

Bericht

des Gesundheitsausschusses

über den Antrag 256/A(E) der Abgeordneten Manfred Lackner, Kolleginnen und Kollegen betreffend Reduktion der unsozialen Selbstbehalte und Harmonisierung des Beitrags- und Leistungsrechts im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Abgeordneten Manfred **Lackner**, Kolleginnen und Kollegen haben den gegenständlichen Entschließungsantrag am 12. November 2003 im Nationalrat eingebracht und wie folgt begründet:

„Unter dem Eindruck steigender Ausgaben im Gesundheitswesen wurden in den 80er und 90er weltweit Kostenbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eingeführt. Auch in Österreich werden mittlerweile rund 18 Prozent der Gesundheitsausgaben über Selbstbehalte finanziert, damit liegt Österreich mit Finnland, Italien, Griechenland und Portugal im europäischen Spitzenfeld.

In den meisten OECD-Staaten ist der Anteil der Selbstbehalte an den Gesundheitsausgaben relativ gering. Angesichts des Ungewissen Risikos und hoher individueller Kosten von Erkrankungen wird dem solidarischen Finanzierungsausgleich generell der Vorzug gegeben.

Öffentlich finanzierte Gesundheitssysteme beziehen die Beiträge (Steuern) auf die Einkommenshöhe und nicht wie in einer Privatversicherung auf das unterschiedliche Erkrankungsrisiko. Im Fall der Inanspruchnahme erfolgt die Bezahlung der Anbieter durch eine dritte Partei. Abgesehen von Zeit- und Reisekosten entstehen für Patienten keine unmittelbaren Kosten.

Obwohl soziale und wirtschaftliche Gründe für dieses System sprechen, werden fehlende Eigenleistungen kritisiert. Es wird damit argumentiert, dass dadurch überzogene Nachfrage erzeugt und die Gesundheitsausgaben außer Kontrolle geraten würden.

Die Befürworter von Selbsthalten argumentieren:

1. Es kommt zu einem erhöhten Kostenbewusstsein auf Verbraucherseite und damit zu einem Anreiz nicht notwendige ärztliche Kontakte einzuschränken und daher zu eingedämmten Kosten.
2. Gleichzeitig werden Selbstbehalte als ergänzendes Finanzierungsinstrument angepriesen, welche anstelle öffentlich aufgebrauchter Mittel treten.
3. Indem Selbstbehalte die Funktion von Preisen zugesprochen wird, welche unmittelbar mit der Inanspruchnahme von Leistungen zu zahlen sind, werden Präferenzen von Patienten direkt gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen geäußert.
4. Im Verhältnis zum Arzt oder anderen Anbietern wird argumentiert, dass die Rolle der Patienten gestärkt würde, da diese nunmehr als Zahler auftreten.
5. In diesen Konzepten sollen Entscheidungen von der politischen oder Service- Verwaltungsebene direkt auf die Konsumenten einer Leistung verlagert werden.

Die theoretischen Annahmen - von denen letztlich auch die Wirkungen abhängen - sind:

- a.) die Elastizität der Nachfrage auf erhöhte Preise;
- b.) die Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage;
- c.) Patienten treffen ihre Entscheidungen auf der Grundlage vollständiger Information.

Würden diese Annahmen zutreffen, müssten mit höherem Anteil der Selbstbehalte ein relativer Unterschied bei der Inanspruchnahme von Leistungen und korrespondierenden Ausgaben für Gesundheitsleistungen zumindest ansatzweise erkennbar sein.

	Selbstbehalte % der Ausgaben	Arzt- besuch	Verschreibungen	Spital *) Aufnahme (Verweildauer)	Spital *) Aufnahme (Verweildauer)	Ausgaben % BIP	pro Kopf \$
Italien	22,9	6,1	5,8	117,6	(7,2)	8,1	2.031
Finnland	20,6	4,3	5,0	203,0	(4,4)	6,6	1.664
Austria	18,6	6,7	12,5	283,0	(6,3)	8,0	2.162
USA	15,3	5,8	-, -	117,6	(5,9)	13,0	4.631
UK	10,8	5,4	10,6	147,0	(6,2)	7,3	1.763
Deutschland	10,6	6,5	9,5	205,2	(7,2)	10,6	2.748

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten, jeweils letzt verfügbares Jahr

*) Die Zahlen in der Tabelle zeigen die Inanspruchnahme pro Kopf der Bevölkerung. Bei Spitälern sind die Aufnahmen pro 1.000 Einwohner dargestellt, in der Klammer die Verweildauer in Tagen.

Die Gegenüberstellung zeigt deutlich den fehlenden Zusammenhang zwischen der Höhe von Selbstbehalten, der Nutzung und den Kosten von Gesundheitsleistungen.

Dies erklärt sich aus der Besonderheit des Gesundheitswesens, wonach für die Entwicklung der Ausgaben die von den Anbietern bestimmte Intensität der diagnostischen und therapeutischen Leistungen maßgeblich ist, welche von der Nachfrage kaum beeinflussbar ist.

Zudem gibt es kein homogenes Gut „Gesundheitsleistungen“, vielmehr zeichnen sich Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen durch eine Vielzahl unterschiedlicher und vielfältiger Charakteristika aus. Manche sind öffentliche Güter oder rein private Güter, viele Leistungen vereinen beide Charakteristika in sich: der Nutzen ist nicht bloß auf Individuen beschränkt, welche die Leistung beanspruchen, sondern erstreckt sich auch auf andere, die an der Transaktion nicht direkt beteiligt sind.

In aller Regel sind Konsumenten von Gesundheitsleistungen nicht in der Lage, eine informierte Entscheidung zu treffen. Es ist der Arzt, der auf der Grundlage seiner Fachkenntnisse und im Rahmen qualitätssichernder gesetzlicher Vorgaben über die Art und den Umfang der angebrachten Behandlung entscheidet.

Diese Besonderheit im Gesundheitswesen, auch als asymmetrische Information bezeichnet, begründet den Marktfehler der angebotsgesteuerten Nachfrage.

Damit ist aber die angenommene Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage nicht länger aufrecht zu erhalten und die Wirksamkeit von generellen Selbstbehalten als nachfrageorientiertes Steuerungsinstrument in Frage gestellt.

Empirie zu Selbstbehalten

Inzwischen liegen gesicherte Erkenntnisse vor, die eine Beurteilung der Wirkungen von Selbstbehalten zulassen. Es ist nachweisbar, dass sich Selbstbehalte auf Aspekte sozialer Gerechtigkeit nachteilig auswirken, die ökonomischen Lenkungseffekte äußerst schwach sind und die finanzielle Ergiebigkeit von gegenläufigen Mehrausgaben überlagert wird.

Ursprüngliche Annahmen über die Reaktion der Nachfrage auf Preisimpulse waren sehr roh und ungenau. Die Preiselastizität der Nachfrage (PEN) wurde zwischen 0 und elastisch (-1,5) eingeschätzt. Nach dem Stand der Erkenntnisse aus der Mitte der 80er Jahre wurde anerkannt, dass der Preis eine Rolle spielt.

Mittlerweile liegen tiefere empirische Untersuchungen vor, die bekanntesten Vorläufer im Health Insurance Experiment (HIE) finden, eine Studie, die von der RAND Corporation zwischen 1974 und 1982 in den USA durchgeführt wurde. Trotz einiger Unzulänglichkeiten sind die Ergebnisse aussagekräftig und inzwischen durch andere Untersuchungen weitgehend bestätigt worden.

Je nach Höhe der Eigenbeteiligung liegt die Reaktion der Nachfrage in den Bereichen -0,17 (Selbstbehalt = 0-25 %) und -0,22 (Selbstbehalt = 25-95 %). Verglichen mit anderen Gütern ist die Elastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern relativ gering.

Differenziert betrachtet ist die Preiselastizität der Nachfrage am höchsten bei präventiven Leistungen (0,43) und am niedrigsten bei Spitalsaufenthalten (0,14). Die systematische ausgeprägte niedrigere Preiselastizität bei stationärer Versorgung bringt die Schwere der Erkrankung zum Ausdruck.

Selbstbehalte haben komplementäre Wirkung: höhere Selbstbehalte für ambulante Leistungen führen auch zu einem Rückgang bei Spitalsaufenthalten, auch wenn dafür kein Beitrag zu leisten ist.

Als Konsequenz der äußerst geringen Elastizität der Nachfrage auf Preisimpulse sind die kostendämmenden Wirkungen natürlich ebenso eingeschränkt. Dieser Zusammenhang wurde in einer Untersuchung (1997) in den Niederlanden eindrucksvoll bestätigt und war mit einer der Gründe warum die generellen Selbstbehalte beseitigt wurden.

Einkommenseffekt

Aufgrund von Studien Ergebnissen ist nachweisbar, dass mit steigendem Einkommen tatsächlich auch die Nachfrage nach anspruchsvolleren und teureren Behandlungsmethoden steigt.

Vorliegende Untersuchungen haben inzwischen auch nachgewiesen, dass Bezieher niedriger Einkommen stärker auf Preiserhöhungen reagieren und zudem die so verringerte Inanspruchnahme zu nachteiligen gesundheitlichen Konsequenzen führen kann.

Die RAND HIE-Studie hat gezeigt, dass Selbstbehalte für das unterste Einkommensquartil mit einem um 10 Prozent höherem Sterblichkeitsrisiko verbunden sind.

Gleiches konnte in einer kanadischen Studie nachgewiesen werden:

Einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen werden durch Selbstbehalte im höheren Ausmaß vom Zugang zu Gesundheitsleistungen abgeschreckt. Ein Selbstbehalt von CAD 1,50 für einen Arztbesuch hat Arztkontakte durchschnittlich um 6 bis 7 Prozent verringert, bei ärmeren Bevölkerungsschichten um 18 Prozent (1 Kanadischer Dollar [CAD] = ca. 62,3 Eurocent).

In den Niederlanden haben die generellen Selbstbehalte zu einer einkommensabhängigen Einschränkung beim Medikamentengebrauch geführt, dieser Zusammenhang wurde auch für einen speziellen Selbstbehalt für Medikamente in Quebec bestätigt.

Die Fortsetzung der kanadischen Studie hat auch die mittelfristig sozial und ökonomisch nachteiligen Folgen aufgezeigt: die unbehandelten Krankheiten haben sich verschlechtert und in Folge deutlich höhere Behandlungskosten erforderlich gemacht.

Die schwedischen Erfahrungen

In den 90er Jahren hat die damals konservative Regierung in Schweden einige grundlegende Neuerungen im Gesundheitswesen umgesetzt (ADEL-Reform 1992). Die lokalen Entscheidungsträger wurden unter anderem mit der Kompetenz ausgestattet, in einem vorgegebenen Rahmen Selbstbehalte festzulegen.

Für alle Leistungen wurden höhere Eigenbeiträge mit Höchstgrenzen eingeführt (praktischer Arzt: 100 SEK, Spezialist oder Spital: 200 - 250 SEK, Höchstgrenze pro Jahr 800 SEK [1 Schwedenkrone = ca. 10,9 Eurocent]).

Für pflegebedürftige Menschen wurden Gebühren in unüberschaubarer Vielfalt durch Gemeinden festgelegt. Der anhaltende Anstieg der Gesundheitsausgaben führte 1997 zu einer Neuregelung von Eigenbeiträgen für Medikamente. Demzufolge wurde eine maximale Zahlung von 1.800 SEK innerhalb eines Jahres festgelegt. Vor allem ältere und chronisch Kranke haben diese Grenzen relativ rasch erreicht.

Dieses System bewirkt einen Schutz vor hohen Kosten, aber vernachlässigt den Schutz von Beziehern niedriger Einkommen. Tatsächlich haben sich die Erstkontakte bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei den Beziehern niedriger Einkommen deutlich reduziert.

Untersuchungen, die in den Jahren 1993, 1995 und 1996, in Stockholm durchgeführt wurden, zeigten, dass 20 bis 25 Prozent der Bevölkerung aus finanziellen Gründen vom Arztbesuch abgehalten werden, 8 Prozent holten deswegen ein ärztlich verordnetes Medikament nicht ab.

Die abschreckende Wirkung gilt insbesondere für Arbeitslose, Studenten, Einwanderer oder generell für Personen mit niedrigem Einkommen.

Im Ergebnis ist Schweden erstmals seit den 60er Jahren wieder mit einkommens- bezogenen Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen konfrontiert.

Ausnahmen als soziale Lösung?

Ausnahmen können an diesem unbefriedigenden Ergebnis wenig ändern. Bedenken gegen Selbstbehalte sind selbst im Fall von einkommensbezogenen Ausnahmen bestätigt worden: Patienten werden abgehal-

ten, notwendige medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, weil sie die dafür notwendigen Mittel nicht aufbringen können.

Weiters zeichnen sich Ausnahmebestimmungen in aller Regel durch hohe administrative Kosten aus.

Selbstbehalte als Finanzierungsinstrument?

Kostenbeteiligung von Patienten wird von den Befürwortern als Instrument zur Einschränkung von Gesundheitsleistungen empfohlen, dieser Ansatz ist nicht ohne weiteres kompatibel mit dem Ziel damit auch zusätzliche Einnahmen zu erreichen: In dem Ausmaß, als die Nachfrage nach medizinischen Leistungen sinkt, gehen auch die Einnahmen aus Selbstbehalten zurück. Zudem ist zu bewerten, dass vermiedene Erstkontakte einen hohen Preis haben, da zeitlich verzögerte Behandlungen in Folge weit höhere Kosten erforderlich machen. Selbst wenn diese Aspekte vernachlässigt bleiben, ist die potentielle finanzielle Ergiebigkeit im Vergleich mit Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen weit schwächer ausgeprägt.

Auch dieser Zusammenhang war in der niederländischen Entscheidung zur Beseitigung genereller Selbstbehalte von maßgeblicher Bedeutung. In einer Evaluierung wurde festgestellt, dass weder die erwarteten verbrauchshemmenden Wirkungen eingetreten sind - abgesehen von Personen in der niedrigsten Einkommensstufe - noch die erwarteten Einnahmen für die Krankenkassen realisiert wurden.

Verteilungswirkungen

Generell wird bei öffentlich finanzierten Sozialsystemen eine progressive Finanzierungsabsicht zugrunde gelegt. Beiträge zur Sozialversicherung (Steuern) werden nach der Höhe des Einkommens bemessen und im Gegensatz zur privaten Versicherung vom Risiko der Versicherten losgelöst. Der Zugang zu Leistungen ist nach dem Bedarf ausgerichtet, unabhängig von der individuellen Fähigkeit dafür auch zahlen zu können. Soziale Krankenversicherung entspricht somit einem solidarischen Verständnis zugunsten jener Menschen, die ein höheres Krankheitsrisiko haben und soll auch vor existenzbedrohenden Folgen hoher Kosten einer Behandlung schützen.

Demgegenüber verschieben Selbstbehalte als Finanzierungsinstrument die Relationen zu Lasten jener, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Über diesen Weg wird eine direkte Beziehung mit dem jeweiligen Gesundheitszustand hergestellt. Kranke Menschen haben konsequenterweise mehr zu zahlen als relativ Gesunde. Nachdem zwischen Einkommen und Gesundheitsrisiko ein eindeutiger Zusammenhang besteht, verlagert eine Politik der Selbstbehalte finanzielle Lasten von den (relativ) Gesunden und Wohlhabenden zu Bevölkerungsschichten mit höherem Krankheitsrisiko und gleichzeitig niedrigerem Einkommen. Die finanzielle Belastung hat eine eindeutig regressive Wirkung.

Am Beispiel von Geschlecht und Alter werden die ungerechten finanziellen Belastungen und die negativen gesundheitspolitischen Folgen sichtbar:

Frauen nehmen das Gesundheitssystem in jüngeren Jahren häufiger in Anspruch als Männer. Dementsprechend belasten allgemeine Selbstbehalte insbesondere jüngere Frauen im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes. In Grönland konnte gezeigt werden, dass nach Einführung von Selbstbehalten Frauen insbesondere präventive Gesundheitsvorsorge eingeschränkt haben, etwa Vorsorgeuntersuchungen gegen Brustkrebs.

Mit steigendem Alter, etwa ab dem fünfzigsten Lebensjahr, werden Gesundheitsleistungen häufiger in Anspruch genommen, dies ist eine natürliche Folge des Alterungsprozesses. Insgesamt steigt die Häufigkeit von Arztbesuchen und Spitalsaufenthalten, welche die Intensität der Erkrankungen zum Ausdruck bringen. 60 Prozent der Unterschiede in den Gesundheitsausgaben kann aus der Art und Schwere der Erkrankung erklärt werden. Selbstbehalte haben hier den eindeutigen Charakter einer Krankensteuer zu Lasten älterer Menschen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Erfahrungen relativieren die Sinnhaftigkeit von generellen Selbstbehalten.

- Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sinkt mit steigenden Selbstbehalten.
- Dieser kurzfristige Effekt wird durch erhöhte Intensität des Angebots überkompensiert.
- Selbstbehalte wirken generell abschreckend, ohne zwischen notwendigen und weniger sinnvollen Behandlungen zu unterscheiden.
- Insgesamt zieht die abschreckende Wirkung insbesondere für Bezieher niedrigerer Einkommen nachteilige gesundheitliche Folgen und Mehrkosten nach sich.
- Ausnahmen können keinen tatsächlichen Schutz für Einkommensschwache und chronisch Kranke gewährleisten. Die hohen Administrationskosten von Ausnahmen werden unterschätzt.
- Die Gesamteinnahmen aus Selbstbehalten bleiben hinter den Erwartungen zurück.

- Die Finanzierung ist regressiv, anstelle eines solidarischen Risikoausgleichs werden erkrankte Menschen unmittelbar belastet

Deswegen bewerten gesundheitspolitische Analysen Selbstbehalte als ungeeignetes Instrument, um zu den Zielen Gerechtigkeit und Effizienz beizutragen.

Vielmehr wird überschießend hohe oder ineffiziente Inanspruchnahme als angebotsinduziert angesehen und Gegenmaßnahmen daher zunehmend auf dieser Ebene gesetzt.

Vor diesem Hintergrund werden Selbstbehalte in erster Linie als politisches Instrument eingesetzt, sie dienen als Symbol für einen liberalen marktorientierten Politikansatz, der individuelle Verantwortung in den Vordergrund stellt.

In Verbindung mit einer Politik, die auf eine Senkung der Staatsquote ausgerichtet ist, werden Selbstbehalte zu einer verteilungspolitisch motivierten, regressiv ausgerichteten Finanzierungsquelle.

Ein Beitrag zur Lösung der offensichtlichen Strukturprobleme im Gesundheitswesen wird damit aber nicht geleistet.“

Der Gesundheitsausschuss hat den gegenständlichen Entschließungsantrag in seiner Sitzung am 1. Dezember 2004 in Verhandlung genommen. An der Debatte beteiligten sich außer der Berichterstatterin im Ausschuss, Abgeordnete Mag. Christine **Lapp** die Abgeordneten Dr. Erwin **Rasinger**, Manfred **Lackner**, Dr. Kurt **Grünwald**, Theresia **Haidmayr**, Mag. Johann **Maier**, Ing. Erwin **Kaipel**, Ridi **Steibl**, Elmar **Lichtenegger**, Erika **Scharer**, Heidrun **Silhavy**, Karl **Donabauer**, Anna **Höllerer**, Beate **Schasching** sowie die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Maria **Rauch-Kallat** und die Ausschussobfrau Abgeordnete Barbara **Rosenkranz**.

Bei der Abstimmung fand der Entschließungsantrag unter Berücksichtigung eines Abänderungsantrages des Abgeordneten Manfred **Lackner** nicht die Zustimmung der Ausschussmehrheit.

Als Berichterstatter für das Plenum wurde Abgeordneter Karl **Donabauer** gewählt.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle diesen Bericht zur Kenntnis nehmen.

Wien, 2004-12-01

Karl Donabauer

Berichterstatter

Barbara Rosenkranz

Obfrau