

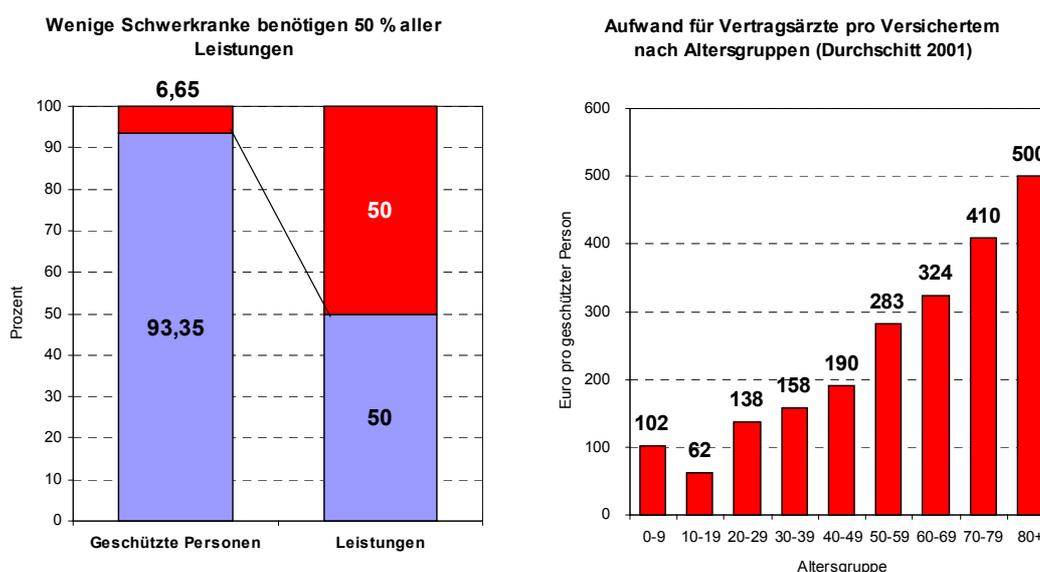
## Selbstbehalte – wichtige Daten und Fakten

Das Bundeskanzler hat am 9. Juli 2002 in einer Aussendung angekündigt, dass unter seiner Führung in der nächsten Legislaturperiode "keine Beitragserhöhungen und keine neuen Selbstbehalte" kommen werden. Mit dem Budgetbegleitgesetz 2003 sollen nun sowohl neue Selbstbehalte als auch Beitragserhöhungen kommen.

### 1. Verteilungspolitische Wirkung

Selbstbehalte belasten Kranke deutlich stärker als Gesunde. Besonders betroffen sind chronisch- und schwerkranke Personen. Das ist schon daran abzulesen, dass rund 7 Prozent der Versicherten 50 Prozent der Leistungen in Anspruch nehmen müssen (Abb.1). Es handelt sich dabei um vorwiegend ältere Menschen mit besonders häufigem und intensivem Behandlungsbedarf.

**Abb. 1: Selbstbehalte treffen überwiegend chronisch Kranke und Alte**



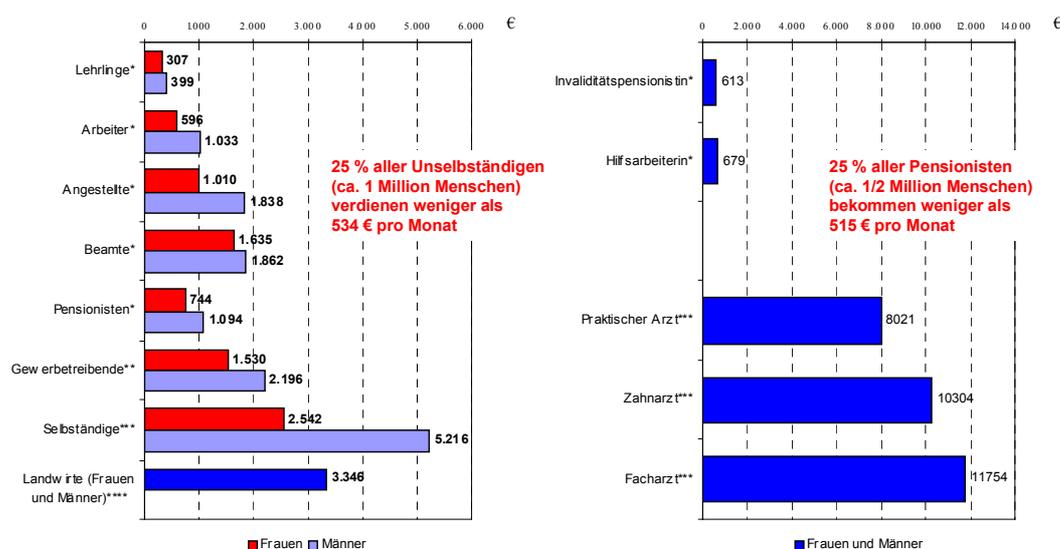
Quellen: OÖGKK, BGKK, HV

Selbstbehalte treffen sozial Schwache doppelt, weil sie einen höheren Anteil ihres verfügbaren Einkommens für Gesundheit aufwenden müssen und weil sie – wie u.a. eine aktuelle Studie des ÖBIG belegt - ein höheres Krankheitsrisiko und daher eine höhere Inanspruchnahmerate von Gesundheitsleistungen haben. In Österreich verdient ein Viertel aller unselbständig Beschäftigten (1 Million Menschen) weniger als 534 Euro netto im Monat (Abb. 2).

Auch Angehörige von Berufsgruppe mit hohem Gesundheitsrisiko (z.B. Bauarbeiter) sind von Selbsthalten verhältnismäßig schwerer betroffen als Andere.

Selbstbehalte belasten ausschließlich die Versicherten und nicht die Dienstgeber. Sie sind daher ein weiterer Schritt weg von der Beitragsparität zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Selbstbehalte sind daher nicht nur sozial bedenklich sondern auch unfair.

**Abb. 2: Selbstbehalte treffen sozial Schwache -  
Monatliches Einkommen in Österreich**



\* Monatliches Nettoeinkommen 2001 (12x pro Jahr); arithmetisches Mittel.

\*\* Monatliches Einkommen 1999 (12x pro Jahr); Schwerpunktmäßige Einkünfte aus Gewerbebetrieb (inkl. Nebeneinkünfte); arithmetisches Mittel.

\*\*\* Monatliches Einkommen 1999 (12x pro Jahr); Schwerpunktmäßige Einkünfte aus selbständiger Arbeit (inkl. Nebeneinkünfte); arithmetisches Mittel.

\*\*\*\* Monatliches Einkommen 1999 (12x pro Jahr); Schwerpunktmäßige Einkünfte aus gewerblicher Landwirtschaft (Steuerfälle; ohne Nebeneinkünfte); arithmetisches Mittel.

Quelle: Rechnungshof Dezember 2002 (Bericht gem. Art 1 § 8 Bezügebegrenzungsgesetz BGBl I Nr 64/1997 für die Jahre 2000 und 2001)

Graphik: WGKK

Außerdem werden Selbstbehalte nicht – so wie alle Sozialversicherungsbeiträge – vor Steuern, sondern erst nach Steuern bezahlt!

## 2. Gesundheitspolitische Wirkung

Alle nationalen und internationalen Studien belegen, dass Selbstbehalte keinen Steuerungseffekt haben, außer sie sind extrem hoch (z.B. 85 oder 95 Prozent). Bewirken solche hohen Selbstbehalte einen Nachfragerückgang, dann tritt er überwiegend bei notwendigen Behandlungen ein und weniger bei unnötigen. Die unerwünschten gesundheitspolitischen Nebeneffekte sind daher größer als die gewünschte Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme. Die Studien belegen weiters, dass Ärzte einen Nachfragerückgang durch zusätzliche Leistungen kompensieren („angebotsinduzierte Nachfrage“).

Dass Selbstbehalte keinen Lenkungseffekt haben und nicht zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen beitragen, konnte auch an österreichischen Beispielen wie der Einführung der Krankenscheingebühr, der Rezeptgebühr oder zuletzt der Ambulanzgebühr beobachten werden.

Da nach dem Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem primär die Anbieter (Ärzte) "steuern" – d.h. die weiteren Diagnose- oder Therapienotwendigkeiten bestimmen und Überweisungen veranlassen – und nicht die Patienten, ist es schwer einzusehen, warum die Kranken durch eine "Abschreckungsgebühr" gesteuert werden sollen, statt bei den Ärzten als primär steuernde anzusetzen. Die Kostendynamik wird durch die Anbieter bestimmt. Daher sind Lenkungs- und Steuerungsinstrumente auf der Angebotsseite wirksamere Instrumente.

Hätten die Selbstbehalte den von der Regierung gewünschten Lenkungseffekt, wären sie gesundheitspolitisch kontraproduktiv: Notwendige Behandlungen würden aus Kostengründen - besonders in einkommensschwachen Haushalten – unterbleiben oder zu spät in Anspruch genommen. Betroffene würden – wegen der finanziellen Zugangsbarriere – später oder gar nicht zum Arzt gehen. Die Folge ist ein schlechterer Gesundheitszustand der Bevölkerung und hohe Folgekosten – nicht zuletzt für die Krankenversicherung. Vor allem das daraus resultierende individuelle Leid des einzelnen Betroffenen sollte die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger nicht unberührt lassen.

In allen Ländern mit einem ausgeprägten Selbstbehaltesystem konnten die Gesundheitskosten nachweislich nicht gesenkt oder in ihrer Entwicklung gedämpft werden. Es besteht Evidenz darüber, dass Selbstbehalte ein untaugliches Mittel zur Effizienzsteigerung und Kostendämmung sind. Es werden lediglich Finanzierungslasten auf Erkrankte verlagert.

Die Einführung von Selbsthalten ist keine Maßnahme, die an den Ursachen des Abganges der sozialen Krankenversicherung ansetzt.

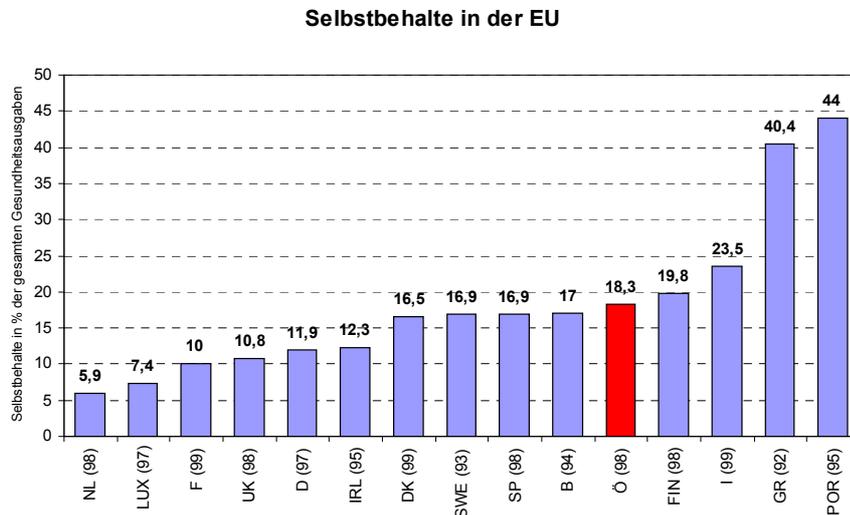
### **3. Schon heute hohe Selbstbehalte im internationalen Vergleich**

Österreich liegt mit etwas über 18 Prozent Selbsthalten an den gesamten Gesundheitsausgaben bereits heute im Spitzenfeld der Europäischen Union (Abb.: 3). Eine weitere Erhöhung scheint daher unverhältnismäßig. Wie hoch die Selbstbehaltebelastung einer typischen Familie heute bereits ist, zeigt die Abb. 5. Die niedrigsten Selbstbehalte gibt es zur Zeit in den Niederlanden. Dort wurde 1997 ein 20-prozentiger Selbstbehalt für ärztliche Hilfe eingeführt, mit dem Jahr 2000 jedoch wieder abgeschafft, da weder der erwartete Lenkungseffekt noch der erwünschte Finanzierungseffekt eingetreten ist. Die die Einführung dieses Selbstbehaltes begleitende wissenschaftliche Studie stellte negative soziale Effekte fest. Österreich sollte aus dieser Erfahrung die richtigen Schlüsse ziehen.

### **4. Selbstbehalte im ASVG höher als bei Bauern und Selbständigen**

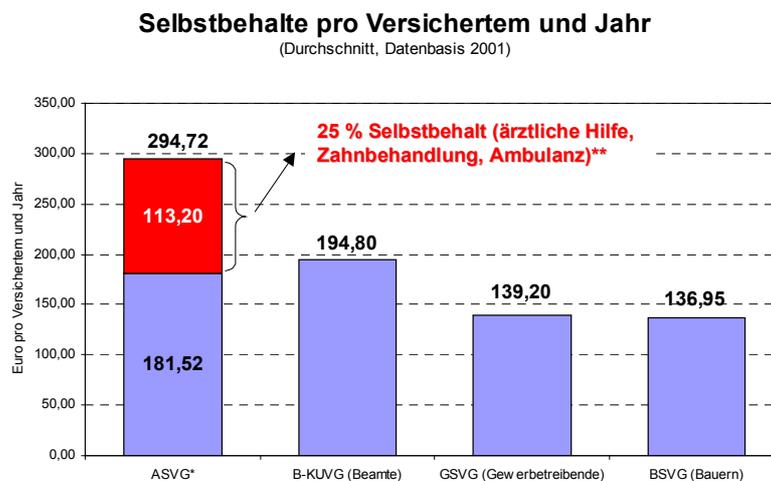
Die durchschnittliche Belastung aus Selbsthalten pro Versichertem ist im ASVG schon heute wesentlich höher als bei Gewerbetreibenden oder Bauern. Lediglich die Beamten haben einen geringfügig höheren Selbstbehalt pro Versichertem als die ASVG-Versicherten (Abb. 4). Bei den Beamten ist jedoch anzumerken, dass die Einkommensstatistik dieser Gruppe deutlich weniger Kleinverdiener aufweist als die der großen Gruppe der Arbeiter und Angestellten. Mit den geplanten zusätzlichen Selbsthalten im ASVG-Bereich, gerät die schon heute ungleiche Belastung noch stärker aus der Balance. Unter der Annahme eines 25-prozentigen Selbstbehaltes würde die durchschnittliche Pro-Kopf-Belastung von ASVG-Versicherten auf fast 300 Euro pro Jahr steigen.

**Abb. 3: Österreich liegt bei Selbstbehalten bereits im Spitzenfeld**



Quelle: London School of Economics (Robinson) 2002

**Abb. 4: ASVG-Versicherte stärker belastet als Gewerbetreibende und Bauern - Mögliche Auswirkungen des Budgetbegleitgesetzes 2003 auf die Versicherten**



\* inkl. fests. Zahnersatz

\*\* Krankenscheingebühr bereits gegengerechnet

Quelle: WGKK

## **5. Keine Neuordnung der Selbstbehalte – lediglich zusätzliche Belastungen**

Die im Entwurf zum Budgetbegleitgesetz 2003 vorgeschlagene Selbstbehalte-Regelung stellt nicht die angekündigte Neuordnung der gesamten "Selbstbehaltelandschaft" dar. Alle bestehenden Selbstbehalte – mit Ausnahme der Krankenscheingebühr und der bereits de facto abgeschafften Ambulanzgebühr – von der Rezeptgebühr über den Spitalskostenbeitrag bis hin zu den Kostenbeteiligungen bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln bleiben unberührt. Der neue Selbstbehalt ersetzt daher nicht die Vielzahl der bereits bestehenden Selbstbehalte, sondern wird additiv hinzugefügt.

Zukünftig soll ein neuer Selbstbehalt bei ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung und Ambulanzbesuch (!) eingehoben werden. Während sich heute manche Regierungspolitiker die Abschaffung der Ambulanzgebühr auf die Fahne heften, wird die Neuenführung der Ambulanzgebühr ab 1. Jänner 2004 bereits in die Begutachtung geschickt.

Die vielfach zu recht erhobene Forderung nach einer gerechteren Gestaltung der bestehenden Selbstbehalte – etwa durch eine Einkommensstaffel für die Summe aller Selbstbeteiligungen mit Obergrenzen - wurde nicht erfüllt

## **6. Beispiel: Familie Mayer zahlt 23 Prozent des monatlichen Nettoeinkommens für Selbstbehalte**

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat beispielhaft die gegenwärtige und zukünftige Selbstbehaltebelastung (Annahme 20 % beim Arztbesuch) einer durchschnittlichen Wiener Familie berechnet (Abb. 5 und 6). Zu der bereits heute bestehenden Belastung von fast 600 Euro pro Quartal kämen fast 19 Prozent dazu. Die Familie verfügt über ein monatliches Nettoeinkommen von 1.033 Euro (der Durchschnitt eines männlichen Arbeiters; vgl. Folie 2). Die Monatliche Selbstbehaltebelastung der Familie nach Inkrafttreten des Budgetbegleitgesetzes 2003 (20 %) beträgt 234 Euro oder 23 Prozent der Nettoeinkommens. An diesem moderat angenommenen Beispiel ist gut ersichtlich, wie massiv der neue Selbstbehalt in das Leben der betroffenen eingreift.

## **7. Keine Harmonisierung der Selbstbehalte**

Die angekündigte Vereinheitlichung der Selbstbehalte wurde offensichtlich wieder abgesagt: Bei Bauern, Selbständigen und Beamten soll alles unverändert bleiben. Lediglich die ASVG-Versicherten sollen zusätzlich zur Kasse gebeten werden. Und das, obwohl die ASVG-Versicherten schon heute deutlich mehr Selbstbehalte pro Kopf zu leisten haben als etwa Bauern oder Gewerbetreibende. Hier ist neuerlich die besondere verteilungspolitische Schieflage und die parteipolitisch motivierte Klientelpolitik der verantwortlichen Ministerin deutlich abzulesen.

## **8. Kassen mit Selbsthalten beim Arztbesuch haben deutlich höhere Verwaltungskosten**

Kassen wie die SVA der gewerblichen Wirtschaft, die schon heute Selbstbehalte beim Arztbesuch administrieren müssen, haben um mehr als 60 Prozent höhere Verwaltungskosten als die Gebietskrankenkassen. Auf Grund des für die Berechnung eines prozentuellen Selbstbehaltes notwendigen Einzelleistungs-Tarifsystems, sind die Arztkosten pro Fall – für das gleiche Leistungsspektrum wie bei den GKK's – ebenfalls um rund 60 Prozent höher als bei den ASVG-Kassen (Abb. 7).

## Abb. 5: Das Beispiel der Familie Mayer im 1. Quartal 2003

Herr Mayer ist Facharbeiter (1033 € netto/Monat) und Alleinverdiener

<b>Mann 43 Jahre</b>	
↓ Bluthochdruck, Gastritis: 1 Krankenscheingeb., 3 Rezeptgeb., Brille	186,38 €
<b>Frau 40 Jahre</b>	
↓ Rückenschmerzen, Gyn-Kontrolle, Mammographie: 2 Krankenscheingeb., 2 Rezeptgeb.	15,76 €
<b>Tochter 13 Jahre</b>	
↓ Akne, Brille, Zahnkontrolle, festsitzende Kieferregulierung (1/4 d. Jahreskosten)	249,75 €
<b>Sohn 9 Jahre</b>	
↓ Blinddarmentzündung (5 Tage Spital), 2 Rezeptgeb., Zahnkontrolle	139,75 €
<b>Summe Selbstbehalte pro Quartal:</b>	<b>591,64 €</b>

Quelle: WGKK

## Abb. 6: Das Beispiel der Familie Mayer nach Einführung eines 20 % Selbstbehaltes beim Arztbesuch

<b>Mann 43 Jahre</b>	
↓ Bluthochdruck, Gastritis: Internist, 3 Rezeptgeb., Brille	221,75 €
<b>Frau 40 Jahre</b>	
↓ Rückenschmerzen: Orthopäde, Gyn-Kontrolle, Mammographie, 2 Rezeptgeb.	69,00 €
<b>Tochter 13 Jahre</b>	
↓ Akne: Hautarzt, Augenarzt, Brille, Zahnkontrolle, festsitzende Kieferregulierung (1/4 d. Jahreskosten)	264,25 €
<b>Sohn 9 Jahre</b>	
↓ Blinddarmentzündung (5 Tage Spital), 2 Rezeptgeb., prakt. Arzt, Zahnkontrolle	148,25 €
<b>Summe Selbstbehalte pro Quartal (Krankenscheingebühr abgeschafft):</b>	<b>703,25 €</b>
	<b>+ 18,9 %</b>

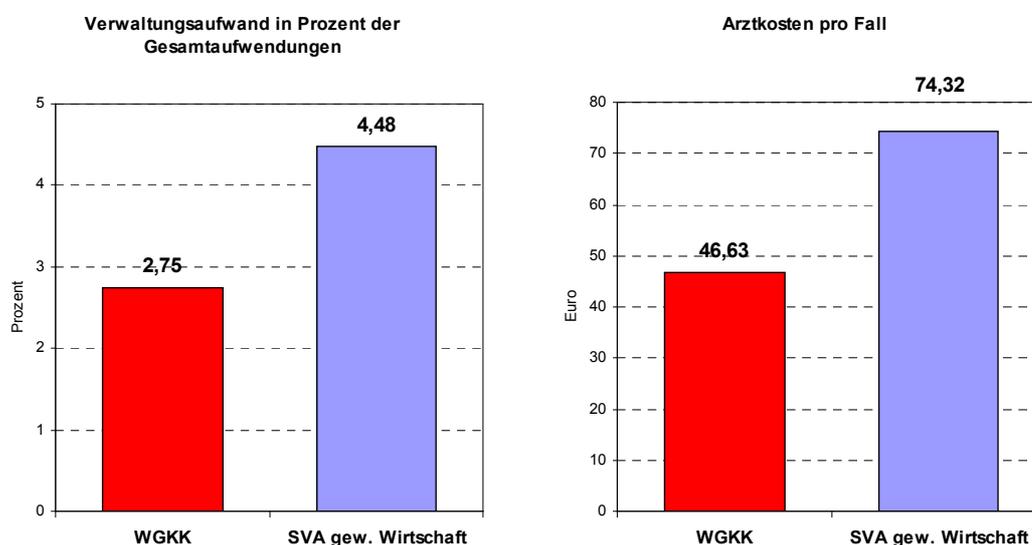
**Herr Mayer verdient 1033 € pro Monat und zahlt Ø 234 € pro Monat an Selbstbehalten. Das sind 22,7 % seines Nettoehalts!**

Quelle: WGKK

Eine Angleichung der Gebietskrankenkassen an das System der Gewerbetreibenden oder Beamten würde die Verwaltungskosten und die Kosten für ärztliche Hilfe erhöhen und damit die Gesamtkosten des Gesundheitswesens ohne Zusatznutzen für die Versicherten erhöhen. Ob die zusätzlichen Einnahmen aus Selbsthalten diesen Mehraufwand decken können ist zu bezweifeln.

Nutznieser eines solchen Systems wären einerseits die Leistungsanbieter (höhere Umsatzerwartung) und andererseits die Arbeitgeber, die Finanzierungslasten auf die kranken Versicherten abwälzen können.

### Abb. 7: Selbstbehaltskassen haben höhere Verwaltungskosten und höhere Arztkosten



Quelle: HV; Daten für 2001

## 9. Politische Eigenverantwortung klein geschrieben

Die von den Versicherten im Zusammenhang mit den Selbsthalten immer wieder eingeforderte "Eigenverantwortung" scheint für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger in der Bundesregierung nicht zu gelten. Ihre "politische Eigenverantwortung" in dieser für das Gesundheitswesen wichtigen Frage soll an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger delegiert werden. Sowohl der Präsident, als auch der Vizepräsident und der Geschäftsführer des Hauptverbandes sind ÖVP-Mitglieder und deklarierte Selbstbehaltbefürworter. Sie sollen nun für die ASVG-Versicherten ein Selbsthalteregime umsetzen. Präsident Sallmutter wäre für diese arbeitnehmerfeindliche Maßnahme nicht zur Verfügung gestanden.