

Eigenverantwortung im Gesundheitssystem verlangt eine Symphonie klug abgestimmter Regulierungen

Maria M. Hofmarcher

Mag. Maria M. Hofmarcher-Holzhammer ist Ökonomin und Expertin für Gesundheitssysteme; Gründerin von HealthSystemIntelligence, www.healthsystemintelligence.eu.

Eigenverantwortung im österreichischen Gesundheitswesen wird hauptsächlich über die Einhebung von Kostenbeteiligungen und durch Selbstzahlungen eingelöst. 2012 wurden von den gesamten privaten Ausgaben etwa zwei Drittel über Selbstzahlungen finanziert; direkte Kostenbeteiligungen finanzierten 12 Prozent; etwa eine Milliarde wird von der privaten Krankenversicherung aufgebracht. Das Niveau der privaten Zahlungen in Österreich ist im internationalen Vergleich hoch. Sie fallen in allen Bereichen des Gesundheitssystems an und unterscheiden sich zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern sowohl in der Struktur, als auch in der Höhe. Neuere Initiativen setzen auf die Geltendmachung eines finanziellen Bonus bei Erreichung bestimmter Gesundheitsziele. Steuernde Maßnahmen auf der Nachfrageseite sollten durch Verhaltensanreize für Anbieter und Industrie begleitet werden. Die Etablierung einer fortschrittlichen nationalen Präventionsstrategie in Österreich ist überfällig.

1. Einleitung und Zielsetzung

In marktwirtschaftlich organisierten Wohlfahrtsstaaten liegt Eigenverantwortung immer im Spannungsfeld zwischen der Sicherstellung persönlicher Freiheiten und regulierenden Eingriffen des Staates. Diese zielen darauf ab, Rahmenbedingungen für Wettbewerb zu schaffen, der die Wohlfahrt insgesamt erhöht. Eigenverantwortliches Handeln von Patient/inn/en bzw Versicherten wird generell als eigenverantwortliches Treffen von Entscheidungen verstanden etwa, welcher Krankenversicherungsschutz gewählt werden soll, welche medizinischen Leistungen in Anspruch genommen, bzw welcher Arzt, welche Ärztin aufgesucht werden soll. Die Entscheidungsfähigkeit von Individuen in diesen Bereichen stößt im Gesundheitswesen jedoch auf erhebliche Grenzen. Erstens, frei wählbarer Krankenversicherungsschutz führt ohne staatliches Versicherungsgebot zu Nicht- bzw Unterversorgung, da zB chronisch Kranke hohe Ver-

sicherungsprämien zahlen müssten, wenn gesunde Prämienzahler aus einer Versicherungsgemeinschaft ausscheiden, um günstigeren Versicherungsschutz zu erwerben (Arrow, 1963; Neudeck, 2002). Zweitens, in vielen Fällen können Patient/inn/en keine „souveränen“ Konsumententscheidungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen treffen, da ihre Nachfrage zumeist durch die Anbieter ausgelöst wird. Den Leistungserbringern erwachsen durch erhebliche Informationsvorteile gewisse Handlungsspielräume, die genutzt werden können, um ihre Einkommen zu steigern. Eine Leistungsausweitung bewirkt insbesondere bei Einzelleistungsvergütung ein höheres Einkommen des Arztes (Zweifel/Breyer, 1997). Darüber hinaus ist für Patient/inn/en die Qualität der Leistungen zumeist nicht beobachtbar. Im Gegensatz dazu kennen Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistungen zumeist besser. Ohne regulierende Eingriffe besteht die Gefahr, dass Anbieter von qualitativ schlechten Leistungen, die zumeist zu geringeren Kosten produziert werden können, diejenigen mit qualitativ hochwertigen Leistungen vom Markt verdrängen, sodass im Ergebnis nur Leistungen minderer Qualität angeboten werden (Akerlof, 1970). Die Auswirkungen von Marktversagen¹ stehen in allen Ländern im starken Kontrast zu wohlfahrtsstaatlichen Zielsetzungen (Streissler, 2004). Auch die Gesundheitspolitik in Österreich geht von dem Leitmotiv aus, eine den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechende, umfassende und qualitativ hochwertige, aber auch effiziente Versorgung sicherzustellen. Um dies zu erreichen, wird ein Bündel von Zielen verfolgt, die sich im Spannungsfeld von Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit bewegen. In Österreich basiert dies auf dem politischen Konsens, dass eine überwiegend marktwirtschaftliche Erbringung von Gesundheitsleistungen mit wohlfahrtsstaatlichen Zielen unvereinbar ist. Die Finanzierung und die Bereitstellung von Leistungen wird dabei insbesondere durch angebotsorientierte Regulierungen gesteuert, die auf die Planung der Versorgung abzielen. Dies umfasst das über Parteigrenzen bestehende Einverständnis, keinen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungsträgern zu bewilligen.

Die soziale Krankenversicherung in Österreich hat mehrere Umverteilungsfunktionen: Gesunde zahlen für Kranke, Junge für Alte, Einkommensstarke für Einkommensschwache und Alleinstehende für Familien mit. Das Wesen solidarischer Versicherungsgemeinschaften ist, dass die jeweils Begünstigten nicht mit den tatsächlichen Kosten ihrer Inanspruchnahme belastet sind, die ihren eigenen finanziellen Beitrag zur Krankenversicherung übersteigen (vertikale Gerechtigkeit). Darüber hinaus ist in vielen Gesundheitssystemen gesetzlich sichergestellt, dass sich der Zugang zu Leistungen nach dem Bedarf richtet (horizontale Gerechtigkeit).

Umfassender öffentlicher Versicherungsschutz und Zugang zu Leistungen kann jedoch zu unerwünschten Ergebnissen führen, da Eigeninteressen der Versicherten als auch der Leistungserbringer („Moral Hazard“ und/oder „anbieterinduzierte Nachfrage“) auftreten können. Um solche Effekte, die meist zusammen auftreten, zu mildern oder zu vermeiden, werden in allen Gesundheitssystemen Kostenbeteiligungen eingesetzt. Auch wenn diese häufig nur eine Finan-

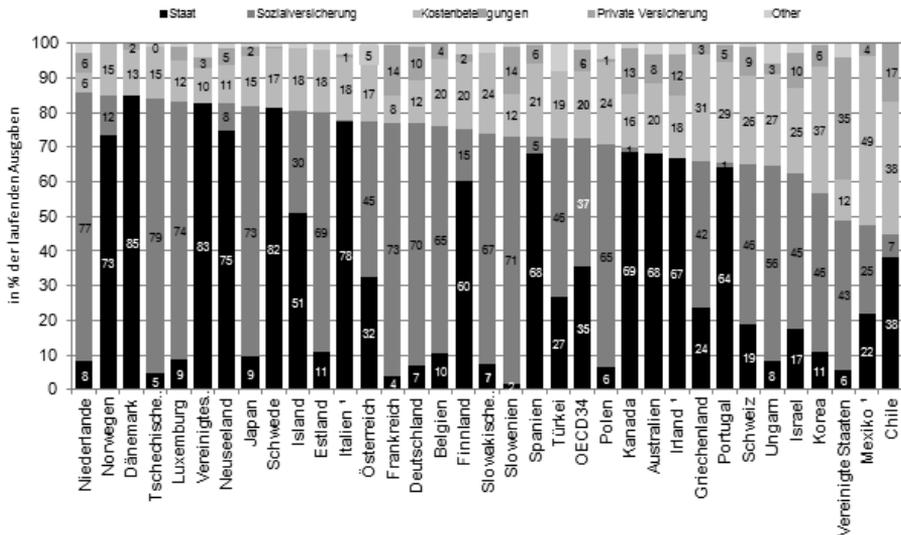
1 Neben diesen gibt es noch eine Reihe weiterer Formen von Marktversagen im Gesundheitswesen, siehe Arrow, 1963, Mcgurie/Fenn/Mayhew, 1991, Zweifel/Breyer, 1997.

zierungsquelle sind, weil ihre Höhe zumeist begrenzt ist, zielen Kostenbeteiligungen grundsätzlich darauf ab, die Marktteilnehmer am Risiko der Inanspruchnahme und der Produktion von Gesundheitsleistungen zu beteiligen (Ellis/Mcquire, 1990). Damit soll sichergestellt werden, dass Eigenverantwortung wahrgenommen wird bzw dass Eigeninteressen gemäß gesamtgesellschaftlicher Zielsetzungen gesteuert werden. Obwohl in Österreich umfassender Versicherungsschutz besteht, ist das Niveau der privaten Zahlungen im Gesundheitssystem im internationalen Vergleich hoch. Ziel dieses Artikels ist es, aktuelle Daten zu Kostenbeteiligungen in OECD Gesundheitssystemen zu präsentieren. Infolge wird detaillierter auf die Kostenbeteiligungen bzw auf die privaten Zahlungen in Österreich eingegangen. Der letzte Abschnitt diskutiert Herausforderungen in der Gestaltung von Eigenverantwortung und deren Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung.

2. Kostenbeteiligungen finanzieren etwa ein Fünftel der Gesundheitsausgaben

2011 finanzierten Kostenbeteiligungen im OECD Durchschnitt 20% der Gesundheitsausgaben. Der Anteil dieser Zahlungen ist mit über 30% in Mexiko, Chile, Korea und Griechenland am höchsten, in den Niederlanden (6%), Frankreich (8%) und dem Vereinigten Königreich (10%) ist er am niedrigsten. Österreichs Anteil lag bei 17%.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsträger, 2011 (oder letztverfügbares Jahr)



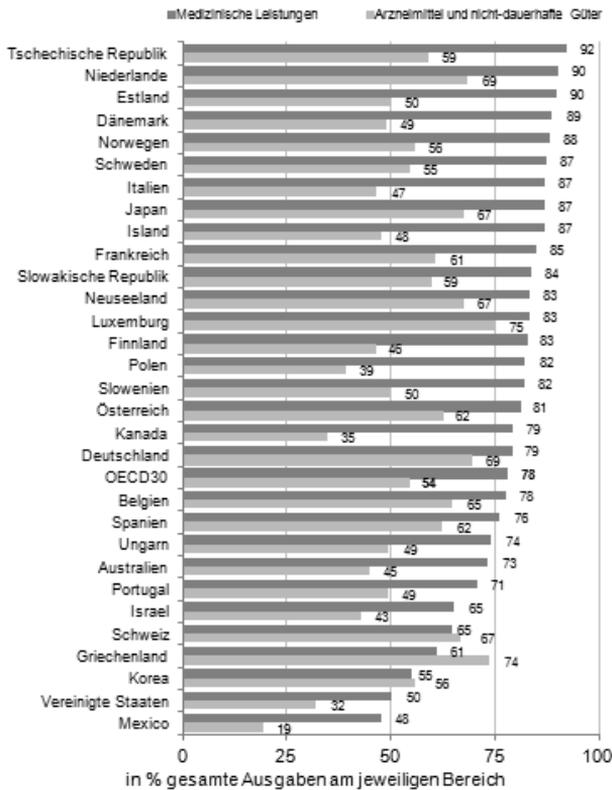
1 Daten beziehen sich auf die gesamten Gesundheitsausgaben

Quelle: OECD Health Statistics 2013, abrufbar unter dx.doi.org/10.1787/health-data-en

3. Kostenbeteiligungen sind zumeist am höchsten im Bereich medizinischer Güter

Im Durchschnitt der OECD-Länder entfällt im Jahr 2011 auf den öffentliche Sektor ein viel höherer Anteil der Kosten für medizinische Leistungen (78%), verglichen mit dem Ausgabenanteil für Arzneimittel und andere nicht dauerhafte Güter (54%) (Abbildung 2). Auch für Österreich ist dies deutlich erkennbar (81% der öffentlichen Ausgaben bei medizinischen Leistungen, 62% bei Arzneimittel). Nur in der Schweiz, in Griechenland und in Korea ist der öffentliche Finanzierungsanteil für medizinische Leistungen höher. In der Tschechischen Republik, den Niederlanden und in Estland betrug die öffentliche Finanzierungsquote für medizinische Leistungen 90% oder mehr der Gesamtausgaben. Im Bereich Arzneimittel waren Luxemburg und Griechenland die Länder mit den höchsten öffentlichen Ausgaben (über 70%).

Abbildung 2: Öffentlicher Anteil der Ausgaben für medizinische Leistungen und für Güter (Arzneimittel plus andere, nicht dauerhafte Güter), 2011 (oder letztverfügbares Jahr)



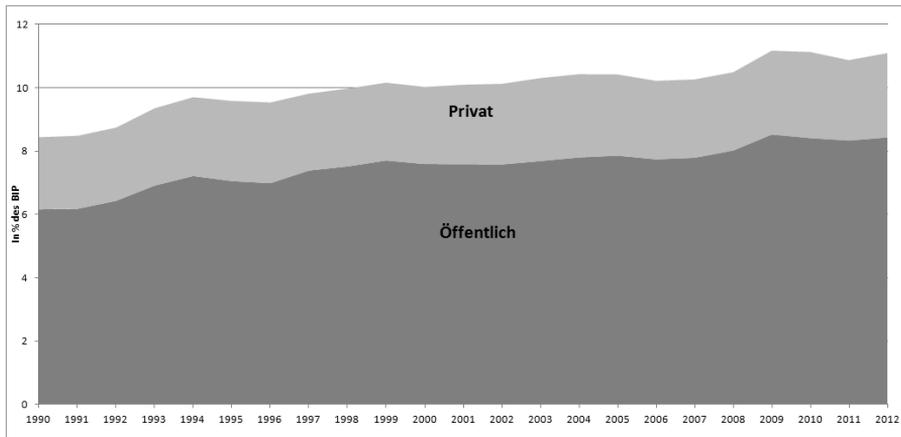
Quelle: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Der Anteil der Kostenbeteiligungen an den Ausgaben hat sich in vielen Ländern in den letzten zehn Jahren geändert (*OECD, 2013*). Während sich die Kostenbeteiligungen in Island und Spanien zwischen 2000 und 2011 insgesamt verringert haben, stieg er seit 2009 um fast 2 Prozentpunkte. Dies entstand in erster Linie durch krisenbedingte Kürzungen in den öffentlichen Ausgaben was zur Folge hatte, dass private Haushalte verstärkt zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben beitragen. Zwischen 2000 und 2009 stieg in Portugal der privat finanzierte Anteil um 1,5 Prozentpunkte, dieser Trend setzte sich zwischen 2009 und 2011 fort (*Barros, 2012*). Andererseits verringerten sich die Ausgaben der privaten Haushalte in einigen Ländern, zB in der Schweiz oder in der Türkei. Bis 2011 ist auch in Österreich ein leichter Rückgang erkennbar.

4. Entwicklung der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben in Österreich

In Österreich betragen die Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2012 11,1% des BIP und lagen damit um knapp 2 Prozentpunkte über dem OECD-Durchschnitt (9,3%). 8,4% wurde über den öffentlichen Sektor finanziert. Die privaten Ausgaben tragen zum BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren knapp 3 Prozentpunkte jährlich bei (*Abbildung 3*); das entspricht rund 22% der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben. Fast drei Viertel der gesamten laufenden privaten Ausgaben geht an Ärzt/inn/en und andere ambulante Leistungserbringer (35%), Krankenhäuser (30%) und Arzneimittel (19%), siehe *Tabelle 1*.

Abbildung 3: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich, in % des BIP

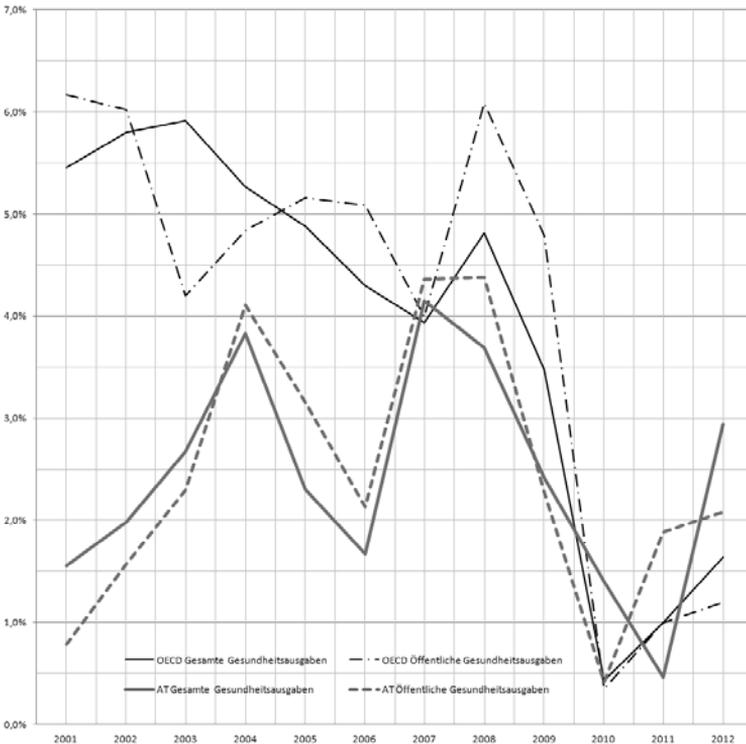


Quelle: Statistik Austria 2014

Wie aus *Abbildung 4* erkennbar, stiegen 2012 in der OECD und in Österreich die gesamten Gesundheitsausgaben stärker als die öffentlichen. Allerdings

ist die Dynamik in der OECD (+1,6% gesamte Gesundheitsausgaben, +1,2% öffentliche Gesundheitsausgaben) erkennbar schwächer (*Morgan/Astolfi*, 2014) als in Österreich (+2,9% gesamte Gesundheitsausgaben, +2,1% öffentliche Gesundheitsausgaben). Nachdem 2010 und 2011 die österreichischen Gesundheitsausgaben real fast nicht oder nur sehr schwach wuchsen, lag das Wachstum 2012 erneut über dem BIP-Wachstum (*Hofmarcher*, 2014)². Während zwischen 2009 und 2012 im öffentlichen Bereich die Aufwendungen für Rehabilitationskliniken und Pflegeheimen am stärksten wuchsen, gefolgt von öffentlichen Ausgaben für nicht-medizinische Gesundheitsberufe und Anbieter alternativer Medizin, verzeichneten die Ausgaben der privaten Haushalte für therapeutische Geräte und andere medizinische Gebrauchsgüter, andere Prothetik und Brillen in die stärksten Wachstumsraten (*Hofmarcher*, 2014).

Abbildung 4: Wachstum der Gesundheitsausgaben in Österreich und in der OECD, zu konstanten Preisen 2005, öffentlich und gesamt



Quellen: OECD Health Statistics 2014, abrufbar unter stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA, Statistik Austria 2014

2 Nachdem die Entwicklung der Wirtschaftsleistung deutlich hinter den Erwartungen für 2013 und 2014 liegt, ist durch diese Ausgabendynamik auch die Einhaltung des „Kostenpfades“ gefährdet, der die Koppelung des Wachstums der Gesundheitsausgaben an das BIP Wachstum vorsieht; (*Hofmarcher*, 2013a, 2014).

5. Selbstzahlungen dominieren private Zahlungen im Gesundheitswesen

Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen haben eine wesentlich größere Bedeutung als direkte Kostenbeteiligungen, die bei der Inanspruchnahme von Kassenleistungen zu bezahlen sind (*Tabelle 1*)³. Von den gesamten, laufenden Ausgaben des privaten Sektors im Jahr 2012 entfielen € 4,5 Milliarden oder 67% auf Selbstzahlungen und geschätzte 12% oder € 812 Mio auf Kostenbeteiligungen, während 21% der Ausgaben von anderen privaten Quellen (private Krankenversicherung und Non-Profit Organisationen) finanziert wurden. Über Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen finanzierten private Haushalte 2012 damit 17,6% der gesamten laufenden Ausgaben für Gesundheit (*Tabelle 1, Abbildung 1*), 2004 waren es 18,9%. Dieser Rückgang hat mehrere Gründe. Erstens, wurden laufend statistische Bereinigungen der Ausgaben vorgenommen, was bewirkte, dass vormals als private klassifizierte Ausgaben nunmehr dem öffentlichen Sektor zugerechnet werden (*Statistik Austria*, 2013). Zweitens, in den letzten Jahren war das Wachstum der privaten Ausgaben moderat und lag deutlich hinter dem Wachstum der Ausgaben des Staates (ohne Sozialversicherung) (*Hofmarcher*, 2013, *Abbildung 3.5*). Letztendlich dürfte die Rezeptgebührenobergrenze, die zusätzlich zur Rezeptgebührenbefreiung 2008 eingeführt wurde, dämpfend auf das Ausgabenwachstum wirken. Die Rezeptgebühr macht etwas mehr als die Hälfte der aus Kostenbeteiligungen anfallenden Einnahmen der Krankenversicherung aus, siehe auch *Tabelle 1*. Auffallend ist jedoch, dass das Wachstum der Kostenbeteiligungen im stationären Sektor zwischen 2004 und 2012 stark ist und deutlich über dem Wachstum der Kostenbeteiligungen im ambulanten Sektor liegt. Wie bei anderen Indikatoren auch weist dies auf die hohe und steigende Inanspruchnahme von Krankenanstalten hin. In diesem Zusammenhang spielt die private Krankenzusatzversicherung eine wichtige Rolle. Dafür wurden 2012 € 822 Mio ausgegeben. Die Krankenanstaltengesetze der Länder sehen vor, dass bis zu 25% der Bettenkapazität in öffentlichen Krankenanstalten als „Sonderklassebetten“ geführt werden können. Das führt zur Erhöhung der Kapazität und der Kosten, da Bettenreduktionen in der „Allgemeinklasse“ automatisch zur Reduktion von Sonderklassebetten führen. Dies hätte zur Folge, dass es zu Einbußen sowohl bei den Einnahmen für die Krankenanstalten als auch bei den Einkommen der Ärzt/inn/en kommt (*Gönenç et al*, 2011)⁴. Auch können diese Einbußen das Prestige der Krankenanstalten und ihrer Ärzt/inn/en schmälern (*Neudeck*, 2002). Insgesamt aber ist die Bedeutung der privaten Krankenversicherung zur finanziellen Absicherung bei Krankheit und Pflege in Österreich gering, da sie nur für etwa 0,5% der Bevölkerung den gesetzlichen

3 Allerdings klassifiziert *Tabelle 1* den Teil der Ausgaben für Wahlärztinnen/-ärzte, der von den Krankenversicherungen nicht zurückerstattet wird als Selbstzahlungen. Das entspricht der österreichischen Konvention, obwohl diese Zahlungen nach internationalen Standards eher als Kostenbeteiligung klassifiziert würden. Dies deshalb, weil Wahlärzt/inn/en auch Versorgungsfunktionen wahrnehmen und die „freie Arztwahl“ gesetzlich verankert ist.

4 Jedoch hat diese Form von public-private-mix auch Vorteile. Erstens müssten bei Wegfall der „Sonderklasseregulungen“ die öffentlichen Ausgaben für leitende Ärztinnen/Ärzte vermutlich angehoben werden. Zweitens kann diese Regelung ein Anreiz für Ärztinnen/Ärzte sein, ein hohes Niveau an Qualität für alle Patient/inn/en sicherzustellen und nicht nur für Sonderklassepatient/inn/en, obwohl die Gefahr der „Überbehandlung“ auch für diese Gruppe besteht (*Url*, 2006).

Krankenversicherungsschutz substituiert (*Hofmarcher*, 2013, Kapitel 3.3.1). Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung im Bereich der Pflege ist bislang vernachlässigbar.

Die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Kostenbeteiligungen in der haus- und fachärztlichen Versorgung ist zum Teil aus der historischen Entwicklung des Sozialversicherungsrechts zu erklären. Die Sondersicherungsgesetze GSVG, BSVG und B-KUVG sehen im Unterschied zum ASVG seit ihrer Einführung einen generellen Selbstbehalt für ärztliche Hilfe vor (*Hofmarcher*, 2013, Tabelle 3.12). Außerdem werden vergleichsweise höhere Tarife für Leistungserbringer bezahlt, was immer wieder kritisiert wird (Rechnungshof 2011). Mitte 2010 kam es zu starken Auseinandersetzungen zwischen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), in der etwa 700.000 Personen oder 7% aller Krankenversicherten geschützt sind, und der Ärztekammer. Dies führte in Folge zu einem vertragslosen Zustand. Diese Auseinandersetzung ging zugunsten der Ärztinnen und Ärzte aus und die Tarifsenkungen blieben weitgehend aus. Allerdings wurde mit den Ärzt/inn/en vereinbart, ein neues Vorsorgemodell mit Verhaltensanreizen zu entwickeln.

Tabelle 1: Struktur der Ausgaben des privaten Sektors in Mio €, 2004 und 2012

	2004	Anteil (in %)	2012	Anteil (in %)	Veränderung (in %)	in % private laufende GA, gesamt
Stationäre Leistungen	1.633	100	1.944	100	19	28,9
Kostenbeteiligungen	208	13	266	14	28	4,0
Selbstzahlungen†	648	40	795	41	23	11,8
Andere*	777	48	883	45	14	13,1
Tagesklinik	1	100	1	100	-	-
Kostenbeteiligungen	0	0	0	0	-	-
Selbstzahlungen	1	100	1	100	-	-
Andere*	0	0	0	0	-	-
Ambulante Leistungen	1.732	100	2.375	100	37	35,3
Kostenbeteiligungen	131	8	157	7	20	2,3
Selbstzahlungen	1.457	84	2.036	86	40	30,3
Andere*	144	8	182	8	26	2,7
Pflegeleistungen zu Hause	67	100	91	100	36	1,4
Kostenbeteiligungen	0	0	0	0	-	-
Selbstzahlungen	32	48	47	51	44	0,7
Andere*	35	52	31	34	-11	0,5
Hilfsleistungen	245	100	336	100	37	5,0
Kostenbeteiligungen	0	0	0	0	-	-
Selbstzahlungen	104	43	118	35	13	1,8
Andere*	141	57	218	65	54	3,2

Tabelle 1: Struktur der Ausgaben des privaten Sektors in Mio €, 2004 und 2012, Fortsetzung

	2004	Anteil (in %)	2012	Anteil (in %)	Veränderung (in %)	in % private laufende GA, gesamt
Arzneimittel und andere nicht dauerhafte Güter	1.023	100	1.256	100	23	18,7
Kostenbeteiligungen	335	33	389	31	16	5,8
Selbstzahlungen	677	66	846	67	25	12,6
Andere*	11	1	21	2	96	0,3
Heilbehelfe/Hilfsmittel und andere dauerhafte Güter	560	100	730	100	30	10,9
Kostenbeteiligungen	0	0	0	0	-	-
Selbstzahlungen	527	94	657	90	25	9,8
Andere*	33	6	73	10	118	1,1
Laufende private Gesundheitsausgaben, gesamt**	5.261	100	6.719	100	28	100,0
Kostenbeteiligungen	674	13	812	12	20	12,1
Selbstzahlungen	3.446	66	4.498	67	31	67,0
Andere*	1.141	22	1.407	21	23	20,9
Memorandum Items						
Ausgaben für Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben***	18,9		17,6			
Laufende private Gesundheitsausgaben in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben***	24,1		22,3			

† enthält die geschätzten Ausgaben der privaten Haushalte für Pflegeheime (2012: 724 Mio €)

* Private KV, Non-Profit Organisationen

** ohne private Ausgaben für Prävention (€ 89 Mio) und Verwaltung (€ 482 Mio)

*** ebenfalls ohne Ausgaben für Prävention und Verwaltung

Quellen: Statistik Austria, 2014; HVSV, 2013; eigene Berechnungen

6. Was braucht Eigenverantwortung NEU?

2011 lancierte die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) das Vorsorgemodell **Selbständig Gesund** (SG). Blutdruck, Bewegung, Gewicht sowie Alkohol- und Nikotinkonsum werden auf Basis von Referenzwerten mit (haus-)ärztlicher Hilfestellung bewertet (Neumann/Müller, 2012). Das Modell sieht vor, dass im Gegenzug zur Erfüllung der vereinbarten Ziele der Selbstbehalt pro Arztbesuch für die SVA Versicherten um die Hälfte reduziert wird. Die Idee der SVA, eine gesunde Lebensweise ihrer Versicherten zu fördern, baut auf Verhaltensökonomischen Ansätzen der „Nudges“ („Anstuber“) (Sunstein et al, 2008; Oliver, 2012) und der finanziellen Anreize auf. Mit der Einführung des

Programmes ist die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen der SVA Versicherten deutlich gestiegen (*Halla et al*, 2013). Allerdings und wie erwartet stiegen die Ausgaben für ambulante Versorgung, während gleichzeitig eine moderate Reduktion der Krankenhaustage zu Kostensenkungen im stationärem Bereich führten. Die Evaluierung des Programmes zeigte, dass neben den Patientencharakteristika die Kooperationswilligkeit von Ärzt/inn/en die Teilnahmewahrscheinlichkeit an der Vorsorgeuntersuchung beeinflussen (*Halla et al*, 2013). Dieses Ergebnis ist bedeutsam, weil es darauf hinweist, dass durch die alleinige Beeinflussung der Nachfrageseite - in unserem Fall finanzielle Anreize für „Gesundverhalten“ - nicht hinreichend ist, um die gewünschten Effekte zu erzielen.

Finanzielle Anreize, die darauf abzielen, individuelles Verhalten zu ändern sind insbesondere im Gesundheitswesen mit dem Risiko behaftet, dass Menschen das „Zukunftsgut“ Gesundheit“ gering schätzen (*Arrow*, 1963; *Oliver*, 2013). Steuernde Maßnahmen nur auf der Nachfrageseite sind demnach oft ungenügend, weil fehlende Inanspruchnahme von Vorsorge in der Gegenwart durchaus individuell rational sein kann. Also zB doch mehr Alkohol zu trinken als für die Zielerreichung gefordert oder angegeben, oder auf die Gewichtsreduktion durch Bewegung usw zu verzichten, auch mit dem Effekt, dass die Blutdruckziele nicht erreicht werden. Dass eine erfolgreiche Teilnehmer/in mit einer durchschnittlichen Reduktion des Selbstbehaltes von € 65,6 pro Jahr rechnen kann (*Halla et al*, 2013), ist außerdem ein vergleichsweise geringer finanzieller Anreiz zur Verhaltensänderung. In diesem Zusammenhang verweist neuere Literatur auf die Wichtigkeit von Regulierung des Verhaltens von Anbietern (*Oliver*, 2013). In Bezug auf das Programm Selbstständig Gesund müssten Schritte gesetzt werden, die den Kooperationswillen der Ärzt/inn/en stärken. Entsprechende Maßnahmen könnten beispielsweise ein Ampelsystem vorsehen, das den Versicherten über Informationsbroschüren oder Plattformen den Grad der Bereitsilligkeit der Ärzt/inn/en beschreibt, sie durch das Programm zu führen bzw sie zur Zielerreichung zu ermuntern. Weiters müsste sichergestellt werden, dass die über verringerte Krankenhausaufenthalte entstandenen Einsparungen dazu genutzt werden, das Programm weiterzuentwickeln.

Die wichtigste Weiterentwicklung wäre die Etablierung einer nationalen Präventionsstrategie. Diese müsste eine ausgewogene, im Sinne von „Health in All Policies“ international orientierte Zusammenschau von Zielsetzungen und Maßnahmen zu Verhaltensänderungen sowohl von Versicherten als auch von Anbietern einschließlich der Industrie umfassen. Zurzeit sind sämtliche gesundheitspolitische Aktivitäten im Bereich der Prävention nicht koordiniert und sowohl ihre Umsetzung als auch ihre Finanzierung ist stark fragmentiert. Darüber hinaus gibt es Hinweise für eine Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Alters- und Einkommensgruppen (*Hofmarcher*, 2013). Das aktuelle Regierungsprogramm verpflichtete sich zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele (*Hofmarcher*, 2013a), die einen starken Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention legen. Das ist erfreulich, weil ein solcher Fokus nicht nur zu verbesserter Gesundheit insbesondere für benachteiligte Gruppen beitragen könnte, sondern auch weil sich dadurch hohe Folgekosten aufgrund von Krankheit vermeiden ließen. Eigenverantwortung muss daher im Schoss der kollektiven Verantwortung zur weiteren Verbesserung des Gesundheitszustandes und

der Lebensqualität eingebettet sein und mit strategisch orientierter, intelligenter Regulierung abgestimmt werden.

7. Schlussbemerkung

Mit Eigenverantwortung ist zumeist die Vorstellung verbunden, dass Individuen die finanziellen Konsequenzen ihrer Entscheidungen selbst tragen müssen. Die Entscheidungsfähigkeit von Individuen, den geeigneten Krankenversicherungsschutz oder die geeignete Qualität von Leistungen bzw von Anbietern zu finden stößt jedoch auf erhebliche Grenzen und gibt wichtigen Anlass diese Bereiche umfassend zu regulieren.

Eigenverantwortung im österreichischen Gesundheitswesen wird hauptsächlich über die Einhebung von Kostenbeteiligungen und durch Selbstzahlungen eingelöst, wobei Kostenbeteiligungen zumeist bei der Inanspruchnahme fällig werden. 2012 wurden von den gesamten privaten Ausgaben etwa zwei Drittel über Selbstzahlungen finanziert; direkte Kostenbeteiligungen finanzierten 12%; etwa eine Milliarde wird von der privaten Krankenversicherung aufgebracht. Während fast die gesamte Bevölkerung umfassenden Krankenversicherungsschutz hat ist (1) das Niveau der Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen in Österreich im Vergleich hoch, (2) fallen sie in allen Bereichen des Gesundheitssystem an und (3) unterscheidet sich die Struktur, aber auch die Höhe dieser Zahlungen zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern teilweise erheblich.

2011 wurde das Programm Selbstständig Gesund eingeführt, das erstmals darauf abzielt in der sozialen Krankenversicherung gesundheitliches Verhalten durch einen finanziellen Bonus zu steuern. Erste Evaluierungsergebnisse zeigen einen Anstieg der Vorsorgeuntersuchungen, aber auch dadurch ausgelöste Kostenanstiege. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die alleinige Beeinflussung der Nachfrageseite nicht hinreichend ist, um die gewünschten Effekte zu erzielen. Insbesondere ungeklärt und volatil zeigte sich die Kooperationsbereitschaft der Ärzt/inn/en. Es müssten daher Schritte gesetzt werden, den Kooperationswillen der Ärzt/inn/en zu stärken. Entsprechende Maßnahmen könnten beispielsweise ein Ampelsystem vorsehen, das den Versicherten über Informationsbroschüren oder Plattformen den Grad der Bereitwilligkeit der Ärzt/inn/en beschreibt, sie durch das Programm zu führen bzw sie zur Zielerreichung zu ermuntern.

Eine der wichtigsten Schwachstellen im österreichischen Gesundheitswesen ist die Verhinderung des Eintritts einer Erkrankung. Die Ausgaben für Prävention sind mit 2% deutlich unter dem Durchschnitt der EU-15- und der OECD-Länder (jeweils 3%) und wachsen auch nur unterdurchschnittlich. Um an das Ausgabeniveau der EU15- und OECD-Länder, bedürfte es zusätzlicher Ausgaben in Höhe von etwa € 300 Mio. Eine zentral wichtige Weiterentwicklung wäre die Etablierung einer nationalen Präventionsstrategie. Diese müsste eine ausgewogene, im Sinne von „Health in All Policies“ international orientierte Zusammenschau von Zielsetzungen und Maßnahmen zu Verhaltensänderungen sowohl von Versicherten als auch von Anbietern einschließlich der Industrie umfassen.

Literaturverzeichnis

Akerloff, G. A., The Market for Lemons. Quarterly Journal of Economics (84) (1970) 488-500

Arrow, K., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 53 (1963) 941-973

Barros, P.P., Health policy reform in tough times: The case of Portugal, Health Policy, Volume 106, Issue 1: 17-22 (2012) June 2012

Ellis, R. P./McGuire, T. G., Optimal Payment Systems for Health Services, Journal of Health Economics, no. 9 (1990) 375-396

Gönenç R./Hofmarcher M. M./Wörgötter A., Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System. OECD Economics Department Working Papers, 895. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2011)

Halla, M./Pruckner, G. J./Schober, T., Programmevaluierung: Selbständig Gesund, Studie im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Linz (2013)

Hofmarcher M., Austria: Health system review. Health Systems in Transition 15(7) (2013) 1-291

Hofmarcher, M.M., Health policy approaches in the 2013 Austrian coalition agreement: All you need is a health reform! (2013a), abrufbar unter www.healthsystemintelligence.eu/docs/MMH_Fast_Track-2013-Austrian_Government_Programme.pdf

Hofmarcher, M.M., Trends in health care expenditure could tolerate further reform, Fast Track, Health System Intelligence, Wien (2014), abrufbar unter www.healthsystemintelligence.eu/docs/MMH_HE_Trends_in_Austria-02-2014.pdf

Mcguire A./Fenn, P./Mayhew, K. (Hrsg), Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery, Oxford (1991)

Morgan, D./Astolfi, R. „Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries“, OECD Health Working Papers, No. 68, OECD Publishing (2014), abrufbar unter dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qn-wf5-en

Neudeck, W., Das österreichische Gesundheitssystem, Wien (2002)

Neumann, T./Müller, M., Eine Initiative zur Förderung des Patient Empowerments - Selbständig Gesund. Soziale Sicherheit, 3 (2012) 130-136

OECD, Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing (2013), abrufbar unter dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Oliver, A., A Nudge Too Far? A Nudge at All? On Paying People to Be Healthy, Healthcare Papers 12.4 (2012) 8_17

Oliver, A., From Nudging to Budgeting: Using Behavioural Economics to Inform Public Sector Policy. *Journal of Social Policy*, available on CJO 2013 doi:10.1017/S0047279413000299 (2013)

Rechnungshof, Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen, Wien (2011)

Statistik Austria, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Hauptergebnisse, 1980-2013, Wien (2013)

Streissler, A., Das österreichische Gesundheitswesen, Eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht, Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft Nr. 89, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien (2004)

Sunstein, C. R./Thaler, R. H., Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness, 1st edition, New Haven (2008)

Url, T., Impact of changes in the field of social health insurance on private health insurance, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Wien (2006)

Zweifel, P./Breyer, F., Health Economics, Oxford University Press, New York (1997)

Abstract

JEL-No: H51, I130, I180

Individual responsibility in health care requires a coordinated symphony of wise regulations

Individual responsibility in the Austrian health care system primarily involves the collection of cost-sharing and self-payments. In 2012 about two-thirds of private spending was financed through self-payments; direct cost-sharing funded 12 percent; about a billion is applied by private health insurance. The level of private payments in Austria is high in international comparison. They fall in all areas of the health system and differ between the statutory health insurance funds both in the structure, as well as in the level. Recent initiatives rely on the assertion of a financial bonus for achieving certain health goals. Demand-side measures should be accompanied by incentives for providers and by regulations of the industry. The establishment of a progressive national prevention strategy in Austria is overdue.

