b>5. Auswirkung von Selbstbehalten</b>        | <b>81</b> |
| <b>6. Zusammenfassung</b>                      | <b>84</b> |
| <b>Literaturverzeichnis</b>                    | <b>85</b> |

*Selbstbehalte im Gesundheitswesen sind eine gesellschaftspolitische Entscheidung, die in jedem Land anders ausfällt. So variieren in Europa sowohl die Höhe als auch die konkrete Ausgestaltung von Out-of-Pocket-Zahlungen sehr stark. Die Wirkungsweisen im Sinne der Steuerungs- und Finanzierungsfunktion sind daher ebenfalls unterschiedlich. Out-of-Pocket-Zahlungen können auch – gewollt oder ungewollt – zu (partiellen) Zugangsbarrieren ins Gesundheitssystem führen und mitunter das Wohlergehen der Bevölkerung gefährden. Das zeigt, wie essentiell ein umsichtiger Einsatz von Selbstbehalten ist, vor allem auch vor dem Hintergrund einer unklaren Studienlage zum Thema.*

# 1. Einführung

Selbstbehalte oder „Out-of-Pocket-Zahlungen“ sind private Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen, die im Zuge einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens anfallen. Darunter werden zum Beispiel Rezeptgebühren, Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte sowie Ausgaben für Selbstmedikation und andere gesundheitsbezogene Leistungen, die von privaten Haushalten getätigt werden, verstanden.<sup>1</sup> Inwieweit Selbstzahlungen im Gesundheitswesen aus wirtschaftlicher und moralischer Sicht vertretbar sind und überhaupt als Lenkungsinstrument Wirkung zeigen, ist ein sehr kontroverses Thema. Je nachdem, wie viel Eigenverantwortung und auch Risiko man dem Individuum in einer Gesellschaft zumuten will, variieren die Formen und Höhen der Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen. In Entwicklungsländern betragen die Direktzahlungen für Gesundheit nicht selten 100 Prozent und Krankheit stellt dort deshalb ein existenzielles Risiko dar.

Die WHO betont im World Health Report 2000<sup>2</sup>, dass bei der Finanzierung durch Out-of-Pocket-Zahlungen grundsätzlich die beiden Komponenten „Beiträge zum Gesundheitssystem“ und „Nutzung von Gesundheitsleistungen“ nicht voneinander getrennt werden und es daher bei dieser Finanzierungsform keine Streuung des Risikos gibt. Jeder trägt seine monetäre Krankheitslast selbst, und zwar zu dem Zeitpunkt einer Erkrankung. Das schränkt den Zugang zum Gesundheitssystem ein und könnte vor allem arme und kranke Menschen diskriminieren. Die WHO empfiehlt daher den Einsatz von Selbstbehalten nur für Leistungen, die nachweislich aufgrund der Versicherungsdeckung ungerechtfertigt zu viel in Anspruch genommen werden (Moral Hazard). Darüber hinaus werden häufig vulnerable Gruppen, wie etwa Kinder, einkommensschwache Personen und chronisch Kranke, von Selbstbehalten gänzlich oder teilweise befreit, um deren Gesundheit nicht zu gefährden und die aus einer möglicherweise entstehenden Mangelversorgung resultierenden Folgekosten zu vermeiden.

Grundsätzlich existieren in Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitssystem in den Bereichen stationäre und ambulante Versorgung wenig bis keine Selbstbehalte (z.B. Vereinigtes Königreich). Es gehört zum Grundprinzip dieser Gesundheitssysteme, dass allen Einwohnern im Krankheitsfall eine kostenlose Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. In Sozialversicherungssystemen gibt es im stationären und ambulanten Versorgungsbereich meist höhere Selbstbeteiligun-

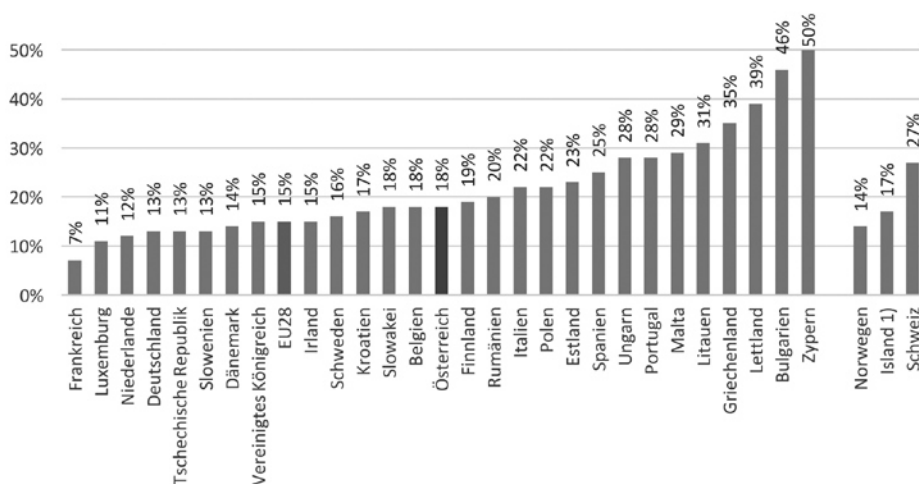
1 Habimana et al. (2015), S. 53

2 WHO (2000), S.97f.

gen. In den meisten Gesundheitssystemen ist die Medikamentenversorgung der Bereich, bei dem die höchsten Selbstbehalte eingehoben werden.<sup>3</sup>

## 2. Out-of-Pocket-Zahlungen im Vergleich

In Österreich gibt jeder für Leistungen im Gesundheitswesen rund 264 Euro pro Jahr „out of pocket“ aus.<sup>4</sup> Die Unterschiede zwischen den einzelnen europäischen Staaten sind dabei enorm. So werden in Frankreich nur etwa 7 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben über Out-of-Pocket-Zahlungen finanziert, während es in der Schweiz 27 Prozent sind und der Anteil in Griechenland 35 Prozent und in Zypern sogar 50 Prozent beträgt. In Österreich liegt die Höhe der Selbstzahlungen mit 18 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben im Mittelfeld. Dieser Anteil ist hierzulande in den letzten Jahren relativ stabil verlaufen.



1) inklusive Investitionen

Abbildung 1: Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen an den laufenden Gesundheitsausgaben 2014 in Prozent<sup>5</sup>

<sup>3</sup> Finkenstädt (2017), S.22ff.

<sup>4</sup> OECD (2017)

<sup>5</sup> OECD (2016), S. 123; eigene Darstellung

In Österreich werden 35 Prozent der ambulant ausgegebenen Medikamente und medizinischen Hilfsgüter (z.B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle etc.), 27 Prozent der ambulanten Versorgung und 4 Prozent der stationären Versorgung (exkl. Langzeitpflege) mittels Out-of-Pocket-Zahlungen gedeckt.<sup>6</sup> Zahlen der OECD zeigen, dass die Medikamentenversorgung in fast allen untersuchten Ländern der Bereich mit dem größten Anteil an Selbstzahlungen ist. In Frankreich, Luxemburg und Deutschland werden im Medikamentenbereich vergleichsweise wenig Direktzahlungen getätigt, während die Patienten in zahlreichen anderen Ländern (Dänemark, Estland, Schweden, Spanien, Finnland, Polen, Lettland) über 50 Prozent der Kosten aus der eigenen Tasche zahlen. Im stationären Bereich wird in den meisten Staaten hingegen nur ein sehr geringer Teil mittels Out-of-Pocket-Zahlungen finanziert. Besonders niedrig liegen die Anteile in Norwegen, Island, dem Vereinigten Königreich und Estland. Über einen Finanzierungsanteil von 10 Prozent kommen lediglich Portugal (12 Prozent), Belgien (14 Prozent), Lettland (16 Prozent) und Griechenland (28 Prozent). Im ambulanten Bereich werden vor allem in der Slowakei, dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden und Frankreich nur geringe Anteile „out of pocket“ bezahlt, während diese Beiträge in der Schweiz, Griechenland, Ungarn und Lettland hoch liegen. Österreich befindet sich in allen drei großen Kostenbereichen des Gesundheitswesens bei der anteiligen Finanzierung mittels Selbstzahlungen im Mittelfeld.

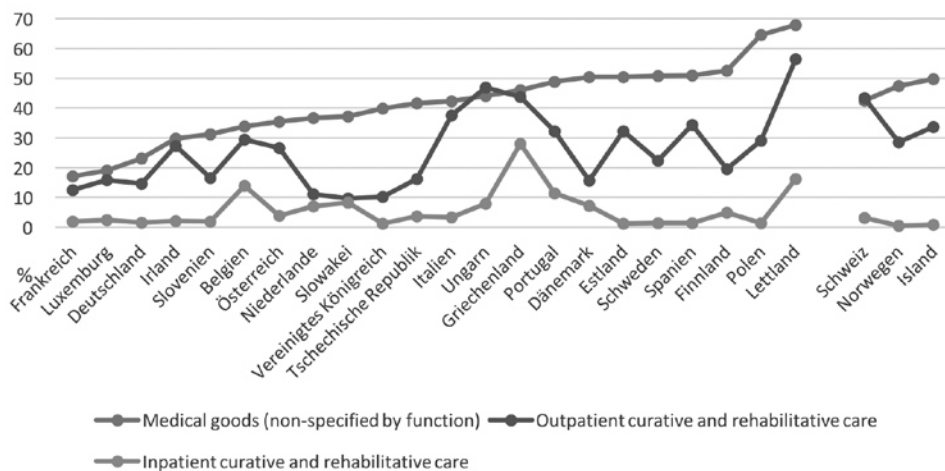


Abbildung 2: Anteilige Finanzierung der drei größten Kostenbereiche durch Out-of-Pocket-Zahlungen 2015 in Prozent<sup>7</sup>

6 Eigene Berechnungen nach Statistik Austria (2017)

7 OECD (2017), eigene Darstellung

Die nächste Darstellung zeigt die Aufteilung der Out-of-Pocket-Zahlungen in verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems. Hier lässt sich gut erkennen, dass der Bereich der Medikamentenversorgung und medizinischen Hilfsgüter nicht nur anteilig am meisten durch Selbstzahlungen finanziert wird, sondern dorthin auch der Löwenanteil der privaten Out-of-Pocket-Zahlungen fließt. Dabei ist zu beachten, dass in dieser Darstellung unter „curative and rehabilitative care“ der ambulante und der stationäre Sektor zusammengefasst sind und daher gemeinsam einen noch größeren Bereich des Gesundheitssystems abbilden.

Die Österreicher geben 41 Prozent ihrer Direktzahlungen für die Versorgung mit Arzneien und medizinischen Hilfsgütern, 38 Prozent für die medizinische Versorgung und Rehabilitation und 18 Prozent für die zahnärztliche Versorgung aus. In Österreich wird im Vergleich also ein relativ kleiner Anteil der Selbstbehalte für Medikamente ausgegeben, während große Anteile für die medizinische und zahnärztliche Versorgung verwendet werden.

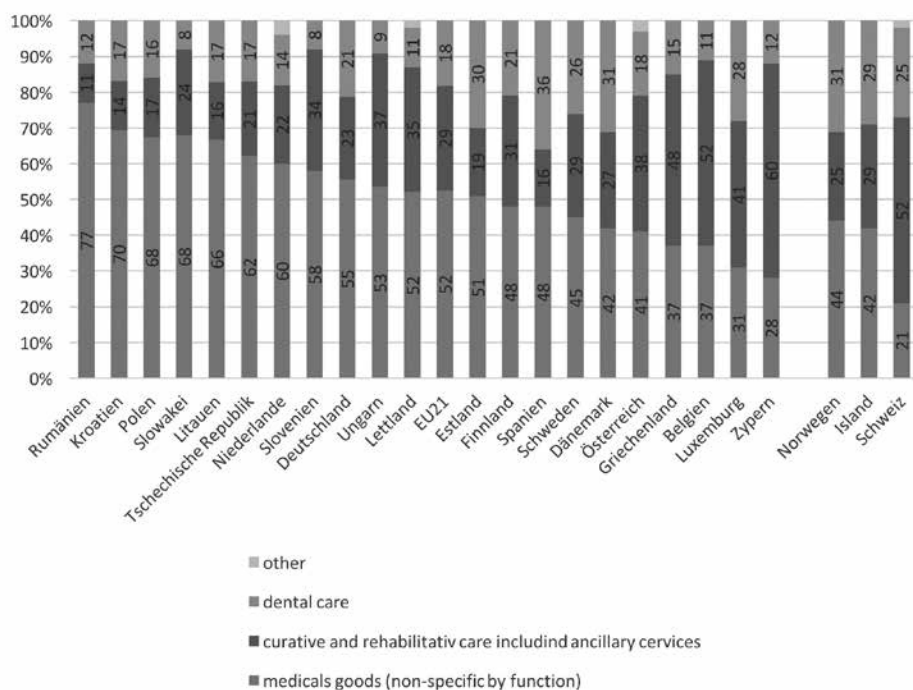


Abbildung 3: Aufteilung der Out-of-Pocket-Zahlungen in Bereiche des Gesundheitssystems 2014 in Prozent<sup>8</sup>

8 OECD (2016), S. 157, eigene Darstellung; ohne Langzeitpflege

Interessant ist auch eine weitere Darstellungsform der Direktzahlungen im Gesundheitswesen, die zeigt, welchen Anteil sie am gesamten Konsum der privaten Haushalte ausmachen. Dieser Wert beträgt in den betrachteten Ländern zwischen 5,8 und 1,2 Prozent. Österreich liegt mit 2,7 Prozent etwas über dem EU-28-Durchschnitt von 2,3 Prozent. Die Franzosen und Briten benötigen auch in dieser Betrachtungsweise einen vergleichsweise geringen Anteil für OOP-Ausgaben im Gesundheitswesen, während diese Kosten in der Schweiz einen beträchtlichen Teil des Konsums ausmachen.

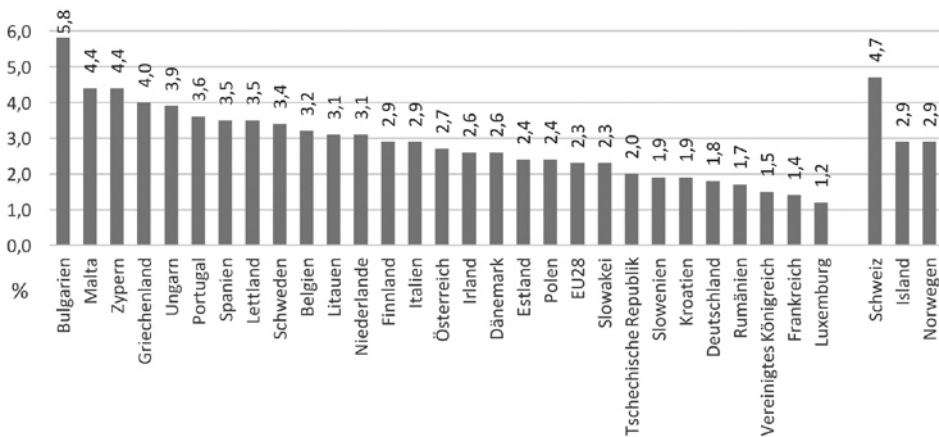


Abbildung 4: Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen am gesamten Konsum der privaten Haushalte 2014 in Prozent<sup>9</sup>

Jedoch kann die Betrachtung der Höhe der Selbstbehalte alleine noch nicht als Indikator für die Gerechtigkeit eines Gesundheitssystems gesehen werden, denn in einigen Ländern werden Leistungen, die andernorts privat bezahlt werden müssen, über Versicherungszusatzpakete abgedeckt, die laut System-of-Health-Accounts-Systematik als öffentliche Ausgaben gewertet werden.<sup>10</sup> In beiden Fällen wird die Leistung privat bezahlt, aber einmal im Voraus (über Versicherungsbeiträge) und einmal bei der tatsächlichen Inanspruchnahme. Der Unterschied liegt in der Kalkulierbarkeit der Kosten und in der Streuung des Risikos. In anderen Ländern existieren prinzipiell viele Selbstbeteiligungen, die jedoch zu einem großen Teil von privaten Zusatzversicherungen abgedeckt werden. So sind etwa in Frankreich hohe Selbstbehalte vorgesehen, die durch freiwillige private Krankenversicherungen abgedeckt werden. Frankreich liegt daher im Vergleich bei den Out-of-Pocket-Zahlungen sehr niedrig (7 Prozent der Gesundheitsausgaben), obwohl hohe Selbstbehalte eingehoben werden, weist aber im Vergleich einen hohen Finanzierungsanteil

<sup>9</sup> OECD (2016), S. 157

<sup>10</sup> Habimana et al. (2015), S. 53

der Gesundheitsausgaben durch die freiwillige private Krankenversicherung auf (14 Prozent der Gesundheitsausgaben; EU-28: 5 Prozent).<sup>11</sup>

Dass die Höhe der Out-of-Pocket-Zahlungen nicht unbedingt mit einem sozial ungerechten Gesundheitssystem korreliert, zeigt auch ein Vergleich mit den Zahlen zu unerfülltem Behandlungsbedarf. Natürlich ist hier die Leistbarkeit nur eine Dimension, die durch die Parameter Entfernung und Wartezeiten ergänzt werden muss. Etwa gibt es in Österreich, trotz eher hohem Niveau bei den Selbstbehalten, kaum unerfüllten Behandlungsbedarf. Die Schweiz ist ebenfalls für eher hohe Out-of-Pocket-Zahlungen bekannt und kann ein Gesundheitssystem mit geringen Zugangsbarrieren vorweisen. Frankreich befindet sich in diesem Ranking trotz der niedrigen OOP-Zahlungen nur im Mittelfeld. Zypern hat zwar den höchsten Wert bei den Selbstbehalten, liegt jedoch beim unerfüllten Behandlungsbedarf ebenfalls im Mittelfeld. Bei Griechenland und Lettland sind hingegen beide Werte hoch. Das bedeutet natürlich nicht, dass Selbstbehalte keine Auswirkungen auf die soziale Ausgewogenheit eines Gesundheitssystems haben, sondern dass es auch noch andere Faktoren gibt, die hier maßgeblichen Einfluss nehmen. So ist zum Beispiel auch von Bedeutung, in welchem Ausmaß Direktzahlungen sozial abgedeckt sind.

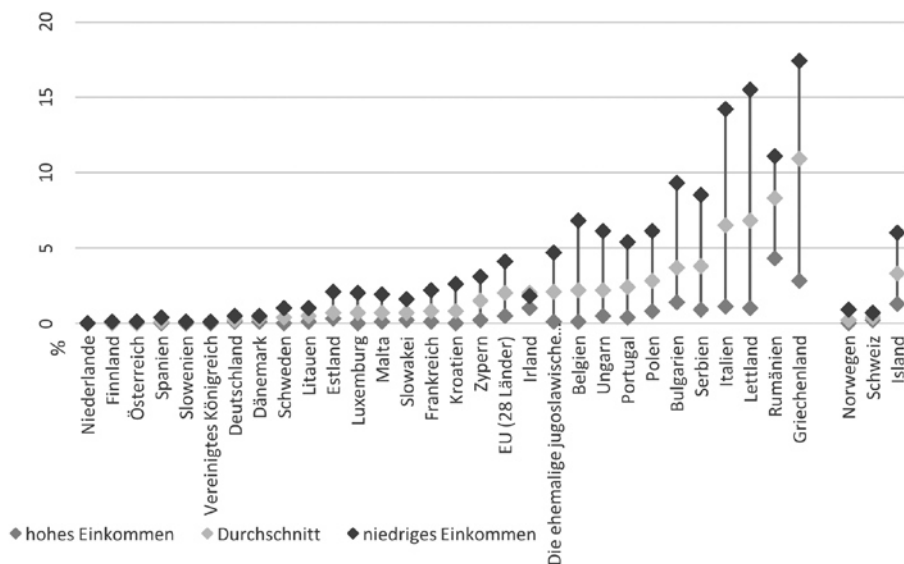


Abbildung 5: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf nach Einkommen 2015 in Prozent<sup>12</sup>

11 OECD (2016), S. 123

12 EUROSTAT (2017)



### 3. Selbstbehalte in Österreich

Die Selbstbehalte im österreichischen Gesundheitssystem sind historisch gewachsen und haben daher nur zu einem sehr geringen Teil eine steuernde Wirkung, wodurch eher die Finanzierungsfunktion im Vordergrund steht. Selbstbeteiligungen variieren je nach Versicherung. Die Versicherungen für Selbstständige (SVA), Landwirte (SVB) und Beamte (BVA) weisen unterschiedliche Regelungen auf als die Versicherungen der unselbstständig Beschäftigten (GKKs). Aber auch bei den Versicherten nach ASVG bestehen je nach Bundesland Unterschiede. Zwar werden vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger allgemeine Regeln vorgegeben, die jedoch vom einzelnen Träger im Detail ausformuliert werden können. So bestehen zwischen den Gebietskrankenkassen z.B. teils große Unterschiede bei Bezuschussungen. Im Großen und Ganzen sind die Regelungen zu Selbstbehaltbefreiungen jedoch ähnlich.<sup>13</sup>

In Österreich gibt es zahlreiche Ausnahmen und Befreiungen von Selbsthalten. So sind etwa Pensionisten mit Ausgleichszulage, Patienten mit anzeigepflichtigen, übertragbaren Krankheiten (z.B. AIDS, Hepatitis), Zivildienstler, Asylwerber und Bezieher der bedarfsorientierten Mindestsicherung automatisch von der Rezeptgebühr befreit. Darüber hinaus können Bezieher kleiner Einkommen und Patienten mit überdurchschnittlich hohen Kosten für Gesundheit (z.B. aufgrund einer chronischen Erkrankung) eine Befreiung beantragen.<sup>14</sup> Die Rezeptgebührenbefreiung gilt als Indikator für eine Reihe anderer Gebührenbefreiungen (z.B. für den Kostenbeitrag im Spital).<sup>15</sup>

#### 3.1. Ambulanter Sektor

Für die Behandlung im ambulanten Bereich wurde früher (vor 2006) ein sogenannter Krankenschein vom Arbeitgeber ausgestellt, mit dem ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden konnte. Der Krankenschein wurde gegen eine Gebühr von 3,63 Euro ausgestellt (für ASVG-Versicherte) und war immer für ein Quartal gültig. Im Jahr 2006 wurde diese Praktik von der E-Card-Servicegebühr abgelöst. Diese wird jährlich eingehoben und beträgt 11,94 Euro (kann je nach Versicherung variieren). Dieser Betrag kommt direkt der Versicherung zugute. Versicherte von

<sup>13</sup> Hofmarcher (2013), S. 115

<sup>14</sup> WGKK (2017)

<sup>15</sup> Hofmarcher (2013), S. 115

SVA, SVB, BVA und VAEB sind von der E-Card-Gebühr ausgenommen, da sie im Gegensatz zu ASVG-Versicherten (GKKs) einen Selbsthalt für ärztliche Hilfe leisten müssen und auch vor der Umstellung auf die elektronische Versicherungskarte keine Krankenscheingebühr zahlen mussten. Seit der Umstellung auf die E-Card sind auch Bezieher der Mindestsicherung von der Krankenversicherung umfasst.<sup>16</sup> Im Jahr 2015 betrugen die Einnahmen der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse aus dem Service-Entgelt der E-Card rund 6,5 Millionen Euro<sup>17</sup>, das sind 0,3 Prozent aller Erträge und 1,35 Prozent der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (ohne Zahnbehandlungen) der OÖGKK. Die Wiener Gebietskrankenkasse verzeichnete 2015 Einnahmen aus dem Service-Entgelt in der Höhe von 9,3 Millionen Euro<sup>18</sup> (ebenfalls 0,3 Prozent aller Erträge; 1,15 Prozent der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen).

Ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen (wie Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie etc.) können analog zu Wahlärzten in Anspruch genommen werden. Für diese Leistungen kann bei den Krankenkassen ein Kostenersatz beantragt werden. Selbiges gilt für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen sowie Wahlärzte – also Ärzte, die keinen Vertrag mit der Kasse haben. Bei wahlärztlichen Leistungen werden maximal 80 Prozent des Kassentarifs refundiert. Die Österreicher gaben in diesem Bereich rund 2,4 Mrd. Euro an privaten Zahlungen aus – über ein Drittel aller Out-of-Pocket-Zahlungen (inkl. Langzeitpflege).<sup>19</sup>

Wie bereits erwähnt, sind bestimmte Berufsgruppen im Rahmen ihrer Pflichtversicherung dazu angehalten, einen Beitrag zur ärztlichen Hilfe zu leisten. Dieser Satz macht bei Beamten (BVA) und Selbstständigen (SVA) 20 Prozent der Kosten aus. Bei Beschäftigten der Eisenbahnen und im Bergbau (VAEB) liegt der Anteil des Selbstbehaltes bei 14 Prozent, und Bauern (SVB) zahlen einen fixen Eurobeitrag pro Arztbesuch. Diese Selbstbehalte sind jedoch mit einem Höchstbeitrag gedeckelt. Die BVA konnte 2016 zum Beispiel einen Gesamtbetrag von ca. 48,5 Mio. Euro<sup>20</sup> an Behandlungsbeiträgen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen einheben, das waren 2,7 Prozent aller Erträge.

16 Hofmarcher (2013), S. 116

17 OÖGKK (2016), S. 4

18 WGKK (2016), S. II

19 Eigene Berechnungen nach Statistik Austria (2017)

20 BVA (2017), S. 26

## 3.2. Medikamente und medizinische Heilbehelfe

Die Rezeptgebühr wurde 1956 eingeführt und ist ein Pauschalbetrag, der pro Packung eines rezeptpflichtigen Präparates verrechnet wird. Für 2017 beträgt die Rezeptgebühr 5,85 Euro und ist mit einem Höchstbeitrags von 2 Prozent des jährlichen Nettoeinkommens gedeckelt. Kostet ein Medikament weniger als die Rezeptgebühr, dann wird dem Patient natürlich nur der tatsächliche Preis verrechnet.<sup>21</sup> Der Selbstbehalt wird direkt von den Apotheken eingehoben und mit den Kassen gegenverrechnet. Wie bereits oben erwähnt, gibt es zahlreiche Befreiungsmöglichkeiten von der Rezeptgebühr.

Die Österreicher haben 2015 rund 400 Mio. Euro an Rezeptgebühren ausgegeben. Weitere 865 Mio. Euro wurden für rezeptfreie Medikamente und 80 Mio. Euro für andere medizinische Gebrauchsgüter (medical non-durables; z.B. Bandagen, Verhütungsmittel) verwendet.<sup>22</sup> Die OÖGKK erhielt 2015 48,4 Mio. Euro an Rezeptgebühren, was einem Anteil von 2,2 Prozent aller Erträge entspricht. Es ist mit Abstand der größte Posten bei den Erträgen aus Gebühren und Behandlungsbeiträgen bei der OÖGKK. Dem gegenüber bezahlte die OÖGKK 2015 402 Mio. Euro für Heilmittel (Arzneien), der Selbstbehalt für Medikamente entsprach also durchschnittlich einem Satz von 12 Prozent der tatsächlichen Kosten.

Unter medizinischen Heilbehelfen werden zum Beispiel Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparate, Rollstühle und Prothesen verstanden. Die Kostenbeteiligung beträgt bei den meisten Versicherern 10 Prozent, mindestens aber 33,2 Euro, bei Sehbehelfen mindestens 99,6 Euro.<sup>23</sup> Der Selbstkostenanteil ist direkt beim Kauf zu bezahlen. Auch hier gibt es zahlreiche Ausnahmen und Reduktionen zum Selbstbehalt. 753 Mio. Euro gaben die Österreicher 2015 für diese Form der medizinischen Güter „out of pocket“ aus, den Großteil davon für Sehbehelfe.<sup>24</sup>

## 3.3. Stationärer Sektor

Wie bereits geschildert, ist der Spitalsbereich anteilig am wenigsten über Selbstbehalte finanziert. Hier gibt es lediglich einen täglichen Kostenbeitrag in der Höhe zwischen 12 und 19 Euro zu zahlen. Dieser Betrag variiert je nach Bundesland und ist für maximal 28 Tage zu zahlen, in Oberösterreich z.B. für maximal 26 Tage. Auch bei dieser Art von Selbstbehalt existieren zahlreiche Ausnahmen, wie etwa

21 Österreichische Apothekerkammer (2017)

22 Statistik Austria (2017)

23 [gesundheit.gv.at](http://gesundheit.gv.at)

24 Eigene Berechnungen nach Statistik Austria (2017)

bei Entbindungen, einer Organspende oder bei niedrigem Einkommen (Rezeptgebührenbefreiung) und für Personen unter 18 Jahren.<sup>25</sup> In den oberösterreichischen landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten wurden aus diesem Kostenbeitrag (gem. § 447f Abs. 7 ASVG) im Jahr 2015 rund 6 Mio. Euro lukriert, ein Anteil von 0,3 Prozent aller Erträge.<sup>26</sup>

Außerdem werden im Spital nicht alle Leistungen von der Sozialversicherung übernommen, wie etwa Schönheitsoperationen oder nicht medizinisch indizierte Sterilisationen. Bei anderen Leistungen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden (z.B. die Einpflanzung eines Magenbandes bei Adipositas).

---

25 § 447f Abs. 7 ASVG

26 OÖ. Gesundheitsfonds (2016), S. 43

## 4. Selbstbehalte in anderen Ländern

### 4.1. Schweden

Schweden liegt beim Anteil der OOP-Zahlungen an den Gesundheitsausgaben mit 16 Prozent ähnlich wie Österreich, finanziert jedoch den ambulanten und stationären Sektor weniger stark und den Medikamentenbereich und die zahnärztliche Versorgung hingegen stärker mit Direktzahlungen der Patienten. Gemessen am Gesamtkonsum machen die Selbstbehalte in der Gesundheitsversorgung sogar einen etwas größeren Anteil aus als in Österreich (3,4 Prozent bzw. 2,7 Prozent) und auch der Anteil der Bevölkerung mit unerfülltem Behandlungsbedarf liegt in Schweden vor allem bei unteren Einkommensschichten zwar noch äußerst niedrig, aber im Vergleich zu Österreich etwas höher. Die freiwillige private Krankenversicherung spielt in Schweden keine Rolle.

In Schweden gibt es eine Arztgebühr, die sich Patientavgift nennt und bei jedem Arztbesuch anfällt. Diese betrug 2011 je nach Region bei Hausärzten umgerechnet zwischen 11 und 22 Euro und bei Fachärzten zwischen 25 und 35 Euro und wurde mit 122 Euro jährlich gedeckelt. Von dieser Gebühr sind Kinder und junge Personen (unter 20 Jahre) sowie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Schwangerschaftsvorsorge (in Primärversorgungszentren) in den meisten Regionen ausgenommen.

Bei stationären Aufenthalten wird ein Betrag von täglich umgerechnet € 9 fällig, der sich regional unterschiedlich aufgrund von Einkommen, Alter (< 20 und > 65 Jahre) und der Länge des Aufenthaltes reduziert. Im Bereich der Medikamente und der zahnärztlichen Versorgung setzt man in Schweden auf den Schutz vor hohen Kosten. Hier ist jährlich ein bestimmter Betrag selbst zu zahlen (2011: Medikamente € 122; Zahnarzt € 333), und erst darüber hinaus ersetzen die Krankenkassen einen (je nach Region unterschiedlichen) Teil der Kosten, der progressiv ansteigt und ab einem Höchstbetrag gänzlich bezahlt wird. Auch hier sind in den meisten Regionen Menschen unter 20 Jahren ausgenommen.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Anell et al. (2012), S. 62f.

## 4.2. Schweiz

In der Schweiz liegt der Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen mit 27 Prozent vergleichsweise hoch. Vor allem der ambulante Sektor wird sehr stark mittels Selbstbehalten finanziert (rd. 43 Prozent), während die Anteile bei der Medikamentenversorgung und im stationären Bereich nicht auffällig sind. Hohe 4,7 Prozent des gesamten Konsums der Schweizer fließen in Selbstbehalte für die Gesundheitsversorgung. Trotz der vielen Selbstbehalte gibt es jedoch kaum Personen mit un-erfülltem Behandlungsbedarf.

In der gesetzlichen Pflichtversicherung existieren grundsätzlich ein sogenannter Franchisebetrag und ein darüber hinausgehender prozentueller Selbstbehalt. Der Franchisebetrag kann vom Versicherten in gesetzlich festgelegten Stufen zwischen 300 und 2.500 CHF<sup>28</sup> (für Erwachsene) und zwischen 0 und 600 CHF (für Kinder) jährlich gewählt werden. Die ersten z.B. 300 Franken muss der Versicherte dann jedes Jahr selbst bezahlen. Für darüber hinausgehende Kosten fällt ein prozentueller Selbstbehalt an, der nicht von einer privaten Versicherung übernommen werden darf. Dieser Selbstbehalt kann nochmal maximal 700 CHF (bei Kindern 350 CHF) ausmachen, wodurch ein maximaler jährlicher Selbstkostenanteil (je nach gewähltem Franchise) zwischen 1.000 und 3.200 CHF (bei Kindern zwischen 350 und 950 CHF) anfallen kann. Kostenfrei sind lediglich Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie intramurale Aufenthalte für Kinder und Auszubildende bis 26 Jahre sowie Geburten. Bei Haus- und Fachärzten beträgt der Selbstbehalt nach dem Franchise 10 Prozent, bei Originalmedikamenten, für die ein Generikum existiert, 20 Prozent (Steuerungsfunktion) und im Spital ebenfalls 10 Prozent. Zusätzlich wird im Krankenhaus ein Verpflegungsbeitrag von täglich 15 CHF eingehoben, der nicht unter den Maximalbetrag für Selbstbehalte fällt und daher unbeschränkt bezahlt werden muss. Zahnärztliche Leistungen werden von der Pflichtversicherung kaum übernommen und es gibt in dem Bereich keine Obergrenze für OOP-Zahlungen.<sup>29</sup>

Die oben beschriebenen Selbstbehalte im Rahmen der Kostenbeteiligung machen in der Schweiz jedoch nur einen geringen Teil der Direktzahlungen aus, denn ein Großteil der privaten Selbstzahlungen wird für Leistungen ausgegeben, die nicht vom Leistungskatalog der Pflichtversicherung umfasst sind. Hier fallen hauptsächlich Zahnarztleistungen, Psychotherapie (außerhalb einer Arztordination), Physiotherapie (ohne Verschreibung), Laborleistungen, radiologische Dienste, Patiententransporte, nicht auf der Positivliste stehende Medikamente und manche Arztleistungen hinein. Im Spital werden Zusatzleistungen (z.B. Einzelzimmer)

<sup>28</sup> 1 CHF entspricht 0,87 Euro

<sup>29</sup> De Pietro et al (2015), S. 106f.

und medizinisch nicht notwendige Maßnahmen (z.B. Schönheitsoperationen) nicht von der Pflichtversicherung umfasst.

### 4.3. Frankreich

Wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, weist Frankreich zwar rein zahlenmäßig äußerst niedrige Out-of-Pocket-Zahlungen auf, dies ist jedoch durch eine starke Absicherung der Selbstbehalte über die freiwillige private Krankenversicherung bedingt, die darum in Frankreich eine vergleichsweise große Rolle spielt. In Wahrheit fallen in Frankreich beträchtliche Selbstkosten an, die Personen ohne zusätzlichen Schutz durch eine private Versicherung im Krankheitsfall durchaus in finanzielle Bedrängung bringen können. Dementsprechend geben auch mehr Personen als in Österreich an, unerfüllten Behandlungsbedarf zu haben.

In Frankreich finanzieren die Patienten den Arzttarif im Normalfall vor und bekommen von der gesetzlichen Versicherung einen Teil rückerstattet. Die meisten Patienten bekommen nach einer Inanspruchnahme sowohl Rückzahlungen von der gesetzlichen als auch von der privaten Krankenversicherung. Im Sachleistungssystem (Direktzahlung der Versicherung an den Gesundheitsdienstleister) befanden sich bis vor kurzem lediglich Versicherte mit geringem Einkommen oder prekären Lebensverhältnissen sowie Personen mit berufsbedingten Krankheiten oder Verletzungen. Seit Juli 2016 ist es außerdem für Anspruchsberechtigte der gesetzlichen Krankenversicherung mit 100-prozentiger Deckung der gesetzlichen Tarife möglich, dass die Kosten im Sinne eines Sachleistungssystems von der Kasse übernommen werden. Diese Neuerung betrifft ca. 11 Millionen Anspruchsberechtigte und ist ein wichtiger Schritt in einem Land, indem ein Viertel der Bürger aufgrund finanzieller Hürden auf medizinische Leistungen verzichtet.<sup>30</sup>

Bei Hausarzt- und Facharztbesuchen beträgt der anteilige Selbstbehalt 30 Prozent der Kosten. Außerdem fällt ein Euro pro Arztbesuch an, der von der privaten Krankenversicherung nicht ersetzt werden kann (deductible). Diese Fixgebühr ist mit 50 Euro pro Jahr gedeckelt. In den Spitälern wird ein 20-prozentiger Selbstkostenanteil und ein Verpflegungsgeld in der Höhe von 18 Euro pro Tag eingehoben. Bei Medikamenten fällt meist ein Selbstkostenanteil von 35 Prozent an, dieser variiert jedoch je nach Versicherung. Zusätzlich wird pro Packung ein Betrag von 0,5 Euro bis max. 50 Euro jährlich eingehoben, der ebenfalls nicht von der PKV übernommen werden kann. Natürlich existieren in Frankreich ebenfalls Befrei-

<sup>30</sup> vgl. Chevreur et al. (2015) – Ergänzung vom 27.01.2017 von Carolie Gandré und Karine Chevreur in der online-Version unter [www.hspm.org](http://www.hspm.org)

ungen und Reduktionen von Selbstbehalten für z.B. chronisch Kranke, niedrige Einkommen, Schwangere und behinderte Menschen und verschiedene Behandlungen sind kostenfrei (z.B. Vorsorgeuntersuchungen).<sup>31,32,33</sup>

## 4.4. Großbritannien

Großbritannien hat ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem, und es existieren daher relativ wenige Selbstbehalte. 15 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben sind OOP-Zahlungen. Besonders im ambulanten Bereich fallen vergleichsweise geringe Selbstbehalte an, und auch im Spital fallen nur geringe Selbstkostenanteile an. Die Medikamentenversorgung ist hingegen durchschnittlich hoch durch Selbstbehalte finanziert. 1,5 Prozent des gesamten Konsums geben die Briten out of pocket für das Gesundheitssystem aus. Auch im Vereinigten Königreich besteht, wie in Österreich, nahezu kein unerfüllter Behandlungsbedarf.

Selbstbeteiligung gibt es vor allem in der zahnärztlichen Versorgung des NHS, wo die Patienten in Nordirland und Wales sogar bis zu 80 Prozent der Kosten selbst tragen müssen. In England und Wales existiert ein dreistufiges Gebührensystem für Zahnarztbehandlungen. Für bestimmte Bevölkerungsgruppen gibt es jedoch Ausnahmen. Darüber hinaus werden in England geringe Rezeptgebühren eingehoben (2017: £ 8,6)<sup>34</sup>, bei denen es jedoch so viele Ausnahmen gibt (z.B. für Personen < 16 und > 60 Jahre), dass 2012 lediglich für 10 Prozent der Rezepte Gebühren eingehoben wurden. In den anderen Teilen des Vereinigten Königreiches werden überhaupt keine Rezeptgebühren verrechnet. Für nicht verschreibungspflichtige Medikamente kommt der NHS nicht auf. Augenuntersuchungen werden in Schottland für alle und in England, Nordirland und Wales für ausgewählte Gruppen kostenfrei angeboten, sonstige optische Services müssen jedoch selbst bezahlt werden. Es gibt jedoch Beihilfen für Kontaktlinsen und Brillen. Ebenso werden Patiententransporte nur unter gewissen Voraussetzungen vom staatlichen Gesundheitsdienst übernommen (z.B. mit Überweisung, bei geringem Einkommen).<sup>35</sup>

31 Czipionka et al. (2017), S. 27

32 Finkenstädt (2017), S. 23

33 vgl. Chevreul et al. (2015), S. 85f.

34 <https://www.gov.uk/government/speeches/nhs-prescription-charges-from-april-2017>

35 Cylus (2015), S. 54



## 4.5. Vereinigte Staaten von Amerika

Die USA haben im OECD-Vergleich die höchsten Gesundheitsausgaben (16,9 Prozent vom BIP) und auch die höchsten privaten Ausgaben für Gesundheit (8,6 Prozent vom BIP; 51,2 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben). Die OOP-Ausgaben liegen bei 11,1 Prozent.<sup>36</sup> Der Anteil der OOP-Ausgaben an den gesamten Gesundheitskosten ist zwar seit den 1970er Jahren konstant rückläufig (1970: 40m Prozent), die Out-of-Pocket-Zahlungen sind aufgrund des stark wachsenden Gesundheitssektors jedoch dennoch nominal stetig angestiegen.

Die Höhe der Out-of-Pocket-Zahlungen liegt prozentuell nicht besonders hoch. Ähnlich wie in Frankreich spielt aber auch in den USA die freiwillige private Krankenversicherung eine große Rolle, mit einem Finanzierungsanteil von 39,6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Wer nicht (zusätzlich) privat versichert ist, kann im Krankheitsfall schnell in eine finanzielle Notlage geraten. So zeigen Zahlen, dass der nominelle Anstieg der OOP-Zahlungen vor allem sozial schwache Gruppierungen stärker trafen als andere (zwischen 1995 und 2006: Personen mit öffentlicher Krankenversicherung (außer Medicaid) + 60 Prozent; Unversicherte + 46 Prozent; Personen unter der Armutsgrenze + 35 Prozent; im Vergleich zu Privatversicherten + 15 Prozent). Alte Menschen weisen in den USA die höchsten Selbstbehaltszahlungen auf und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand (z.B. chronisch Kranke) werden ebenfalls viel mehr belastet als gesunde Menschen. 2001 gab beinahe die Hälfte aller amerikanischen Familien, die Bankrott anmeldeten, an, dass medizinische Kosten ein Grund dafür waren.<sup>37</sup> Soziale Abfederungen gibt es in den USA also nur sehr unzureichend, zumal viele Menschen über keinen Schutz vor Gesundheitskosten verfügen.

<sup>36</sup> OECD (2017); Werte für 2015

<sup>37</sup> Rice et al. (2013), S. 146

## 5. Auswirkung von Selbstbehalten

Private Zuzahlungen haben prinzipiell zwei Funktionen. Zum einen ist dies die Lenkungsfunktion: Durch Selbstbehalte sollen Patienten dazu animiert werden, nicht mehr medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, als unbedingt notwendig sind. Unnötige Maßnahmen sollen vermieden und kostengünstigere Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Übernutzung des durch die Versicherung „kostenlosen“ Gesundheitssystems soll so vermieden werden. Man erwartet sich davon eine nachhaltige Dämpfung der Ausgaben im Gesundheitswesen. Andererseits werden durch Selbstbehalte aber auch direkte Einnahmen generiert (Finanzierungsfunktion).

Eine der bekanntesten Studien zu diesem Thema ist das Health Insurance Experiment (HIE) der RAND-Organisation. Diese stammt zwar schon aus den Jahren 1971–1982 und wurde in den USA durchgeführt, liefert aber immer noch wertvolle Hinweise zur Wirkungsweise von Selbstbehalten im Gesundheitswesen. In der RAND-Studie wurden 7.700 Personen zufällig in vier verschiedene Gesundheitsversicherungsmodelle und ein Gesundheitsversorgungsmodell mit freier Gesundheitsversorgung (ohne Versicherungsbeiträge) eingeteilt. In den Versicherungsmodellen zahlten die Personen einkommensabhängige Beiträge und mussten für in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen Selbstbehalte zahlen (0 Prozent – 25 Prozent – 50 Prozent – 95 Prozent). Die Selbstbehalte wurden dabei jährlich mit einem Höchstbeitrag gedeckelt. In dieser Studie zeigte sich ein deutlicher Lenkungseffekt bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Personen im Versicherungssystem mit Selbstbehalten suchten jährlich ein bis zwei Mal seltener den Arzt auf als Personen mit kostenfreier Versorgung und nahmen 20 Prozent weniger Krankenhausaufenthalte in Anspruch. Auch bei anderen Gesundheitsleistungen, wie Zahnarztbesuchen, Verschreibungen und psychischen Behandlungen, konnten niedrigere Inanspruchnahmen verzeichnet werden. Außerdem reduzierten sich auch die Kosten für die Gesundheitsversorgung für Personen in Modellen mit Selbstbehalt. Allerdings waren diese Einsparungen mehr auf die geringere Inanspruchnahme als auf ein Suchen günstigerer Preise zurückzuführen. Interessant ist auch, dass die geringere Inanspruchnahme von Leistungen hauptsächlich daraus resultierte, dass Personen mit Selbstbehalten weniger häufig eine Behandlung initiierten. Wurde einmal eine Behandlung begonnen, waren die Unterschiede in den folgenden Aufwendungen gering.<sup>38</sup>

<sup>38</sup> Brook et al. (2006)

Ein gegenteiliges Beispiel zeigen Zahlen aus Deutschland in Bezug auf die sogenannte Praxisgebühr, die 2004 eingeführt und 2013 wieder aufgehoben wurde. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mussten in diesem Zeitraum für Arztbesuche, Zahnarztbehandlungen, Psychotherapiestunden und den kassenärztlichen Notdienst einmal im Quartal einen Selbstbehalt in der Höhe von 10 Euro entrichten. Eine geringere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen konnte hier jedoch nur kurz nach Einführung des Selbstbehaltes beobachtet werden. Später pendelten sich die Zahlen jedoch wieder auf das alte Niveau ein und stiegen nach Abschaffung der Praxisgebühr noch einmal an. Eine deutliche Wirkung zeigte sich hingegen bei der Erstinanspruchnahme von Fachärzten: Die Zahl der Menschen, die mit Überweisung kamen, stieg enorm an, da für Besuche mit Überweisungsschein keine Praxisgebühr anfiel. Nach Aufhebung des Selbstbehaltes kehrten die Patienten zu ihren alten Gewohnheiten zurück und konsultierten den Facharzt in den meisten Fällen wieder direkt.<sup>39</sup> Die Frage, ob durch die Praxisgebühr eher unnötige oder wichtige Arztbesuche dezimiert wurden, lässt sich hingegen nur schwer beantworten. Eine Studie des Gesundheitsmonitors stellt jedoch eher keine Reduktion unnötiger Arztbesuche fest und sieht die Moral-Hazard-Theorie in diesem Fall als widerlegt an.<sup>40</sup>

Im Zuge der oben bereits angeführten RAND-Studie stellte sich außerdem heraus, dass Personen mit Selbsthalten ebenso effektive wie auch wenig effektive Behandlungsmethoden in gleichem Ausmaß reduzierten. Der Anteil der unnötigen Hospitalisierungen und Antibiotikagaben war bei Personen mit Selbsthalten genauso hoch wie bei Personen ohne Selbstkostenanteil.<sup>41</sup> Auch die WHO<sup>42</sup> merkt an, dass Selbstbehalte zwar dazu führen, dass eine spezifische Leistung weniger in Anspruch genommen wird, die Leute deshalb aber nicht notwendigerweise rationaler entscheiden, welche Leistungen sie wann nachfragen sollen. Hingegen gibt es Erkenntnisse einer neueren RAND-Studie, die einen negativen Zusammenhang zwischen Compliance und Selbsthalten bei Medikamentenverschreibungen vermuten lässt. Bei der Verschreibung von cholesterinsenkenden Arzneimitteln war bei Patienten ohne Selbsthalten die Befolgung der Einnahmeempfehlungen höher und in Folge das Risiko einer Hospitalisierung oder einer anderen teuren Folgebehandlung geringer.<sup>43</sup>

39 Heuer (2016)

40 Reiners, Schnee (2007) S. 144

41 Brook et al. (2006)

42 WHO (2000), S. 99

43 Goldman et al. (2006)

Im RAND-Experiment der 70er Jahre zeigte sich hingegen, dass die geringere Inanspruchnahme von Leistungen, die durch die Zuzahlungsmodelle induziert wurde, kaum Auswirkungen auf die Gesundheit der Probanden hatte. Lediglich Personen mit sehr schlechtem Gesundheitszustand und arme Teilnehmer profitierten etwas von einem Versicherungsmodell ohne Selbstbehalte.<sup>44</sup> Demgegenüber wird auch immer wieder kritisiert, dass die Möglichkeit, jegliche Gesundheitsleistungen kostenfrei in Anspruch zu nehmen, den Anreiz zur präventiven Krankheitsvorbeugung minimiert.<sup>45</sup> Dieser Theorie zur Folge gehen wichtige Eigeninitiativen für die Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes, wie etwa das Bemühen um einen gesunden Lebensstil, verloren und verursachen damit Kosten im Gesundheitssystem.

---

44 Brook et al. (2006)

45 Beyer, Zweifel, Kifmann (2004), S. 267

## 6. Zusammenfassung

Aufgrund der unklaren Studienlage zu Wirkungen von Selbstbehalten sollte mit Selbstbehalten äußerst umsichtig umgegangen werden. Darüber hinaus ist es auch nur bedingt möglich, erfolgreiche Selbstbehalt-Modelle in andere Länder umzulegen, da das Umfeld eines Gesundheitswesens immer einzigartig ist und dieselbe Maßnahme im Kontext eines anderen Systems immer andere Auswirkungen hat. Darüber hinaus zeichnen auch die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen maßgeblich für die Akzeptanz von Selbstbehalten innerhalb einer Risikogemeinschaft. So könnte man die Vielfalt von Selbstbehalten, wie sie in der Schweiz existieren, niemals im Vereinigten Königreich umsetzen, wo der staatliche Gesundheitsdienst nach dem Grundprinzip handelt, allen Bürgern eine möglichst kostenfreie Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen. Das größte Hindernis für die Umsetzung von Selbstbehalten ist aber die Sorge darüber, eventuell die Gesundheitsversorgung für untere Einkommensschichten und andere vulnerable Gruppen zu viel zu beschneiden und dadurch ihre Gesundheit zu gefährden. Um dies zu verhindern, müssen Ausnahmeregelungen für Selbstbehalte konzipiert werden, die wiederum die Gefahr einer überbordenden Bürokratie mit sich bringen, die im schlimmsten Fall die durch die Maßnahme erzielten Einsparungen und Einnahmen wieder auffressen oder sogar übersteigen könnten.

Die meisten neu eingeführten Selbstbehalte haben heute hauptsächlich eine Steuerungsfunktion zum Ziel, die direkte Finanzierungsfunktion steht im Hintergrund. Man möchte sparen, indem man die Patienten von unnötigen Leistungen abbringt und teure Leistungen durch günstigere substituiert (z.B. bei Medikamenten Generika statt Originalpräparaten). So fördern einige Länder z.B. Managed-Care-Programme. Wenn Versicherte freiwillig teilnehmen und in Folge nur nach Überweisung durch den Hausarzt in fachärztliche oder stationäre Versorgung gehen, dann reduzieren sich Selbstbehalte oder Versicherungsbeiträge (z.B. Frankreich oder USA). Ein weiteres Kriterium, das für Selbstbehalte spricht, ist die Annahme, dass bei einer kostenlosen Gesundheitsversorgung Versicherte weniger Anreiz haben, selbstständig auf ihre Gesundheit zu achten (z.B. durch einen gesunden Lebensstil).

# Literaturverzeichnis

- Anell, Anders; Glennigard; Anna H.; Merkur, Sherry (2012): Sweden – Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 14 No. 5.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2004): Gesundheitsökonomik. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.
- Brook, Robert H.; Keeler, Emmet B.; Lohr Kathleen N.; et al. (2006): The Health Insurance Experiment. A classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate. RAND. [https://www.rand.org/pubs/research\\_briefs/RB9174.html](https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html)
- BVA (2017): Jahresbericht 2016. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Wien.
- Chevreul, K; Berg Brigham, K.; Durand-Zaleski, I.; Hernandez-Quevedo, C. (2015): France – Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 17 No. 3.
- Czypionka, T.; Riedel, M; Röhrling, G.; Lappöhn, S; Six, E. (2017): Zukunft der sozialen Krankenversicherung – Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich. Institut für höhere Studien (IHS). Wien.
- Cyles, J.; Richardson, E.; Findley, L.; Longley, M.; O'Neill, C.; Steel, D. (2015): United Kingdom – Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 17 No. 5.
- De Pietro, C.; Camenzind, P.; Sturny, I.; Crivelli, L.; Edwards-Garavoglia, S.; Spranger, A.; Wittenbecher, F.; Quentin, W. (2015): Switzerland – Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 17 No. 4.
- EUROSTAT (2017): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Gesundheit. Nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung wegen zu hoher Kosten, nach Selbstauskunft, nach Einkommensquintil. Europäische Kommission. Luxemburg.
- Finkenstädt, Verena (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick. Wissenschaftliches Institut der PKV. Köln.
- Goldman, Dana P.; Joyce, Geoffrey F.; Karaca-Mandic, Pinar (2006): Cutting Drug Co-Payments for Sicker Patients on Cholesterol-Lowering Drugs Could Save a Billion Dollars Every Year. RAND. [https://www.rand.org/pubs/research\\_briefs/RB9169.html](https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9169.html)
- Habimana, Katharina; Bachner, Florian; Bobek, Julia; Ladurner, Joy; Ostermann, Herwig (2015): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.
- Heuer, Joachim (2016): Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

- Hofmarcher, Maria M. (2013): Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen. Internet-Version für das Bundesministerium für Gesundheit. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- OECD (2016): Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD (2017): Datenbank der OECD - OECD.Stat. Health Expenditure and Financing. OECD Publishing. Paris. [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
- OÖ Gesundheitsfonds (2016): Geschäftsbericht 2015 – Tätigkeit und Gebahrung. OÖ Gesundheitsfonds, Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben. Linz.
- OÖGKK (2016): Rechnungsabschluss OÖGKK\_2015. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Linz.
- Österreichische Apothekerkammer (2017): <http://www.apotheker.or.at/internet/oeak/newspresse.nsf/1bd86a866fd269b5c1256d21002d53da/d2fcb57ed4671f75c1256f2c005d30f3?OpenDocument>
- Reiners, Hartmut; Schnee, Melanie (2007): Hat die Praxisgebühr eine nachhaltig Steuerwirkung? IN Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Bertelsmann Stiftung.
- Rice, Thomas; Rosenau, Pauline; Unruh, Lynn Y.; Barnes, Andrew J. (2013): United States of America - Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 15 No. 3.
- Statistik Austria (2017): Current expenditure on health care by functions, providers and financing schemes in Austria, 2015 (in million euros)
- WGKK (2016): Jahresbericht 2015. Wiener Gebietskrankenkasse. Wien.
- WGKK (2017): <http://www.wgkk.at/portal27/wgkkversportal/content?contentid=10007.724600&viewmode=content>

*Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA*

*Leiter des Ethikprogramms der Barmherzigen Brüder Österreich, Wien*

# Homo oeconomicus und Homo nudgensis in der Krankenversicherung

Eine ethische Spurensuche

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Unser Umgang mit dem Krankheitsrisiko                   | 89  |
| 2. Versicherungskomplikationen mit ethischen Implikationen | 93  |
| 3. Bewältigungsversuche mit ethischen Implikationen        | 97  |
| 4. Ethische Reflexion                                      | 102 |
| 5. Schlussfolgerung                                        | 107 |
| Literaturverzeichnis                                       | 109 |





# 1. Unser Umgang mit dem Krankheitsrisiko

Die Wahrscheinlichkeit, im Leben zumindest einmal krank zu werden, grenzt an Sicherheit; Krankheit ist Teil des menschlichen Lebens (der „*conditio humana*“).<sup>1</sup> Weniger vorhersehbar sind die näheren Umstände dieses Ereignisses: Insbesondere wissen wir weder wann wir krank werden noch in welchem Ausmaß. Wir können weiters nur im Groben erahnen, welche Konsequenzen vorstellbare Erkrankungen für unser praktisches Leben haben würden. Jedoch wissen wir, dass eine Krankheit je nach Schwere, Länge und sonstigen Umständen uns selbst und unser soziales Umfeld massiv beeinträchtigen könnte. Nicht nur körperliche oder kognitive Einschränkungen sind dann wahrscheinlich, sondern auch eine Erschwernis unserer Teilhabemöglichkeiten an gesellschaftlichen Prozessen – von Arbeit über Kultur und Freizeit bis hin zu gesellschaftspolitischer Interaktion.

Glücklicherweise gibt es für viele Krankheitssituationen eine Abhilfe. Medizin, Pflege und Therapie helfen dabei, Gesundheit wiederherzustellen und zu erhalten sowie Krankheitsbelastungen zu minimieren. Diese Hilfe benötigt Ressourcen. Die Ressourcenallokation für moderne, leistungsfähige Gesundheitssysteme, die eine solche Hilfe institutionell bereitstellen, veranschaulicht dies. Im individuellen Fall kann damit einem Menschen selbst in schwerer Krankheit geholfen werden, zugleich sind hiermit jedoch unter Umständen hohe Kosten verbunden: direkte Kosten für die Behandlung selbst sowie indirekte Kosten für durch die Krankheitsphase entgangene Lebenschancen (z.B. auf Verdienst).<sup>2</sup> Da die Umstände der Erkrankung ungewiss sind, sind es auch die Umstände des Ressourcenbedarfs: Höhe, Dauer und praktische Konsequenzen können erst abgeschätzt werden, wenn die Krankheit und Hilfsmöglichkeiten konkreter bekannt sind.

Wie können Menschen mit diesem Lebensrisiko umgehen? – Eine erste Option besteht darin, das Risiko zu negieren, sich also mit der Frage, was man im Fall einer Krankheit machen würde, gar nicht zu beschäftigen. Im Einzelfall wird dies gar keine so abwegige Herangehensweise sein. Eine entsprechende Hypothese lautet: Je weniger ein Mensch über gesundheitliche Aspekte wie die grundsätzlichen physiologischen, sozialen und psychologischen Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit Bescheid weiß, umso eher wird er diese Aspekte als nicht zu seinem persönlichen Leben gehörig ansehen – nach dem Motto: Krank sind die

---

1 Carel (2016).

2 Kelley, McGarry, et al. (2015).

anderen, mir fehlt ja nichts. Eine solche Person wird logischerweise nicht an Risikovorsorge denken. Erst wenn der Schadensfall eintritt, wird ihr bewusst, dass sie Hilfe benötigt. Haben sich andere Menschen für eine kollektive Absicherung entschieden, so ergibt sich durch das Opt-out einiger für sie die Herausforderung, wie auf „Trittbrettfahrer“ reagiert werden sollte.<sup>3</sup>

Eine zweite Option besteht darin, sich des grundsätzlichen Krankheitsrisikos bewusst zu sein. Manche Menschen werden vielleicht der Meinung sein, das Risiko allein schultern zu können und zu wollen. Sie könnten, so die Hypothese, eine individuelle Risikovorsorge-Kalkulation anstellen und zum Schluss kommen, dass sie im Fall des Falles über genügend Ressourcen verfügen, um eine Krankheit bzw. deren Behandlung zu bewältigen. Die Motive für eine solche individualistische Sichtweise mögen unterschiedlich sein und mit dem persönlichen Menschen- und Gesellschaftsbild zusammenhängen (dazu weiter unten mehr). Inwieweit die Kalkulation aufgeht, wird jedoch selbst für hoch vermögende Personen ungewiss bleiben. Wer nicht über (scheinbar) unbegrenzte Ressourcen allein verfügen kann, wird daher selbst bei einer stark auf das individuelle Schicksal fokussierten Herangehensweise zu dem Punkt kommen, sich mit anderen Menschen dahingehend zu verständigen, ob und inwieweit man sich gegen das Lebensrisiko der Erkrankung gemeinsam absichert. Damit entsteht eine Versicherungsgemeinschaft.

Die Versicherung ist die dritte Möglichkeit des Umgangs mit dem Krankheitsrisiko. Im Unterschied zu den ersten beiden Optionen handelt es sich um eine kollektive Bewältigungsstrategie. Wie das Versicherungssystem konkret ausgestaltet ist (ob es sich z.B. um eine öffentliche oder private Versicherung handelt), spielt an dieser Stelle der Argumentation noch keine maßgebliche Rolle.<sup>4</sup> Entscheidend ist vielmehr, dass es überhaupt zu einer Kooperation in Hinblick auf die Risikobewältigung kommt. Diese Kooperation kann als *rational* plausibilisiert werden. Sie ist nicht bloß ein Resultat mildtätiger Barmherzigkeit mit jenen, die das Krankheitsrisiko nicht aus eigenen Ressourcen stemmen könnten. Auch jene Personen, die ressourcenmäßig besser gestellt sind, müssten ein Eigeninteresse an einer kollektiven Lösung haben, wenn sie sich als rational ansehen.

3 Marwell & Ames (1981).

4 Bei weiterführender Analyse ließe sich argumentieren, dass ein System öffentlicher (d.h. gesetzlicher, sozialer) Krankenversicherung vernünftigerweise für eine wohlgeordnete Gesellschaft notwendig ist. Damit ist nicht determiniert, dass es ausschließlich eine öffentliche Krankenversicherung geben dürfe, und ebenso wenig, welche Risiken eine öffentliche Krankenversicherung genau abdecken müsste. All diese Fragen sind Teil einer weiterführenden Diskussion.

Diese Plausibilisierung hat John Rawls in seinem Gedankenexperiment des „Urzustands“ veranschaulicht.<sup>5</sup> Rawls geht der Frage nach, wie wir Menschen verbindliche Regeln des Zusammenlebens in einer Gesellschaft begründen könnten. Er schlägt dazu ein Gedankenexperiment vor, welches auf den Umgang mit dem Krankheitsrisiko hin konkretisiert werden kann: Angenommen, wir stehen vor der Frage, welche Regeln in unserer Gesellschaft für den Umgang mit dem Krankheitsrisiko gelten sollten. Manche von uns mögen zu spekulieren beginnen und meinen: Ich werde schon nicht krank werden (siehe weiter oben, Option 1), und wenn, dann habe ich sicherlich genug Ersparnis, um damit fertig zu werden (siehe weiter oben, Option 2). Solche Spekulationen könnten dazu führen, gar keine gemeinsamen Regeln für den Umgang mit dem Krankheitsrisiko zu definieren, sondern alle damit verbundenen Fragen der individuellen Entscheidung zu überlassen. Die Spekulanten würden jedoch mit einigen Sachzusammenhängen konfrontiert werden. So würde man ihnen vor Augen führen, welche Krankheiten mit welcher Wahrscheinlichkeit eintreten, welche Auswirkungen diese haben und welche Kosten damit verbunden sein können. Keiner von uns wüsste jedoch, wie sein persönliches Schicksal verlaufen würde. Ich weiß beispielsweise zwar, dass eine von vier Personen an Krebs erkranken wird, aber ich weiß nicht, ob ich die betroffene Person oder eine von den drei anderen sein werde. Ich weiß beispielsweise zwar, dass bei zwei von zehn Krebserkrankten ein mehrjähriges Weiterleben mit entsprechender Therapie möglich sein wird, aber ich weiß nicht, ob ich einer von den beiden bin, der auf die Therapie anspricht. Ich weiß schließlich, dass ein derzeit auf dem Markt befindliches Medikament für die Krebsbehandlung beispielsweise 800 Euro kostet, aber ich weiß nicht, wie viel ich davon benötige oder ob es zu meinem Erkrankungszeitpunkt vielleicht ein weitaus wirksameres, aber teureres Medikament geben wird.

Rawls bezeichnete diese Konstellation als „Schleier des Nichtwissens“. Er versuchte damit zu modellieren, was im Fall der Gesundheit tatsächlich weitgehend zutrifft: Wir alle können zwar über grobe Zusammenhänge von Gesundheit bzw. Krankheit, Lebensführung und Ressourcenbedarf Bescheid wissen, wir leben aber über weite Strecken unter einem „Schleier des Nichtwissens“, was die konkrete Ausprägung dieser Zusammenhänge für unser individuelles Leben angeht. In einer solchen Situation müsste auch derjenige, der damit spekuliert, dass es ihn schon nicht so hart treffen werde oder er den Schadensfall alleine schultern könnte, aus purem Eigeninteresse an den „worst case“ denken – nämlich, dass es sich für ihn doch nicht ausgeht – und sich dagegen absichern. Das Resultat wäre die gesellschaftliche Kooperation zum gegenseitigen Vorteil:<sup>6</sup>

5 Rawls (2003) § 6; Rawls (1975) § 24.

6 Homann & Suchanek (2005) 30; Suchanek (2007c) 39.

die Etablierung von Regeln für eine kollektive Versicherung, um sich gegen Risiken abzusichern.

Hinsichtlich der Krankenversicherung ist in der Folge ein weiterer Aspekt zu bedenken. Der Umgang des Menschen mit Risiko ist ambivalent. Zum einen versucht er, Risiken zu vermeiden oder zu reduzieren (Risikoaversion<sup>7</sup>). Zum anderen ist er bereit, sich Risiken auszusetzen, wenn er daraus einen bestimmten Nutzen ziehen kann. Das wird nicht zuletzt in Hinblick auf das Krankheitsrisiko deutlich. Wir scheuen dieses Risiko, sind aber nicht bereit, seiner Reduktion alles unterzuordnen. Wir akzeptieren in unserem individuellen und kollektiven Lebensstil Verhaltensweisen und Umstände, die das Krankheitsrisiko erhöhen, im Gegenzug aber Nutzen versprechen.

Eine vollständige Absicherung gegen Lebensrisiken wie Krankheit gibt es nicht, sie wäre sogar nicht einmal wünschenswert, weil dadurch bestimmte positive Aspekte des Risikos verloren gingen.<sup>8</sup> Risiko und Absicherung müssen in Balance gehalten werden, um ihre stimulierende Funktion für die Lebensgestaltung ausschöpfen zu können. In diesem Sinn kann eine Versicherung als Risikomanagementinstrument verstanden werden. Ähnlich einer guten Autobremse, die dazu dient, dass wir schneller fahren können als ohne sie und das Auto bei Gefahr dennoch rechtzeitig zum Stillstand bringen<sup>9</sup>, dient die Versicherung auch dazu, produktive Risiken eingehen zu können, weil bei Gefahr eine kollektive Absicherung besteht.

Für Versicherungen, zumal für Krankenversicherungen, stellt die zuvor erwähnte Ambivalenz menschlichen Risikoverhaltens grundlegende Herausforderungen dar. Bei näherer Betrachtung treten Versicherungskomplikationen mit ethischen Implikationen auf. Diese Komplikationen knüpfen an zwei Punkten an, die in der Ethik traditionell zwei Sichtweisen vom Menschsein darstellen: einerseits an der Vorstellung, der Mensch sei ein rationales Wesen, andererseits an der Vorstellung, der Menschen sei ein emotionales Wesen. Diesen Komplikationen geht der folgende Abschnitt nach.

---

7 Cather (2010).

8 Sinn (1986).

9 Homann & Pies (1996) 236.

## 2. Versicherungskomplikationen mit ethischen Implikationen

Eine wesentliche Grundlage für Versicherungskomplikationen ist in Informationsasymmetrien zu sehen<sup>10</sup>. Im Beziehungsviereck von Versicherungsnehmer, Versicherer, Versicherungsvertreter und Schadensbeseitiger verfügt nicht jeder Akteur über dieselben Informationen. Im Fall der Krankenversicherung weiß der Versicherungsnehmer beispielsweise mehr über seine persönlichen Lebensumstände als der Versicherer oder Versicherungsvertreter, letzterer unter Umständen aber noch etwas mehr als der Versicherer.<sup>11</sup>

Solche Informationsasymmetrien können in einem System freier Entscheidungen dazu führen, dass Kooperationen überhaupt nicht zustande kommen, d.h. dass sich keine Versicherungsgemeinschaft bildet. Besteht eine Versicherung, so werden Informationsasymmetrien als Hindernis für eine faire Kooperation angesehen, da der Informationsvorsprung immer auch das Risiko birgt, dass er zu einseitigen Vorteilen führt. Zwei Phänomene in diesem Zusammenhang sind Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen sowie Informationsasymmetrien hinsichtlich von Handlungen.

### 2.1. Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen

In der Beziehung von Versichertem (bzw. Patient), Versicherung und Gesundheitsdienstanbieter bestehen Informationsasymmetrien hinsichtlich verschiedener Merkmale.<sup>12</sup> Eine zentrale Informationsasymmetrie tut sich zwischen Versichertem und Versicherer auf.<sup>13</sup>

---

10 Wallner (2004) 95–97.

11 Hierbei handelt es sich um einen Fall des Principal-Agent-Problems; vgl. Langer, Schröder-Bäck, et al. (2009).

12 Homann & Suchanek (2005) 93. Diese Informationsasymmetrien werden auch als „Problem versteckter Merkmale“ bezeichnet, was jedoch einen tendenziell moralistischen Unterton transportiert, der suggeriert, hier würde ein Akteur bestimmte Merkmale bewusst vor anderen verstecken. Wenngleich es im Einzelfall auch ein solches Verhalten geben mag, würde es zu kurz greifen, diese Informationsasymmetrien individualistisch zu erfassen, statt sie als systemimmanente Herausforderung zu sehen.

13 Andere Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen betreffen z.B. die Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer oder zwischen Leistungserbringer und Versicherer betreffend die Merkmale der Behandlung.

Eine Person, die eine Krankenversicherung abschließen möchte oder in eine Krankenversicherung aufgenommen werden soll, verfügt in der Regel über weitaus mehr Informationen hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Merkmale als der Versicherer. Der zu Versichernde kennt nicht nur seine krankheitsbezogene Familiengeschichte, seine eigene Krankengeschichte und gesundheitsbeeinflussenden Lebensumstände, er hat heute unter Umständen sogar prädiktive Informationen über Krankheitsrisiken aus genetischen Untersuchungen.<sup>14</sup> Über all diese Informationen verfügt der Versicherer vor Eintritt in die Versicherung nicht oder nur eingeschränkt. Um die Informationsasymmetrie auszugleichen und eine realitätsnahe Risikoeinstufung vornehmen zu können, bieten sich in diesem Zusammenhang verschiedene Optionen an.

Die erste Option ist relativ direkt: Der Versicherer kann den zu Versichernden hinsichtlich von Merkmalen (z.B. über bekannte Vorerkrankungen) befragen. Diese Option stellt eine Vorabkontrolle dar, die Bedingung der Kooperation wird. Nimmt man die Kontrolle ernst, ist sie unter Umständen mit hohen Transaktionskosten verbunden (z.B. für die Feststellung von Vorerkrankungen). Hohe Transaktionskosten erschweren aber die Kooperationsbereitschaft überhaupt und können damit zu einem Versagen des entsprechenden Systems führen.

Die zweite Option setzt indirekter an. Dabei werden seitens des Versicherers unterschiedliche Tarifmodelle angeboten: solche mit höheren Prämien und niedrigen Selbstbehalten und solche mit niedrigeren Prämien und hohen Selbstbehalten. Diese Vorgehensweise baut darauf auf, dass Personen, die sich eines hohen Krankheitsrisikos bewusst sind, weil sie über entsprechende Informationen über persönliche Merkmale verfügen, eher einen Tarif mit höheren Prämien und niedrigen Selbstbehalten wählen werden; Personen, die von keinen derartigen Merkmalen wissen, würden sich eher für das umgekehrte Tarifmodell entscheiden. Solche Variationen lassen sich neben der Beitragshöhe auch für verschiedene Leistungspakete durchdenken. Der entscheidende Punkt ist, dass diese Option darauf vertraut, dass der zu Versichernde durch die Wahl eines Modells auch Informationen über sich preisgibt, die für den Versicherer relevant sind. Diese Option stellt auf eine Anreizstruktur ab, die mit dem rationalen Eigeninteresse der Betroffenen rechnet. Transaktionskosten sollen durch Selbstkontrolle und -steuerung gesenkt werden; dies beinhaltet aber auch das Risiko, dass sich eine oder beide Seiten der Kooperation irren (z.B., dass ein Versicherter einen Tarif mit

14 Aufgrund der immer aussagekräftigeren Implikationen von genetischen Befunden besteht ein besonderes Interesse, auch solche bekannten Merkmale zu erfassen; vgl. VfGH (2015). Dies löst unter Umständen eine weitaus komplexere Informationsasymmetrie-Frage aus, weil bei genetisch bedingten Krankheiten nicht nur der derzeit zu Versichernde in den Blick genommen wird, sondern auch seine Nachfahren in den Blick geraten.

niedrigen Prämien aber hohem Selbstbehalt ausgewählt hat, dann aber zahlreiche Versicherungsleistungen benötigt).

Die dritte Option, um Informationsasymmetrien hinsichtlich persönlicher Merkmale auszugleichen, setzt noch indirekter an. Statt individuelle Merkmale oder Entscheidungen in den Blick zu nehmen, werden Risiken aus Big Data kalkuliert.<sup>15</sup> Nicht mehr bloß die gesundheitsbezogenen Daten im engeren Sinn (z.B. aus medizinischen Befunden), sondern alle möglichen, mit dem Leben des (potenziellen) Versichertenkollektivs verfügbaren Daten liefern dem Versicherer Informationen für die Risikoklassifikation. An dieser Stelle kommt beispielsweise ein Umstand ins Spiel, der an anderer Stelle der Gesundheitsethik stets betont wird: dass die sozioökonomischen Faktoren des Lebens (wie Wohnsituation und Bildungsgrad) einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Durch Big-Data-Anwendungen könnte sich die Informationsasymmetrie umdrehen: Der Versicherer wüsste dann aufgrund von Big Data mehr über die Wahrscheinlichkeit persönlicher Merkmale des zu Versichernden als dieser selbst. Wie sich Big Data auf Transaktionskosten und damit die Tragfähigkeit von Kooperationen zum gegenseitigen Vorteil bei Versicherungen auswirken wird, scheint derzeit noch nicht fundiert abschätzbar zu sein. Es ist jedenfalls damit zu rechnen, dass Big-Data-Anwendungen das menschliche Entscheidungs- und Kooperationsverhalten beeinflussen werden, und zwar auf eine weitaus indirektere Weise als bislang gängige Ansätze, um Informationsasymmetrien zu bewältigen.

## 2.2. Informationsasymmetrien hinsichtlich von Handlungen

Der zweite Typ von Informationsasymmetrien bezieht sich auf Handlungen.<sup>16</sup> Wenn eine Person krankenversichert ist, dann kann sie im Bewusstsein handeln, dass ein allfälliges Krankheitsrisiko durch die Versicherung abgedeckt ist. Die Versicherung verfügt nicht über ausreichend Informationen, welche Handlungen sich wie auf das versicherte Risiko auswirken. Dieses Phänomen wird auch (fachsprachlich) „*Moral Hazard*“<sup>17</sup> oder (umgangssprachlich) „Vollkasko mentalität“ genannt. Diese Begriffe suggerieren eine unmoralische Handlung oder Haltung, die darin gesehen wird, die Versicherung(sgemeinschaft) mehr in Anspruch zu nehmen, als schicksalhaft (d.h. unbedingt) nötig wäre. Abgesehen von jenen Fällen, in denen es sich um Versicherungsbetrug oder grobe Fahrlässigkeit handelt, ist

---

15 Brunner (2015).

16 Homann & Suchanek (2005) 95

17 Arrow (1963) 961.



das Phänomen aber weniger eines der individuellen Moralität, sondern eines der Anreizkompatibilität.<sup>18</sup> Die Versicherten verhalten sich innerhalb der Grenzen des Legalen durchaus rational, wenn sie aus ihrem Informationsvorsprung hinsichtlich des eigenen Handelns einen Nutzen ziehen. Das Problem besteht darin, dass diese individuelle Rationalität zu einer kollektiven Irrationalität führen kann – nämlich dann, wenn nicht ausreichend Versicherte etwas zur Risikominimierung unternehmen und schließlich alle eine höhere Versicherungsprämie zahlen.

Diese Konsequenz wird „adverse Selektion“<sup>19</sup> genannt und stellt eine Gefahr für die Kooperation zum gegenseitigen Vorteil in einer Krankenversicherung dar. Wenn gute und schlechte Risiken in einem Pool zusammengefasst sind und der Versicherer nicht zwischen ihnen differenzieren kann, erhalten alle Versicherten eine Durchschnittsprämie vorgeschrieben. Für die guten Risiken ist diese zu hoch, wodurch sie aus dem System aussteigen wollen. Zurück bleiben die schlechten Risiken, für welche die Durchschnittsprämie dann zu niedrig ist.

Um eine adverse Selektion zu vermeiden und die Informationsasymmetrie hinsichtlich von Handlungen auszugleichen, könnten Versicherer die Leistungsanspruchnahme kontrollieren und beschränken – was (abseits von Fragen der Verantwortungszuschreibung für gesundheitsbezogenes Verhalten) wiederum zu relativ hohen Transaktionskosten führen würde. Eine andere Möglichkeit besteht darin, ein Anreizsystem zur Selbstkontrolle und -steuerung der Versicherten zu etablieren. Dies wird mit Bonus-Systemen versucht, die gesundheitsförderliches Verhalten belohnen sollen.

---

18 Homann & Suchanek (2005) 91.

19 Akerlof (1970) 493.

### 3. Bewältigungsversuche mit ethischen Implikationen

Bislang wurde deutlich, dass es vernünftige (d.h. ethisch überzeugende) Argumente für die kollektive Absicherung gegenüber dem Krankheitsrisiko gibt. Die Krankenversicherung ist das institutionelle (d.h. regelhafte) Resultat dieser Argumentation. Sie hat allerdings mit Komplikationen zu kämpfen, die sich aus grundlegenden Informationsasymmetrien zwischen Versichertem und Versicherer ergeben. Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen (z.B. Krankheitsdispositionen einer Person) und Handlungen (z.B. Ernährungsverhalten einer Person) bergen stets das Risiko, dass eine Kooperation zum gegenseitigen Vorteil unverhältnismäßig ineffizient wird oder gar nicht zustande kommt. Um dies zu verhindern, werden Steuerungsversuche auf Angebots- und Nachfrageseite unternommen.

#### 3.1. Steuerungsversuche auf Angebotsseite

Den zuvor geschilderten Versicherungskomplikationen kann man auf Angebotsseite mit unterschiedlichen Maßnahmen begegnen. Alle Maßnahmen sind ein mehr oder weniger Abrücken vom Ideal einer Vollversicherung. Eine Vollversicherung wäre dadurch gekennzeichnet, dass alle Schadensfälle unabhängig von ihrer Art, Höhe und ihren Umständen abgedeckt werden. Die Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen und Handlungen können bei einer Vollversicherung ebenfalls voll wirksam werden, da die Versicherung ja unabhängig von Merkmalen und Handlungen eine Risikoabdeckung anbieten würde. Da die Konsequenzen der Informationsasymmetrien die Wahrscheinlichkeit nicht zustande kommender oder abgebrochener Kooperation zwischen Versicherer und Versicherten erhöhen würde, bleiben Vollversicherungen ein Ideal.

In der Realität sollen insbesondere folgende Maßnahmen Kooperationsverluste minimieren: Beschränkungen von Leistungsarten, von Leistungshöhe oder von Leistungserbringern. Bei der Beschränkung von Leistungsarten werden bestimmte Krankheitsbehandlungen aus dem Versicherungsschutz ausgenommen oder auf selektive Behandlungsmethoden reduziert. Bei der Beschränkung der Leistungshöhe werden Versicherungsleistungen hinsichtlich ihrer Menge (z.B. Anzahl der Therapieeinheiten), ihres Preises (z.B. Aufnahme in die Liste erstattungsfähiger Medikamente) oder ihrer Kostenverteilung (z.B. mittels Kopfpauschalen)

unterhalb einer Vollversicherung definiert. Bei der Beschränkung der Leistungserbringer werden bestimmte Leistungserbringer von der Abdeckung durch die Versicherung ausgenommen (Negativliste) oder wird der Versicherungsschutz nur bei bestimmten Leistungserbringern gewährt (Positivliste).

Solche Maßnahmen sind in erster Linie aus dem System privater (Kranken-)Versicherungen bekannt. In diesem System kommt es letztlich bloß auf die Übereinstimmung der Vertragsparteien an, die einen Konsens hinsichtlich des Angebots (Versicherungspakets) erzielen müssen, um eine Kooperation zu etablieren. Die genannten Steuerungsversuche auf Angebotsseite sind aber auch dem System öffentlicher Krankenversicherungen nicht fremd. Bei ihnen handelt es sich ebenfalls nicht um Vollversicherungen. Vielmehr werden bestimmte Leistungsarten (z.B. in der Zahnmedizin), Leistungsmengen (z.B. in der Psychotherapie) und Leistungserbringer (z.B. durch selektive Kassenverträge) als Versicherungspaket definiert. Der Unterschied zur privaten Krankenversicherung besteht darin, dass der Versicherte in einem System der Pflichtversicherung (nicht so in einem System der Versicherungspflicht) de facto keinen Einfluss auf das Versicherungspaket hat, das ihm zugeteilt wird. Die Steuerung auf Angebotsseite findet in diesem System auf Ebene der Sozialgesetzgebung und Leistungskataloge der Krankenkassen statt.

### 3.2. Steuerungsversuche auf Nachfrageseite

Während die Steuerungsversuche auf Angebotsseite darauf abzielen, Informationsasymmetrien in der *Leistungserbringung* auszugleichen, verfolgen Steuerungsversuche auf der Nachfrageseite das Ziel, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen so zu steuern, dass Informationsasymmetrien ausgeglichen werden. Diese Steuerungsversuche umfassen wiederum verschiedene Maßnahmen, die zum Teil seit Jahrzehnten, zum Teil erst in den letzten Jahren eingesetzt werden. Im Folgenden werden Kostenbeteiligungsregelungen, Bonus-Malus-Systeme und das Design von Entscheidungsstrukturen beleuchtet.

Am bekanntesten sind wahrscheinlich Kostenbeteiligungsregelungen. Darunter fallen unterschiedliche Mechanismen, wie insbesondere:<sup>20</sup>

- Fixe Kostenbeteiligungen (*franchise*): Der Patient hat für eine in Anspruch genommene Leistung einen vorher festgesetzten Betrag (Gebühr) zu zahlen.
- Prozentuale Kostenbeteiligung (*coinsurance*): Der Patient hat einen bestimmten Prozentsatz der entstandenen Behandlungskosten zu zahlen.

<sup>20</sup> Wallner (2004) 202.

– Selbstbehalte (Abzugsfranchise): Der Patient trägt die Kosten bis zu einer gewissen Höhe selbst, darüber hinaus kommt die Versicherung für die Behandlungskosten auf.

– Indemnitätsregelungen (*indemnity benefit insurance*): Der Patient erhält von seiner Versicherung einen bestimmten fixen Betrag und trägt die Behandlungskosten, die darüber hinausgehen, selbst.

Die Wirksamkeit von Kostenbeteiligungsregelungen zur Minimierung von Informationsasymmetrien und Steuerung der Nachfrage ist notorisch umstritten.<sup>21</sup> Kostenbeteiligungen können, wenn sie fehlerhaft entworfen, implementiert und exekutiert werden, wirkungslos, ineffizient oder sozial unfair sein. Etliche Kostenbeteiligungen sind wirksam, d.h., sie beeinflussen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Manche davon sind aber relativ ineffizient, da sie mit hohen Transaktionskosten verbunden und durch externe Kosten konterkariert werden. Selbst wenn Kostenbeteiligungen wirksam und effizient sind, bleibt die Frage nach ihrer sozialen Fairness, die je nach Kostenbeteiligungsmechanismus leiden kann. Eine aus den bisherigen Versuchen von Kostenbeteiligungen abgeleitete Hypothese könnte in diesem Zusammenhang lauten: Es ist relativ schwierig, die drei Kriterien von Wirksamkeit, Effizienz und Fairness in gleichem Maße zu verwirklichen. Nur insoweit dies gelingt, sind Kostenbeteiligungen gut begründet.

Während reine Kostenbeteiligungsregelungen primär die finanzielle Perspektive der Versicherungsbeziehung im Blick haben und über die damit verbundenen Interessen zu steuern suchen, verbinden Bonus- bzw. Bonus-Malus-Systeme die finanzielle Perspektive mit einer nicht monetären. Bei reinen Bonus-Systemen bringt gesundheitserhaltendes und gesundheitsförderliches Verhalten dem Versicherten finanzielle Vorteile (z.B. den Erlass oder die Reduzierung eines Selbstbehalts). Bei gemischten Bonus-Malus-Systemen würde zusätzlich gesundheitschädliches Verhalten dem Versicherten finanzielle Nachteile bringen (z.B. eine höhere Kostenbeteiligung bei Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung, die aufgrund des gesundheitsschädlichen Verhaltens nachgefragt wird).

Die Differenzierung zwischen reinen Bonus- und gemischten Bonus-Malus-Systemen wird in der gesellschaftspolitischen Diskussion zu diesem umstrittenen Thema nicht immer durchgehalten. Bisweilen werden reine Bonus-Systeme bereits als Bonus-Malus-Systeme aufgefasst, da der Bonus für einen Versicherten, der ihn durch gesundheitsförderliches Verhalten erhält, zugleich als Malus für einen anderen Versicherten interpretiert wird, der den Bonus nicht erhält. Diese Auffassung ist formal falsch, real aber zum Teil nachvollziehbar. Wir bewerten

---

21 Wallner (2004) 202–208.

Vorteile nämlich nicht ausschließlich nach absoluten Kriterien (also nur in Hinblick auf die Vor- und Nachteilsbilanz des einen Versicherten, der einen Bonus erhält), sondern ebenso nach relativen Kriterien (d.h. im Vergleich zu anderen Personen). Rein rational ist es falsch, den Vorteil des Bonus-Empfängers als Nachteil (und damit Malus) des Nicht-Bonus-Empfängers zu werten, da der Nicht-Bonus-Empfänger um keinen Cent schlechter gestellt wird, sondern bei seiner Ausgangsbasis bleibt. Diese rein rationale Analyse beruht freilich auf der Annahme, dass die verglichenen Versicherten vergleichbar sind, d.h. dass beide die reale Chance haben, den Bonus zu erhalten. In der Realität werden aber manche Versicherte aufgrund ihrer persönlichen Umstände (sozioökonomische Situation, Prädispositionen für Erkrankungen) diese reale Chance nicht in gleichem Maß haben wie andere. Sie wollen vielleicht gesundheitsförderlich handeln (und damit den Bonus erzielen), können es aber nicht. In diesem Fall wäre ein *formal* reines Bonus-Systems tatsächlich ein *real* gemischtes Bonus-Malus-System.

Vorausgesetzt, es besteht eine hinreichend gesicherte Erkenntnis darüber, welches Verhalten gesundheitserhaltend bzw. -förderlich ist, so ist das Anliegen, die Lebensentscheidungen der Versicherten in diese Richtung zu steuern, aus Sicht der Versicherungen rational. Es hat eine substanziell bessere Begründung als Steuerungsversuche über reine Kostenbeteiligungsmodelle, da die bloße Finanzperspektive weniger Präferenzen abbildet als die zusätzliche Gesundheitsperspektive der Menschen. Inwieweit finanzielle Anreize von Bonus-Malus-Systemen das adäquate Mittel sind oder ausreichen, um gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen, bleibt hingegen fraglich. Statt einseitig auf die finanziellen Interessen der Menschen aufzubauen, kommen in den letzten Jahren Steuerungsversuche hinzu, die den weitaus komplexeren Entscheidungsstrukturen entsprechen wollen. Sie werden meist unter dem Begriff *nudge/nudging* („stupsen“) zusammengefasst<sup>22</sup>. Die Probleme der Informationsasymmetrien mit ihrem Risiko ineffizienter oder gescheiterter Kooperation sollen dadurch gemildert werden, dass die Versicherten (oder Patienten) durch ein gezieltes Design ihrer Entscheidungswege auf eine gesundheitsförderliche und damit für die Krankenversicherungen günstigere Bahn gelenkt werden. Die Entscheidungsarchitektur des Nudgings arbeitet nicht mit direkten Eingriffen. Der Versicherte kann auch weiterhin Informationsasymmetrien hinsichtlich seiner Merkmale und seines Verhaltens zum Nachteil Dritter nutzen. Durch die Entscheidungsarchitektur soll aber die Wahrscheinlichkeit gesenkt werden, dass er dies tut. Bewerkstelligt wird dies mit Hilfe von Erkenntnissen aus der Verhaltenspsychologie. So ist z.B. bekannt, dass die Reihenfolge der Speisen in einem Buffet darauf Einfluss hat, für welche Gerichte sich eine Person eher entscheidet. Werden die Speisen nun so angeordnet, dass

22 Thaler & Sunstein (2009).

die Wahrscheinlichkeit, zu gesünderer Nahrung zu greifen, erhöht wird, so hat die betreffende Person zwar noch immer die Freiheit, etwas Ungesünderes zu essen, aber sie wird sich (unbewusst) statistisch häufiger für die gesündere Variante entscheiden. Die Kombination aus gesundheitsfürsorglicher Gestaltung der Entscheidungsstruktur und Anerkennung der Möglichkeit, sich darüber hinwegzusetzen, hat dazu geführt, den Nudge-Ansatz als „libertären Paternalismus“<sup>23</sup> zu bezeichnen. Nudging zur Steuerung des Gesundheitswesens insgesamt und der Versicherungsbeziehung im Speziellen wird heute bereits regelhaft eingesetzt.<sup>24</sup> In einem System der Versicherungspflicht oder der Versicherungsfreiheit kann damit beispielsweise versucht werden, die Menschen überhaupt zu einer Krankenversicherung zu bewegen oder sie bei der Auswahl des Versicherungspakets zu „stupsen“. So ist aus der empirischen Forschung etwa bekannt, dass wir statistisch dazu neigen, eine „Standard-Option“, die auf einem Versicherungsantragsformular bereits vorausgewählt ist, unverändert zu lassen, auch wenn wir sie abwählen können.

---

23 Thaler & Sunstein (2003).

24 Cheung & Ardolino (2013).

## 4. Ethische Reflexion

Um Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen und Handlungen in der Krankenversicherung auszugleichen und damit die Wahrscheinlichkeit einer langfristig stabilen Kooperation zum gegenseitigen Vorteil aller Beteiligten zu erhöhen, werden sowohl in privaten als auch in öffentlichen Krankenversicherungssystemen Steuerungsversuche auf Angebots- und auf Nachfrageseite unternommen. Im abschließenden Abschnitt geht es um die Frage, wie die Steuerungsversuche auf Nachfrageseite (d.h. Versicherte und Patienten) ethisch zu beurteilen sind. Für die ethische Beurteilung eines Sachverhalts wie jenes der zuvor analysierten Krankenversicherung kommen drei interdependente Perspektiven in Frage: jene des Rechten, die der Person und jene des Guten.

### 4.1. Aus der Perspektive des Rechten

Die in der neuzeitlich-westeuropäischen Ethiktradition dominierende Perspektive ist jene des Rechten. Sie geht der Frage nach, inwieweit die Beurteilung von Handlungen als „richtig“ oder „falsch“ gerechtfertigt werden kann.

Wenn beispielsweise gesagt wird, dass das Verschweigen einer bekannten Vorerkrankung bei Versicherungsabschluss falsch (d.h. moralisch verpönt) sei, dann fragt die Ethik in der Perspektive des Rechten danach, warum wir zu solch einem Urteil kommen. Der bloße Verweis auf gesetzliche oder vertragliche Normen, die ein solches Verschweigen als falsch (verboten) deklarieren, reicht für die Begründung nicht aus, da sich die Frage damit nur auf die Begründung dieser Normen verlagert.

Man könnte bei einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Urteil, das Verschweigen sei falsch, zum Beispiel auf das Prinzip der Wahrhaftigkeit verweisen. Ohne wahrheitsgemäße Kommunikation wird die Wahrscheinlichkeit für soziale Kooperation sinken, da ich damit rechnen muss, dass mir mein Gegenüber Informationen zu meinen Ungunsten vorenthält. Eine Offenlegung kann daher einerseits mit dem Verweis auf die das Kooperationsvertrauen erhöhende Wahrhaftigkeit begründet werden. Die ethische Auseinandersetzung würde andererseits das Argument ins Spiel bringen, dass die Offenbarung einer Vorerkrankung oder Krankheitsdisposition zu einem unverhältnismäßigen Nachteil des Versicherungswerbers reichen könnte. Die Versicherung müsste das erhöhte Risiko berücksichtigen, was zu einer Verweigerung oder einer teuren Prämie führen würde.

Eine solche Konsequenz könnte als unfair bewertet werden. Damit wird neben der Wahrhaftigkeit auf ein zweites ethisch relevantes Prinzip verwiesen – jenes der Fairness, welches sowohl für den Versicherungswerber als auch die Versicherung gilt. Auf Ebene einer individualethischen Beurteilung besteht dabei die latente Gefahr, dass derjenige, der sich richtig verhält, dennoch Nachteile hat. Angenommen, ein Versicherungswerber legt seine Vorerkrankungen und Krankheitsdispositionen offen, weil er dies für richtig hält. Andere Versicherungswerber verschweigen ihre Informationen aber. Dann erhöht sich das Risiko der adversen Selektion (siehe weiter oben).

Die Ethik kann an dieser Stelle zwei Argumentationslinien verfolgen: Einerseits kann sie mit den Argumenten der Wahrhaftigkeit und Fairness Appelle verbinden, die auf das Verhalten des Einzelnen abzielen. Manche Menschen wird dies überzeugen, andere jedoch nicht. Andererseits kann die Ethik von der individuellen Ebene auf eine institutionelle wechseln. Dort geht es um die Frage, wie Regelwerke gestaltet sein müssen, damit richtiges Verhalten nicht zum Nachteil wird. Im Fall der Offenlegung von Vorerkrankungen für den Versicherungsstatus zeigen sich die Konsequenzen dieses Ebenenwechsels deutlich: Individualethische Appelle werden stets unzureichend wirken oder unethisch sein, wenn die Institutionen Verhaltensanreize setzen, die richtiges Verhalten de facto bestrafen. In der Krankenversicherung wird die Wahrscheinlichkeit, Vorerkrankungen offenzulegen, hingegen dort steigen, wo es beispielsweise einen Kontrahierungszwang gibt, sodass Versicherungen Personen mit Krankheitsdispositionen nicht einfach abweisen dürfen.

Die institutionelle Lösung des Problems verdeckter Merkmale über einen Kontrahierungszwang kann freilich nur *ceteris paribus* begründet werden, d.h. unter der Annahme, dass alle sonstigen Faktoren unverändert bleiben und der Kontrahierungszwang selbst keine Auswirkungen auf andere Phänomene als jene der Informationsasymmetrien hat. Eine solche, dem Modell geschuldete Vereinfachung ist notgedrungen unterkomplex. Die Vorstellung, menschliches Verhalten auf individueller oder institutioneller Ebene vornehmlich in der binären Bewertung von richtig und falsch steuern zu können, funktioniert nur sehr eingeschränkt (z.B. in klaren Extremfällen). Dies trifft auf Fragen der Offenlegung von Vorerkrankungen ebenso zu wie auf Fragen der Steuerung über Selbstbehalte. Warum setzen wir unsere Hoffnungen dennoch so stark auf diesen moralbezogenen Ansatz des Rechts?



## 4.2. Aus der Perspektive der Person

Wir treffen unsere ethisch relevanten Bewertungen und Entscheidungen stets vor dem Hintergrund unserer Menschen- bzw. Gesellschaftsbilder. Die Ethik muss daher diese Perspektive der Person in den Blick nehmen, wenn sie Sachverhalte wie jene der Krankenversicherung beurteilen möchte.

Lange Zeit (und teilweise bis heute) wurde in der Ethikgeschichte aus dieser Perspektive davon ausgegangen, wie der Mensch idealerweise zu sein hat. Besonders prägend war (und ist) die Annahme, dass Menschen ihre Bewertungen und Entscheidungen rational durchführen, um Eigeninteressen zu wahren. Exemplarisch kann hierfür das Modell des Homo oeconomicus dienen.<sup>25</sup> Er ist zwar nicht als umfassendes Menschenbild gedacht, sondern als Annahme für eine ganz bestimmte Fragestellung, doch dieses Modell liegt vielen Überlegungen und Ansätzen simpler Gesundheitspolitik zu Grunde. Unterstellt wird, dass sich der Versicherte rational verhält – also beispielsweise versucht, jenes Versicherungspaket zu wählen, das seinen Präferenzen am besten entspricht. Auch die Rede vom „*Doctor Shopping*“<sup>26</sup> ist beispielsweise nur dann sinnvoll, wenn diesem Verhalten rationale Präferenzen unterstellt werden.

Im wissenschaftlichen Diskurs der Ökonomie wurde darauf hingewiesen, dass diese Annahme eine Modellvereinfachung darstellt und die Rationalität des Menschen in der Realität stets begrenzt sei.<sup>27</sup> Dennoch basieren klassische Steuerungsversuche über Kostenbeteiligungen und Bonus-Malus-Systeme im Wesentlichen auf einem rationalistischen Menschenbild. Wie unzureichend dies gerade in Gesundheitsangelegenheiten ist, ist seit langem bekannt; andernfalls hätten Präventions- und Gesundheitsförderungsinitiativen eine stärkere Nachfrage.

Aus ethischer Perspektive kann eine unterstellte Rationalität auch unethisch sein. Rationalität wird nämlich gemeinhin als ein zentrales Merkmal für Verantwortlichkeit angesehen. Wer rational handelt, ist für sein Handeln auch verantwortlich. Die Beispiele des *Doctor Shopping* und des *Moral Hazard* zeigen jedoch, dass die Gründe für solches Verhalten mitunter wenig mit rationaler Optimierung der Eigeninteressen zu tun haben, sondern auch in einer mangelhaften Unterstützung des Versicherten bzw. Patienten, wie eine Entscheidung zum gegenseitigen Vorteil (für ihn und die anderen Stakeholder) aussehen könnte, liegen. Werden

25 Suchanek (2007a); Suchanek (2007b).

26 Mit Doctor Shopping wird das Phänomen umrissen, dass Versicherte innerhalb einer versicherungstechnischen Abrechnungsperiode aus eigenem Antrieb mehrere Ärzte derselben Fachrichtung aufsuchen; vgl. Kasteler, Kane, et al. (1976); Sansone & Sansone (2012).

27 Homann & Suchanek (2005) 365.

diese Zusammenhänge verkannt, wächst das Risiko des Moralisierens und darauf aufbauender Sanktionierungen.<sup>28</sup>

Die Grenzen unserer Rationalität werden uns spätestens dann vor Augen geführt, wenn wir unsere Entscheidungen auf Basis statistischer Informationen treffen sollen.<sup>29</sup> Eigentlich wären statistische Zusammenhänge (z.B. über Lebensstil und Krankheitsrisiko) bestens dazu geeignet, rational im eigenen Interesse Entscheidungen zu treffen. Es ist zugleich bekannt, dass sich die meisten Menschen extrem schwer damit tun, statistische Informationen in Hinblick auf ihre Relevanz für persönliche Entscheidungen zu verstehen. Insofern sind Steuerungsversuche, die allein über Aufklärung mittels statistisch fundierter Informationen arbeiten, nur für das methodisch-reduzierte Menschenbild des Homo oeconomicus ansprechend, nicht aber für den realen Versicherten.

Beim realen Versicherten oder Patienten, d.h. bei einer Person „aus Fleisch und Blut“, kommt neben der rationalen Ebene des Menschseins zumindest noch eine voluntative Ebene hinzu. Unser Wollen ist von Neigungen beeinflusst, die sich nicht bloß über rationale Argumente adressieren lassen. Das ethisch richtige Gesundheitsverhalten zu *erkennen* ist das eine; es verlässlich (und nicht bloß als singuläre Aktion oder in Extremfällen, wenn es unter Umständen schon zu spät ist) zu *wollen*, etwas anderes; und die Fähigkeit, es tatsächlich im Alltag *umzusetzen*, wiederum ein drittes. Nur dort, wo Wissen, Wollen und Können zusammentreffen, nähern wir uns den angestrebten Zielen. Der Nudging-Ansatz hat dies erkannt, indem er die Hürden, das Richtige zu wollen und zu können, durch die Entscheidungsarchitektur senkt. Für die Ethik tun sich damit freilich weitere Fragen auf: Angenommen, wir hätten ethische Gewissheit, worin das Richtige besteht (und das ist alles andere als selbstverständlich, worauf im folgenden Abschnitt noch einzugehen ist) – ist es nicht ethisch fragwürdig, die Entscheidung der Menschen derart zu beeinflussen, ja sie zu manipulieren? Gegen diesen Einwand könnte man darauf verweisen, dass auch die vornehmlich rationalistischen Steuerungsversuche manipulativ wirken können. Sowohl an den Verstand (z.B. Aufklärungskampagnen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz) als auch an das Eigeninteresse (z.B. Kostenbeteiligungsmechanismen) appellierende Maßnahmen arbeiten so. Das Unbehagen mancher am Nudging-Ansatz rührt vielleicht daher, dass er indirekter, verdeckter wirkt und wir uns, wenn wir uns seine Wirkweisen vor Augen führen, nicht mehr als „Herr im eigenen Haus“ verstehen. Die moderne Verhaltenspsychologie, die Abschied genommen hat vom rationa-

28 Von „Moralisieren“ kann dort gesprochen werden, wo an menschliches Verhalten moralische Ansprüche von richtig und falsch gestellt werden, ohne die realen Komplexitätsbedingungen für das Verhalten hinreichend zu berücksichtigen.

29 Kahneman (2014).

listischen Menschenbild, würde dem entgegenhalten, dass wir es nie zur Gänze waren, zugleich aber jetzt zum Teil noch sind, da wir uns weiterhin bewusst gegen einen Anreiz entscheiden können.

Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen veranschaulicht, wie maßgeblich unsere Menschenbilder für ethische Beurteilungen sind. Zu den Menschenbildern aller Zeiten und Kulturen zählt die Beobachtung, dass Menschen nach bestimmten Zielen streben und die dafür förderlichen Faktoren für wertvoll erachten. Damit kommt die dritte Perspektive der Ethik in den Blick.

### 4.3. Aus der Perspektive des Guten

Die dritte Perspektive der Ethik untersucht die Frage, wie sich unsere persönlichen und gesellschaftlichen Ziele und Werte (das Gute) begründen lassen. Wenn Normen regeln sollen, wie Menschen sich zu verhalten haben (d.h. was richtig und was falsch ist), dann setzt dies voraus, dass diese Normen ein gut begründetes Ziel verfolgen bzw. in diesen Normen gut begründete Wertvorstellungen zum Ausdruck kommen.

In Hinblick auf die Krankenversicherung greift diese ethische Perspektive auf, was zu Beginn erläutert wurde: unseren Umgang mit dem Krankheitsrisiko. In der Institution (d.h. im Regelwerk) jeder Versicherung (ob privat oder öffentlich) drückt sich beispielsweise eine positive Bewertung von Kooperation zum gegenseitigen Vorteil durch Risikopooling aus. In einem Versicherungssystem drückt sich sodann eine bestimmte Wertvorstellung von Gerechtigkeit aus: „Gerechtigkeit“ wird in der Krankenversicherung beispielsweise durch ein kollektives Äquivalenzprinzip angestrebt, sodass sich die Leistungserbringung für die Versichertengemeinschaft an den Beitrags- bzw. Prämieinnahmen dieser Gemeinschaft orientiert (Einnahmen-orientierte Ausgabenpolitik). Als nicht gerecht würde hingegen der Wert individueller Äquivalenz (d.h. der Versicherte erhält nur so viele Leistungen, wie sie seinen Beitrags- bzw. Prämienzahlungen entsprechen) angesehen.

Auf gesellschaftlicher Ebene drückt das Vorhandensein eines öffentlichen Krankenversicherungssystems ebenfalls eine bestimmte Ziel- und Wertvorstellung aus. Sie kann dahingehend zusammengefasst werden, dass sich eine Gesellschaft dazu bekennt, die individuelle, krankheitsbedingte Verletzlichkeit jedes Menschen gemeinsam zu schultern. In einer liberalen Gesellschaft werden sich hierfür pluralistische Motive finden: humanistische ebenso wie wirtschaftliche. In der eingangs erwähnten Theorie von John Rawls würde eine Gesellschaft, die sich nicht aus welchem Motiv auch immer (nicht zuletzt aus Eigeninteresse des

Einzelnen) darauf verständigt, das Krankheitsrisiko kollektiv abzufedern, keine „wohlgeordnete“ (d.h. gerechte) Gesellschaft sein.

Auf die Vorstellungen davon, was in unserer Gesellschaft wertvoll und gut ist, welche Ziele wir gemeinsam verfolgen, worin so etwas wie ein Gemeinwohl besteht, wirken die Annahmen über das Menschenbild ein. Eine Gesellschaft, deren Menschenbild stärker auf das Individuum abstellt, wird ein anderes System der Krankenversicherung etablieren als eine Gesellschaft, deren Menschenbild stärker kollektiv verankert ist. Die praktischen Auswirkungen der Wechselwirkungen von Menschenbild, Gemeinwohlvorstellungen und institutionellen Normen werden deutlich, wenn man einen Vergleich von europäischen und US-amerikanischen Krankenversicherungssystemen anstellt.

## 5. Schlussfolgerung

Eine Krankenversicherung ist ein System der Kooperation zum gegenseitigen Vorteil. Sie ist die institutionelle, d.h. regelhafte Antwort einer Gemeinschaft auf ein geteiltes, existenzielles Risiko. In einer wohlgeordneten Gesellschaft, deren Grundstruktur auf fairen Institutionen aufbaut, gibt es eine öffentliche Krankenversicherung. Doch egal, ob Versicherungspflicht in einem rein privaten Krankenversicherungssystem oder Pflichtversicherung in einem öffentlichen Krankenversicherungssystem – es ergeben sich Versicherungskomplikationen aufgrund von Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen und Handlungen der Versicherten. Diese Versicherungskomplikationen erhöhen das Risiko, dass die Kooperation zwischen Versicherten, Versicherern und Leistungserbringern gar nicht zustande kommt, ineffizient wird oder zusammenbricht.

Die ethischen Implikationen der Versicherungskomplikationen sind zumindest zweifach: Angesichts des Stellenwerts, den die Krankenversicherung für eine wohlgeordnete Gesellschaft hat, wäre es – erstens – ethisch problematisch, wenn diese Institution erodieren würde. Die Folge wäre eine nicht mehr so wohlgeordnete, d.h. ungerechtere Gesellschaft. Aus diesem Grund ist es vernünftig, die Versicherungskomplikationen zu minimieren. Damit treten die zweiten ethischen Implikationen ins Blickfeld: die Bewältigungsversuche der Versicherungskomplikationen sollen möglichst wirksam, effizient und fair sein. Verschiedene Steuerungsversuche auf Angebots- und Nachfrageseite genügen diesen Anforder-

rungen mehr oder weniger. Was die Ethik in diesem Zusammenhang beisteuern kann, ist eine Reflexion aus drei Perspektiven: Aus der Perspektive des Rechten analysiert die Ethik, inwieweit Normen und Urteile über die Rechtmäßigkeit von Handlungen (z.B. *Moral Hazard*) sowie über die Notwendigkeit von Interventionen zur Steuerung dieses Handelns (z.B. Kostenbeteiligungen) gerechtfertigt sind. Diesen Normen und Urteilen liegen Menschenbilder (z.B. jenes des den Eigennutzen maximierenden Versicherten) zugrunde, welche die Ethik aus der Perspektive der Person hinterfragt. Aus der Perspektive des Guten unterzieht die Ethik unsere persönlichen und gesellschaftlichen Ziel- und Wertvorstellungen (z.B. hinsichtlich individueller Wahlfreiheit in der Krankenversicherung) einer Plausibilisierung.

Daraus ergibt sich Folgendes: In Fragen der Versicherungsethik sollten wir Ethik nicht bloß als Moralphilosophie verstehen, die kritisch hinterfragt, inwieweit eine Handlung (z.B. eine gesundheitsschädliche Lebensgewohnheit) oder Norm (z.B. Selbstbehaltsregelungen) als richtig oder falsch begründet werden können. In der Regel stellen solche normativen Ansätze auf rationale Eigeninteressen der Akteure ab. Diese gehören zu den Phänomenen des menschlichen Lebens, aber sie erfassen nicht die teils ambivalente, teils widersprüchliche Komplexität. Deshalb werden Versuche, Versicherungskomplikationen über Normen zu steuern, tendenziell nur in Grenzfällen funktionieren, auch wenn diese Normen ethisch gut begründbar sind. Möchte man der Komplexität näherkommen, so können ethische Reflexionen zum Menschenbild weiterhelfen. Ansätze wie jener des Nudgings greifen Erkenntnisse der Verhaltenspsychologie und -pädagogik auf, die in den letzten Jahren in der Ethik verstärkt rezipiert werden. Daraus ergibt sich unter anderem, dass Steuerungsversuche in der Versicherungsethik nicht vornehmlich auf das Wissen (rationale Ebene), sondern gleichermaßen auf das Wollen (voluntative Ebene) und das Können (pragmatische Ebene) abzielen sollten. Mit anderen Worten: Auch die am besten rational begründbaren Normen zur Steuerung werden unzulänglich bleiben, wenn die Versicherten bzw. Patienten nicht dabei unterstützt und geleitet werden, das Richtige zu wollen und praktisch umsetzen zu können. Der „Homo oeconomicus“ muss um den „Homo nudgensis“ ergänzt werden. Die Einbeziehung dieser zusätzlichen ethischen Argumente macht die Aufgabe weitaus komplexer, wird den Menschen aber wohl gerechter.

# Literaturverzeichnis

- Akerlof G. The Market for „Lemons“: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*. 1970;84(3):488–500.
- Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963;53(5):941–973.
- Brunner T. Big Data from a Health Insurance Company’s Point of View. In: Langkafel P, Hrsg. *Big Data in Medical Science and Healthcare Management*. Berlin: De Gruyter; 2015:53–62.
- Carel H. *Phenomenology of Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
- Cather DA. A Gentle Introduction to Risk Aversion and Utility Theory. *Risk Management and Insurance Review*. 2010;13(1):127–145. DOI 10.1111/j.1540-6296.2009.01173.x.
- Cheung R, Ardolino A. Behavioural science in public health policy. *British Journal of Healthcare Management*. 2013;17(4):140–144. DOI 10.12968/bjhc.2011.17.4.140.
- Homann K, Pies I. Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven konstitutioneller Ökonomik. In: Pies I, Leschke M, Hrsg. *James Buchanans konstitutionelle Ökonomik*. Tübingen: Mohr-Siebeck; 1996:203–239.
- Homann K, Suchanek A. *Ökonomik*. 2. Aufl. Tübingen: Mohr-Siebeck; 2005.
- Kahneman D. *Schnelles Denken, Langsames Denken*. München: Pantheon; 2014.
- Kasteler J, Kane RL, Olsen DM, Thetford C. Issues Underlying Prevalence of „Doctor-Shopping“ Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 1976;17(4):328–339.
- Kelley AS, McGarry K, Gorges R, Skinner JS. The Burden of Health Care Costs for Patients With Dementia in the Last 5 Years of Life. *Annals of Internal Medicine*. 2015;163(10):729–736. DOI 10.7326/M15-0381.
- Langer A, Schröder-Bäck P, Brink A, Eurich J. The Agency Problem and Medical Acting: An Example of Applying Economic Theory to Medical Ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2009;12(1):99–108. DOI 10.1007/s11019-008-9138-y.
- Marwell G, Ames R. Economists Free Ride, Does Anyone Else? Experiments on the Provision of Public Goods, IV. *Journal of Public Economics*. 1981;15(3):295–310.
- Rawls J. *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1975.
- Rawls J. *Gerechtigkeit als Fairness: Ein Neuentwurf*. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 2003.
- Sansone RA, Sansone LA. Doctor Shopping: A Phenomenon of Many Themes. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2012;9(11/12):42–46.
- Sinn H-W. Risiko als Produktionsfaktor. *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik*. 1986;201(6):557–571.
- Suchanek A. Der homo oeconomicus: Verfehltes Menschenbild oder leistungsfähiges Analyseinstrument? In: Lang R, Schmidt A, Hrsg. *Individuum und Organisation: Neue*

Trends eines organisationswissenschaftlichen Forschungsfeldes. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag; 2007a:251–276.

Suchanek A. Eigenverantwortung, Anreizkompatibilität und der homo oeconomicus. In: Führ M, Bizer K, Feindt PH, Hrsg. Menschenbilder und Verhaltensmodelle in der wissenschaftlichen Politikberatung: Möglichkeiten und Grenzen interdisziplinärer Verständigung. Baden-Baden: Nomos; 2007b:161–167.

Suchanek A. Ökonomische Ethik. 2. Aufl. Tübingen: Mohr-Siebeck; 2007c.

Thaler RH, Sunstein CR. Libertarian Paternalism. American Economic Review. 2003;93(2):175–179. DOI 10.1257/000282803321947001.

Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness. London: Penguin Books; 2009.

VfGH 8.10.2015, G 20/2015-13, G 281/2015-8.

Wallner J. Ethik im Gesundheitssystem. Wien: Facultas; 2004.

**Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner**

**Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich**

# Vorschläge für eine Harmonisierung der Selbstbehalte für Leistungen im Krankheitsfall

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| 1. Einführung                          | 112 |
| 2. ASVG-Versicherte                    | 114 |
| 3. Wiedereinführung der Ambulanzgebühr | 115 |
| 4. Steuerungselemente                  | 117 |
| 5. Zusammenfassung                     | 120 |

*Selbstbehalte sind in Österreich historisch gewachsen und daher je nach Versicherung sehr unterschiedlich. Um eine Harmonisierung und damit eine gerechtere Ausgestaltung zu erreichen, bedarf es einer umfassenden Umgestaltung der Selbstbehalte. Vor allem der 20-prozentige Behandlungsbeitrag einiger Versicherten müsste eine Ausweitung erfahren. Der Beitrag zeigt Möglichkeiten auf, ein kohärentes System zu schaffen und gleichzeitig die Finanzierung einiger derzeit nur schwer sicherstellbarer Bereiche des Gesundheitswesens zu verbessern. Im Zuge der Überlegungen wird auch auf die rechtliche Situation und soziale Bedenken Bezug genommen.*



# 1. Einführung

Selbstbehalte im Rahmen der Gesundheitsversorgung werden sowohl von Gesundheitspolitikern als auch in der Literatur sehr unterschiedlich beurteilt. Die Gegner von Selbstbehalten sehen darin eine sozial unerwünschte Besteuerung der Krankheit und argumentieren damit, dass bei sozial akzeptablen Selbstbehalten auch kein nennenswerter Steuerungseffekt entsteht. Die Befürworter anerkennen auch bei relativ geringen Selbstbehalten steuernde Wirkungen und sehen im Selbstbehalt eine wünschenswerte Maßnahme gegen die im Gesundheitsbereich festzustellende Vollkaskomentalität und eine Chance, der Bevölkerung bewusst zu machen, dass Gesundheitsleistungen auch kosten.<sup>1</sup> Faktum ist jedenfalls, dass es im österreichischen Gesundheitssystem eine ganze Reihe von Selbstbehalten gibt und dass diese jedenfalls deutlich zur Finanzierung beitragen (laut Hofmarcher<sup>2</sup> finanzierten 2010 private Haushalte über Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen 17,7 Prozent der gesamten laufenden Ausgaben für Gesundheit). Faktum ist auch, dass diese Selbstbehalte sehr unterschiedlich konstruiert sind und keinem zusammenhängenden logischen Konzept unterliegen, sondern eher auf historischen Zufälligkeiten basieren.

So gibt es, ohne dass es dafür eine nachvollziehbare logische Begründung gibt, bei den „kleinen Kassen“ von jeher einen Selbstbehalt beim Aufsuchen eines Arztes in Höhe von 20 Prozent, während bei den Gebietskrankenkassen unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten nur ein einmaliges Serviceentgelt von 10,00 pro Jahr als E-Card-Gebühr eingehoben wird. Bei den Versicherten der SVB wurde zwar im Zusammenhang mit der tariflichen Angleichung an die Gebietskrankenkassen der 20-prozentige Selbstbehalt abgeschafft. Stattdessen wird, wenn ein Arzt im jeweiligen Kalenderquartal in Anspruch genommen wird, ein einmaliger Behandlungsbeitrag für dieses Quartal in Höhe von € 9,63 einbehalten (wobei allerdings der Behandlungsbeitrag für Zahnbehandler getrennt ist, sodass bei Inanspruchnahme eines Arztes und eines Zahnbehandlers im Quartal € 19,22 an Behandlungsbeitrag eingehoben werden).

Bei Krankenhausaufenthalten fällt ein (mit einem Tageslimit pro Kalenderjahr begrenzter) Kostenbeitrag in je nach Bundesland unterschiedlicher Höhe an. Dazu kommt, dass für mitversicherte Angehörige zusätzlich ein Kostenbeitrag für die ersten vier Wochen des Krankenhausaufenthaltes zu bezahlen ist, dies allerdings nur bei ASVG- und BSVG-Versicherten.

1 Vgl. z.B. Rebhahn, Gesundheitsreform – systematisch betrachtet, Teil II, SozSi (2010) 126, 128

2 Das österreichische Gesundheitssystem (2013), S. 114

Neben diesen Selbstbehalten für ärztliche und Krankenanstaltenleistungen gibt es noch solche für Heilmittel (Rezeptgebühr in der Höhe von 5,85 je Verordnung) sowie für Heilbehelfe und Hilfsmitteln (Selbstbehalt von 10 Prozent mit einem Mindestselbstbehalt von derzeit 33,20 bzw. bei Sehbehelfen 99,60). Schließlich gibt es auch noch wesentliche Selbstbehalte bei zahnärztlichen Leistungen (bei kieferorthopädischen Leistungen, für prothetische Leistungen gibt es nur allenfalls einen Zuschuss). Selbstbehalte bestehen auch für Rehabilitationsaufenthalte und Kuren. Die Selbstbehalte für Heilmittel entfallen bei sogenannten Rezeptgebührenbefreiten (Personen, die eine Ausgleichszulage beziehen oder deren Einkommen die Ausgleichszulagenrichtsätze nicht übersteigt). Außerdem gibt es eine Obergrenze für die Rezeptgebühren von 2 Prozent des Jahresnettoeinkommens des vorangegangenen Kalenderjahres.

Kurzzeitig wurde auch für die Inanspruchnahme einer Spitalsambulanz ein Selbstbehalt in Form einer Ambulanzgebühr eingezogen. Die Ambulanzgebühr wurde am 01. März 2001 eingeführt, allerdings mit 01. April 2003 wieder abgeschafft. In dieser Zeit kam es auch zu einer Novellierung der Ausnahmebestimmungen, die in der Praxis als zu aufwändig kritisiert wurden. Vor ihrer endgültigen Beseitigung wurde die Ambulanzgebühr so geregelt, dass es eine Obergrenze (damals Schilling 1.000,00 pro Jahr) gab. Außerdem wurde keine Gebühr für mitversicherte Angehörige eingehoben, für Rezeptgebührenbefreite, für Organspender, in Dialyse- und Onkologieambulanzen sowie dann, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Ambulanzbehandlung eine stationäre Aufnahme in die Krankenanstalt erfolgte. Diese Regelung wurde zwar aus politischen Gründen wieder aufgehoben, allerdings hat sich auch der Verfassungsgerichtshof damit auseinandergesetzt. In seinem Prüfungsbeschluss vom 29. Juni 2002, B9/02-10ua stellte er die sachliche Rechtfertigung der Regelung in Frage. Dies einerseits deshalb, weil der mit der Regelung ausweislich der Materialien beabsichtigte Lenkungseffekt nur dann erreicht werden könnte, wenn die mit den Ambulanzgebühren belasteten Leistungen außerhalb der Spitalsambulanz durch einen niedergelassenen Arzt tatsächlich erbracht würden. Auch gegen die Sachlichkeit einzelner Ausnahmen gab es Bedenken, so wurde in Frage gestellt, weshalb nur Chemotherapien von der Ambulanzgebühr ausgenommen sein sollten, nicht aber Behandlungsleistungen für an vergleichbar schwerwiegenden und therapieintensiven Krankheiten leidende Patienten. Zu betonen ist allerdings, dass es sich dabei nur um einen Prüfungsbeschluss handelte, der Verfassungsgerichtshof also keine endgültige inhaltliche Stellungnahme zur Verfassungskonformität der seinerzeitigen Regelung abgegeben hat.

Im Folgenden sollen Überlegungen dargestellt werden (die die persönliche Meinung des Autors wiedergeben), wie das System der Selbstbehalte homogener und logischer ausgestaltet werden könnte.

## 2. ASVG-Versicherte

Meines Erachtens wäre es durchaus überlegenswert, die Selbstbehalte für die Inanspruchnahme von Kassenärzten für alle Sozialversicherten dahingehend zu harmonisieren, dass auch bei den ASVG-Versicherten – so wie bei den Bundeskassen – ein 20-prozentiger Selbstbehalt eingeführt wird.

Dafür würde Folgendes sprechen:

- Die derzeit bestehende Ungleichheit zwischen ASVG-Versicherten und den Versicherten anderer Kassen, die ohnehin schwer zu rechtfertigen ist, wäre damit beseitigt.
- Der extramurale Bereich leidet unter chronischer Unterfinanzierung. Es besteht praktisch einhelliger Konsens darüber, dass es in Österreich sinnvoll wäre, ambulant erbringbare Leistungen aus den Spitälern auszulagern und in Ordinationen anzubieten, worin neben ökonomischen vor allem der Vorteil gesehen wird, dass damit Patientenbedürfnissen und Erwartungen Rechnung getragen würde und gleichzeitig die ressourcenmäßig völlig überforderten Spitalsambulanzen entlastet werden könnten. Es ist auch evident, dass diese ständig geforderte Auslagerung daran scheitert, dass die Kassen, die den extramuralen Bereich zu bezahlen haben, die für den Ausbau benötigten Mittel nicht zur Verfügung stellen können. Würde man nun auch im ASVG-Bereich einen 20-prozentigen Selbstbehalt einführen und die daraus erzielten Mittel dem Ausbau extramuraler Leistungen widmen, könnte die extramurale Versorgung deutlich verbessert werden. Dabei geht es nicht nur um die Auslagerung neuer und moderner medizinischer Leistungen, sondern vor allem auch darum, ein breiteres Angebot an Kassenärzten, vor allem auch im fachärztlichen Bereich, anbieten zu können, was die immer wieder beklagten Wartezeiten bei Fachärzten deutlich reduzieren und vermutlich auch die Spitalsambulanzen entlasten würde. Selbst wenn man berücksichtigt, dass Patienten mit geringem Einkommen vom Selbstbehalt befreit werden müssten, blieben immer noch beträchtliche Mittel zur Stärkung des Leistungsangebotes.
- Fraglos sind die Selbstbehalte politisch nicht leicht zu kommunizieren. Wenn sie allerdings für die Versicherten mit spürbaren Verbesserungen der Zugänglichkeit zur extramuralen Versorgung verbunden wären, wäre vermutlich für eine solche Maßnahme Akzeptanz zu erreichen.

### 3. Wiedereinführung der Ambulanzgebühr

Zu überlegen wäre auch die Wiedereinführung der 2003 zurückgenommenen Gebühr für das Aufsuchen von Spitalsambulanzen. Auch dafür spricht einiges:

- Es ist nicht einzusehen, weshalb es bei stationären Aufenthalten Selbstbehalte gibt, ebenso wie bei der Nutzung extramuraler Medizin, dass aber gerade die Spitalsambulanzen völlig unentgeltlich aufgesucht werden können. Der Versuch der Einführung von Ambulanzgebühren zwischen 2001 und 2003 ist letztendlich vor allem daran gescheitert, dass die Ausnahmeregelungen zu kompliziert waren und eine aufwändige Bürokratie nach sich gezogen haben. Die Ausnahmeregelungen waren deshalb schwierig zu handhaben, weil nicht nur auf soziale Kriterien Rücksicht genommen wurde, sondern auch auf medizinische Indikationen. Die Berücksichtigung medizinischer Indikationen führt einerseits zu der vom Verfassungsgerichtshof angesprochenen Problematik, dass es ausgesprochen schwierig ist, innerhalb von Indikationen eine sachlich hieb- und stichfeste Grenze zu ziehen. Vor allen Dingen aber ist eine Befreiung aus Indikationsgründen systemfremd, wenn man die derzeit schon bestehenden Selbstbehalte beachtet. Ausnahmen von Selbstbehalten gibt es nach dem derzeitigen System vor allem für Rezeptgebührenbefreite, also im Wesentlichen Ausgleichszulagenbezieher oder Personen, die die entsprechende Einkommensgrenze nicht überschreiten. Diese Ausnahme könnte natürlich sinnvollerweise auch auf die Ambulanzgebühr übertragen werden und wäre leicht handhabbar, weil bei Rezeptgebührenbefreiten ein entsprechender Hinweis auf der E-Card vermerkt ist. Darüber hinaus gibt es schon nach der derzeitigen Systematik aus sozialpolitischen Überlegungen Ausnahmen vom Selbstbehalt bei Leistungen, die im Rahmen des Mutter-Kind-Passes erfolgen. Auch diese Ausnahmeregelung könnte man auf die Ambulanzgebühr erstrecken. Schließlich waren bei der seinerzeit eingeführten Ambulanzgebühr auch Ambulanzbesuche im Zusammenhang mit der Organspende oder der Spende von Blutplasma befreit. Da es sich dabei um aus altruistischen Gründen in Anspruch genommene Ambulanzleistungen handelt, wäre es wohl gut argumentierbar, auch diese Ausnahmeregelung beizubehalten. Dieser sehr eingeschränkte Ausnahmekatalog wäre vermutlich auch administrativ leicht handhabbar, wenn keine weiteren medizinischen Indikationen hinzukommen.

- Allerdings sollte auch für die Ambulanzgebühr gelten, dass deren Einführung dazu genutzt werden muss, gesundheitspolitisch sinnvolle Zielsetzungen zu erreichen. Dabei wären zwei Zielsetzungen vorstellbar: Zum einen könnten sie die gesundheitspolitische Intention unterstützen, das extramurale ambulante Leistungsangebot mit dem Ziel einer wohnortnahen Patientenversorgung und einer Entlastung der Spitalsambulanzen zu unterstützen. Ein Teil der vereinnahmten Mittel könnte daher in den Ausbau des extramuralen Bereiches investiert werden. Zum anderen besteht im Spitalsbereich mittlerweile die Problematik, dass es Spitalsabteilungen gibt, die immer mehr Betten verlieren und bei denen sich der Schwerpunkt immer stärker in das Anbieten ambulanter Leistungen verlagert, weil es der aus Sicht des Patienten und aus ökonomischer Sicht natürlich sinnvolle medizinische Fortschritt für immer gravierendere Behandlungsleistungen möglich macht, diese dem Patienten ohne die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes anzubieten. Bei vielen dieser Leistungen ist es aus unterschiedlichen Gründen allerdings schwer vorstellbar, dass sie in fachärztlichen Praxen erbracht werden könnten (vgl. Dialyseleistungen oder bestimmte onkologische Leistungen), sie bleiben also Spitalsleistungen. Es wird für diese Abteilungen immer schwieriger, genügend qualifiziertes ärztliches Personal zu finden, weil mit dem Wegfall der Bettenstationen auch die Möglichkeiten eingeschränkt sind, Arzthonorare zu erzielen. Ambulanzgebühren an diesen Abteilungen könnten daher dazu verwendet werden, das zunehmende Wegbrechen von Sonderklasseeinnahmen zu substituieren.

## 4. Steuerungselemente

Selbstbehalte sollten wohl primär als Finanzierungsquelle aufzufassen sein, wobei der Konnex zur Kostenverursachung auch bei den derzeitigen Selbstgehalten durchaus gewollt ist. Gerade hinter den derzeit schon existierenden Selbstgehalten steht wohl die Idee, dass das System der sozialen Sicherheit zwar verhindern muss, dass jemandem aus finanziellen Gründen benötigte Behandlungsleistungen verwehrt bleiben. Gerade dann, wenn Selbstbehalte eine sozial verträgliche Größenordnung nicht übersteigen, sieht die Sozialpolitik aber offenbar schon derzeit dieses Ziel zu Recht als ungefährdet an. Selbstbehalte haben daher neben der Finanzierungsfunktion derzeit vor allem den Zweck, eine „Selbstbedienungsmentalität“ zu vermeiden. Hingegen kommen den derzeitigen Selbstgehalten kaum steuernde Funktionen zu.

Natürlich wäre es denkbar, durch Staffelung von Selbstgehalten neben der Finanzierungskomponente auch ein Steuerungselement einzubauen. Dabei sind allerdings die Bedenken des Verfassungsgerichtshofes aus dem Jahr 2002 (Einleitungsbeschluss vom 29.06.2002, B9, 224-225, 614/02) zu berücksichtigen. Damals war der Verfassungsgerichtshof, wie zuvor ausgeführt, zumindest im Einleitungsbeschluss der Auffassung, dass die Einführung eines Selbstbehaltes nur dann mit einem Lenkungseffekt begründet werden kann, wenn tatsächlich alternative Behandlungsangebote zur Verfügung stehen, zu denen der Patient umgelenkt werden könnte.

Es ist daher verfassungsrechtlich konfliktfreier, eine Staffelung von Selbstgehalten auf Finanzierungsargumente zu stützen als auf einen Lenkungseffekt.

Für eine Staffelung in Frage kommt zunächst natürlich vor allem ein höherer Selbstbehalt in Spitalsambulanzen als bei der Inanspruchnahme niedergelassener Kassenärzte. Es wäre schon aus Finanzierungsüberlegungen legitim, diese Ambulanzgebühr höher anzusetzen als den Selbstbehalt bei Inanspruchnahme von Kassenärzten. Definitionsgemäß sollen Spitalsambulanzen in der Regel Leistungen anbieten, die gerade wegen ihrer besonderen Spezialisierung oder dem hohen Infrastrukturbedarf nicht im extramuralen Bereich zur Verfügung gestellt werden können. Es ist daher davon auszugehen, dass diese spezialisierten Leistungen auch einen höheren Finanzierungsbedarf haben, was eine über den Kassenarzt-Selbstgehalten liegende Ambulanzgebühr rechtfertigen würde.

Von diesem Selbstbehalt sollte auch nur dann abgesehen werden, wenn eine soziale Indikation vorliegt, also etwa bei Erfüllung der Voraussetzungen für die

Rezeptgebührenbefreiung. Auf die Ambulanzgebühr deshalb zu verzichten, weil der Patient von einem niedergelassenen Arzt in die Ambulanz zugewiesen wurde oder weil es sich um einen Notfall handelt, wäre wohl aus verfassungsrechtlichen Gründen problematisch. Ohne soziale Indikation wäre eine derartige Ausnahme nur damit argumentierbar, dass der Ambulanzgebühr insofern steuernde Wirkung zukäme, als sie mit ihrer Staffelung dazu beitragen könnte, den Patienten zur Einhaltung der Abstufungen im Versorgungssystem zu erziehen. Eine Begründung der Ambulanzgebühr mit diesem Lenkungseffekt ist aber, wie wiederholt angeführt, deshalb problematisch, weil dann konsequenterweise immer, wenn Alternativen im ambulanten Bereich nicht zur Verfügung stehen, die Ambulanzgebühr erlassen werden müsste. Dies würde genauso zu einem komplizierten und kaum handhabbaren Befreiungssystem führen, als wenn man sich darauf einließe, aufgrund der medizinischen Indikation von der Ambulanzgebühr abzusehen, wie etwa bei Notfällen. Man würde dann sehr schnell bei der Lösung landen, die den Versuch der Einführung der Ambulanzgebühr im Jahr 2001 stark belastet hat, nämlich der Aufzählung von selbstbehalts-befreienden medizinischen Indikationen (damals war etwa der Aufenthalt in Dialyseambulanzen oder onkologischen Ambulanzen vom Selbstbehalt befreit). Diese Lösung war damals deshalb inkonsistent und hat offenbar auch beim Verfassungsgerichtshof Zweifel hervorgerufen, weil der Begriff der schweren Indikationen kaum abgrenzbar ist. Auch die aktuellen Selbstbehalte, die weitgehend seit Inkrafttreten des ASVG bestehen, sehen keine Befreiungen aus medizinischen Indikationen vor. Der Selbstbehalt bei den Bundeskassen oder auch der generelle Selbstbehalt bei der Anschaffung von Arzneimitteln ist prinzipiell davon unabhängig, ob der Patient unter einer banalen oder unter einer sehr schweren Erkrankung leidet. Natürlich führen gerade schwerere Erkrankungen dazu, dass medizinische Leistungen in einem besonders hohen Ausmaß in Anspruch genommen werden, womit sich neben dem menschlichen Leid in der Regel wesentlich höhere finanzielle Belastungen ergeben. Diese, allenfalls durch schwere Erkrankungen ausgelösten besonderen Belastungen sollen aber nicht über das Anknüpfen an die medizinische Indikation, sondern über das Anknüpfen an die soziale Indikation berücksichtigt werden. So wie derzeit bei den Rezeptgebühren wäre es daher wohl sinnvoll, eine von der Höhe des Einkommens abhängige Gesamtobergrenze für Ambulanzgebühren oder überhaupt eine einkommensabhängige Deckelung aller Selbstbehalte einzuführen.

Eine weitere Variante einer Staffelung wäre die Einhebung eines höheren Selbstbehaltes bei Inanspruchnahme von Leistungen in der Nacht bzw. an Wochenenden. Eine solche Staffelung hätte zwar möglicherweise auch steuernde Wirkungen, sollte aber ebenfalls nicht durch die Steuerung, sondern durch den zu diesen Zeiten höheren Finanzierungsbedarf motiviert sein. Dies insbesondere deshalb, weil auf medizinische Indikationen gestützte Ausnahmeregelungen, wie sie der-

zeit für in der Apotheke besorgte Arzneimittel gelten, für ärztliche Leistungen schwer handhabbar sind. Bei Beschaffung von Arzneimitteln während der Nacht fällt der Nachtzuschlag nicht an, wenn der Arzt die Dringlichkeit der Abgabe bestätigt. Da aber bei Selbstbehalten für ärztliche Leistungen, sei es bei Inanspruchnahme von Kassenärzten in der Nacht oder an Wochenenden oder von Ambulanzleistungen, die Diagnose von dem erstellt wird, der die Leistung erbringt, ist ein analoges Vorgehen unpraktikabel.

Fasst man einen Zuschlag für die Inanspruchnahme von kassenärztlichen oder Ambulanzleistungen in der Nacht bzw. an Wochenenden als reines Finanzierungsinstrument auf, dann hängt die Akzeptanz der Zahler wiederum davon ab, dass die vereinnahmten Mittel auch wieder anlassbezogen ausgegeben werden.

Ein höherer Selbstbehalt für die Inanspruchnahme von Kassenärzten während der Nacht bzw. an Wochenenden sollte daher auch ausschließlich wieder in die ärztlichen Bereitschaftsdienste zu diesen Zeiten investiert werden. Die Aufrechterhaltung der extramuralen Bereitschaftsdienste erscheint zwar sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus ökonomischer Sicht (Vermeidung von unnötigen Spitalsaufenthalten) sinnvoll, allerdings stößt deren Finanzierung zunehmend an eine Grenze. Ein Finanzierungsbeitrag durch Zuführung des erhöhten Selbstbehaltes würde daher vermutlich wesentlich dazu beitragen können, Bereitschaftsdienste in einer für die Patienten zufriedenstellenden Funktionalität organisieren zu können.

Ähnliches würde für einen Ambulanzgebührenzuschlag zu diesen Zeiten gelten. Auch dieser Zuschlag sollte dafür verwendet werden, die Übernahme von Nachtdiensten bzw. die Übernahme der Betreuung von Spitalsambulanzen in der Nacht attraktiver zu machen und damit die notwendigen Personalkapazitäten sicherstellen.



## 5. Zusammenfassung

1. Selbstbehalte liefern von jeher einen wesentlichen finanziellen Beitrag zum österreichischen Gesundheitssystem. Anknüpfungspunkt und Höhe der verschiedenen Selbstbehaltsregelungen gründen derzeit allerdings auf historischen Zufälligkeiten und sind daher wesentlich ungerechter, als wenn ein kohärentes System zugrunde liegen würde.
2. Für Selbstbehalte wird man in der Bevölkerung nur dann Akzeptanz finden, wenn sichergestellt ist, dass die Mehreinnahmen tatsächlich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen. Sie müssen daher sinnvoll in das Gesundheitssystem reinvestiert werden.
3. Es ist kaum zu rechtfertigen, dass bei Bundeskrankenkassen für die Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen ein Selbstbehalt eingehoben wird, für ASVG-Versicherte aber nicht. Würde man auch für ASVG-Versicherte einen 20-prozentigen Selbstbehalt einführen, könnte man damit die extramurale Versorgung deutlicher ausbauen. Vom Selbstbehalt ausgenommen werden sollten sozial Schwache, hingegen sollte unerheblich sein, aus welchen Gründen der Kassenarzt aufgesucht wird.
4. Angedacht werden sollte ferner die Wiedereinführung einer Gebühr für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen, zumal nicht erklärbar ist, weshalb gerade Spitalsambulanzen als Gratisleistungen angeboten werden, während schon derzeit für viele andere Leistungen des Gesundheitssystems Selbstbehalte in Rechnung gestellt werden. Auch hier sollte es ausschließlich soziale Ausnahmekriterien geben (Anknüpfung an die Rezeptgebührenbefreiung), nicht aber medizinische Kriterien, weil dies die Verfassungskonformität, aber auch die Praktikabilität in Frage stellen würde. Auch hier gilt, dass eine anlassbezogene Zweckwidmung die Akzeptanz erhöhen würde. Die Mittel sollten daher einerseits für ambulanzentlastende Maßnahmen beim Ausbau der extramuralen Medizin und andererseits für die Aufrechterhaltung von (gesundheitspolitisch als sinnvoll empfundenen) Spezialambulanzen dienen.
5. Bei Selbstbehalten sollte der Finanzierungs- und nicht der Steuerungsaspekt im Vordergrund stehen. Trotzdem erschiene eine Staffelung der Selbstbehalte in der Form gerecht, dass in Ambulanzen ein höherer Selbstbehalt eingehoben wird als bei niedergelassenen Kassenärzten und dass ganz generell bei Inanspruchnahme außerhalb der üblichen Betriebszeiten (Nacht, Wochenende) ein höherer Selbstbehalt zum Tragen kommt. Dies weniger aus Steue-

rungsgründen als deshalb, weil Spitalsambulanzen, wenn sie tatsächlich als Spezialambulanzen geführt werden, einen höheren Infrastrukturbedarf haben. Dasselbe gilt sowohl extra- als auch intramural für die Aufrechterhaltung der Versorgungsstruktur außerhalb der üblichen Betriebszeiten (also in der Nacht oder an Wochenenden).



***Mag. Dr. Johannes Hohenauer***

*Geschäftsführer, Ebner Hohenauer HC Consulting, Wien*

***Mag. Philipp Wieser***

*Consultant, Ebner Hohenauer HC Consult, Wien*

# **Selbstbehalte zur Steuerung der Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzleistungen**

|                                                    |            |
|----------------------------------------------------|------------|
| <b>1. Zusammenfassung</b>                          | <b>124</b> |
| <b>2. Einleitung</b>                               | <b>125</b> |
| <b>3. Referenzrahmen</b>                           | <b>126</b> |
| <b>4. Bedarfs- und Leistungsentwicklung</b>        | <b>128</b> |
| <b>5. Steuerungswirksamkeit von Selbstbehalten</b> | <b>132</b> |
| <b>6. Handlungsoption</b>                          | <b>135</b> |
| <b>7. Conclusio</b>                                | <b>141</b> |
| <b>Literaturverzeichnis</b>                        | <b>143</b> |

*Der vorliegende Beitrag bringt ein Modell zur Patientensteuerung auf den Tisch, das den Spitalsambulanzen eine Gatekeeper-Funktion zuschreibt und Personen, deren Gesundheitsanliegen nicht in den gesetzlichen Auftrag der Spitalsambulanzen fallen, in den niedergelassenen Bereich umleitet. Die Autoren zeigen, dass es durchaus möglich ist, sozial verträgliche Selbstbehalt-Modelle zu entwerfen, deren bürokratischer Aufwand sich dennoch gering hält. Darüber hinaus setzt sich der Vorschlag zum Ziel, mit Hilfe der Effizienzgewinne die Primärversorgung weiter auszubauen und so die Basisgesundheitsversorgung für alle zu verbessern.*

# 1. Zusammenfassung

Österreich gilt als ein „spitalslastiges“ Land, in dem ein relativ hoher Anteil der Gesundheitsleistungen im Krankenhaus in Anspruch genommen wird. Das bezieht sich auf einen hohen Anteil an vollstationären (statt tagesklinischen bzw. ambulanten) Leistungserbringungen, aber auch auf krankenhausambulante Versorgungsangebote, auch wenn im niedergelassenen Bereich dafür adäquatere Optionen existieren. Dementsprechend ist die Verschiebung von Leistungen aus dem stationären Bereich in die tagesklinische/ambulante Versorgung und aus der spitalsambulant Versorgung in den niedergelassenen Bereich ein sich wiederholendes Element aller Reformbemühungen.

Die Gesundheitsreform von 2013 nimmt dies auf, indem Leistungen am jeweiligen *Best Point of Service* (BPoS) erbracht werden sollen. BPoS werden definiert als kurative Versorgung „zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig“. Wohl richtigerweise wird hier generalisierend unterstellt, dass dies auf der jeweils untersten medizinisch angemessenen Versorgungstufe der Fall ist.

Um den Prozess der Verlagerung der Versorgung an den BPoS an der Schnittstelle zwischen Krankenhausambulanz und extramuraler Versorgung hin zum extramuralen Bereich zu unterstützen, wird in diesem Artikel ein (geringer) Selbstbehalt zur Steuerung der Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzleistungen vorgeschlagen. Damit soll die medizinisch nicht indizierte Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen reduziert werden. Der Ansatz ist rein lenkungsorientiert und unterscheidet sich damit vom (auch) aufkommensorientierten Vorgänger „Ambulanzgebühr“.

Kern des Mechanismus sind ein niedriger, aber ausnahmsloser Selbstbehalt sowie eine starke Fokussierung auf Patientenbildung und Information. Diese Herangehensweise vermeidet strukturelle Benachteiligungen chronisch kranker und/oder einkommensschwacher Menschen und setzt eine nachhaltige Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem in Gang, sofern ausreichende Begleitmaßnahmen ergriffen werden.

## 2. Einleitung

Obwohl oft vorgeschlagen, löst die Frage nach der Einführung von Selbstbehalten bei der Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzleistungen viel – zum Teil durchaus berechtigte – Skepsis aus. Ins Treffen geführt wird, dass über Selbstbehalte nicht zielgerecht gesteuert werden könne und potentiell sozial- oder einkommensschwache und/oder häufig kranke Menschen benachteiligt würden. Die debattierten Spielarten der Ambulanzgebühr waren bislang stets Mischformen, mit denen gleichzeitig versucht wurde, Krankenhausambulanzleistungen zu finanzieren und Patienten davon abzuhalten, Gesundheitsleistungen am falschen Ort in Anspruch zu nehmen, bzw. überhaupt „unnötige“ Leistungen zu vermeiden. Der somit erhoffte Effekt, nämlich die Leistungsmenge zu reduzieren und somit in Folge Gesundheitsausgaben zu senken, ließ sich allerdings nie eindeutig feststellen. Darüber hinaus standen den zusätzlich eingehobenen Mitteln erhöhte Verwaltungskosten auf Grund der komplizierten Ausnahmeregelungen gegenüber.

Hier soll eine Form von Selbstbehalt diskutiert werden, die auf andere Ziele hinführt. Die Gesamtmenge der Inanspruchnahme steht nicht im Fokus, vielmehr ist Effizienz- und Qualitätssteigerung durch Verlegung an die optimale Versorgungstufe das Ziel. Der Konsum von Gesundheitsleistungen soll mit dieser Maßnahme grundsätzlich nicht eingeschränkt, sondern in seiner Art (im Sinne des BPoS der Zielsteuerung) verändert – und somit verbessert – werden.

## 3. Referenzrahmen

### 3.1. Gesetzliche Bestimmungen

Die Grundlage für die Funktionsbestimmung von Krankenanstaltsambulanzen bildet das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKUG). Die Anstaltsordnung (§ 6 Abs. 7 Pkt. 4) sieht die Ambulanz als eine Einrichtung zur Erstversorgung von Akut- und Notfällen, deren „zulässiges Leistungsspektrum“ auch eine definierte Verteilungsfunktion von Patienten vorsieht.

Die „Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich“ (ibid.) bedeutet die inhärente Gatekeeper-Funktion der Einrichtung. Aus der Verbindung von Zulässigkeit des Behandlungsspektrums und Umstandsbezogenheit der Erstbehandlung lässt sich die Legitimation ablesen, nach welcher Ambulanzen Selbsteinweiser in andere, besser geeignete Behandlungspunkte umleiten können.

### 3.2. Zielsteuerung

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 wurde im Gesundheits-Zielsteuergesetz (G-ZG) festgelegt, dass die medizinische Versorgung am „**Best Point of Service**“ (BPoS) zu erbringen ist. Das Konzept des BPoS ist eingebunden in ein integratives und sektorenübergreifendes System. In den Begriffsbestimmungen (G-ZG § 3 Abs. 1) wird dies definiert: „Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen.“

Grundlegend für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen am BPoS durch den Patienten ist die Überwindung der bestimmenden Dichotomie intramural/extramural des österreichischen Gesundheitssystems. Ziel ist dabei die **integrierte Versorgung** als „patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Konzepten ausgerichtete[r]“ Versorgungsansatz (ibid., Abs. 7).

### 3.3. Strategische Ausrichtung

Anlass für die Gesundheitsreform gab neben der Notwendigkeit der Kontrolle der Kostenentwicklung die „hohe und kontinuierlich weiter steigende Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte und die damit verbundene – im internationalen Vergleich - hohe „Krankenhaustäufigkeit“ (Aufenthalte bezogen auf 100 Einwohner/innen)“<sup>1</sup>. Österreich hält, so der biennale Bericht der OECD *Health at a Glance*, den ersten Platz der Spitalsentlassungen pro Jahr (nach zumindest einer Nacht). Ebenso liegt Österreich im OECD-Vergleich bei der Anzahl der verfügbaren Krankenhausbetten weit vorne.<sup>2</sup>

Das Konzept BPoS, integrative Versorgungsplanung, integrierte Versorgung, Primary Health Care Centers (PHCC) etc. beschreiben Methoden, mit denen die Angebote der Gesundheitsversorgung und deren Nutzung vom Spitalsbereich hin zum niedergelassenen Bereich verlagert werden sollen. In diesem Artikel soll nicht die Strukturierung des notwendigen extramuralen Angebotes diskutiert, sondern allein darauf fokussiert werden, wie ambulante Versorgung aus dem Krankenhaus sinnvoll in den extramuralen Bereich verlagert werden kann.

---

1 <http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/stationaere-aufenthalte.html>

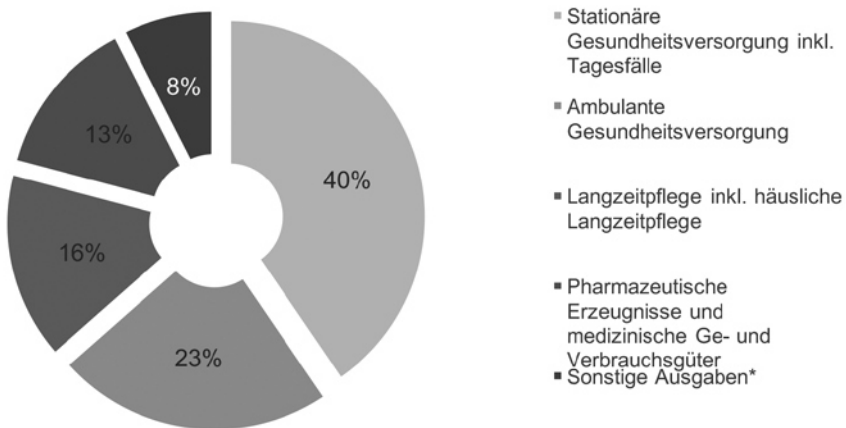
2 OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, p. 104–107; [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)



## 4. Bedarfs- und Leistungsentwicklung

### 4.1. Leistungsentwicklung

Ein Blick auf die Zusammensetzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ergibt ein eindrucksvolles Bild: rund 40 Prozent werden für stationäre Versorgung inkl. Tagesfälle ausgegeben, der mit Abstand größte Anteil (etwa 9,9 Mrd. EUR im Jahr 2012). Weit danach als zweitgrößter Posten rangieren die Ausgaben für ambulante Versorgung mit etwa 23 Prozent des Gesamtvolumens (5,6 Mrd. EUR in 2012).



\*Aufgrund der unzureichenden Datenlage mussten Ausgabenpositionen teilweise geschätzt werden. Ausgaben für Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld.

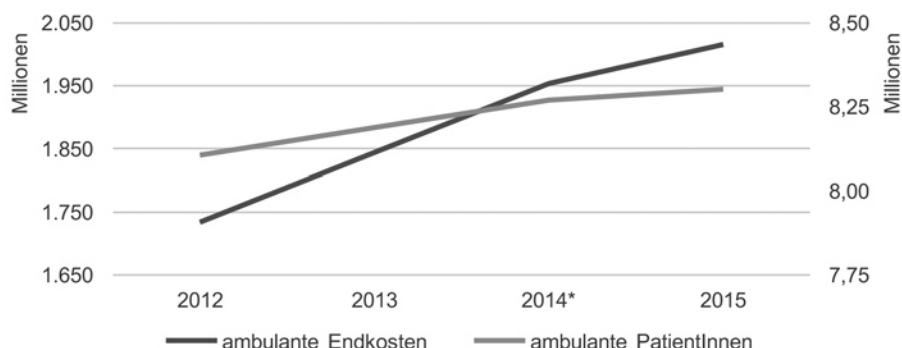
Abbildung 1: Aufteilung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent, 2012<sup>3</sup>

In den letzten Jahren zeigt sich weiterhin ein klar ansteigender Trend der Ambulanzbesuche in Krankenanstalten (wenn auch mit leicht abgeschwächter Dynamik ab 2014). Nach Angaben des BMG (Krankenhaus in Zahlen, Ausgaben 2012–15) sind im Betrachtungszeitraum die Patientenzahlen um 2,4 Prozent angestiegen.

<sup>3</sup> GÖG (2015), Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Sonstige Ausgaben beinhalten Gesundheitsbezogene Hilfs- und Nebenleistungen, Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst sowie Verwaltungsausgaben.

Die Behandlungskosten haben einen im Vergleich enormen Zuwachs von 16,3 Prozent verzeichnet.

Abbildung 2: Ausgaben für ambulante Behandlung in öffentlichen Krankenanstalten (\* Daten für 2014 geschätzt)<sup>4</sup>



Im Vergleichszeitraum haben Patienten im niedergelassenen Bereich hingegen zusehends weniger Arztbesuche vorgenommen. Von 6,8 Besuchen pro Jahr im Jahr 2012 ist die Anzahl um 3,0 Prozent auf 6,6 jährliche Besuche im Jahr 2015 gesunken.<sup>5</sup> Damit hat sich insgesamt die sogenannte Spitalslastigkeit des heimischen Systems weiter verstärkt.

## 4.2. Zielsetzung

Es spricht damit vieles dafür, dass in Österreich tatsächlich Handlungsbedarf besteht, um die Entlastung des Spitalsektors zu erreichen und gleichzeitig die Versorgungseffizienz zu steigern. Eine Möglichkeit, den Übergang der Behandlungslast vom intramuralen auf den extramuralen Sektor beschleunigt zu gestalten, sehen wir in der Einführung eines Selbstbehaltes für Ambulanzleistungen in Krankenanstalten, welche, so sei vorweg bemerkt, sich von der Ambulanzgebühr der Jahre 2001 bis 2003 deutlich unterscheidet.

Durch welche Charakteristika soll sich das hier vorgeschlagene System auszeichnen? Entscheidend sind in unseren Augen drei wesentliche Aspekte: die umfassende Verfügbarkeit von Leistungen, Akzeptanz von Wechsel des Versorgungs-

<sup>4</sup> BMG (2013–16), Krankenanstalten in Zahlen

<sup>5</sup> Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016, Abschnitt 2.15

ortes in der Bevölkerung und klarerweise Wirtschaftlichkeit der neuen Mechanismen. In Entsprechung dazu orientiert sich das vorliegende Planungskonzept an der in der Versorgungsplanliteratur beschriebenen Zielstruktur gemäß der drei A (Accessability, Acceptability und Affordability):

■ **Accessability (optimaler Zugang)**

Die „Zugänglichkeit“ der Versorgungsleistungen bezieht sich auf die regionale Vorhaltung und die zeitliche Verfügbarkeit (Öffnungszeiten) von Angeboten, um die Wegzeiten der Patienten zu minimieren, und ein quantitativ ausreichendes Angebot, um Wartelistenphänomene möglichst zu vermeiden.

■ **Acceptability (optimale Qualität)**

Die „Annehmbarkeit“ bezieht sich auf die Qualität der Versorgungsleistungen. Der Patient benötigt nicht nur die quantitative Zusage alternativer Versorgungsleistungen, es muss sichergestellt werden, dass außerhalb der Spitalsambulanz adäquate medizinische Angebote vorhanden sind, die zumindest gleich gut oder besser den jeweiligen Bedarf befriedigen können (BPoS).

■ **Affordability (optimale Effizienz)**

Die „Leistbarkeit“ bezieht sich auf die Kosten der Leistungserstellung. Über Effizienzgewinne soll die Leistbarkeit des medizinischen Fortschrittes im Rahmen der sozialen Krankenversicherung gesichert werden, bislang suboptimal gebundene Ressourcen können reinvestiert werden.

## 5. Steuerungswirksamkeit von Selbsthalten

### 5.1. Ambulanzgebühr in Österreich 2001–2003

Von 2001 bis 2003 wurde eine immer wieder adaptierte Ambulanzgebühr eingehoben, die aufgrund „deutlicher Widerstände bzw. *wegen der Komplexität von Ausnahmebestimmungen und der Einhebung*“ (Hofmarcher und Rack 2006; p.96) sowie zwischenzeitlich wegen festgestellter Verfassungswidrigkeit aufgegeben wurde. Der Behandlungsbeitrag betrug 10,90 EUR bei Vorliegen einer ärztlichen Überweisung oder Wiederbestellung seitens des Krankenhauses bzw. 18,17 EUR, sofern keine Überweisung vorlag. Zusätzlich wurde eine jährliche Höchstgrenze von 72,67 EUR je Patient festgesetzt.

Hofmarcher und Rack (ibid., p. 213) ordnen die Einführung der Ambulanzgebühr allerdings als Reform zur „nachhaltigen Finanzierung“ des Gesundheitswesens ein, also als Maßnahme zur Aufkommensgenerierung (bei gleichzeitig erhoffter Nachfrageelastizität) und nicht primär als Steuerelement.

Wenn auch der Begriff „Best Point of Service“ im Jahr 2001 noch nicht existierte, bestand die Erwartungshaltung seitens der Bundesregierung, einen positiven Lenkungseffekt zur Entlastung der Spitalsambulanzen zu erzielen. Eine zur Überprüfung der Reform in Auftrag gegebene Studie des ÖBIG<sup>6</sup> kam allerdings zum Schluss, dass der erhoffte Effekt nicht eingetreten sei. Als wesentlichste Ursache hierfür galt den Autoren „neben der eingeschränkten Wahlmöglichkeit [...] weiters nicht adäquate Strukturen und Angebote im niedergelassenen Bereich“ (p.V.). Ebenso dürfte die von Hofmarcher und Rack angeführte Komplexität von Ausnahmebestimmungen und der Einhebung zur Ineffizienz der Gebühr beigetragen haben.

Die Kernbotschaft der Studie zeigt jedenfalls deutlich die eingeschränkte Leistungssteuerung bei einem nicht adäquaten Umfeld. Was sich also nicht aus der Analyse ableiten lässt, ist die grundsätzliche Unmöglichkeit einer lenkungsorientierten Gebühr. Klar ableitbar ist aber, dass es einer *passenden therapeutischen und organisatorischen Topologie* bedarf, um anreizbasierte Strukturmaßnahmen erfolgreich zu implementieren.

---

6 ÖBIG (2002) Selbstbeteiligung. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich, sowie kurz: <http://derstandard.at/1199525/Ambulanzgebuehr-brachte-keinen-Lenkungseffekt>

## 5.2. Stand der Wissenschaft

Die bedeutendste Referenz für positive Effekte von Selbstbehalten im Gesundheitswesen ist wohl das *RAND's Health Insurance Experiment (HIE)*, welches von 1971 bis 1986 in den USA durchgeführt wurde. Doch weist die Studie einige methodische Einschränkungen auf (zum Beispiel wurden nur Personen unter 60 Jahren beobachtet), die ihre Aussagekraft einschränken.<sup>7</sup>

Neben der beim ÖBIG in Auftrag gegebenen Studie gibt es noch weitere wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit dem Thema. Selbstbehalte werden dabei gemeinhin als nicht besonders erfolgreiche Methode der Aufkommensgenerierung verstanden, auch ein Steuerungseffekt wird zeitweilig in Frage gestellt. Nachdem es sich bei der Ambulanzgebühr um ein in Österreich politisch sensibles Thema handelt, herrscht auch wissenschaftlich ein meinungsgetriebener Diskurs vor. Regelmäßig (teils auch berechtigterweise) aufkommende Vorwürfe betreffen etwa die soziale Frage, ohne dass dabei klare Evidenz pro oder contra vorgelegt wird.

Klar können die Folgen eines etwas unglücklich designten Selbstbehalts in Deutschland beobachtet werden, wo von 2004 bis Ende 2012 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen für den ersten ambulanten Arzt-/Zahnarztbesuch im Quartal zehn Euro Praxisgebühr zahlen mussten.<sup>8</sup> Für den Erfolg der ursprünglichen Steuerungsabsicht, „unnötige“ Arztbesuche, v.a. Selbstzuweisungen zu Fachärzten, zu reduzieren und die Hausärzte wieder verstärkt zur ersten Anlaufstation der Patienten zu machen, existiert lediglich für die Anfangszeit positive Evidenz. Im ersten Jahr nach der Einführung der Praxisgebühr (2004) kam es zu einem signifikanten Rückgang an Arztbesuchen von insgesamt 8,7 Prozent, wobei sich nicht eindeutig feststellen lässt, ob die Reduktion aufgrund ausbleibender Bagatellfälle erreicht wurde oder ob sozial schwache Patienten aus dem System gedrängt wurden.

Nach einiger Zeit stiegen die Besuche pro Patient trotz des Selbstbehalts wieder deutlich an, womit der langfristig intendierte Steuerungseffekt klar verfehlt wurde. Auf der administrativen Seite hingegen wurde die Ärzteschaft mit dem bürokratischen Aufwand der Einhebung, Abrechnung und Überweisung an die Krankenkassen belastet. Der „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung stellte überdies negative Folgen für die Bevölkerung mit schlechtem Gesund-

7 Newhouse, Joseph P. et. al. (1984) The Effect of Coinsurance on the Health of Adults: Results from the RAND Health Insurance Experiment; RAND Corporation

8 Vgl. hierzu Wiener Gebietskrankenkasse (2017) Selbstbehalte beim Arzt? Ein Auslaufmodell ...

heitszustand und für einkommensschwache Personen fest, die aufgrund der einseitigen Belastung seltener zum Arzt gingen als notwendig.<sup>9</sup>

Die Praxisgebühr war also eine undifferenzierte, quantitative Maßnahme, die mittels Senkung der Patientenzahlen finanzielle Einsparungen zu generieren suchte. Diese konnten nach anfänglichen positiven Signalen auf mittlere und längere Sicht nicht erreicht werden.

Einige interessante Erkenntnisse, die die Steuerungsnotwendigkeit im österreichischen Versorgungssystem unterstreichen, liefert die Vorarlberger Spitalsambulanzstudie 2010.<sup>10</sup>

Der grundlegenden Frage in der Studie nach den Beweggründen der Menschen, die Spitalsambulanz ohne qualifizierte Zuweisung aufzusuchen, folgen als häufigste Antworten der „persönliche Eindruck, dass es im Krankenhaus schneller und einfacher gehe“, sowie die subjektive Qualitätserwartung der Patienten („Dort ist alles, was man braucht, auf einem Fleck!“). Nur etwas unter 10 Prozent der Befragten gaben an, aus Informationsmangel ins Spital gekommen zu sein, anstatt extramurale Versorger aufzusuchen.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass knapp 25 Prozent der Patienten in den Ambulanzen der untersuchten Krankenanstalten Selbstzuweiser sind, von denen bei etwa 66 Prozent der BPoS im niedergelassenen Bereich läge – in Summe ein Entlastungspotential der Spitalsambulanzen von beinahe 17 Prozent der gesamten Beanspruchung. Zusätzlich ergab die Beobachtung, dass die Nutzungsfrequenz zwischen 07:00 und 22:00 die höchsten Werte aufwies.

Die Verbindung der Beweggründe und der hohen Anzahl, die im extramuralen Sektor ebenso adäquat behandelt gewesen wäre, widerspricht der These, Steuerung könnte allein durch vermehrte Health Literacy und Patientenschulung erreicht werden. Zu klein war der Anteil an Personen, die lediglich aus „Informationsmangel“ an die Spitalsambulanz kamen.

Im Mai 2017 wurde eine durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) in Auftrag gegebene Studie veröffentlicht, die der Frage nachgeht, „welche Aspekte des Angebots (der Versorgung) im niedergelassenen Bereich verändert (verbessert) werden müssten, um einen Wechsel der Erstinanspruchnahme vom Ambulanzbereich zum niedergelassenen Bereich zu bewirken“

---

9 Reiners und Schnee (2007), p.144f und p.149f

10 Wolfgang Böhner (2010) Vorarlberger Spitalsambulanzstudie 2010

(p. 11).<sup>11</sup> Grundlegende Verbesserungen erwarten sich die interviewten Patienten in den Bereichen „Erreichbarkeit und lange Öffnungszeiten auch in Tagesrandzeiten“, „hohe Behandlungskompetenz“ und „ausreichende Ausstattung mit Geräten“. Überdies sollen „multiprofessionelle Teams“ im niedergelassenen Bereich angetroffen werden, um somit (vgl. Vorarlbergstudie) alle notwendigen oder vor der Diagnose als notwendig erachteten Leistungen mit relativ geringer Zeit erhalten zu können (One-Stop-Shops).

## 6. Handlungsoption

### 6.1. Grundidee

Das Ziel des hier beschriebenen Selbstbehaltes besteht einzig darin, einen Lenkungseffekt der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen hin zum niedergelassenen Bereich zu bewirken. Es wird keine direkte Finanzierungswirkung angestrebt. Als unerlässliche Grundvoraussetzung hierfür muss das aufgespannte Regelwerk einfach, verständlich und transparent konzipiert sein, um **Glaubwürdigkeit** bei der Bevölkerung und **Effizienz** im System zu erreichen. Ebenso grundlegend sind die massenwirksame Kommunikation der Maßnahme, also umfassende Information, sowie bestehende Behandlungsalternativen mit ausreichender Kapazität und vor allem (zeitlicher) Zugänglichkeit, die in der Bevölkerung bekannt und akzeptiert sind.<sup>12</sup>

Der Mechanismus ist denkbar einfach. Jede Person, die ohne qualifizierte Zuweisung (Facharzt oder Kontrolltermin) oder ohne entsprechende Akuteinstufung

11 Sozialökonomischen Forschungsstelle (SFS) (2017) *Patient\*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen*; Endbericht im Auftrag des HVB der Sozialversicherungsträger

12 Eine aus behavioural economics entstandene Methode, um Menschen zu einem (sozial) gewünschten Verhalten zu bringen, nennt sich „nudging“. Im Gegensatz zum Anreizsetzen (incentive setting) in einem bekannten Umfeld setzt nudging darauf, die Entscheidungsumwelt so zu beeinflussen, dass sie den Menschen entscheidungsadäquat in Moment der Unentschlossenheit (cave, nicht Unsicherheit) einen entscheidenden „Stups“ gibt. Um Patienten zum Beispiel nicht in die Spitalsambulanz kommen zu lassen, bestünde etwa die Möglichkeit, Suchanfragen im Internet nach der nächsten Klinik mit personalisierter Werbung zu versehen – wie etwa: „Der nächste Allgemeinmediziner/Primärversorgungszentrum/Gruppenpraxis befindet sich in Ihrer Nähe und hat jetzt geöffnet.“.

eine Spitalsambulanz aufsucht, wird vor der Aufnahme über die Zahlungsbedingungen der Dienstleistung in Kenntnis gesetzt. Gleichzeitig wird die Person über die kostenlosen Behandlungsalternative am BPoS im niedergelassenen Bereich informiert (in der jeweiligen Umgebung), hierzu liegen nicht nur in Deutsch sondern auch in den relevanten Fremdsprachen Informationsmaterialien auf. Sollte sich die Person dazu entscheiden, dennoch Patient der Ambulanz zu werden, entrichtet sie ausnahmslos vor Ort und vor Beginn der Betreuung/Behandlung die Ambulanzgebühr in einer niedrig anzusetzenden Höhe (etwa 5 EUR, vorzugsweise mittels Kartenabrechnung zur Minimierung des bürokratischen Aufwands).

Die Zahlungsverpflichtung nimmt niemanden aus. Den Selbstbehalt hat jede Person zu entrichten, die nicht dem gesetzlichen Auftrag der Ambulanz (vgl. 3.1.) zuordenbar ist. Als Definition der Akut- und Notfälle dient das Manchester-Triage-Systems (MTS), eine Klassifizierungsmethode für die Dringlichkeit von ambulanz zu behandelnden Personen. Über Ersteinschätzung von Beschwerdebildern und Leitsymptomen werden Patienten in eine von fünf Kategorien eingestuft, eine jede verbunden mit einer maximalen Wartedauer zwischen 0 und 120 Minuten. Patienten der dringlicheren Risikokategorien 1–3 werden ohne Selbstbehalt in der Ambulanz betreut.<sup>13</sup>

Somit wird die Spitalsambulanz, wie im KAKuG vorgesehen, dem Auftrag des Gatekeepers gerecht. In erster Priorität steht bei diesem Ansatz die Information des Patienten und dessen Umleitung auf den jeweiligen BPoS, sowohl zu seinem Wohl als auch zu dem des ganzen Systems.

Der Selbstbehalt ist entsprechend des Lenkungscharakters tief angesetzt und zur Vereinfachung der Abwicklung ausnahmslos gestaltet. Im Idealfall, also bei erfolgreicher Steuerung, wird die Gebühr nämlich **möglichst selten eingehoben**. Tritt dies ein, bedeutet das den Erfolg der Maßnahme: nämlich die Patienten an den medizinisch wie ökonomisch sinnvollsten Ort dirigiert zu haben. Von einer nachhaltigen Systemänderung kann man schließlich sprechen, wenn die Patienten in laufender Betreuung bei den BPoS bleiben (und zusehends selbst in der Lage sind, diese zu identifizieren), hierbei sind positive Behandlungserlebnisse beim niedergelassenen Arzt bzw. in sonstigen extramuralen Behandlungseinrichtungen unerlässlich.

---

13 Stufe 1 bedeutet sofortige Behandlung, Stufe 2 hat eine höchste Wartezeit von 10 Minuten („sehr dringend“), Stufe 3, als „dringend“ klassifiziert, höchstens 30 Minuten. Es erscheint fragwürdig, dass jemand in 30 Minuten von der Spitalsambulanz zur Behandlung am BPoS gelangt, bzw. ist bei so hoher Dringlichkeit einer Behandlung vermutlich die Ambulanz bereits der optimale Anlaufpunkt. Stufen 4 und 5 („normal“ und „nicht dringend“) können mit Wartezeiten von bis zu 90 bzw. 120 Minuten wohl nicht als Akut- oder Notfälle erachtet werden. Vgl. Mackway-Jones, Kevin et. al. (2011) Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Das Manchester-Triage-System; Hogrefe



## 6.2. Systemische Bedeutung

Neben der mechanischen Leistung, Patienten zu den optimalen Behandlungsorten zu leiten, verfügt die Idee des Selbstbehalts für Ambulanzbesuche über eine zusätzliche Dynamik auf der Systemebene.

Unter dem Status quo nehmen viele Besucher die Spitalsambulanzen als die aus ihrer Sicht vernünftigste und bequemste Variante einer Gesundheitsdienstleistung in Anspruch (vgl. Bohner 2010). Neben dem erwarteten Service bietet die Ambulanz noch weitere Annehmlichkeiten, da das Krankenhaus an einem bekannten Ort lokalisiert und theoretisch rund um die Uhr verfügbar ist, wohingegen Alternativangebote in der Regel begrenzte Öffnungszeiten haben und deren Verortung nicht immer bekannt ist. Der individual-rationalen Sichtweise nach ist die Gebühr im ersten Effekt eine Verschlechterung der Situation, das Gefühl kann entstehen, durch eine unfaire Regulierung wurde einem persönlich ein bestehendes Recht auf ein Gut genommen.

Wenn dies allerdings das Kollektiv der Selbstzuweiser auf der individuellen Ebene als rational erachtet, verschlechtern sie hingegen auf der Makroebene ihre Situation, indem sie ihre „Mitbewerber“ um eine Behandlung in der Ambulanz nicht mitdenken und somit versäumen, ihre Erwartung anzupassen – hierdurch entsteht die Überbeanspruchung der Ambulanzen mit allen negativen Folgen (unangemessene Bindung von Ressourcen, längere Wartezeiten, die Ambulanzgebühr von 2001, ...).

Klar also, dass das, was individuell-rational erscheint, sehr wohl auf die Gesamtpopulation negative Auswirkung haben kann und somit in weiterer Konsequenz auch auf die Person, die aus der eingeschränkten Sichtweise zu optimieren meinte, zurückfällt.

Der anfangs als störend empfundene Selbstbehalt hingegen kann sich bald als eine positive Entwicklung entpuppen. Der Patient wird im Optimalfall mit einem besseren Service für den (zusätzlichen) Weg zum BPoS kompensiert. Gleichzeitig müsste eine Budgetperiode ausreichen, um die Effekte auf der systemischen Ebene zu beobachten. Durch Effizienzgewinne werden vormals ineffizient gebundene Ressourcen im Sinne einer Kostendämpfung nun wieder verfügbar, mit denen wiederum Gesundheitsleistungen und Investitionen abgedeckt werden (affordability). Diese Ausgaben können sehr wohl öffentlich sichtbar sein, wie etwa Ausbau von Primärversorgungszentren oder Unterstützungen für längere Praxisöffnungen, was wiederum die Akzeptanz in der Bevölkerung für die Reform unterstützt (acceptability) und somit die individuellen Bestrebungen, am jeweiligen BPoS behandelt zu werden, erhöht.

## 6.3. Erfolgsfaktoren und Risikomanagement

Der Erfolg der vorgeschlagenen Maßnahme hängt von unterschiedlichen inhärenten Faktoren wie begleitenden Maßnahmen ab.

Nachdem wir die Ambulanzgebühr ja als eine Art „Denkanstoß“ verstehen, gilt es als erstes, die für die Patienten relevanten **Informationen** klar, verständlich und umfassend zu kommunizieren. Hierfür können etwa Informationsbroschüren zur kostenfreien Behandlung im niedergelassenen Sektor sowie eine Liste der in der Umgebung verfügbaren Angebote entwickelt werden, selbstverständlich auch webbasierte Angebote und Apps wie eine (Kassen-)Arztsuche etc. Diese Materialien müssen in den jeweils relevanten Sprachen verfügbar sein, auch eine direkte Ansprechperson mit Beratungsfähigkeit kann die Patienten auf deren Weg durch den Gesundheitssektor coachen.

Ebenso von Bedeutung ist die **Minimierung der Suchkosten** für die Patienten. Die Informationen und die Führung durch das System müssen so rasch wie möglich auf ein gutes Behandlungsumfeld hinlenken, die Patienten müssen Vertrauen in die Guidance und Systemeffizienz erlangen. Es darf nicht das Gefühl erwachsen, man habe eine Gesundheitsleistung durch Info-Folder und Web-Angebote ersetzt.

Die Aufnahmeschwelle in die Ambulanz wird aus diesem Grund niedrig angesetzt, um **soziale Selektion zu verhindern**. Das System basiert auf dem Gedanken der Patientenbildung, die Zahlung der Gebühr gilt vielmehr als Impuls, über die beste Behandlungsalternative nachzudenken.

Das Manchester-Triage-System sichert die **Objektivität der Aufnahmekriterien**. Selbstverständlich bedarf es auch adäquater **extramuraler Versorgungsstrukturen** (PHCC, Triage-Ambulanz, längere Öffnungszeiten oder Bereitschaftsdienste etc.), auch unter Beachtung der Bedarfstopographie (accessability ist dabei von enormer Bedeutung), die Patienten in Anspruch nehmen können. Ambulanzen kostenpflichtig zu gestalten, ohne dass sich BPoS in erreichbarer Nähe befinden oder nur zu patientenunfreundlichen Zeiten geöffnet haben, würde tatsächliche finanzielle Mehrbelastungen bedeuten, ohne einen Steuerungseffekt zu bewirken.

Die Idee selbst baut auf den Informationsgewinn der Patienten, allerdings sollten weitaus umfassendere Anstrengungen unternommen werden, die **Health Literacy** in der Bevölkerung zu steigern. Ab einem gewissen Maß an Gesundheitskompetenz werden die Patienten zumindest eher zögern, bevor sie sich sofort auf den Weg in die Spitalsambulanz begeben. In dem Moment der Unentschlossenheit zwischen herkömmlicher Methode (ins Spital fahren), unkonventioneller Maßnahme (einen niedergelassenen Arzt googeln) oder traditionellem Verhalten

(doch den Hausarzt des Vertrauens anrufen) kann man versuchen, mit **Nudging** die Entscheidung der Patienten in die versorgungstechnisch sinnvolle gewünschte Richtung lenken (siehe Fußnote 12).

## 6.4. Die soziale Frage

Ein Beitrag aus der Zeitschrift der Linzer Sozialwissenschaftlichen Vereinigung aus dem Jahr 2006 steht sinnbildlich für den Diskurs zur Ambulanzgebühr in Österreich.<sup>14</sup> Wenn auch die Analyse in Hinblick auf den zwischen 2001 und 2003 existenten Selbstbehalt zutrifft, so eignen sich die vorgebrachten Kritikpunkte gut, um dem Vorwurf, wonach Selbstbehalte im Gesundheitswesen soziale Verwerfungen begründen würden, zumindest für das vorgeschlagene Modell zu begegnen.

*- Der Anteil von Selbstbehalten am Einkommen ist in den unteren Gehaltsklassen wesentlich höher als in oberen Einkommensgruppen.*

Numerisch betrachtet stimmt diese Aussage selbstverständlich, ist aber für das hier vorgeschlagene System nicht relevant. Kein Patient ist gezwungen, die Ambulanzgebühr zu entrichten, er bekommt im Gegenteil vor Ort die Information über kostenlose und zumindest gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten. Sollte der Patient eine Überweisung besitzen oder sich nach MTS in den Stufen 1–3 befinden, fällt ohnehin keine Gebühr an.

*- Betroffen sind Personen, die sehr viele Leistungen in Anspruch nehmen (Niedrigeinkommens-bezieher und Ältere).*

Auch hier gilt, dass Not- und Akutfälle in das Behandlungsspektrum der Ambulanz fallen und somit kostenlos behandelt werden. Gerade leistungsintensive Patienten werden meistens durch einen Hausarzt begleitet und verfügen, sofern die Indikation besteht, über eine Überweisung an die Ambulanz.

*- Selbstbehalte wirken unsozial und beeinträchtigen die Gesundheit der ärmeren Bevölkerungsschichten.*

Dieses Argument könnte stimmen, gäbe es keine Behandlungsalternative. Allerdings, nachdem der vorliegende Vorschlag als reines Lenkungselement konzipiert ist, steht in Folge die Erhöhung der Gesundheit auf längere Sicht, nachdem die

---

<sup>14</sup> Sozialwissenschaftliche Vereinigung (2006) Gesundheit darf nicht vom Einkommen abhängen; Kontraste – Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik 10/2006, p. 4ff

Patienten an den BPoS herangeführt werden, was erhöhte Behandlungsqualität bedeutet.

*- Die Steuerungswirkung von Selbstbehalten ist sehr eingeschränkt.*

Wie auch die Erfahrung aus Deutschland zeigt, benötigt man immer eine starke Alternative zu den vorhandenen Gesundheitsangeboten, da es sonst zu keinem Substitutions- oder Lenkungseffekt kommen kann. Die bislang eingeführten und wieder verworfenen Modelle waren eine Mischform aus Aufkommensgenerierung und versuchter Lenkungssteuer mit einem inhärenten Bias in Richtung der finanziellen Komponente. Das vorgeschlagene Modell zielt im Gegensatz dazu auf nachhaltige Verhaltensänderung ab.

*- Verhaltensänderungen erfolgen nur kurzfristig.*

Eine einmalige Abkehr vom gegenwärtigen Verhalten sollte schon genügen, wenn in Folge der Patientenschulungseffekt eintritt. Somit gilt einmal mehr, **System Literacy**, also Bildung, ist von größter Bedeutung.

*- Einer Regelung bloß über Ausnahmen für ärmere Bevölkerungsschichten stehen die hierfür anfallenden unverhältnismäßig hohen Administrationskosten entgegen.*

Unser Vorschlag führt zu minimalen Verwaltungskosten und administrativem Aufwand. Die Zahlung erfolgt vor Ort und vor der Aufnahme und nach der Information über Alternativen, es werden keine Ausnahmen zugelassen und es besteht ein objektiver Aufnahmerahmen.

## 7. Conclusio

Wenn auch die bisherigen Erfahrungen mit Ambulanzgebühren nicht eindeutig auszulegen sind, glauben wir, dass sich mit unserem Vorschlag einer rein verhaltensorientierten Maßnahme in Österreich Erfolge erzielen ließen. Das Motto lautet: Die beste Gebühr ist die, die nicht gezahlt wird!

Im Zentrum des vorgeschlagenen Mechanismus steht die Systemsteuerung, das heißt, es geht um effizientere Allokation vorhandener, knapper Mittel. Somit geht es auch um die Schaffung anreizkompatibler Strukturen, also darum, mittels richtiger Führung der Patienten durch das System sowohl die Mikro- als auch die Makroebene zu optimieren. Aus dieser Überlegung heraus werden nicht bislang kostenlose Gesundheitsleistungen plötzlich kostenpflichtig, im Gegenteil, es wird die effizienteste Inanspruchnahme einer gleichwertigen oder besseren (!) Leistung unterstützt.

In mittlerer bis langer, womöglich sogar in kurzer Frist überwiegt das durch optimale Allokation geschaffene Mehr an verfügbarem Behandlungsbudget das „Leid“ des Patienten, sich neuerlich auf den Weg machen zu müssen (von der Spitalambulanz zum niedergelassenen Mediziner oder sonstigem BPoS). Nachdem die Ambulanzgebühr nicht der Aufkommensgenerierung, sondern ausschließlich der Lenkung gilt, also nicht durch Mehrbelastung der Patienten (und dadurch übermäßig derer mit geringem Einkommen) die Aufrechterhaltung medizinischer Leistungen zu sichern sucht, bleibt die Reform in der sozialen Frage zumindest neutral.

Weit mehr, man könnte sogar davon sprechen, dass die Ambulanzgebühr aufgrund der in 6.2. beschriebenen Dynamik eine Steigerung sozialer Gerechtigkeit im Sinne von nachhaltig gesicherter Leistungen für alle Versicherten in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt bedeuten wird.

Bei dem hier vorgeschlagenen Selbstbehalt handelt es sich also um ein Werkzeug auf dem Weg zu höherer Systemeffizienz und also auch Behandlungsqualität, die längerfristig durch bessere Patientenbildung und Health Literacy bzw. Systemkenntnis erreicht und gesichert werden soll. Deswegen gilt es auch noch einmal zu unterstreichen, dass die erste in der Ambulanz – kostenfrei – erbrachte Leistung die Information des ankommenden Patienten und dessen qualitätsgesicherter Transfer in das System des niedergelassenen Sektors ist; die Bindung an einen Vertrauensarzt in einer gewohnten Umgebung erhöht das Kohärenzgefühl des Patienten und führt folglich zu besseren Gesundheitsoutcomes. „Es ist gesundheitswissenschaftlich erwiesen, dass es sowohl für die Lebensqualität

als auch für die Effizienz des Systems besser ist, wenn die Menschen frühzeitig diagnostiziert und gut behandelt werden. Dazu ist es auch notwendig, dass die Menschen langfristig eine Gesundheitsbeziehung zu einem Behandler haben, der sie ganzheitlich betrachten kann, ihre Geschichte kennt und sie durch das Dickicht des Gesundheitswesens begleitet.“<sup>15</sup>

Es reicht also nicht, wenn wir die Ambulanz als einen Gatekeeper installieren. Damit es zu einer tatsächlichen Verbesserung für alle Stakeholder kommt, muss ständige Guidance gewährleistet sein – so lange, bis der emanzipierte Patient das Gesundheitswesen nicht mehr als undurchdringliches „Dickicht“ wahrnimmt!

---

15 Czypionka, Thomas (2015) Gesundheitsreform – der menschliche Faktor; Soziale Sicherheit 2/2015; p. 59

# Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (2013) Krankenanstalten in Zahlen 2012
- Bundesministerium für Gesundheit (2014) Krankenanstalten in Zahlen 2013
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016) Krankenanstalten in Zahlen 2015
- Czypionka, Thomas (2015) Gesundheitsreform – der menschliche Faktor; Soziale Sicherheit 2/2015
- Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, Fassung vom 11.09.2017
- Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, Fassung vom 11.09.2017
- Gesundheit Österreich (2015) Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 4. Ausgabe; Wissenschaftlicher Ergebnisbericht Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- Hofmarcher, Maria M. (2013) Austria: Health system review; Health Systems in Transition 15(7)
- Hofmarcher, Maria M. und Rack, Herta M. (2006) Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich; European Observatory on Health Systems and Policies
- King, Dominic et. al. (2013) Approaches Based On Behavioral Economics Could Help Nudge Patients And Providers Toward Lower Health Spending Growth; Health Affairs 32(4)
- LSE Health (2017) Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System; Studie im Auftrag des Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
- Mackway-Jones, Kevin et. al. (2011) Ersteinschätzung in der Notaufnahme - Das Manchester-Triage-System; Hogrefe
- Newhouse, Joseph P. et. al. (1984) The Effect of Coinsurance on the Health of Adults: Results from the RAND Health Insurance Experiment; RAND Corporation
- OECD (2015) Health at a Glance 2015: OECD Indicators; OECD Publishing
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002) Selbstbeteiligung - Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich; Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen
- Reiners, Hartmut und Schnee, Melanie (2007) Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung? in: Böcken, Jan et. al. (2007) Gesundheitsmonitor 2007; Bertelsmann Stiftung
- Sozialökonomischen Forschungsstelle (SFS) (2017) Patient\*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen; Endbericht im Auftrag des HVB der Sozialversicherungsträger
- Sozialwissenschaftliche Vereinigung (2006) Gesundheit darf nicht vom Einkommen abhängen; Kontraste - Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik 10/2006

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung (2016) Hauptverband der  
österreich. Sozialversicherungsträger 2016

Wolfgang Bohner (2010) Vorarlberger Spitalsambulanzstudie 2010

Wiener Gebietskrankenkasse (2017) Selbstbehalte beim Arzt? Ein Auslaufmodell ...,  
Presseunterlagen

Wright, John et. al. (1998) Development and importance of health needs assessment;  
BMJ 316/1998





# **Auf den StandPunkt gebracht**

*Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus verschiedenen Interessensgruppen zum Schwerpunktthema Selbstbehalte.*

*Dieses Mal mit Beiträgen von LH-Stv. Mag. Dr. Christian Stöckl und Mag. Alexander Herzog.*

**LH-Stv. Mag. Dr. Christian Stöckl**

Landeshauptmann-Stv., Referent für Finanzen, Landesbeteiligungen, Gesundheit und Spitäler in Salzburg

***„Selbstbehalte im Gesundheitswesen sind in manchen Bereichen notwendig, um die Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene zu lenken.“***

Um unser Gesundheitssystem langfristig und in der bestehenden Qualität finanziell absichern zu können, werden wir nicht umhinkommen, vermeintlich unpopuläre Themen anzugehen und Lösungsstrategien zu erarbeiten. Dazu zählen auch die Selbstbehalte. Kostenwahrheit ist im Gesundheitsbereich ein Gebot der Stunde. Mit Bewusstseinsbildung allein ist es bei den Patientinnen und Patienten nicht getan – das zeigt die Realität. Ziel der Gesundheitspolitik muss es sein, dafür zu sorgen, dass die Patientinnen und Patienten nicht als erstes und zu häufig wegen Banalitäten in die teuersten Einrichtungen kommen. Auf der anderen Seite hat sich in Teilen der Bevölkerung in den vergangenen Jahren aber auch die Ansicht und Überzeugung durchgesetzt, dass Gesundheit – unser höchstes Gut – sehr wohl etwas kosten darf. Das zeigt unter anderem auch der starke Zulauf zu den Wahlärzten, bei denen die Patientinnen und Patienten sehr wohl bereit sind, einen Selbstbehalt zu übernehmen. Ich bin jedenfalls grundsätzlich dafür, dass Selbstbehalte eingehoben werden, allerdings mit einer Deckelung bei chronischen Erkrankungen.

Die Gesundheitsreform des Bundes, die von den Ländern umzusetzen ist, schreibt vor, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Prinzip des „Best Point of Service“ behandelt werden. Das bedeutet, dass die Patientenströme von den überfüllten Spitalsambulanzen, in denen im Durchschnitt 50 Prozent aller Patientinnen und Patienten fehlt am Platz sind, zu den Haus- und Fachärztinnen und -ärzten umgeleitet werden müssen. Obwohl es ein entsprechend dichtes Netz an niedergelassenen Ärzten gibt, verstärkt sich der Trend, sofort die Ambulanzen der Spitäler aufzusuchen. Die Folge sind heillos überfüllte Ambulanzen, unzufriedene Patientinnen und Patienten und überarbeitete Ärztinnen und Ärzte. Die Vermeidung dieser negativen Effekte ist meiner Meinung nach nur durch eine Ambulanzgebühr zu erzielen. Da österreichweit so gut wie alle Spitäler mit dieser Problematik konfrontiert sind und keine Verbesserung in Sicht ist, ist es höchste Zeit, dass das Gesundheitsministerium

ein Konzept zur Einführung von Ambulanzgebühren vorlegt. Eine Ambulanzgebühr ist in meinen Augen die einzige Möglichkeit, die Patientenströme zu steuern.

Beispiele aus anderen EU-Ländern zeigen, dass es durch eine Ambulanzgebühr sehr gut möglich ist, die Patientenströme in die richtige Richtung zu lenken. In vielen EU-Ländern ist eine Ambulanzgebühr gang und gäbe und das System „Best Point of Service“ funktioniert. Ich frage mich, warum das nicht auch bei uns möglich sein soll. Wenn der Bund das nicht zustande bringt, muss er wenigstens die Grundlagen schaffen, um die Länder zur Einhebung einer solchen Gebühr zu ermächtigen. Denn nachdem die Länder für die Spitäler zuständig sind, muss ihnen auch die Möglichkeit gegeben werden, die Patientenströme zu steuern.

Wie notwendig ein Instrument zur Lenkung der Patientenströme ist, zeigen für mich unter anderem die Erfahrungen mit dem relativ neuen Hausarzt-Notdienstzentrum in der Stadt Salzburg. Dieses Notdienstzentrum wird sehr gut angenommen. Aber obwohl dort Hausärztinnen und Hausärzte auch außerhalb der Ordinationszeiten am Abend und an den Wochenenden bzw. Feiertagen zur Akutversorgung zur Verfügung stehen, hat diese Einrichtung lediglich zu einem geringeren Anstieg, nicht aber zu einem Rückgang der Zahl der Ambulanz-Besucher in den Salzburger Landeskliniken geführt. Von einer Entlastung der Ambulanzen, wie wir sie dringend brauchen, kann daher keine Rede sein. Die Krankenhäuser sind Hochtechnologie-Einrichtungen mit modernster und dementsprechend auch teuerster Infrastruktur. Dort sollen die Patientinnen und Patienten betreut werden, wenn eine Behandlung in den anderen Bereichen des Gesundheitssystems nicht mehr möglich ist. Rücksicht genommen werden muss bei der Ambulanzgebühr jedenfalls auf Kinder und chronisch kranke Menschen.

Derzeit kann ich jedoch keinerlei Bestrebungen erkennen, die Ambulanzgebühr wieder einzuführen. Mein diesbezüglicher Vorstoß vor rund eineinhalb Jahren hat lediglich populistische Reaktionen der Opposition hervorgerufen. Die Frage ist, wie lange wir uns das noch leisten können – sowohl finanziell gesehen als auch im Sinne, die Patientenströme zu steuern. Und noch etwas: Wenn die Patientinnen und Patienten wegen jedem Wehwehchen in die Ambulanzen fahren statt zum Hausarzt zu gehen, wird auch dessen Ordination irgendwann nicht mehr wirtschaftlich zu führen sein.

Wesentliche Aspekte in der Gesundheitspolitik der Zukunft sind die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Prävention. Ziel muss es sein, die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger möglichst lang zu erhalten und wegzukommen von einer Reparaturmedizin und einem „Krankensystem“, hin zu einem wirklichen Gesundheitssystem. Um ein möglichst breites und nachhaltiges Vorsorgesystem zu etablieren und möglichst viele Bürgerinnen und Bürger zu erreichen, bedarf es in meinen Augen mehrerer Schritte. Zum einen müssen auf der Basis von neuesten Erkenntnissen aus der Forschung und dem ständigen Fortschritt in der Medizin die entsprechenden Maßnahmen der Prävention und Vorsorge möglichst früh beginnen. Zum anderen sollen die gesetzlichen Sozialversicherungen in die Gesundheit ihrer Versicherten investieren, bevor sie die Heilung der Krankheiten zahlen müssen. Dazu sollte meines Erachtens ein generelles Bonus-System etabliert werden, nach der Devise: Wer auf seine Gesundheit achtet, wird belohnt. Die Erfahrungen, wie etwa jene bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, zeigen, dass das mit einem Bonus-System funktionieren kann: Wer regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt und sich durchchecken lässt, profitiert von einer Reduktion der Beiträge bzw. einer Gutschrift. Es ist nun einmal so, dass bei vielen Menschen finanzielle Anreize mehr bewirken als Appelle an die Vernunft.

**Mag. Alexander Herzog**

Obmann Stv., Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

***„Um die Finanzierung der Gesundheitsversorgung auch in Zukunft sicherzustellen, bedarf es einer stärkeren Betonung der Eigenverantwortung der Versicherten. Dabei ist es wichtig, gesundheitsbewusstes Verhalten zu belohnen.“***

Österreich hat ein sehr kostenintensives Gesundheitssystem und eine hohe Lebenserwartung von durchschnittlich 80,4 Jahren, jedoch verlieren die Österreicherinnen und Österreicher mehr als 20 Jahre an Lebensqualität durch Krankheit. Im Schnitt verleben sie nur 59,4 beschwerdefreie, gesunde Jahre – um 1,3 Jahre weniger als im EU-Vergleich. Betrachtet man das österreichische Gesundheitswesen genauer, so fällt auf, dass es sehr stark auf die Kuration von Krankheiten fokussiert ist. Darauf werden fast 98 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aufgewendet. Prävention und Gesundheitsförderung stehen noch nicht im Fokus. Beachtet man, dass etwa 80 Prozent der gesamten Krankheitslast von sogenannten Lebensstilerkrankungen mitbeeinflusst werden, so wird deutlich, dass die reine Reparaturmedizin oftmals zu spät ansetzt.

Ein hervorragendes Gesundheitssystem wie das österreichische, in dem die Menschen trotzdem nur eine unterdurchschnittliche Zahl an gesunden Lebensjahren verbringen, ist ein deutliches Signal: Wir müssen umdenken. Genau hier setzt das Vorsorgeprogramm „Selbstständig Gesund“ der SVA an, das sehr gut angenommen wird. Bereits mehr als 10 Prozent unserer Versicherten nutzen die Möglichkeit und machen regelmäßig eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung, in deren Rahmen mit dem Hausarzt individuelle Gesundheitsziele vereinbart werden. Dieses Engagement um die eigene Gesundheit belohnen wir mit einem finanziellen Anreiz – fortan sparen sich die Teilnehmer 10 Prozent vom Selbstbehalt. Dabei ist es uns ganz wichtig, dass wir niemanden ausgrenzen. Jeder kann an unserem Gesundheitsprogramm teilnehmen, ganz unabhängig vom momentanen Gesundheitszustand. Und jeder, der sich um seine Gesundheit bemüht, der soll auch davon profitieren. In der Praxis ist es so, dass die meisten Versicherten nach einem Gesundheitscheck beim Arzt

hoch motiviert sind, etwas an ihren Lebensgewohnheiten zu ändern und die Teilnehmer erreichen für gewöhnlich auch ihre Gesundheitsziele.

Mit dem Präventionsprogramm ist es innerhalb der SVA gelungen, die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen als wichtige Früherkennungs-Untersuchung signifikant zu steigern. Das war uns ein großes Anliegen, und gerade weil wir wissen, dass Unternehmer wenig Zeit zur Verfügung haben, sehen wir es als großen Erfolg an. Ein wichtiger Effekt des Gesundheitsprogramms ist für uns außerdem die Stärkung der Eigenverantwortung jedes Einzelnen in Bezug auf die eigene Gesundheit. Denn betrachten wir die Krankheitslast in den Industriestaaten, so wird klar, dass vor allem Zivilisationskrankheiten immer noch auf dem Vormarsch sind. Einer Erkrankung kann jedoch zu einem großen Teil von jedem Einzelnen selbst vorgebeugt werden. Zudem konnte bereits nachgewiesen werden, dass qualitätsgesicherte und nachhaltige Anreizmodelle einen signifikanten Einfluss auf das individuelle Verhalten haben.

Ich bin davon überzeugt, dass wir einerseits einen Fokus auf Prävention im österreichischen Gesundheitssystem und eine damit einhergehende Stärkung der Eigenverantwortung brauchen. Zudem zeigt das Gesundheitsprogramm, dass intelligente Selbstbehalte positive Lenkungseffekte zur Folge haben können und Menschen dazu motivieren, ihren Lebensstil zu verändern.

# ***News aus den Gesundheitss- systemen***

***Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter [www.lig-gesundheit.at](http://www.lig-gesundheit.at) finden.***

## ***INHALT***

**Österreich:** Effizienz der Sozialversicherung besser als erwartet

**Deutschland:** Dimini – Präventionsprojekt Diabetes

**Europa:** Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen

**Bericht:** Transparenz im Gesundheitswesen

**Schweiz:** Kassen übernehmen weiterhin komplementärmedizinische Leistungen

**Deutschland:** Versicherten-Stammdatenabgleich: nach positivem Start doch noch Probleme

## ***LIG-Newsletter***

***Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.***

***Newsletter-Abo unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)***



## ÖSTERREICH

### Effizienz der Sozialversicherung besser als erwartet

Es ist ein leidiges Thema: Die 21 Träger der österreichischen Sozialversicherung stehen ständig in der Kritik, wertvolle Gelder der Versicherten für bürokratischen Wirrwarr zu verschwenden. Zurzeit stellen jedoch gleich zwei Studien der heimischen Sozialversicherung gute Zeugnisse aus.

#### Studie der London School of Economics

Allen voran überrascht eine Studie der London School of Economics, die im Vorjahr von Sozialminister Alois Stöger in Auftrag gegeben wurde. Der Studienautor Elias Mossialos beschäftigte sich ein ganzes Jahr mit dem österreichischen Gesundheitswesen und entwarf im Rahmen der Untersuchung vier Modelle, wie die Sozialversicherung in Österreich künftig aussehen könnte.

Modell 1: Ein bundesweiter Träger für Unfall-, Pensions- und Krankversicherung, in der alle unselbstständig Beschäftigten versichert sind, und ein Träger für alle Selbstständigen.

Modell 2: Wie Modell 1, nur dass es noch eine eigene Kranken- und Pensionsversicherung für staatlich Bedienstete gibt.

Modell 3: Sieht eine bundesweite Pensionsversicherung und neun, in die Bundesländer unterteilte Kranken- und Unfallversicherungen vor.

Modell 4: Basiert auf dem jetzigen Modell der 21 Träger – jedoch mit einer verbesserten Koordination, z.B. mit Hilfe von gemeinsamen Servicezentren.

Das überraschende Ergebnis: Mossialos rät zum letzten Modell, also zur Beibehaltung der 21 Träger und der Intensivierung der Kooperation und vor allem zur Leistungsharmonisierung. In der Studie wird von einer Revolution abgeraten. Die Einsparungspotentiale, die sich aus einer effizienteren Verwaltung ergeben würden, sind gering, denn die Verwaltungskosten liegen bereits sehr niedrig. Nur Japan würde sein Gesundheitssystem effizienter verwalten. Dennoch wäre in Österreich in diesem Bereich noch ein Einsparungsvolumen von 46 Millionen zu heben. Eine weitaus höhere Kostenreduktion könnte aber

durch den verstärkten Einsatz von Generika (65 Millionen) und die Betrugsbekämpfung (80–132 Millionen) erreicht werden. Die Drosselung der Krankenhausaufenthalte um 10 Prozent könnte sogar 1,2 Milliarden einsparen, wobei davon 30–40 Prozent tatsächlich lukriert werden könnten, der Rest müsste in den dafür notwendigen Ausbau der Primärversorgung und der Ambulanzen investiert werden.

### **Zahlen der OECD**

Auch eine diesjährige Untersuchung der OECD „Tackling Wasteful Spending on Health“ (Wie man sinnlose Ausgaben im Gesundheitswesen eingrenzt) zeigt bei den Verwaltungskosten in Österreich ein sehr unspektakuläres Bild. Lediglich 2,8 Prozent der Gesundheitsausgaben würden für die Verwaltung benötigt. Die Schweiz liegt mit 4,3 Prozent darüber und auch in den Niederlanden schlagen die Verwaltungskosten mehr zu Buche (4,1 Prozent). Im Vereinigten Königreich liegt der Wert mit 1,5 Prozent allerdings noch niedriger als in Österreich.

Hingegen weist die Privatversicherung deutlich höhere Verwaltungsanteile auf. In Österreich belaufen sich diese auf 31,7 Prozent, was auch im Ländervergleich der OECD hoch ist. In der Schweiz weisen die privaten Versicherer etwa nur einen Anteil von 16,8 Prozent auf.

Die OECD fasst zusammen, dass öffentliche Versicherungen geringere Verwaltungskosten aufweisen als private. Der Unterschied zwischen steuerfinanzierten Systemen und Sozialversicherungssystemen sei hingegen marginal. Die Finanzierung aus einer Hand ist laut OECD im Vergleich zu vielen Kostenträgern allerdings effizienter. Außerdem weisen Gesundheitssysteme mit freier Versicherungswahl höhere Verwaltungskosten auf als solche mit Pflichtversicherung.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)  
 Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich  
[www.lig-gesundheit.at/oesterreich](http://www.lig-gesundheit.at/oesterreich)

## DEUTSCHLAND

### Dimini – Präventionsprojekt Diabetes

Diabetes ist mittlerweile eine Volkskrankheit, die weiter auf dem Vormarsch ist. In Deutschland sind etwa 6 Millionen Menschen vom Typ-2-Diabetes betroffen, die in Folge direkte Kosten von rund 35 Milliarden Euro pro Jahr verursachen. Mit dem Präventionsprojekt „Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht!“ soll nun der Krankheit der Kampf angesagt werden.

Zu Beginn der Maßnahme steht ein vom Hausarzt durchzuführender Test (FINDRISK-Test), der einfach und mit nur geringem Zeitaufwand durchführbar ist. Teilnehmen können Menschen über 18 Jahre, die bei einer der am Projekt partizipierenden Krankenkassen versichert sind. Mit Hilfe dieses Tests sollen Personen identifiziert werden, deren Risiko, an Diabetes zu erkranken, erhöht ist. In der Folge werden gefährdete Patienten dabei unterstützt, ihre Gesundheitskompetenz zu erhöhen und einen gesünderen Lebensstil einzuschlagen. Die Beratung erfolgt zum Beispiel zu Themen wie Ernährung und Bewegung und findet in mehreren Terminen über einen maximalen Zeitraum von 15 Monaten statt. Für die Versicherten ist dies kostenfrei. Ziel des Projektes ist es, Diabeteserkrankungen zu verzögern oder sogar zu verhindern. Zusätzlich erhofft man sich letztlich auch eine Reduktion der medizinischen Versorgungskosten.

Das Projekt wird in den Regionen Schleswig-Holstein und Hessen umgesetzt und mit einem Betrag von 4 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Bundes gefördert. Eine randomisierte Studie begleitet und evaluiert das Projekt. Die teilnehmenden Kassenärzte werden für ihre Leistungen im Rahmen des Versuchs extrabudgetär abgegolten.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)  
Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland  
[www.lig-gesundheit.at/deutschland](http://www.lig-gesundheit.at/deutschland)

## EUROPA

### Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen

Am 29. Juni hat die Europäische Kommission einen neuen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen (AMR) vorgestellt. Dieser folgt dem Aktionsplan 2011–2016 nach und soll mit gezielten Maßnahmen dem wachsenden Problem der Antibiotikaresistenz begegnen.

Jährlich sterben EU-weit 25.000 Menschen in Folge von AMR. Der EU-Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Vytenis Andriukaitis meint, dass wenn keine gezielten Maßnahmen gesetzt würden, AMR im Jahre 2050 mehr Todesfälle nach sich ziehen könnte als Krebs. Der neue Aktionsplan baut auf dem „Eine-Gesundheit“-Konzept auf und befasst sich mit Antibiotika-Resistenzen bei Mensch und Tier. Außerdem wurden EU-Leitlinien für den sicheren Umgang mit antimikrobiellen Mitteln in der Humanmedizin herausgegeben, die für alle Akteure des Gesundheitswesens gelten.

#### Drei Säulen für mehr Sicherheit

Der Aktionsplan umfasst über 75 Maßnahmen, die in drei Hauptbereiche unterteilt werden können: Die erste Säule des Aktionsplans soll die EU zu einer Best-Practice-Region in Sachen Antibiotika-Resistenzen machen. Dazu sollen Daten, Koordinierung, Überwachung und Kontrollen verbessert werden. Die Maßnahmen des zweiten Hauptteiles beschäftigen sich mit der Förderung von Forschung, Entwicklung und Innovation. Dabei ist es auch Ziel, Wissenslücken, wie etwa die Rolle antimikrobieller Resistenzen in der Umwelt, zu schließen und die Forschung im Bereich AMR voranzutreiben. Die dritte Säule des Aktionsplans soll die in der EU entwickelten Standards und Erkenntnisse weltweit durchsetzen und vor allem die Zusammenarbeit mit betroffenen Entwicklungsländern vertiefen.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

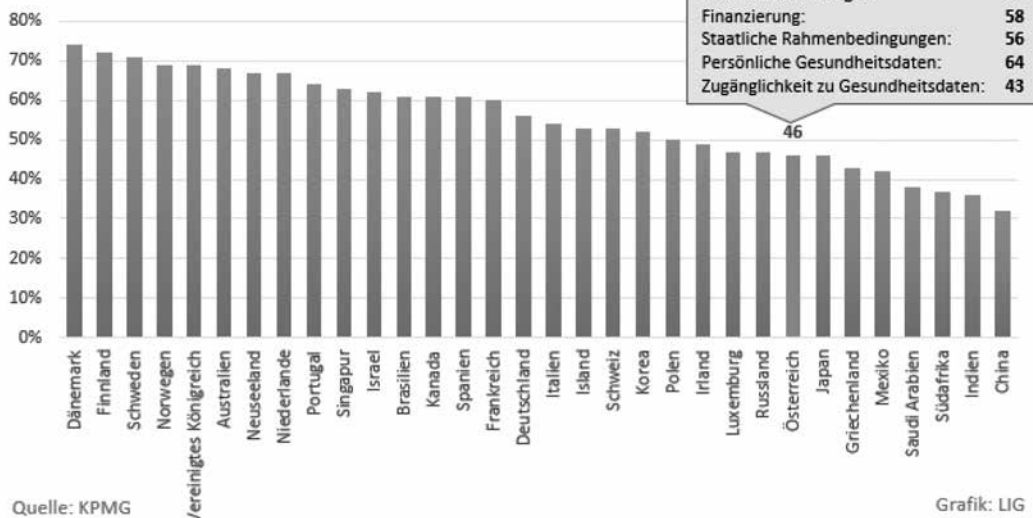
## BERICHT

### Transparenz im Gesundheitswesen

Im April 2017 veröffentlichte die KPMG einen Bericht über die Transparenz im Gesundheitswesen in 32 ausgewählten Ländern. Österreich erreichte im Ranking lediglich Platz 25. Die Vorreiterrolle haben zu diesem Thema wenig überraschend die skandinavischen Staaten.

In insgesamt sechs Teilbereichen bewertete die KPMG die Transparenz des Gesundheitssystems der einzelnen Länder. Transparenz bedeutet dabei die öffentliche Zugänglichkeit von Informationen. Der Bericht weist darauf hin, dass die Zugänglichkeit zu Daten rund um das Gesundheitssystem generell gestiegen ist. Dennoch sind die Unterschiede zwischen den untersuchten Ländern enorm und in Sachen Transparenz ist eben vieles auch noch nicht erledigt worden.

Transparenz ausgewählter Gesundheitssysteme



Österreich schnitt im Teilgebiet der persönlichen Gesundheitsdaten am besten ab. Sehr gut bewertet wurden hier die Datensicherheit und die Informationen über die Verwendung von Patientendaten. Ebenfalls noch als gut wurden die Bereiche Finanzierung und staatliche Rahmenbedingungen befunden, auch wenn Österreich hier bereits unterdurchschnittlich bepunktet wurde. Eine moderate Transparenz wurde bei der Zugänglichkeit von Gesundheitsdaten gesehen. Eine hingegen nur sehr eingeschränkte Transparenz zeigt die Analyse für Österreich in den Bereichen Qualität der Gesundheitsversorgung (z.B. Veröffentlichung von Outcome-Parametern von Spitälern) und den Patientenerfahrungen (z.B. Beschwerdemanagement, Patientenbewertungen). In diesen Themengebieten hat Österreich also noch viel Luft nach oben.

### **Was bringt Transparenz?**

Die KPMG sammelte Studien, die belegen, dass öffentliches Reporting die Bemühungen für Qualitätsverbesserungen steigert und in den meisten Fällen auch die Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung verbessert. Transparenz sorgt außerdem für einen Fortschritt bei der Datenlage selbst. Die KPMG bestätigt zwar, dass die Einführung eines verpflichtenden Reportings, zum Beispiel von Qualitätskennzahlen von Krankenhäusern, manche Akteure dazu bringt, künstlich Kennzahlen zu verbessern (z.B. Meiden von Risikopatienten), allerdings sei dies ein nicht sehr weit verbreitetes Phänomen. Hingegen sei es durchaus problematisch, wenn publizierte Daten qualitativ minderwertig sind – etwa veraltet, nicht vergleichbar oder irrelevant. Dies verringert die Transparenz und führt zu falschen Schlussfolgerungen. Außerdem sollte bei der Erhebung von Daten darauf geachtet werden, diese sinnvoll auszuwählen. Ansonsten kann die anfallende Arbeit schnell zur Last werden und von der eigentlichen Aufgabe ablenken.

### **Wie erfolgreiche Transparenz funktioniert**

Die KPMG belässt es in diesem Bericht aber nicht nur bei Lob und Kritik, sondern liefert auch gleich Tipps, wie die Transparenz im Gesundheitssystem verbessert werden kann. In etwa kann zur Verwirklichung einer positiven Schritt-für-Schritt-Strategie zur Annäherung an völlige Transparenz Dänemark als Beispiel dienen. Einige Initiativen des Landes sind im Bericht angeführt. Überhaupt ist es ratsam, sich an führenden Anbietern zu orientieren und von

ihnen modellhaft zu lernen. Als wichtig wird auch die Erhebung von Patientenwünschen angeführt. Außerdem soll vom Staat festgelegt werden, welche Datenerhebungen zur Verbesserung der Transparenz und Qualität essentiell sind. Diese Daten sollen dann möglichst hochwertig sein, dafür kann auf andere verzichtet werden. Preistransparenz bei Gesundheitsdienstleistungen und die Sicherheit von Patientendaten spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle. Darüber hinaus wird empfohlen, Gesundheitsdaten in offener und maschinenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen, um sie auch von unabhängigen Dritten interpretieren zu lassen. Neue Sichtweisen und Fragestellungen, die sehr bereichernd und zielführend sein können, werden dadurch generiert.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

## SCHWEIZ

### Kassen übernehmen weiterhin komplementärmedizinische Leistungen

Seit 2012 vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz komplementärmedizinische ärztliche Leistungen. In der Sitzung des Bundesrates vom 16. Juni 2017 wurde die Regelung nun unbefristet genehmigt, diese Leistungen gelten als gleichgestellt.

Bereits im Mai 2009 wurde der Antrag für einen neuen Verfassungsartikel zur Berücksichtigung der Komplementärmedizin von Volk und Ständen angenommen. In Folge werden seit 2012 Kosten für Leistungen aus der anthroposophischen Medizin, der traditionell chinesischen Medizin, der Homöopathie, der Phytotherapie und der Akupunktur von der OKP übernommen. Es besteht in diesem Bereich eine Leistungspflicht – Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit müssen jedoch gewahrt bleiben.

Die Leistung darf aber nur von ausgebildeten Medizinerinnen mit komplementärmedizinischer Zusatzausbildung im entsprechenden Bereich erbracht werden.

Ansonsten wird sie nicht von der OKP finanziert und fällt in der Bereich der Zusatzversicherung.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz:

[www.lig-gesundheit.at/schweiz](http://www.lig-gesundheit.at/schweiz)

## DEUTSCHLAND

### **Versicherten-Stammdatenabgleich: nach positivem Start doch noch Probleme**

In Deutschland wird derzeit in der Testregion Nordwest\* die Telematik-Infrastruktur zum Stammdatenabgleich über die elektronische Gesundheitskarte getestet. Die ersten Rückmeldungen waren fast durchwegs positiv, doch derzeit tauchen vermehrt Fehlermeldungen auf.

Das 2016 in Deutschland in Kraft getretene E-Health-Gesetz sieht eine Anbindung aller Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten sowie aller Krankenhäuser an die Telematik-Infrastruktur (TI) bis 1. Juli 2018 vor. Die Gesellschaft für Telematikanwendungen (gematik) ist mit der Umsetzung betraut und die Krankenkassen sind verpflichtet, die Kosten für die Erstausrüstungen in den Praxen und die laufenden Betriebskosten in voller Höhe zu tragen. Aus den Testpraxen wurde gemeldet, dass die Installation des Systems in wenigen Stunden erledigt werden konnte und das System fehlerfrei und rasch laufe.

Mittlerweile häufen sich jedoch die Fehlermeldungen. Thomas Müller, der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Westfalen-Lippe, berichtete, dass die Funktionsstörungen von drei auf zwölf Prozent angestiegen sind. Am häufigsten war die elektronische Gesundheitskarte nicht lesbar, weil diese veraltet oder abgelaufen war. Am zweithäufigsten verursachten die Konnektoren ein Problem. Um die Fehler in den Griff zu bekommen, wird sich die gematik um die Mängelbeseitigung auf technischer Seite kümmern



und die Kassen werden für einen Tausch der Gesundheitskarten der ersten Generation gegen die der zweiten Generation sorgen.

Zweifel an einer ausreichenden Testung der TI gibt es insofern, als dass eine Testregion keine ausreichend heterogene Landschaft von Praxisverwaltungssystemen bietet. Der knappe Zeitplan lässt aber keine umfangreichere Testung zu. Vermehrt gibt es auch Kritiker, die meinen, dass der Umsetzungshorizont ohnehin nicht zu schaffen sei. Darüber hinaus bedarf es noch mehrerer Anbieter von Produkten für die Telematik-Infrastruktur, um einer Monopolbildung auf Anbieterseite vorzubeugen und die Ausstattung aller medizinischen Einrichtungen innerhalb des vorgegebenen Zeitplans schaffen zu können. Der Versicherungsdatenaustausch ist nur die erste Funktion der TI, der noch weitere folgen sollen.

\* Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland:

[www.lig-gesundheit.at/deutschland](http://www.lig-gesundheit.at/deutschland)



Jan van Huysum, Detail aus «Blumen in einer Terrakottawase», 1725  
© UECHESTEIN. The Princely Collections, Vaduz - Vienna



## Wann ist es Zeit für eine ganz persönliche Beratung?

Wenn Sie Ihre Anlageziele mit einer maßgeschneiderten Strategie erreichen möchten.  
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich  
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

**LGT. Partner für Generationen.** In Wien, Salzburg und  
an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. [www.lgt.at](http://www.lgt.at)



**Private  
Banking**

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

**Bestelladresse:**

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)  
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz  
Tel.: ++43/732/77 83 71-320  
Fax: ++43/732/78 36 60-320  
E-mail: [lig@aekoee.at](mailto:lig@aekoee.at)

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

**LIG**  
LINZER  
INSTITUT  
FÜR  
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

**aekoee** Ärztekammer  
für Oberösterreich