

XXIV. GP.-NR  
2041 /AB

10. Juli 2009

zu 2053 /J



Alois Stöger diplômé  
Bundesminister

Frau  
Präsidentin des Nationalrates  
Mag<sup>a</sup>. Barbara Prammer  
Parlament  
1017 Wien

Wien, am 8. Juli 2009

GZ: BMG-11001/0151-I/5/2009

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2053/J der Abgeordneten Dr. Karlsböck und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Zunächst ist allgemein der in der Präambel der gegenständlichen Anfrage aufgestellten Behauptung, bei den Selbstbehalten gebe es für sozial Schwächere keine Befreiung und auch eine soziale Staffelung bezüglich der Höhe der Selbstbehalte sei nicht vorgesehen, Folgendes entgegen zu halten:

Im Falle der sozialen Schutzbedürftigkeit von Versicherten gibt es eine Reihe von Nachsichts- und Befreiungsmöglichkeiten. Von der Entrichtung der Rezeptgebühr etwa sind bestimmte Personengruppen (z.B. BezieherInnen einer Ausgleichszulage) schon kraft Gesetzes ausgenommen. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit der Befreiung von der Verpflichtung zur Entrichtung der Rezeptgebühr auf Antrag, wenn bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden. Schließlich ist seit dem 1.1.2008 Rezeptgebühr innerhalb eines Jahres nur mehr bis zur Obergrenze von 2% des Jahresnettoeinkommens zu entrichten.

Die Befreiung von der Bezahlung der Rezeptgebühr (mit Ausnahme jener wegen Erreichung der 2%-Einkommensgrenze) bewirkt auch einen Entfall von Selbstbehalten bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln sowie bei Transportkosten.

Die Zuzahlungen bei Kur- und Erholungsaufenthalten sind nach den Einkommensverhältnissen gestaffelt und entfallen ebenfalls bei Befreiung von der Rezeptgebühr. Diese Befreiungsmöglichkeiten gelten auch bei Rehabilitationsaufenthalten.

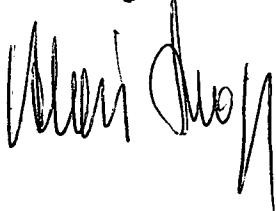
Zu guter Letzt können auch Zuwendungen aus den Mitteln der bei den Versicherungsträgern eingerichteten Unterstützungsfonds nach den vom Vorstand des jeweiligen Versicherungsträgers erlassenen Richtlinien gewährt werden. Es handelt sich hierbei um freiwillige Leistungen des Trägers, welche in Fällen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit, insbesondere in Berücksichtigung der Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse der betroffenen Personen erbracht werden. Damit hat der Gesetzgeber der Selbstverwaltung ein Instrument in die Hand gegeben, um - abseits strenger gesetzlicher Determinierung - im Einzelfall (etwa im Fall der Zahnbehandlung, der Kieferregulierung oder des Zahnersatzes, zur Abdeckung des Selbstbehaltes bei Anstaltpflege, bei der Finanzierung von Hilfsmitteln oder zur Übernahme des Kostenanteils bei Krankentransporten) helfend eingreifen zu können.

Die eingangs zitierte Behauptung der anfragenden Abgeordneten ist daher unzutreffend.

**Fragen 1 bis 7:**

Die Stellungnahmen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (samt Beilage) und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind den Beilagen 1 bis 3 zu entnehmen.

Im Sinne der Frage 5 der gegenständlichen Anfrage ist meinem Ressort die Studie „Selbstbehalt“ der Kärntner Gebietskrankenkasse von Direktor Mag. Dr. Alfred Wurzer/Mag. Roswitha Robinig/Josef Rodler, 2004, bekannt. Als Ergebnis dieser Studie kann festgehalten werden, dass die Einführung eines weiteren Selbstbehaltes im Bereich der ärztlichen Hilfe (Arztbesuch) keine nennenswerte Ausgabenminderung bringen würde, aber für einzelne PatientInnen im Erkrankungsfall eine erhöhte Belastung darstellen würde.



FORUM GESUNDHEIT

OÖ Gebietskrankenkasse  
Postfach 61, 4021 Linz  
Telefon 05 78 07-0  
www.oegkk.at

www.

www.

Gesundheit.at

www.gesundheit.at

Bundesministerium für Gesundheit  
Rechtsangelegenheiten der  
Kranken- und Unfallversicherung  
zH Herrn Reg.Rat ADir. Reinhold Berghofer  
Radetzkystraße 2  
1030 Wien

Ihr Schreiben vom: 18.05.2009  
Ihr Zeichen: GZ 90 001/89 – IVB/10/2009  
Unser Zeichen: AGSV/2009-0546  
Telefon: 05 78 07 - 10 37 12  
Telefax: 05 78 07 - 66 10 37 12  
E-Mail: sabine.proksch@oegkk.at  
Ihre Kontaktperson: Mag. Sabine Proksch  
Datum: 09.06.2009

**Parlamentarische Anfrage XXIV.GP-Nr. 2053/J – 15.06.2009  
des Abgeordneten Dr. Karlsböck und weiterer Abgeordneter**

Sehr geehrter Herr Regierungsrat ADir. Berghofer,

einleitend möchten wir darauf hinweisen, dass die Aussage, wonach es bei Selbstbehalten für sozial Schwächere keine Befreiung gibt bzw. keine sozialen Staffelungen vorgesehen sind, nicht stimmt.

Von der Errichtung der Rezeptgebühr etwa sind bestimmte Personengruppen (z.B. Bezieher einer Ausgleichszulage) schon kraft Gesetzes ausgenommen. Abhängig vom Einkommen und Belastungen durch Rezeptgebühren können über Antrag darüber hinaus weitere Personen nach vorgegebenen Richtlinien befreit werden.

Weiters muss jede/r Versicherte seit 1.1.2008 nur mehr solange die Rezeptgebühr zahlen, bis er im laufenden Jahr mit diesen Zahlungen einen Betrag von 2 % seines Nettoeinkommens erreicht hat. Danach ist er für den Rest des Jahres von der Rezeptgebühr befreit.

Eine Befreiung (auf Antrag) von der Bezahlung der Rezeptgebühr bewirkt auch den Entfall von Selbstbehalten bei Heilbehelfen/Hilfsmitteln und bei Transportkosten.

Die Zuzahlungen bei Kur und Erholungsaufenthalten sind gestaffelt nach den Einkommensverhältnissen bzw. entfallen auch diese für Rezeptgebührenbefreite und Personen deren Bruttoeinkommen den Betrag von € 772,40 (Wert 2009) nicht übersteigt. Für Zuzahlungen bei Rehabilitationsaufenthalten gelten die Befreiungsgründe analog.

Nicht unerwähnt darf auch bleiben, dass die OÖGKK über Antrag und unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse von Versicherten laufend Leistungen aus dem Unterstützungs fonds unter anderem zu ungedeckten Kosten einer Krankenbehandlung (einschließlich Zahnbehandlung, Kieferregulierung und Zahnersatz), einer Anstaltpflege, für Hilfsmittel und für Krankentransporte gewährt.

Öffnungszeiten  
aller Dienststellen:  
Montag bis Freitag  
von 6.45 – 15.00 Uhr

Hauptstelle:  
Gruberstraße 77  
4021 Linz

Bankverbindung:  
Raiffeisenlandesbank OÖ  
Kto.Nr. 01-032-549  
Bankleitzahl 34.000

Auslandszahlungsverkehr:  
IBAN-AT05 34000 0000 1032549  
BIC-RZOOAT2L  
UID-Nr. ATU23004406 DVRS: DV23981

**1) Welche Selbstbehalte (Art und Höhe) gibt es in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)?**

- **Rezeptgebühr** 4,90 (bis zur Erreichung der Rezeptgebührenobergrenze  
= 2% des Jahresnettoeinkommens)

➤ **Reise (Fahrt) Kosten**

Bei einer Entfernung von mehr als 20 km leistet die OÖGKK unabhängig von der Art des benutzten Verkehrsmittels je km einen Zuschuss von € 0,09; ist die Notwendigkeit einer Begleitperson gegeben, beträgt der Zuschuss je km € 0,14.

➤ **Transportkosten**

Bei einem Transport ohne Sanitäter (Sitzendtransport) ist je Fahrt ein Selbstbehalt in Höhe der Rezeptgebühr – 2009: € 4,90 – zu leisten. Erfolgt der Transport mit einem eigenen/privaten PKW, ersetzt die OÖGKK das halbe amtliche Kilometergeld (€ 0,21 je km).

Für Transporte mit Sanitäter (Liegendtransporte, „Erste-Hilfe-Fahrten“) oder in besonders begründeten Fällen von Dauerbehandlungen (z.B. Dialyse- oder Strahlenbehandlung, Chemotherapie) ist kein Selbstbehalt zu leisten.

➤ **Heilbehelfe und Hilfsmittel**

Kostenübernahme bis höchstens € 1072,00 (für Heilbehelfe)  
bzw. € 2680,00 (für Hilfsmittel)

Selbstbehalt 10 % der Kosten, mindestens aber € 26,80

Bei Sehbehelfen: 10 % der Kosten, mindestens aber € 80,40  
(Werte für 2009)

➤ **Kieferorthopädische Behandlung und unentbehrlicher Zahnersatz**

Die prozentuelle Zuzahlung zu den kieferorthopädischen Behandlungen beträgt pro Behandlungsjahr 50 % der jeweils mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarifsätze und beim unentbehrlichen Zahnersatz 25 % der Tarife.

Für 2009 betragen die Zuzahlungen des Versicherten:

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Totale Kunststoffprothese als<br>Dauerverversorgung                         | € 187,00 |
| 2. Kunststoffprothesen - Neuherstellung  |          |
| a) Platte (jeder Größe)  | € 48,00  |
| b) Zahn, pro Einheit   | € 3,00   |
| c) Klammer (eine mehrarmige<br>Klammer, jedoch nur in<br>einfacher Ausführung) | € 3,00   |

d) Sauger	€ 3,00
3. Reparaturen an Kunststoffprothesen	
a) Reparaturen gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer	€ 14,00
b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)	€ 17,00
c) Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)	€ 23,00
d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator	€ 26,00
e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke	€ 30,00
4. Metallgerüstprothesen - Neuherstellung einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufruhen und Zahnklammern	€ 194,50
Zahn pro Einheit	€ 3,00
5. Reparaturen an Metallgerüstprothesen	
x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe	€ 20,50
y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer	€ 25,00
z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y), Erweiterung der Metallbasis	€ 28,50
6. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufruhen, Schultern bzw. Abstützungen inkl.	

Verbindungen und Lötstellen	€ 117,00
7. Voll-Metallkrone (VG) an Klammerzähnen bei Teil- prothesen (Vollgußkronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)	€ 70,00
8. Kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr	€ 385,00
9. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten	
1. Bruch oder Sprung am Kunst- stoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes	€ 19,00
2. Unterfütterung oder Er- weiterung eines therapeu- tisch ausgeschöpften Apparates	€ 25,00
3. Reparatur eines Labial- bogens, Ersatz einer Dehn- schraube	€ 30,00

➤ **Anstaltpflege**

Für die Anstaltpflege eines Angehörigen hat der Versicherte pro Verpflegstag (maximal für 4 Wochen je Kalenderjahr) einen Kostenbeitrag in Höhe von 10 % der am 31.12.1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührensätze, vervielfacht mit dem jeweiligen Prozentsatz gemäß § 28 KAG in der Fassung des BGBl Nr. 853/1995 zu leisten.

2009: € 14,90 bis € 16,60 je Verpflegstag.

➤ **Kur und Erholung**

Die Zuzahlung durch den Versicherten (Angehörigen) beträgt bei einem Bruttoeinkommen

von € 772,40 bis € 1.353,78	€ 7,00 pro Verpflegstag
über € 1.353,78 bis € 1.935,17	€ 12,38 pro Verpflegstag
über € 1.935,17	€ 17,81 pro Verpflegstag

➤ **Rehabilitation**

Die Zuzahlung durch den Versicherten beträgt € 7,00 pro Verpflegstag. Sie wird für höchstens 28 Kalendertage je Kalenderjahr eingehoben.

**2) Wie hoch waren die Einnahmen durch die Selbstbehalte im Jahr 2008 (gegliedert nach der Art der Selbstbehalte)?**

- Im Jahre 2008 waren es circa € 500.000 an Selbstbehalten für Transportkosten. Allerdings sind darin dzt. noch keine Taxikosten enthalten, da diese erst nachträglich abgerechnet werden. Es sind somit aus derzeitiger Sicht noch keine seriösen Aufzeichnungen möglich.
- Bei Heilbehefe und Hilfsmittel waren die Einnahmen ca. € 5,4 Mio.
- Bei Heilmittel waren die Einnahmen ca. € 45,2 Mio.
- Bei Kur/Erholung/Reha betragen die Einnahmen € 752.507,94.

**3) In welcher Höhe wurden vorgeschriebene Selbstbehalte nicht bezahlt?**

- Die Selbstbehalte werden von den jeweiligen Vertragspartnern eingehoben - deshalb wissen wir nicht, ob diese auch bezahlt wurden.

**4) Welche administrativen Folgekosten stehen den Einnahmen gegenüber?**

- Da die Selbstbehalte von den jeweiligen Vertragspartnern eingehoben werden, gibt es unsererseits auch keine diesbezüglichen administrativen Kosten.

**5) Gibt es Studien, die kurzfristige Einsparungen bzw. Einnahmen durch Selbstbehalte mit langfristigen Folgekosten für das Gesundheitssystem (z.B. Folgeschäden bei zu spät erkannten Krankheiten oder Folgen aufgrund der jahrelangen Nichtbehandlungen von Krankheiten, deren Behandlung mit einem Selbstbehalt verbunden wären) in Relation setzen?**

**6) Wenn ja, zu welchem Ergebnis kommen diese Studien?**

**7) Wenn nein, warum wurde dieser wichtige Aspekt noch nicht näher untersucht?**

Zu den Punkten 5 bis 7 schließen wir einen von *Frau Dr. Heide Said* (Mitarbeiterin der OÖGKK) verfassten Überblick bzw. eine Zusammenfassung über diesbezügliche Studien bei.

Weiters möchten wir diesbezüglich auf folgende Publikation verweisen: *Jens Holst, Kostenbeteiligung für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern. Überarbeitete und aktualisierte Fassung des WZB Discussion Papers SP I 2007 – 304, Juli 2008*

In dieser kommt der Autor zum Schluss, dass sich Kostenbeteiligungen im Gesundheitsbereich langfristig negativ auswirken und die bedarfsgerechte Versorgung gefährden. Patienten würden eher auf notwendige Maßnahmen verzichten und ließen sich davon abhalten, rechtzeitig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Freundliche Grüße

  
Felix Hinterwirth  
Obmann

  
OBERÖSTERREICHISCHE GEDECKTEN KRANKENFONDS

  
Dr. Dr. Hans Popper  
Direktor

Beilage

## Selbstbeteiligung

Unter **Selbstbeteiligungen** versteht man direkte Zahlungen durch PatientInnen, die bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu zahlen sind.

Dabei unterscheidet man **Zuzahlungen** (Eigenleistung in Form von prozentuellen Anteilen oder als fixer Betrag) und **Selbstbehalte** (der volle Beitrag unterhalb eines festgelegten Ausgabenmaximums ist von den PatientInnen zu tragen, darüber bezahlt die Versicherung).

Befürworter von **Selbstbehalten** versprechen sich davon einen verantwortungsvollen Umgang der PatientInnen mit den finanziellen Mitteln des Gesundheitswesens. Medizinisch nicht notwendige Leistungen sollen dadurch vermieden werden, die erhöhte Transparenz führt zu einer Kontrollfunktion der PatientInnen gegenüber den ÄrztInnen.

Unter dem Schlagwort „**Stärkung der Eigenverantwortung**“ möchte so die Gesundheitspolitik in vielen Staaten auch mit immer höheren **Selbstbeteiligungen** die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen in den Griff bekommen.

*Dabei sollen **Selbstbeteiligungen** in „**Quasi-Preissfunktion**“ **marktwirtschaftliche Elemente** im **Gesundheitswesen** einführen. Das fundamentale Merkmal eines **wettbewerblich orientierten Marktes** ist zweifellos die **Steuerung über den Preismechanismus**. Dieser **Preismechanismus** ist aber mit der **Einführung der sozialen Krankenversicherung** im vorigen Jahrhundert außer Kraft gesetzt worden [Meggeneder, 2003, S. 180].*

**Finanzielle Selbstbeteiligung** der PatientInnen hat zwei Ziele:

- Den **Finanzierungseffekt** (Einnahmeeffekt)
- Den **Steuerungs- oder Lenkungseffekt** (Nachfrageeffekt)

Der **Finanzierungseffekt** soll zusätzliche Einnahmen für das Gesundheitssystem zur Verfügung stellen, der **Lenkungseffekt** dient als Instrument zur Kostensenkung, indem der den Versicherten unterstellte „**Moral Hazard**“, der durch den **Versicherungsschutz** entsteht, verringert wird.

Unter „**Moral Hazard**“ versteht man die Steigerung der Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintrittes bzw. der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Existenz eines Versicherungsverhältnisses. Dieser kann vor Krankheitseintritt „*ex ante*“ entstehen, z.B. durch risikoreiche Verhaltensweisen oder fehlende Maßnahmen in der Krankheitsvorbeugung, oder nach Krankheitseintritt „*ex post*“, wobei PatientInnen mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen als medizinisch angemessen erscheinen. Rezepte gegen diesen „**Mo-**

ral Hazard“ meinen manche GesundheitspolitikerInnen in Risikozuschlägen und in Selbstbeteiligungen gefunden zu haben.

„Moral Hazard“ kann nicht nur auf der Seite der NachfragerInnen nach Gesundheitsleistungen auftreten sondern auch auf der Angebotsseite: in Form einer Tendenz zur überhöhten Abrechnung durch ÄrztInnen.

Zielsetzung der Politik in der Steuerung des Gesundheitswesens über ökonomische Verhaltensanreize ist [Kaiser, 2003]:

- Begrenzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben
- Gleichschritt des Wachstums des Gesundheitssektors mit dem Wachstum der übrigen Wirtschaftsbereiche
- Verbesserung der Leistungsqualität
- Selbstregulierung von Interessenskonflikten
- Entlastung der Arbeitgeber
- Steigerung der Effizienz (durch Ausschluss von Bagatelfällen)
- Eindämmung übermäßiger Nachfrage
- Senkung der Kosten durch Förderung gesünderer Lebensweise
- Orientierung des Arztverhaltens an der Nachfrage (bedarfsgesteuert und nicht angebotsinduziert)
- Finanzielle Entlastung der Krankenkassen

Damit Selbstbeteiligungen ihre Wirkung entfalten können, müssen sie einige theoretischen Annahmen gerecht werden [Ziniel, 2004]:

- Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage
- Vollständig informierte NachfragerInnen
- Elastische Nachfrage, abhängig von Einkommen, Erkrankung und Preis
- Keine Versicherung gegen finanzielle Folgen einer Selbstbeteiligung

Das Gesundheitswesen weist im Vergleich zu anderen „Märkten“ aber einige Besonderheiten auf. Zentraler Wesenszug des Gesundheitsmarktes ist die asymmetrische Informationsverteilung. Sie wirft die Frage auf:

Sind die PatientInnen die treibende Kraft bei der Bestimmung der Nachfrage?

Da es auch das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage gibt (ÄrztInnen steuern durch Verschreibungen, Überweisungen, etc. die Nachfrage der PatientInnen) kann nicht von von-einander unabhängigen Angebots- und Nachfragefunktionen ausgegangen werden.

Die (allerdings umstrittene) „Zieleinkommenshypothese“ besagt, dass ÄrztInnen ein bestimmtes Einkommensniveau anstreben, unterhalb dessen sie versuchen ihre abgerechneten Leistungen zu maximieren.

Entscheidungen über die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen werden üblicherweise arbeitsteilig getroffen: die PatientInnen entscheiden über die Auswahl der Behandlungsinstanz, die Anbieter der Leistungen entscheiden – im Namen der PatientInnen – über die Art und Menge der Behandlung.

Für die Wirksamkeit von Selbstbeteiligung folgt daher, dass lediglich der Erstkontakt durch Selbstbeteiligungsregelungen zu beeinflussen sein dürfte [Kaiser, 2003].

## **Empirie zu Selbsbeteiligung:**

### **RAND-HIE-Studie:**

Diese Studie ist der bekannteste Vorläufer von empirischen Untersuchungen zum Thema Selbstbeteiligung. Das „Health Insurance Experiment (HIE)“, eine Studie, die von der RAND corporation zwischen 1974 und 1982 durchgeführt wurde hat trotz einiger Unzulänglichkeiten zu aussagekräftigen Ergebnissen geführt, die inzwischen durch andere Untersuchungen weitgehend bestätigt wurden [Ziniel, 2003].

### **Ergebnisse:**

- Die Inanspruchnahme steigt mit dem Versicherungsschutz
- Die Höhe der SB beeinflusst Anzahl der Arzt- und Krankenhausbesuche, nicht aber deren Intensität
- stärkste Variable für die Preiselastizität der Nachfrage ist das Einkommen (e: 0,2 bis 0,4)
- Die größten Unterschiede: Kinder von armen und nicht-armen Familien
- Selbstbeteiligung reduziert notwendige und nicht notwendige Behandlung im selben Ausmaß
- Am stärksten wirken Selbstbeteiligungen bei präventiven Leistungen
- Nachteilige gesundheitliche Folgen bei Bluthochdruckpatienten mit niedrigem Einkommen

## **Europäische Vergleiche:**

Wenn wir unseren Blick auf die Ausprägung von Selbstbehalten in Europa richten, dann finden wir zahlreiche verschiedene Höhen und Leistungsarten. Man findet unterschiedliche Ausnahmen nach sozio-ökonomischen Kriterien (Einkommen, chronische Erkrankung, sozialer Status, Alter). Es gibt eine Konzentration auf den Arzneimittel sektor, der Einnahmeneffekt steht im Vordergrund, die Verteilungswirkung ist regressiv (niedrige Einkommen werden überproportional belastet).

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über empirische Untersuchungen in ausgewählten europäischen Staaten einen Eindruck über die Wirkung von Selbstbeteiligungen vermitteln [Ziniel, 2004]:

### **Frankreich:**

Hohe Selbstbehalte im Rahmen eines Kostenerstattungssystems, rund 72% werden erstattet die hohe Eigenbeteiligung wird durch private Zusatzversicherung abgemildert

- 9 Mio Menschen, (16% der Bevölkerung) sind ohne Zusatzversicherung (niedriges Einkommen, Jugendliche)
- Menschen ohne Zusatzversicherung haben um die Hälfte weniger Arztkontakte, Medikamente – 38%
- Erhöhtes Sterblichkeitsrisiko für diesen Personenkreis

### **Niederlande:**

Rückläufige Bedeutung der Selbstbeteiligungen. Im Jahr 1997 wurden allgemeine Selbstbeteiligungen eingeführt („Algemene Eigenbidragsregeling (AEB)“, 20% Zuzahlung, max. NLG. 100 bis 200,- jährlich), auf Grund des hohen administrativen Aufwandes und der negativen Auswirkungen wurde diese Regelung 1999 wieder aufgehoben.

### **Erfahrungen:**

- Einnahmeneffekt unter den Erwartungen
- Keine Effizienzsteigerungen, hohe administrative Kosten
- Rückläufiger Konsum von Medikamenten bei unteren Einkommensschichten
- Für 13% hat AEB den Zugang zu notwendiger Versorgung verwehrt

**Schweden:**

**Staatlicher, universeller Gesundheitsdienst mit steigender Selbstbeteiligung in den 90er Jahren (absolute Zuzahlung mit Obergrenze).**

**Erfahrungen:**

- Umverteilung zwischen Gesünderen und Kranken, nicht nach Einkommen
- Auswirkungen auf Erstbesuche
- die Obergrenze wird von älteren und chronisch Kranken rasch erreicht
- 20 bis 25% der Bevölkerung verzichten aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen
- 8% verzichten auf den Kauf von verschriebenen Medikamenten
- Arbeitslose reagieren stärker als Beschäftigte
- Mit steigender Familiengröße sinken Zugang und Inanspruchnahme
- Der Arztbesuch hängt positiv vom Einkommen ab, insbesondere bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand

**Schweiz:**

In der Schweiz gibt es wählbare Selbstbehalte in der Krankenversicherung, daher kann man in diesem Land die von Selbstbeteiligungen erwarteten Auswirkungen evaluieren. Es wurde die spannende Frage untersucht, ob frei wählbare Selbstbehalte eher Nachfragesteuerung oder Selektion von Gesunden und Kranken erreichen [Schellhorn, 2004].

Führen wählbare Selbstbehalte zu einer Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

- Die Wahlmöglichkeit des Selbstbehaltes hat keinen großen Einfluss auf das Patientinnenverhalten
- Die beobachtete Reduktion in der Anzahl der Arztbesuche bei Versicherten mit höheren Selbstbehalten ist durch Selbstselektion zu erklären (Gesündere Versicherte wählen höhere Selbstbehalte)

## Verteilungswirkungen von Selbstbehalten:

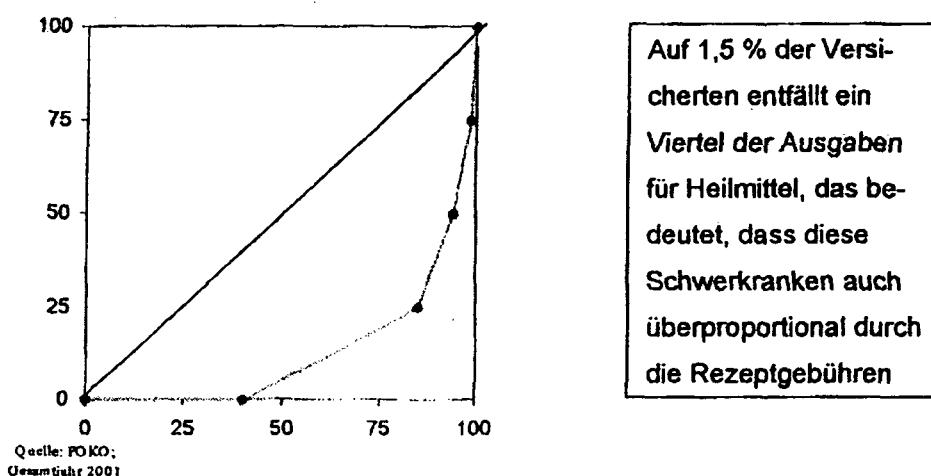
Bei öffentlich finanzierten Sozialsystemen liegt generell eine progressive Finanzierungsabsicht zu Grunde (die höheren Einkommen werden überproportional belastet). Die Grundlage der Finanzierung, die Steuern oder Beiträge zur Sozialversicherung werden losgelöst vom Risiko der Versicherten an der Höhe der Einkommen bemessen. Der Zugang zu Leistungen ist nach dem Bedarf ausgerichtet, unabhängig von der individuellen Fähigkeit für die Kosten auch aufkommen zu können.

Selbstbeteiligungen als Finanzierungsinstrument verschieben nun die Belastungen auf jene, die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen müssen, es entsteht eine direkte Beziehung zwischen der finanziellen Belastung und dem individuellen Gesundheitszustand. Auf der anderen Seite gibt es eine starke Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit, deshalb haben Selbstbeteiligungen eine eindeutig regressive Verteilungswirkung (die niedrigen Einkommen werden überproportional belastet).

Aus einem ursprünglich solidarisch finanziertem System kommt es durch Selbstbeteiligungen zu einer Umverteilung der Kosten von Gesunden zu Kranken und damit in den meisten Fällen auch von Wohlhabenden zu ärmeren Bevölkerungsschichten mit höherem Krankheitsrisiko.

Auswertungsergebnisse der Oberösterreichischen und der Kämtner Gebietskrankenkasse bestätigen die überdurchschnittliche Belastung der Kranken und der einkommensschwächeren Schichten durch Selbstbeteiligungen:

**Abbildung 1:**  
Lorenzkurve der Heilmittelausgaben und Anteil der Versicherten, OÖGKK 2001

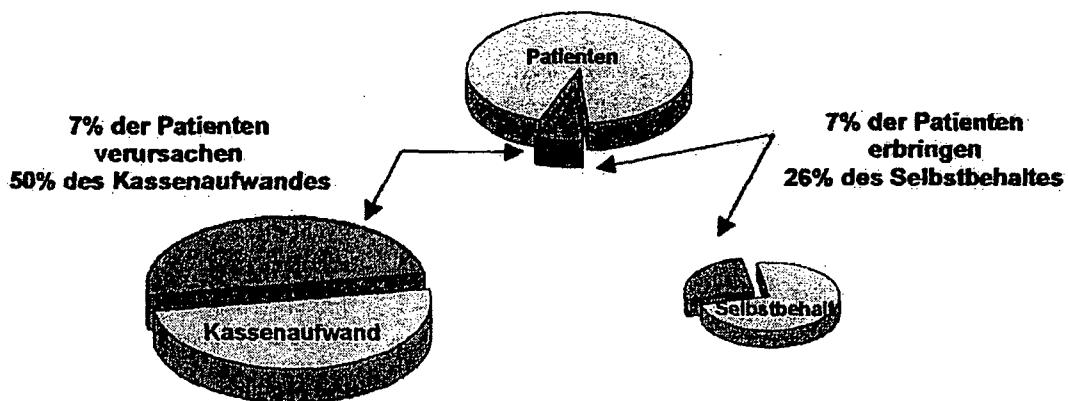


**Eine Studie der Kärntner Gebietskrankenkasse hat für die gesamten Gesundheitsausgaben ähnliche Ergebnisse erzielt [Wurzer, 2004].:**

- eine sehr kleine Gruppe von Versicherten beansprucht den Großteil des Leistungsaufwandes.
- Alter, Armut und Krankheit treten häufig gemeinsam auf

1,7% der PatientInnen benötigen 25% des Aufwandes.

7% der PatientInnen benötigen 50% des Aufwandes.

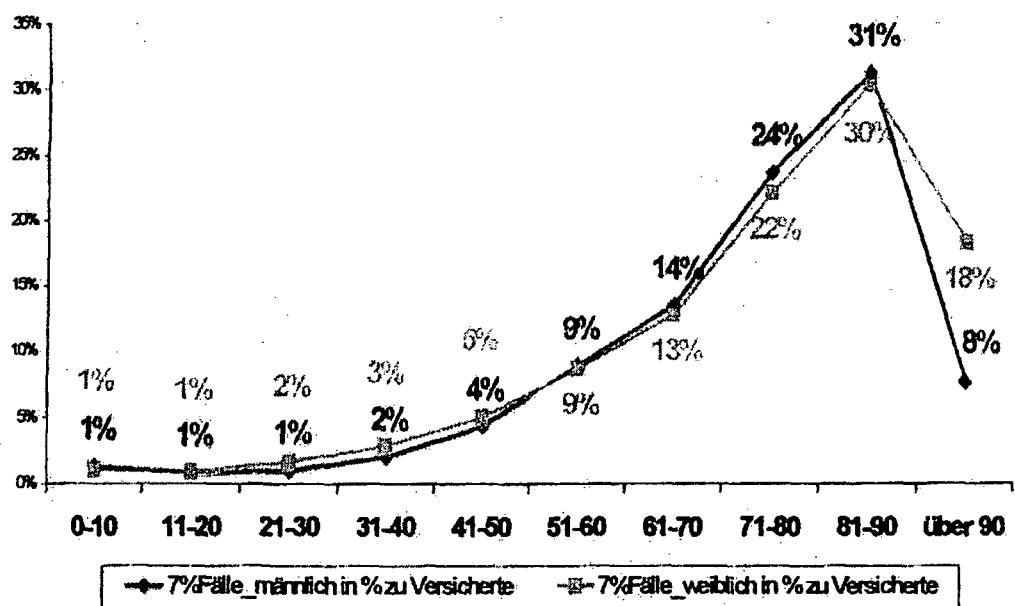


Der prozentmäßig überwiegende Patientenanteil dieser „Hochleistungsbezieher“ findet sich in den unteren Gehaltsklassen und oberen Altersklassen. Knapp drei Viertel davon sind Pensionisten und ein Drittel ist rezeptgebührenbefreit.

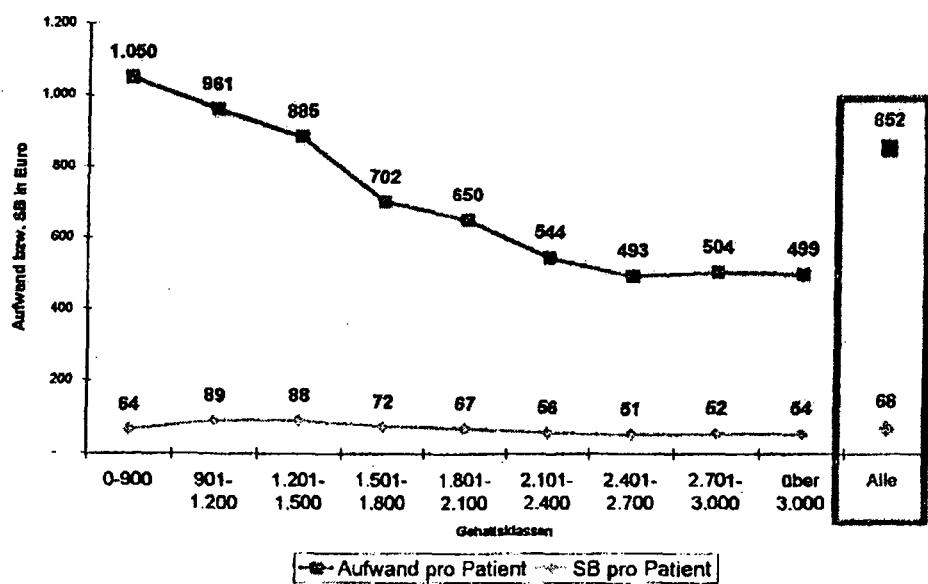
#### **Schlussfolgerung:**

Die sehr hohe Belastung des Gesundheitssystems durch zum Teil sehr kleine Gruppen von Versicherten zeigt, dass nur durch das Prinzip der Solidarität in der sozialen Krankenversicherung die Gesundheitsrisiken optimal abgedeckt und für Personen unabhängig von Alter, Einkommen und Geschlecht, in jedem Lebensabschnitt die entsprechende Versorgung sichergestellt werden kann.

**Abbildung 2:**  
7 % Fälle (die 50 % des Kassenaufwandes benötigen) nach Altersklassen;  
Prozentmäßiger Anteil an den Gesamt-Versicherten, KGKK 2002



**Abbildung 3:**  
Kassenaufwand und Selbstbehalt nach Gehaltsklassen (pro Patientin / pro Patient im Jahr);  
Alle PatientInnen KGKK 2002; Beträge in €

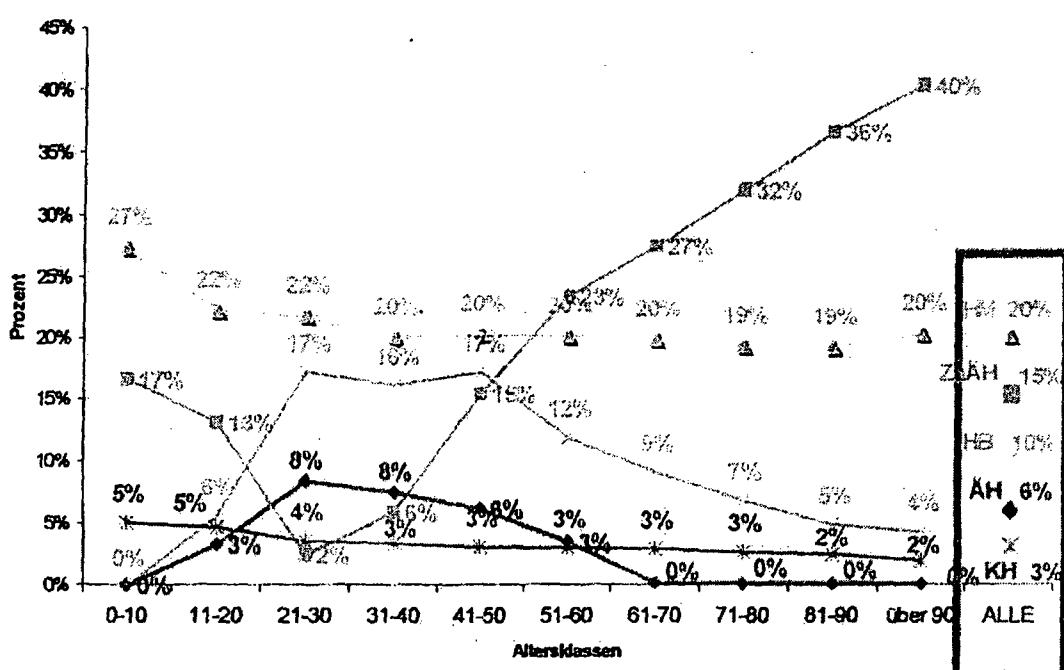


Bei jeder Leistungsart ist im Durchschnitt eine deutliche Aufwandssteigerung mit zunehmendem Alter erkennbar und der durchschnittliche Kassenaufwand ist in den unteren Gehaltsklassen doppelt so hoch als in den oberen Gehaltsklassen.

Im Durchschnitt bezahlen die Patienten je nach Leistungsart und Altersklasse bereits bis zu 40% der Kosten selbst.

**Abbildung 4:**

Durchschnittlicher Selbstbehalt KGKK 2002 in Prozent zu den Kosten nach Leistungsart und Altersklassen



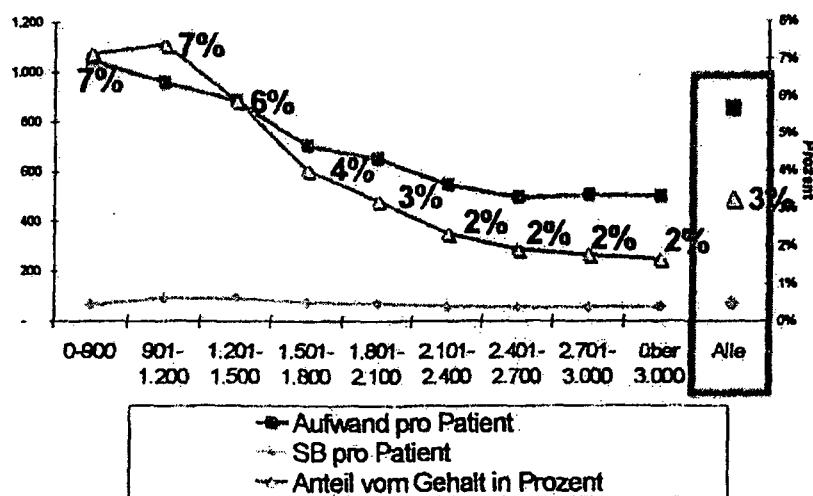
#### Modellrechnung:

Ein hypothetischer 10%iger Selbstbehalt bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe unter Berücksichtigung der Rezeptgebührenbefreiungen und unter Beibehaltung der Krankenschein-Gebühr würde der Kasse 8% Aufwandsminderung im Bereich ärztlicher Hilfe und beim dargestellten Gesamtaufwand lediglich 2% Aufwandsminderung bringen. Einzelne Versicherergruppen würden aber bis zu 12% mehr belastet werden.

Bei Einführung einer Selbstbehalteobergrenze würde die Aufwandsminderung für die Kasse noch geringer ausfallen.

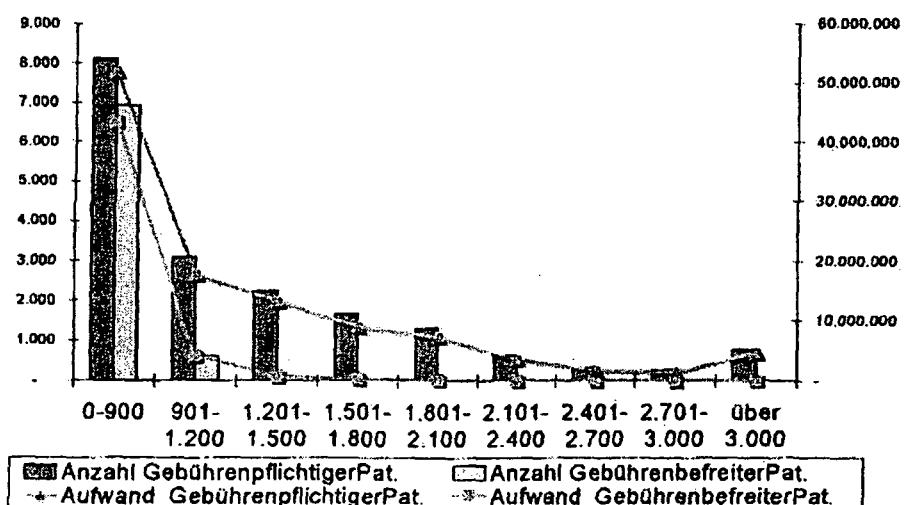
**Fazit:** Die Einführung eines weiteren Selbstbehaltes im Bereich ärztlicher Hilfe (Arztbesuch) würde keine nennenswerte Aufwandsminderung bringen, jedoch für einzelne PatientInnen eine erhöhte Belastung im Erkrankungsfall darstellen.

**Abbildung 5:**  
Prozentueller Anteil des Selbstbehaltes in Abhängigkeit vom Einkommen



Generell kann der Selbstbehalt in den unteren Gehaltsklassen einen bedeutenden Teil des Einkommens ausmachen. PatientInnen tragen bereits jetzt einen relativ hohen Anteil an den Kosten und dieser Selbstbehalt kann in den unteren Gehaltsklassen einen bedeutenden Teil des Einkommens ausmachen.

**Abbildung 6:**  
Jene 7 % der PatientInnen, die 50 % des Kassenaufwandes benötigen nach Gehaltsklassen getrennt nach Rezeptgebührenpflichtigen und Rezeptgebührenbefreiten



## 10 Thesen zur Steuerungswirkung von Selbstbeteilungen:

[entnommen aus Meggeneder, soziale Sicherheit 4/2003; S. 180-187]

1. Selbstbeteiligungen in geringer Höhe führen nur zu kurzen Verhaltensreaktionen in Form eines Rückganges der Leistungsinanspruchnahme, die aber durch vorgezogene Reaktionen und Nachholbewegungen zur Gänze kompensiert werden. Insgesamt ist kein dauerhafter steuernder Effekt zu erzielen.
2. Selbstbeteiligungen wirken nur in prohibitiver Höhe (>50%) steuernd und können daher aus gesundheitspolitischer Sicht allenfalls bei gesundheitsrelevanten Leistungen eingesetzt werden.
3. Hohe Selbstbeteiligungen wirken in Verbindung mit einem Versicherungssystem preistreibend, da die Selbstbeteiligung Mitnahmeeffekte entfaltet, das heißt, die Leistungsanbieter schlagen den Selbstbehalt zu einem hohen Anteil dem Preis zu.
4. Selbstbeteiligungen treffen Multimorbide als eine Minderheit (ca. 20%) überproportional, da sie den überwiegenden Teil der Leistungen (ca. 75%) beanspruchen.
5. Selbstbeteiligungen wirken in erster Linie gegen die Erstinanspruchnahme von Leistungen. Ist diese Zugangsbarriere überschritten, ist die steuernde Wirkung gleich Null.
6. Unter der Annahme, dass der Kostenerstattung als einem Sonderfall der Selbstbeteiligung eine steuernde Wirkung zukommt kann diese auch in eine unerwünschte Richtung wirken: nämlich dann, wenn bei Überschreitung der Rückerstattungsgrenze die Leistungen exzessiv in Anspruch genommen werden.
7. Selbstbeteiligungen haben Finanzierungseffekte in der Form, dass eine Umverteilung der Finanzlasten von der Versichertengemeinschaft auf Individuen mit schlechten Risiken erfolgt.
8. Selbstbeteiligungen haben einen Verteilungseffekt der Finanzlasten innerhalb der Versichertengemeinschaft von oben nach unten, da BezieherInnen höherer Einkommen in der Tendenz den besseren Gesundheitszustand aufweisen.
9. Selbstbeteiligungen in der sozialen Krankenversicherung stabilisieren den Beitragsatz, der mittelfristig auf Grund steigender Selbstbeteiligungen relativ sinkt. Die Umverteilung der Finanzlasten erhöht aber die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen.
10. Selbstbeteiligungen sind als alleiniges Instrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ungeeignet. Sie können aber in den Bereichen von Bagatelleistungen und gesundheitlich nicht relevanten Gütern eingesetzt werden.

Der Schwerpunkt im Gesundheitswesen muss jedoch auf der Angebotssteuerung liegen.

## Höhe von Selbstbeteiligungen in Österreich

Nach dem ESVG 95 (dem nunmehr verbindlich vorgeschriebenen Europäischen System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung) beliefen sich 2002 die gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich auf 16.806 Millionen Euro. Die Ausgaben steigen kontinuierlich, im Vergleich zu 2001 um 3,5%. [Statistik Austria, 2004, S. 417-418]

Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt machte 5,4% aus, jener der privaten Gesundheitsausgaben 2,3% (und damit 30% der gesamten Gesundheitsausgaben).

Die privaten Gesundheitsausgaben setzen sich zusammen aus:

- Ambulante und stationäre Gesundheitsdienstleistungen
- Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen
- Versicherungsdienstleistungen im Zusammenhang mit Gesundheit

Die Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit beliefen sich 2002 insgesamt auf 4.692 Millionen Euro. Sie sind gegenüber dem Vorjahr um 3,9% gestiegen und wurden wie folgt aufgewendet:

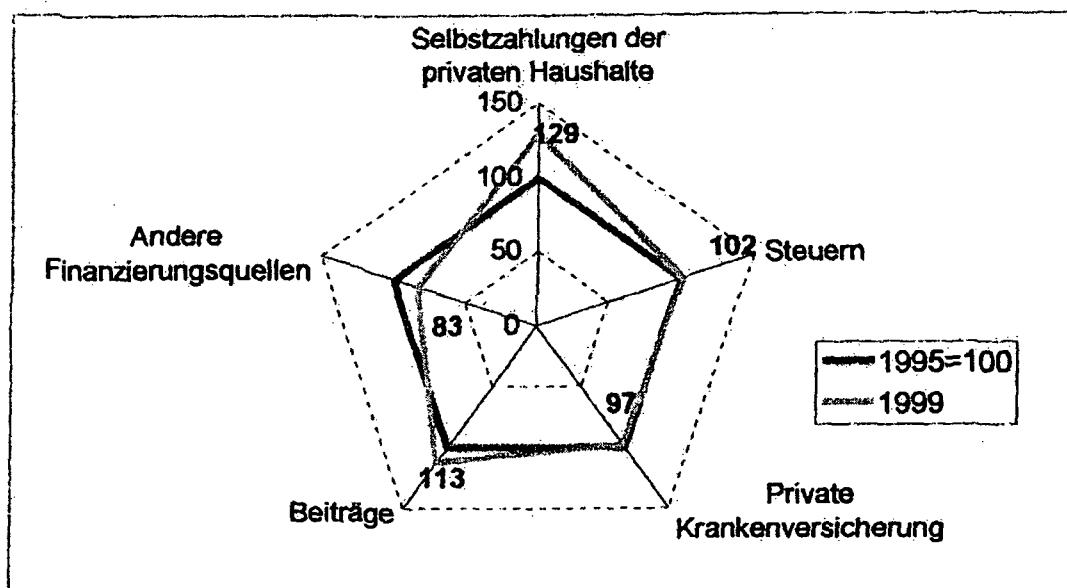
- 40,7% bzw. 1.910 Millionen Euro für ambulante Gesundheitsdienstleistungen
- 25,5% bzw. 1.197 Millionen Euro für stationäre Gesundheitsdienstleistungen
- 12,6% bzw. 592 Millionen Euro für Versicherungsleistungen
- 21,1% bzw. 992 Millionen Euro für den privaten Konsum an pharmazeutischen und anderen medizinischen Erzeugnissen (laut Produktions- und Außenhandelsstatistik)

Die privaten Gesundheitsausgaben können in „direct payments“ bzw. in „cost sharing“ – Bestimmungen differenziert werden. [Hofmarcher M., 2003b]

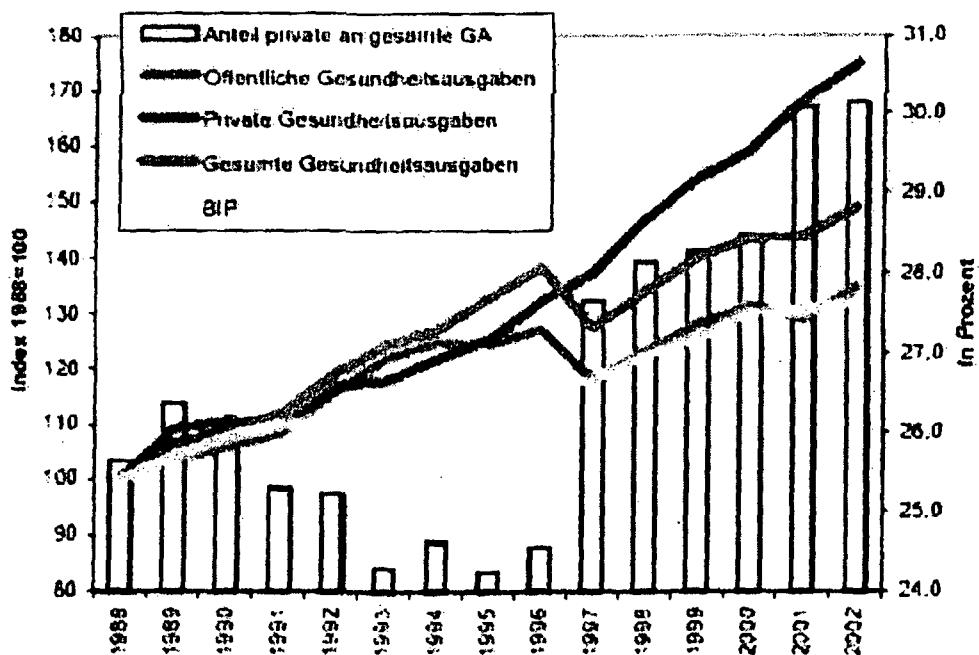
Zu den „direct payments“ zählen Zahlungen für pharmazeutische oder andere medizinische Produkte, zahnärztliche Dienstleistungen und stationäre Dienstleistungen. Diese Leistungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt; diese privaten Ausgaben fließen somit auch nicht den Krankenversicherungsträgern zu, sondern bleiben bei den entsprechenden Stellen (z.B. Taggeld der Krankenanstalten).

„cost sharing“ – Bestimmungen sind klassische Selbstbehalte. Ein fixer Betrag oder Prozentsatz pro Leistung muss von den PatientInnen bezahlt werden, der Rest wird vom jeweiligen Krankenversicherungsträger übernommen. Dazu zählen Zuzahlungen für therapeutische Geräte und Ausrüstungen, ärztliche Dienstleistungen (Inanspruchnahme von WahlärztInnen), die Rezept-, Krankenschein- und die mittlerweile wieder abgeschaffte Ambulanzgebühr sowie der prozentuale Selbstbehalt bei EisenbahnerInnen, BeamtenInnen und Selbstständigen. Innerhalb der „direct payments“ verschlingen die stationären Gesundheitsdienstleistungen das meiste Geld (42,5%), gefolgt von zahnärztlichen Leistungen und ärztlichen Dienstleistungen.

**Abbildung 9:**  
Entwicklung der Gesundheitsausgaben zwischen 1995 und 1999 [Hofmarcher 2002]



**Abbildung 10:**  
Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des BIP, pro Kopf zu Preisen 1995, Index 1988=100



Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf zu Preisen 1995 wuchsen seit 1988 um fast 50% auf 1.959 Euro im Jahre 2002. Im Vergleich dazu liegt das gesamtwirtschaftliche Wachstum seit Beginn der 90er deutlich darunter (Gesamtsteigerung rund ein Drittel).

Innerhalb der gesamten Gesundheitsausgaben verzeichnen die Ausgaben der privaten Haushalte mit einem Plus von 75% die dynamischste Steigerung (vgl. Abbildung 10).

Insbesondere im Jahre 1997 erhöhte sich der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben um mehr als drei Prozentpunkte. Aber auch in den Folgejahren wuchs der Anteil, sodass 2002 mehr als 30% der gesamten Ausgaben dem privaten Sektor zugeschrieben werden kann.

Als Gründe für diese Anteilsverschiebung können einerseits die systematische Unterschätzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ab 1997 und andererseits die Einführung neuer Selbstbehalte, wie die Krankenschein Gebühr (1997), die inzwischen wieder abgeschaffte Ambulanzgebühr (2001) und außerordentliche Rezeptgebühren erhöhungen (1997 bzw. 2000) genannt werden. Die Unterschätzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben seit 1997 hat als Konsequenz, dass sich ab diesem Zeitpunkt das öffentliche Wachstum annähernd am BIP orientiert. [Hofmarcher M., 2003b]

## **Zusammenfassung der Wirkung von Selbstbehalten:**

- Anteil von Selbstbehalten am Einkommen ist in unteren Gehaltsklassen wesentlich höher als in oberen Einkommensgruppen [Wurzer, 2004]
- Betroffen sind Personen, die sehr viele Leistungen in Anspruch nehmen (niedrige Einkommen und Ältere) [Wurzer, 2004]
- Sie wirken unsozial und beeinträchtigen die Gesundheit der ärmeren Bevölkerungsschichten [ÖBIG-Studie, 2002]
- Die Steuerungswirkung von Selbstbehalten ist sehr eingeschränkt (Ziel: Rückgang bei weniger sinnvollen Leistungen) [ÖBIG-Studie, 2002]
- Verhaltensänderung nur kurzfristig [ÖBIG-Studie, 2002]
- Ausnahmen können keinen tatsächlichen Schutz für ärmere Bevölkerungsschichten gewährleisten (hohe Administrationskosten für Ausnahmen) [Ziniel, 2003]

Wenn finanzielle Anreize für die PatientInnen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steuern sollen, erhält immer das Kriterium der Zahlungsfähigkeit Vorrang vor dem medizinischen Bedarf. Das Resultat ist eine nicht dem Bedarf entsprechende Verteilung von Gesundheitsleistungen und damit eine Verstärkung der gesundheitlichen Ungleichheit.

***Effizienz heißt auch, die Allokation vorhandener Ressourcen so zu steuern, dass sie zuerst denjenigen zukommen, die davon am meisten profitieren können – den Armen und den Kranken.*** [Kaiser, 2003, S. 26].

## Literatur:

**Hofmarcher M., 2002: IHS Health Econ, Folien für den Public Health Lehrgang an der medizinischen Universität Graz Dezember 2002**

**Hofmarcher M., 2003a: Health System Watch I/Frühjahr 2003, IHS HealthEcon; Gesundheitsausgaben in der EU;**  
[http://www.ihp.ac.at/departments/600/HealthEcon/watch/hswo3\\_1d.pdf](http://www.ihp.ac.at/departments/600/HealthEcon/watch/hswo3_1d.pdf) (Zugriff am 26.10.2004)

**Hofmarcher M., 2003b: Was darf/muss uns Gesundheit wert sein? Bericht von einer Enquete am 9.12.2003 (die grüne Bildungswerkstatt);**  
<http://www.gruene.at/gbw/pdf/gesundheit-wdmuaws.pdf>

**Meggeneder O., 2003: Selbstbehälte und ihre Wirkung; Soziale Sicherheit 4/2003; S. 180-187**

**Kaiser A., 2003: Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung – Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU, Hamburg, 2003;**  
[http://www.hwp-hamburg.de/fach/fo\\_vwl/DozentInnen/heise/Materials/WP\\_StaatsWas/06-GesundhVersorgung.pdf](http://www.hwp-hamburg.de/fach/fo_vwl/DozentInnen/heise/Materials/WP_StaatsWas/06-GesundhVersorgung.pdf) (Zugriff am 26.10.2004)

**ÖBIG-Studie, 2003: Selbstbeteiligung - Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich, Wien, 2003**

**Schellhorn M., 2004: Wählbare Selbstbehälte in der Krankenversicherung der Schweiz: Nachfragesteuerung oder Selektion?; Universität Bern, Volkswirtschaftliches Institut, 2004;**  
<http://www.vwi.unibe.ch/publikationen/download/dp0402.pdf> (Zugriff am 26.10.2004)

**Statistik Austria, 2004: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002**

**Wurzer A. et al., 2004: Robinig R., Rodler J., Selbstbehältsanalyse anhand der Versicherungsleistungen der KGKK 2002, Klagenfurt, 2004**

**Zinzel G., 2004, Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung – ökonomische Aspekte und Verteilungswirkungen; Präsentation vor der ARGE KV (Arbeitsgemeinschaft der Krankenversicherungsträger) im Oktober 2004**

**Zinzel G., 2003, Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, eingescheitertes Experiment? Soziale Sicherheit 2003;**



# HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / 10. 1201

TELEFAX 711 32 3778

ZI. 12-REP-43.00/09 Sd/Stf

Wien, 10. Juni 2009

An das  
 Bundesministerium für Gesundheit  
 Radetzkystrasse 2  
 1030 Wien

Betr.: Parlamentarische Anfrage Nr. 2061/J betref-  
 fend Selbstbehalte in der SGKK

Bezug: Ihr mail vom 15. Mai 2009,  
 GZ: 90 001/80-I/B/10/2009

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bundesministerium für Gesundheit	
Est-Nr. ....	
Eingel.: 18. Juni 2009	
Registrierdatum .....	
<input type="checkbox"/> Kurzarchiv <input type="checkbox"/> Langzeitarchiv	
Skartierung ab .....	
GZ.	Blg. ....

Bch.

Zu den Fragen 5 bis 7, zu welchen Sie uns um Stellungnahme ersucht haben, müssen wir auf Grund unserer Nachforschungen Folgendes mitteilen:

Es gibt zwar eine Reihe von Unterlagen über die Auswirkung von Selbstbehalten, allerdings sind uns Studien, die speziell das Thema der Anfrage betreffen (kurzfristige Einsparungen im Vergleich zu langfristigen Folgekosten), nicht bekannt.

Hingewiesen werden darf allgemein auf die Ihnen ohnedies vorliegenden einschlägigen Arbeiten des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen und auf die Beiträge in der Studie der Kärntner Gebietskrankenkasse aus dem Jahr 2004, in welchen auch einschlägige weiterführende Literatur früherer Jahre genannt ist.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Hauptverband:

Dr. Josef KANDLHOFER