

EFFEKTE VON SELBSTBEHALTEN IN SOLIDARISCHEN KRANKENKASSEN –

Annäherung an ein System der Solidarität.
Erkenntnisse: bereits hohe Eigenkosten

Alfred Wurzer

Direktor der
Gebietskrankenkasse
Kärnten

1. Grundprinzipien	32
2. Leistungsgrenzen im System	40
3. Effizienzen – Beispiele verfehlter Lenkungswirkungen	44
4. Eigenbeteiligung als Lösungsansatz	46
5. Problematische „Wirkungen“ von Selbstbehalten	47
6. Zugänge zu Gesundheitsleistungen entscheidend	48
7. Ausblick: Ergänzende Budgetmittel für Krankenkassen anstelle von Selbstbehalten	51

Auszug aus WISO 1/2009

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40
A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

1. Grundprinzipien

Die „Effizienz von Selbstbehalten“ messbar zu machen, ist ein Vorgang mit Einschränkungen auf einzelne Themen. Dabei ist die Situation der Versicherten, die von Selbstbehalten bzw. Selbstbehaltsleistungen betroffen sind, zu beachten. Unterscheidungen sind nach Krankheitsgebieten, Einkommensgruppen, ob die Versicherten Arbeitnehmer, Arbeitslose, Pensionisten etc. sind, zu treffen. Alleine diese erste Annäherung zeigt eine gewisse Problematik im Zusammenhang mit Selbstbehalten auf.

Selbstbehalte sind seit langer Zeit Bestandteil im Leistungsspektrum und der Leistungsvielfalt der Krankenkassen in Österreich. Auch hier gilt es, bei der Frage der „Effizienz“ Einschränkungen, Differenzierungen und Systemanalysen vorzunehmen. Die österreichische Sozialversicherung dient zur Absicherung der wirtschaftlichen Existenz des Einzelnen und seiner Familie bei Eintritt bestimmter Ereignisse. Das sind z. B. Krankheit, Unfall, Erwerbsunfähigkeit, Alter und letztendlich der Tod.

Krankenversicherung beruht auf Solidaritätsprinzip

Die österreichische Krankenversicherung, also gesetzlich festgelegt und definiert, beruht auf dem Solidaritätsprinzip. Unter Solidarität versteht man den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, kinderreichen Familien und alleinstehenden Personen, Besser- und weniger gut Verdienenden, Erwerbstätigen und Pensionisten. Ein weiteres Element der österreichischen Sozialversicherung – Krankenversicherung – ist, dass es keine Riskenauslese, keine Altersgrenze und auch keine Kündigung des Versicherungsschutzes wegen „zu viel beanspruchter Leistungen“ gibt. Anspruchsberechtigte können darauf vertrauen, eine gleich gute medizinische – mit allen erforderlichen Untersuchungen und Behandlungen – Versorgung zu erhalten, die für eine Wiederherstellung der Gesundheit, wenn dies nicht möglich ist, für die Linderung der Leiden oder die Besserung des Zustandes nötig ist, und zwar unabhängig von der Höhe des Einkommens bzw. der Beitragsleistungen.

1.1. Stabiler Faktor der Gesellschaft

Damit nähern wir uns dem nächsten Prinzip, das hinter der Sozialversicherung und ihren Krankenkassen steht. Die „soziale Sicherheit“ für die Gesellschaft ist auch Basis für eine stabile demokratische Grundordnung eines Landes. Sie ist das Fundament für Stabilität und Wohlstand.

*„soziale
Sicherheit“ ist
auch Basis für
stabile demo-
kratische
Grundordnung*

Das System der sozialen Sicherheit deckt durch die Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung den größten Bereich ab. Soziale Sicherheit umfasst aber mehr. Die Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe für Personen in Notlage ohne anderwärtigen Leistungsanspruch sowie die staatliche Versorgung (Kriegsopferversorgung, Opferfürsorge, Pflegevorsorge, Versorgung von Verbrechenopfern) sorgen für die Absicherung der Grundbedürfnisse der Mitglieder der Gesellschaft. Dadurch wird das gesamte Spektrum einer Gesellschaft mit demokratischen Grundordnungen unseres Landes sichtbar.

1.2. Selbstverwaltet durch Beitragszahler

Ein weiteres wesentliches Element der österreichischen Sozialversicherung ist die „Selbstverwaltung“. Im historischen Sinn ist darunter die ausschließlich von ArbeiterInnen getragene Verwaltung der Unterstützungsvereine und Vereinskassen zu verstehen. In diesem Zusammenhang kann man auch von der Arbeiter-Selbstverwaltung sprechen. Auf dieser Definition beruht auch die von der Arbeiterbewegung im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts erhobene Forderung nach einer Selbstverwaltung aller Krankenkassen. Diese bezog sich auf die von den Unternehmen paternalistisch geführten Genossenschafts- und Fabrikskrankenkassen. Diese waren gleichzeitig Zwangskassen.

An der Selbstverwaltung hatten die ArbeiterInnen als BeitragszahlerInnen, vor allem aber als Versicherte ein mas-

Arbeiterunterstützungskassen

sives Interesse. Selbstverständlich war es von hohem Interesse, dass ihre Vertreter mit Ärzten, Apothekern, Spitalern etc. Verträge schlossen, dass sie die Höhe und die Bezugsdauer der Unterstützungsleistungen, die Höhe der Mitgliedsbeiträge oder die Modalitäten der Krankenkontrolle bestimmten und dass diese Aufgabenbereiche nicht von den Unternehmern oder staatlichen Behörden wahrgenommen wurden. Das funktionierte auch bei den selbstverwalteten Arbeiterunterstützungskassen so. Finanziert wurden diese Arbeiterunterstützungskassen zum überwiegenden Teil von Beiträgen der ArbeiterInnen. Nahezu für alle dieser Kassen gab es auch Beiträge – wenn auch in bescheidenem Maße – von Unternehmern und Gönnern. Damit waren – wenn auch nur geringe – Einflussmöglichkeiten dieser Personengruppen auf die Verwaltung der Arbeiter-Selbsthilfeorganisationen gegeben.¹

1.3. Vorbilder: Bruderladen und Arbeiterunterstützungsvereine*Frühformen bereits seit dem Mittelalter*

Frühformen selbstverwalteter Versicherungseinrichtungen wie Bruderladen und Knappschaftskassen im Bereich der Bergarbeiter existierten bereits seit dem Mittelalter.

Auch die 1803 gegründete Kranken-Sterbekasse der Buchdruckergehilfen in Linz zählt zu diesen Frühformen von selbstverwalteten Vereinen.

Ein weiteres Phänomen dieser Zeit war die Dominanz der Unternehmer in diesen Selbsthilfevereinen. Es gab enorme finanzielle Schwierigkeiten und zum Teil massive Selbstauflösungen.

Arbeiter-Selbsthilfeorganisationen auch Folge kaum vorhandener gesetzlicher Regelungen

Der erste „Arbeiter-Unterstützungsverein“, dessen Bestand von Dauer war, war der Unterstützungsverein für erkrankte Buchdrucker und Schriftgießer in Wien (1842). Die Gründung von Arbeiter-Selbsthilfeorganisationen ist dabei in Zusammenhang mit den kaum vorhandenen gesetzlichen Regelungen im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung zu sehen.

Diese Organisationen, die sich bisher als Teil der jungen österreichischen Arbeiterbewegung sahen, wurden durch das Vereinsgesetz von 1867 auf eine entsprechende legale Basis gestellt. Erstmals war es in Österreich möglich, Arbeitervereine auf legaler Basis zu gründen bzw. die bereits bestehenden Arbeitervereine zu legalisieren.²

*durch
Vereinsgesetz
von 1867 auf
legale Basis
gestellt*

Diese Abhandlung mit Hinweis auf das Vereinsgesetz von 1867 zeigt den engen Zusammenhang gesellschaftlicher Regelungen und demokratischer Strukturen auf. Und damit die Rahmenbedingungen zur Begründung und Umsetzung bzw. „das Leben“ von selbstverwalteten Krankenkassen, in deren Hintergrund als „Begründerinnen“ Arbeiterbildungsvereine standen. 1888 wurde das Gesetz für die Arbeiter-Krankenversicherung beschlossen. Damit wurde erstmals wenigstens ein Teil der österreichischen Arbeiterklasse in einen Versicherungsschutz einbezogen, der allerdings damals noch von einer Leistungsschwäche gekennzeichnet war. Dieses Gesetz schrieb auch für deren Verwaltung die Verbindung bestimmter Selbstverwaltungselemente mit einer entsprechenden Staatsaufsicht vor. Wie für die Unfallversicherungsanstalten wurden ArbeiterInnen, die keinem bereits erwähnten Kassentypus zuzuordnen waren und dort Versicherungsschutz hatten, „per Gesetz“ den Bezirkskrankenkassen, die von der staatlichen Verwaltung eingerichtet worden waren, zugewiesen.

*1888 Gesetz für
die Arbeiter-
Krankenversicherung
beschlossen*

1.4. Von Zersplitterung zu Sozialgesetzen

Der Verband der Arbeiter-, Kranken- und Invaliden-Unterstützungsvereine Österreich/Ungarn 1876 war eine der ersten Vereinigungen von Krankenkassen. Er hatte als Gründungsmitglieder 16 Kassen aus den Orten Atzgersdorf, Gloggnitz, Graz, Hainburg, Inzersdorf, Klagenfurt, Linz, Mauthausen, Neunkirchen, Steyr, Ternitz, Wels, Wien, Brünn, Reichenberg (Schlesien) und mit Budapest ein Abkommen. Hintergrund waren Übereinkommen betreffend die Gegenseitigkeit zwischen Arbeiter-Versicherungskassen. Das hieß die gegenseitige Anrechnung von Mitgliedschaften. Dadurch wur-

de das Wechseln der ArbeitnehmerInnen zwischen einzelnen Betrieben erleichtert. Ohne gegenseitige Anrechnung wären Anwartschaften verloren gegangen bzw. hätten Wartezeiten auf Leistungsansprüche bei Neueintritten in Kauf genommen werden müssen.³

Hiermit kommen wir zu wesentlichen Bereichen, nämlich jenen der Leistungen, aber auch der Mobilität von ArbeitnehmerInnen, die bereits im 19. Jahrhundert eine besondere Bedeutung hatten.

*anfängs große
Zersplitterung*

Auf die Zahl der Krankenkassen blickend: Im Jahr 1918 gab es alleine auf dem Gebiet des heutigen Österreichs in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung zusammen mehr als 600 Sozialversicherungsträger. Davon 100 Krankenkassen für ArbeiterInnen, Angestellte, ArbeitnehmerInnen in der Landwirtschaft, im Gewerbe, im Handel usw. Diese zersplitterte Organisation spiegelte sich in einer Reihe von Dachverbänden wider, die berufsständisch, regional, aber auch nach anderen Kriterien (Sprachzugehörigkeit, politische Richtung) organisiert waren und (im Vergleich zu heute) nur geringe gemeinschaftliche Aufgaben übernahmen.⁴

*in Erster
Republik kam es
zu großen
Sozialreformen*

Das Verlassen der Organisationsstrukturen, wie sie in der Donaumonarchie bestanden, und der Blick auf die Sozialversicherung der Ersten Republik zwischen 1918 und 1933 zeigt, dass mit dem Zusammenbruch der Monarchie ein Aufblühen der Sozialdemokratie stattfand. Diese führte 1920 die Arbeitslosenversicherung ein und nahm eine Ausweitung der Krankenversicherung auf alle in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis befindlichen Personen vor. Auch die Familienmitglieder wurden mit einbezogen. Ein weiterer entscheidender Punkt war die Versicherungspflicht im Arbeiter-Versicherungsgesetz. Dieses erstreckte sich auf alle unselbstständigen Erwerbstätigen, mit Ausnahme der land- und forstwirtschaftlichen DienstnehmerInnen sowie der Privat- und öffentlichen Angestellten. Die Arbeitslosenversicherung war aus diesem Gesetz gänzlich ausgeklammert.

Die Zeitspanne von 1918 bis 1920 war u. a. von den erfolgreichen Gesetzen des Ferdinand Hanusch gekennzeichnet und kann als Grundsteinlegung für die folgenden Werke gesehen werden. „... werden beachtliche und international als vorbildlich erachtete Erfolge auf dem Gebiet der Sozialgesetzgebung erzielt, wie die Sozialversicherung, der Achtsturentag, das Betriebsrätegesetz und der Arbeiterurlaub.“⁵

*Ferdinand
Hanusch*

1.5. Von Selbstverwaltung zum „Führerprinzip“

Im Jahr 1925 erfasst eine Statistik des Sozialministeriums 172 Krankenkassen in der neuen Republik Österreich. Weitere Eckpunkte in der Ersten Republik waren die Entsendung der Versicherungsvertreter bis 1933 durch Urwahlen sowie eine Reihe weiterer Gesetze zur Absicherung der Rechtsansprüche bzw. Erwartungen und Aufrechterhaltung der Selbstverwaltung.

Starken Einfluss auf die Leistungsfähigkeit nahm die Weltwirtschaftskrise in den Jahren 1932 und 1933. Diese beeinflusste die Einnahmenentwicklung der Sozialversicherung massivst. Massive Einsparungen, Reduktionen von Krankengeld, Einschränkung der Familienversicherung sowie die Unterbindung der Bereitstellung freiwilliger Leistungen und die Kürzung der Gehälter der Sozialversicherungsangestellten waren weitere Merkmale dieser Phase.

*negativer
Einfluss der
Weltwirtschafts-
krise auf
Leistungsfähigkeit*

1935 wurde im Ständestaat das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) eingeführt. Eine einschneidende Maßnahme in dieser Zeit war auch die Zusammenfassung der Arbeiter- und Angestelltenkrankenkasse zu einem Reichsverband (§ 3 GSVG) und zu Arbeitsgemeinschaften (§ 4 GSVG). Damit wurde ein Novum in organisatorischer Hinsicht geschaffen. Ihre Aufgabe bestand darin, Krankenpflege, Arzthilfe und die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen sicherzustellen.

Mit dem Anschluss Österreichs an das Deutsche Reich wurden ab 1.1.1939 deutsche Gesetze in Österreich zur Geltung

gebracht. So die Reichsversicherungsordnung von 1911, das Angestelltenversicherungsgesetz von 1924, das Reichsknappschaftsgesetz von 1926 und das Gesetz über Arbeitsvermittlung von 1927.

Die dem deutschen Reichsrecht nicht bekannte Krankenversicherungspflicht der Rentner, der Angestellten bzw. der Bergarbeiter wurde ausdrücklich für weiterbestehend erklärt.

Mittels einer Verordnung wurde festgelegt, dass in Österreich die Arbeiter-Rentenversicherung nach reichsrechtlichen Grundsätzen anzuwenden ist. Im Nationalsozialismus erfolgten die Auflösung der berufsständischen Organisation der Krankenversicherung und die Zusammenlegung der Angestellten- mit den Arbeiter-(Gebiets-)Krankenkassen.

im Nationalsozialismus wurde Selbstverwaltung aufgelöst

Die Selbstverwaltung wurde aufgelöst. Nach dem Führungsgrundsatz erhielt jeder Träger einen Leiter/eine Leiterin. Diese/r wurde von einem Beirat unterstützt und beraten und trug die ausschließliche Verantwortung für die Geschäftsführung. Im Grund blieb nur die organisatorische Struktur der Krankenversicherungsträger aufrecht. In der Krankenversicherung blieben einige über die Reichsversicherungsordnung hinausgehende Bestimmungen über Leistungen und den Versichertenkreis aufrecht, sogar z. B. eine längere Dauer für den Anspruch von Krankengeld. Auch die paritätische Aufbringung der Mittel wurde beibehalten.

Die österreichische Gesundheitspolitik war von der Erbgesundheitspolitik durchdrungen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Gesetze, die zur Verhütung erkrankten Nachwuchses die Sterilisierung bzw. bei Vorhandensein bestimmter Krankheiten ein Eheverbot vorsahen.⁶

1.6. Nach 1945: solidarisch gesicherte Leistungen und Selbstverwaltung

Auch nach dem Ende des 2. Weltkrieges war die deutsche Gesetzgebung weiterhin bestimmend – bis zum Inkrafttreten des ASVG im Jahr 1956 galt das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1947, erfolgte ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Austrifizierung des Sozialversicherungsrechtes und zur Wiederherstellung der Selbstverwaltungsstruktur.⁷

Durch die nunmehr geltenden Grundsätze wurden das Prinzip der auf Solidarität aufgebauten und die Selbstverwaltung der Sozialversicherungen in der Krankenversicherung permanent weiter ausgebaut.

Zum Leistungsumfang der österreichischen Krankenversicherung gehören aktuell folgende beispielhaft angeführte Leistungen:

*aktueller
Leistungsumfang*

- Die haus- und fachärztliche Versorgung im ambulanten Sektor, physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlung sowie psychotherapeutische Behandlung
- Diagnostische Leistungen klinischer PsychologInnen
- HeilmasseurInnen
- Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel
- Zahnbehandlung und Zahnersatz
- Anstaltspflege
- Medizinische Hauskrankenpflege
- Krankengeld
- Mutterschaftsleistungen
- Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation
- Gesundheitsfestigung (z. B. Kuraufenthalt)
- Krankheitsverhütung
- Früherkennung von Krankheiten (Jugendlichen- und Vorsorgeuntersuchungen)
- Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (z. B. humangenetische Vorsorgemaßnahmen)

- Gesundheitsförderung (z. B. Abhaltung von Gesundheitstagen)

1.7. Dynamische Weiterentwicklungen bei den Leistungen

*mehr als 60
ASVG-
Novellierungen*

Mit diesen Beispielen wird auch die Vielfalt an Leistungen durch die österreichischen Krankenkassen deutlich gemacht. Mehr als 60 Novellierungen des ASVG bis 2009 drücken eine Dynamik an Weiterentwicklung bei neuen Leistungen aus.

Damit wird den Versicherten und den anspruchsberechtigten Angehörigen der Zugang zu Leistungen gesichert, die auf intra- und extramurale Weise, also innerhalb von Spitälern und bei niedergelassenen Vertragspartnern, erbracht werden. Für Spitäler, Heilmittel sowie ärztliche- und gleichgestellte Hilfe werden durch die Krankenversicherung seit Jahrzehnten auch die größten Budgetausgaben im Rahmen ihrer jährlichen Erfolgsrechnungen ausgewiesen.⁸

Prinzipiell werden die Behandlungs- und Leistungsansprüche durch Verträge zwischen „der Sozialversicherung“ und ihren Vertragspartnern vereinbart bzw. für die Versicherten geregelt. So z. B. durch Gesamtverträge zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Ärztekammer bzw. der Bundeswirtschaftskammer, Apothekerkammer u. Ä. Die durch die Krankenversicherung zu leistenden Beiträge an Spitäler werden per Gesetz festgelegt und konkrete monatliche Zahlungen an die Landesfonds für die „fondsfinanzierten“ Spitäler vereinbart.⁹

2. Leistungsgrenzen im System

*Zugang zu
Leistungen
grundsätzlich frei*

Der Zugang zu den dargestellten Leistungen ist vom Prinzip her für die Versicherten frei und macht keinen Unterschied bei Einkommen oder Familienstand. Trotzdem gibt es zeitliche Begrenzungen – z. B. beim Bezug des Krankengeldes – oder Kostenbeteiligungen etwa beim Bezug von Heilmitteln. Dahinter steht durchaus der Zweck, zu hohe Leistungen und wohl

auch eine Überstrapazierung der Solidargemeinschaft zu verhindern.

2.1. Krankenversicherung: solidarisch trotz Selbstbehalten

Eine Behauptung vorweg: Steuerungs- und Leistungseffekte von bzw. durch Selbstbehalte sind kaum messbar und wenn, „systemabhängig“. Darunter ist zu verstehen, dass es auf die Arten von Gesundheitssystemen ankommt und welchem Vertragsanteil Selbstbehalte zukommen. Die Thematik von Solidaritätssystemen wurde bereits angesprochen. Es ist wesentlich, ob Versicherte im Ereignis- und Anlassfall Selbstbeteiligungen vertraglich selbst vereinbart haben (Privatversicherungen) oder ob ihnen durch gewisse „Eingriffe“ in ein System (Solidaritätssystem) Derartiges auferlegt wird.

Steuerungs- und Leistungseffekte durch Selbstbehalte kaum messbar

Das österreichische Gesundheitssystem wird im europaweiten Vergleich zu jenen mit „Sozialversicherungssystemen“ zugeordnet. Andere werden „nationalen Gesundheitsdiensten“ (z. B. Großbritannien) zugeordnet.¹⁰

„Sozialversicherungssysteme“ vs. „nationale Gesundheitsdienste“

Ein soziales Krankenversicherungssystem zeichnet sich durch Beitragszahlungen aus, die ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen leisten. Hier kommt es häufig zu einer berufsständischen Gliederung. Im Gegensatz zu einem nationalen Gesundheitsdienst handelt es sich bei Sozialversicherungen häufig um Selbstverwaltungskörper, deren Entscheidungsträger demokratisch gewählt werden.¹¹

Diese Definition bestätigen bereits vorgenommene Annäherungen und führen weiters aus, dass PatientInnen Zuzahlungen für bestimmte therapeutische Interventionen leisten. Nur in Systemen, die vorrangig als „private Krankenversicherung“ zu werten sind, und großteils auch in solchen, die mit dem Charakter eines „freiwilligen Privatversicherungssystems“ zu umschreiben sind, gehören „Selbstbehalte“ zum klaren Geschäfts- und Vertragsinhalt bereits bei Vertragsabschluss.

freiwillige Privatversicherungssysteme

„Sozialverträglichkeit“

Ein weiteres Kriterium bei Systemanalysen stellt die „Sozialverträglichkeit“ dar. Darunter wird u. a. der Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle PatientInnen unabhängig von Einkommen, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit verstanden.

Als Musskriterien werden laut ÖBIG Gesundheit Österreich GMBH der Indikator „private versus öffentliche Gesundheitsausgaben, Arztbesuchshäufigkeit nach Einkommen und Anteil der Bevölkerung, die durch ein Krankenversicherungssystem bzw. den nationalen Gesundheitsdienst erfasst sind, herangezogen. Zuzahlungen, Selbstbehalte werden hier als eine Barriere gesehen.¹²

Eigenanteile im Ausmaß von 20 Prozent

Bezüglich der Einkommensunterschiede werden in dieser aktuellen Bestandsaufnahme Eigenanteile im Ausmaß von 20 Prozent für die österreichischen PatientInnen ausgewiesen. Bei der jährlichen Arztbesuchshäufigkeit kann jedoch ein Unterschied zwischen den Einkommenschichten festgestellt werden. Konkret wurde festgestellt: Das untere Einkommensfünftel hat eine jährliche Arztbesuchshäufigkeit von 8,67, das obere von 8,36.

Die EU-12-Länder weisen einen Wert von 6,17 Arztbesuchen pro Jahr auf. Österreich liegt bei 8,23 Arztbesuchen pro Jahr.¹³

Die schon mehrfach beschriebene Position Österreichs bzw. seines Gesundheitssystems ergibt weitere positive Werte: eine umfassende Versorgung für alle Bevölkerungsschichten und Zugänge in das System allgemein.

Wie vielfältig sowohl die Leistungsarten als auch die finanzielle Dimension des österreichischen Gesundheitswesens strukturiert sind, zeigt eine Übersicht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Tabelle 1: Aufgliederung der Ausgaben in der Krankenversicherung

Bezeichnung	in Millionen Euro		Veränderung in %
	2007	2006	
Ausgaben insgesamt	13.178	12.383	+ 6,4
Versicherungsleistungen	12.395	11.690	+ 6,0
Ärztl. Hilfe u. gleichgestellte Leistungen	3.228	3.056	+ 5,6
Heilmittel	2.820	2.606	+ 8,2
Heilbehelfe, Hilfsmittel	238	225	+ 5,8
Zahnbehandlung, Zahnersatz	745	719	+ 3,7
Anstaltspflege	3.753	3.565	+ 5,3
Medizinische Hauskrankenpflege	14	12	+ 11,2
Krankengeld	423	387	+ 9,3
Mutterschaftsleistungen	503	484	+ 3,9
Gesundheitsfestigung und Krankheits- verhütung sowie med. Rehabilitation	322	303	+ 6,3
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	102	93	+ 9,0
Fahrtspesen, Transportkosten	180	175	+ 3,2
Sonstige Leistungen	67	65	+ 2,1
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	381	345	+ 10,4
Sonstige Ausgaben	402	348	+ 15,4

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1030 Wien, Kundmanngasse 21, Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008, Seite 65.

2.2. Selbstbehalte – ein ständiger „Begleiter“

Immer schon begleiten Finanzierungsdiskussionen das gesamte Gesundheitswesen, im Besonderen die Krankenkassen mit besonderem Augenmerk auf die Gebietskrankenkassen.

Die Reduzierung, in manchen Fällen auch die Absenkung der „Gesundheitskosten“ und im Besonderen die „Reduzierung der Lohnnebenkosten“ zählen bei Forderungen nach Selbstbeteiligungen, Selbstbehalten u. Ä. zu wesentlichen Argumenten.

Die Steigerung des Kostenbewusstseins unter Patienten ist ebenfalls seit vielen Jahren ein weiteres Argument.

Selbstbehalte sind seit Jahrzehnten Bestandteil des Sozialversicherungssystems. Diese reichen von Rezept-

gebühren bis zu Eigenleistungen, z. B. bei Sehbehelfen, bis zu Reduzierungen beim Krankengeld.

Einerseits legt der § 133 (2) im ASVG fest: *Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.*

Andererseits werden stets auch durch Selbstbeteiligungen „Bremswirkungen“ und „Kostendämpfungen“ herbeigeführt bzw. so angestrebt.

3. Effizienzen – Beispiele verfehlter Lenkungswirkungen

Ambulanzgebühr

Die im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts wohl am häufigsten diskutierte und politisch emotional begleitete Maßnahme ist ohne Zweifel der „Behandlungsbeitrag – Ambulanzgebühr“, welcher im April 2001 eingeführt wurde.¹⁴

Dahinter standen, gerade in Zeiten des im Jahr 2001 neu eingeführten „Behandlungsbeitrages – Ambulanzgebühr“, auch gesellschaftspolitische Vorstellungen, die mit dem bisher in Österreich Gepflogenen brechen.

Bereits zuvor wurde durch das „Sozialrechtsänderungsgesetz 2000“ eine zusätzliche Erhöhung der Rezeptgebühr festgelegt. Für die Mustersatzung des Hauptverbandes wurden Kürzungen für Krankengeld, Zahnersatz und Kieferregulierungen vorgeschrieben.

Zur Frage nach „Effizienz“ – hier ist wohl der Leistungseffekt von Selbstbehalten gemeint: Das ÖBIG, nunmehr Gesundheit Österreich GMBH, hat durch die Erhöhung der Rezeptgebühren einen Rückgang der Arzneimittelverordnungen um 1,3 Millionen verzeichnet. Das waren 20 % im Jahr 1996. Im Jahr 1998

stiegen die Arzneimittelverordnungen gegenüber 1997 wieder um 4,5 Millionen! Hier hat diese exorbitante Erhöhung also nur kurzfristig bremsend „gewirkt“.

Ähnlich die Analyse der Rezeptgebühren-Erhöpfung im Jahr 2000: im Jahr 2001 leicht rückläufig, im Jahr 2003 wieder stark angestiegen.¹⁵

auch exorbitante Erhöhungen wirken nur kurzfristig bremsend

Das Österreichische Bundesinstitut Gesundheit definiert in einer Analyse das „Finanzierungsziel“, z. B. als „Entlastung der öffentlichen Hand“ u. a. des SV-Budgets.

Als „Steuerungsziel“ wird eine Verhaltensänderung der Patienten und eine Senkung/Dämpfung der Gesundheitsausgaben insgesamt gesehen.

Voraussetzungen für Steuerungswirkungen sind u. a., dass die Selbstbeteiligung hoch, also finanziell spürbar sein muss. PatientInnen sollen selbst über Art und Umfang der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entscheiden.¹⁶

3.1. Evaluierungsergebnisse

Derartige Steuerungsinstrumente wurden häufig mit positiven Erfahrungen und Studien begründet, so mit dem RAND-Experiment aus den 1970er-Jahren in den USA oder mit relativ aktuellen Erkenntnissen in den Niederlanden. Letztere hatten 1997 einen „Allgemeinen Selbstbehalt“ von 20 Prozent eingeführt. Diese Regelung wurde im Jahr 2000 aufgehoben.

Selbstbehalte kein gutes Steuerungsinstrument

Laut ÖBIG haben sowohl das RAND-Experiment als auch die Evaluierung aus den Niederlanden ergeben, dass „Selbstbehalte kein gutes Steuerungsinstrument seien“.

Zum gleichen Ergebnis kam das ÖBIG – Veröffentlichung im Jahr 2003 – auch beim „Behandlungsbeitrag Ambulanz“. Es konnte kein Steuerungseffekt nachgewiesen werden.

Wie schon erwähnt, waren in den Jahren vor der „Ambulanzgebühr“ zahlreiche Formen der Kostenbeteiligungen für die Patienten eingeführt worden. Dahinter stand die Absicht einer Steuerung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Krankenanstalten, obwohl, wie erwähnt, bestenfalls kurzfristige Effekte in Form von reduzierter Inanspruchnahme und ein kurzfristiger „Abhalteeffekt“ (Anm. d. Verf.) erkennbar waren.

4. Eigenbeteiligung als Lösungsansatz

In gewissen Zeitphasen sind durchaus auch klare gesellschaftliche Unterschiede und Zugänge zum Thema Selbstbehalte, Kostenbeteiligungen usw. deutlich geworden.

*Argumentation
ist oft prekäre
Lage der Sozial-
versicherung*

Sehr häufig wurde dabei die „prekäre Lage in der Sozialversicherung“ als eine Begründung herangezogen, um „Eigenbeteiligung im Gesundheitswesen“ zu argumentieren.

Eigenbeteiligung wurde u. a. als positiver Effekt in Richtung „gesunde Lebensführung“, „kritische Überlegung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen“ gesehen und unter Eigenverantwortung subsumiert.

Eigenbeteiligungsmodelle werden z. B. auch als „Motivation zur erhöhten Eigenverantwortung“ qualifiziert.

Auch über die Abwicklung bis hin zum Thema „Härtefallregelungen“ dürften bereits klare Konzepte bis zu einer „Kommunikationsoffensive zwischen Systemteilnehmern“ bestanden haben. Das soll wohl heißen: Anbieter von Gesundheitsleistungen bewerten ihre Produkte und Preise (Anm. d. Verf.).¹⁷

Dass „Systemteilnehmer“ zum Thema „Selbstbehalte“ einen differenzierten Zugang haben, zeigen nicht nur die Positionierungen zum „Behandlungsbeitrag – Ambulanz“, sondern auch die vor- und nachher erkennbaren Entwicklungen und konkreten Belastungen für Versicherte.

So analysierte die Arbeiterkammer Oberösterreich als ein Teil der Selbstverwaltungen, dass es in den Zeiträumen 1995 bis

1999 und von 2000 bis 2005 deutliche Erhöhungen der Selbstbehalte/Kostenbeteiligungen für die Patienten gab.

„In den Jahren 1995 bis 1999 mussten die PatientInnen auch höhere Steigerungsraten hinnehmen. Rezeptgebühr + 30 % (2000–2005 + 36 %), Spitäler Kostenbeitrag Kind + 15 % (2000 bis 2005 + 17 %). Die stärkste Erhöhung der Rezeptgebühren in nur einem Jahr ist allerdings im gesamten Beobachtungszeitraum im Jahre 2000 eingetreten: + 25 % bzw. von 3,20 Euro auf insgesamt 4 Euro.¹⁸

5. Problematische „Wirkungen“ von Selbstbehalten

Besonders deutlich und repräsentativ für andere Auswertungen sind die Analysen der AK OÖ, die finanzielle Auswirkungen von Selbstbehalten im genannten Zeitraum für Versicherte und deren Familien aufzeigen.

So wurde nachgewiesen, dass „primär Einkommensschwächere“, „chronisch Kranke“ und „ältere Menschen“ starke zusätzliche Belastungen für E-Card, Rezeptgebühren, selbst bezahlte Medikamente, Zahnkronen etc. zu tragen hatten.

*besonders
Betroffene*

„Allein in der Altersgruppe 41–50 Jahre fallen bei Medikamenten die Gesundheitskosten um rund 50 Prozent höher aus als in der Gruppe der 31- bis 40-Jährigen. Bei den Arztkosten ist eine ähnliche altersbedingte Progression feststellbar. Daraus können Rückschlüsse der Belastung auf die einzelnen Haushalte durch Selbstbehalte in zunehmendem Alter gezogen werden.“

Eine Erkenntnis: „Selbstbehalte als Zuzahlung zu den Gesundheitsleistungen sind aus gesundheits- und vertragspolitischer Sicht problematisch. Die Behandlungskosten werden nicht von der Gesellschaft (Krankenkasse, Anm. d. Verf.), sondern zunehmend von den von Krankheit betroffenen Menschen selbst getragen.“¹⁹

*Selbstbehalte
aus gesundheits-
und vertrags-
politischer Sicht
problematisch*

Damit zeigt sich für die Kritiker von Selbstbehalten ein weiterer Aspekt des Verhältnisses und der Wirkung privat und solidarisch finanzierter Systeme.

Österreich hat im internationalen Vergleich hohen Patientenanteil Eine Erkenntnis ist, dass Österreich im internationalen Vergleich durchaus bereits einen hohen Patientenanteil an den Gesundheitskosten hat. Während die öffentlichen (solidarisch aufgebracht) Krankenversicherungsleistungen, Anm. d. Verf.) Gesundheitsausgaben 2004 in Österreich 6,8 Prozent betragen, machten die privaten Gesundheitsausgaben 2,8 Prozent aus. Sowohl die damaligen EU-(15-)Staaten mit 2,4 Prozent wie auch die OECD-Staaten mit 2,6 Prozent weisen niedrigere Werte bei den privaten Gesundheitsausgaben aus.²⁰

6. Zugänge zu Gesundheitsleistungen entscheidend

Ein klarer Vergleich zwischen den „Systemen“ wird anhand der US-Daten gezogen.

US-Gesundheitssystem „Das US-Gesundheitssystem sieht nämlich kein solidarisches Krankenversicherungssystem vor. Es dominieren private Versicherungen, die den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren bzw. bei fehlender Zahlungsbereitschaft den Zugang sogar ablehnen. OECD-Daten zeigen außerdem auf, dass in jenen Gesundheitssystemen, in denen der Staat den Zugang zu Gesundheitsleistungen möglichst frei von finanziellen Belastungen hält, die private Kostenbeteiligung entsprechend niedriger ausfällt (z. B. Schweden mit einer privaten Kostenbeteiligungsquote von 1,4 Prozent).“²¹

Solidarische Strukturen sowie Solidaritätsprinzipien sind ein wesentlicher Wert des heimischen Gesundheitswesens. Sie betreffen insbesondere die Krankenkassen.

Selbstbehaltestudie der GKK-Kärnten Eine im Jahr 2004 erschienene und großes Aufsehen erregende „Selbstbehaltestudie/Analyse der Kärntner Gebietskrankenkasse“ hat in ähnlicher Weise die bereits vorher erwähnten, von der Arbeiterkammer OÖ festgestellten Auswirkungen zum Ausdruck gebracht. Ein weiterer klarer Solidaritätseffekt aber

war: Fünf bzw. sechs Prozent der Versicherten/PatientInnen benötigen pro Kalenderjahr 50 Prozent des Leistungsaufwandes der Kasse!²²

In dieser Studie wurde unter anderem analysiert, wie sich 67 Prozent des Leistungsaufwandes der Kärntner Gebietskrankenkasse unter 400.000 Versicherten auswirkten bzw. aufteilten.

Auch die demografischen Wirkungen unter den Altersgruppen ergaben ähnliche Erkenntnisse wie jene der OÖ Arbeiterkammer. Auch die Wiener GKK hat zwischenzeitlich zum Thema „Selbstbehalte“ Erkenntnisse mit problematischen Konsequenzen für chronisch Kranke, sozial Schwächere und ältere Menschen publiziert.

Ein Beispiel aus der KGKK-Selbstbehaltstudie und -Analyse ergibt ein klares, erschreckendes Bild über bereits in diesem Zeitraum zu leistende Selbstbehalte:

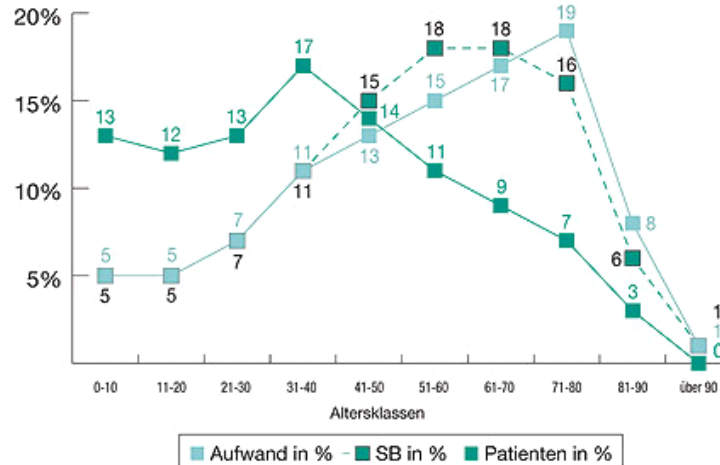
*leistende
Selbstbehalte
nach Alters-
klassen*

So befinden sich zum Beispiel in der Altersklasse 21–30 Jahre 13 Prozent der Patienten. Diese beanspruchen durchschnittlich 7 Prozent des Aufwandes und erbringen im Schnitt 7 Prozent des Selbstbehaltes.

Zum Vergleich: In der Altersklasse 61–70 befinden sich 9 Prozent der Patienten. Diese beanspruchen 17 Prozent des Aufwandes und erbringen 18 Prozent des Selbstbehaltes.

Abbildung 1

Patienten-, Aufwands- und Selbstbehalteanteil in Prozent nach Altersklassen KGKK 2002



Quelle: Kärntner Gebietskrankenkasse „Selbstbehalte – Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe“, Alfred Wurzer, Roswitha Robinig, Josef Rodler, 2004, Seite 103/104

Auch hier kann kein Leistungs-„Effekt“ bei Selbstbehalten analysiert werden. Betroffene Alters-, Einkommens- und Krankheitsgruppen müssen Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen und sind durch bis zum Jahr 2007 geltende Zahlungen – Rezeptgebühren – von hohen Kostenanteilen/Selbstbehalten betroffen!

*finanzieller
Mehrbedarf im
Erkrankungsfall
kann nicht
durch
Selbstbehalte
kompensiert
werden*

Wenn Sozialversicherungen – Krankenkassen –, eine Solidargemeinschaft in selbstverwalteter Form, ihre Schutzfunktion gerade im Erkrankungsfall erfüllen sollen, so kann finanzieller Mehrbedarf, der einfach entsteht, nicht durch Selbstbehalte kompensiert oder aufgefangen werden. Die Form der solidarischen Gemeinschaft ergibt für die Versicherten Rechtsansprüche mit moralisch-ethischen Verpflichtungen durch ebendiese solidarische Gemeinschaft.

7. Ausblick: Ergänzende Budgetmittel für Krankenkassen anstelle von Selbstbehalten

Nicht ausreichende Geldmengen infolge struktureller Veränderungen innerhalb der Versichertengemeinschaft, höhere Lebenserwartungen, eine geradezu innovative, moderne Medizin sind bei fiskalischen Konsequenzen durch den Gesetzgeber zu beachten. Es sind entsprechende Vorsorgen zu treffen, um die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu sichern.

Es ist wohl kaum eine „gerechte“ Form von Selbstbehalten zu finden, die die soziale Situation betroffener Versicherter ebenso zu berücksichtigen imstande ist wie die Dynamik bei den Gesundheitsleistungen des Gesundheitswesens.

Selbstbehaltekonzepte, die z. B. langfristige Therapieformen ebenso zu betrachten vermögen wie Einkommens- und Familiensituationen, hat es bislang nicht gegeben.

Das österreichische Gesundheitssystem hat mit der Rezeptgebührenbefreiung, wirksam erstmals 2008, einen durchaus praktikablen Weg eingeschlagen. Zumindest bei Heilmitteln konnte somit ein bislang konfliktfreier Vorgang verzeichnet werden. Konkrete Analysen wird es wohl erst 2010 geben.

Die erhöhte „Leistungsfähigkeit der Medizin“, die „Beitragserosionen auf dem Arbeitsmarkt“ sowie die notwendigen, zusätzlichen Aufwendungen für die Gruppe der Pensionisten werden mehr oder weniger eine ergänzende Finanzierung über Bundesbudgetmittel notwendig machen, um die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen finanziell abzusichern.

Mit Selbstbehalten/Eigenkostenanteilen wird dieses Ziel nicht erreichbar sein!

*ergänzende
Finanzierung
über Bundes-
mittel notwendig*

Schon jetzt sind in der Analyse des Arbeitsmarktes weitere negative Konsequenzen für die Einnahmen der Krankenversicherungsträger zu erkennen.²³

Die ständige Zunahme chronisch Kranker, die aktuelle gesellschaftlich gewollte Zunahme Älterer in den KV-Gemeinschaften sowie sich abzeichnende medizinische Innovationen und auch

der ständig steigende „Pflegebedarf“ werden einfach mehr (Geld-)Leistungen von der solidarischen Krankenversicherung verlangen!

Solidaritätsfähigkeit darf nicht geschwächt werden ...

Daher ist wohl eine der Erkenntnisse: Die Solidaritätsfähigkeit der gesetzlichen – selbstverwalteten – Krankenversicherung muss weiter abgesichert und darf nicht durch „Systemänderungen“, die zu mehr privaten Leistungsanbietern hinführen, geschwächt werden.

Die jahrelang durch Diskussionen im Raum stehende Begründung und Erwartung der Einführung von Selbstbehalten/Kostenbeteiligungen konnte bislang nicht belegt werden.

Hatte man durch die Einführung von Selbstbehalten eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erwartet, so ist dies nicht einmal in den Zeitphasen massiver Erhöhungen der Rezeptgebühren (1997 bis 2003) der Fall gewesen.

Auch die „Ambulanzgebühr“, die mit dem Steuerungsziel eingeführt wurde, die Zahl der Ambulanzbesuche zu reduzieren, erreichte ihr „Umsetzungsziel“ nicht. Zudem hatte ein Großteil der Patientinnen und Patienten keine Wahlmöglichkeit zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärzten.

... 20 Prozent der Kranken verursachen 80 Prozent der Ausgaben

Eine Debatte über die Neugestaltung von Selbstbehalten sollte immer vor dem Hintergrund geführt werden, dass 20 Prozent der Kranken in der Bevölkerung, und hier vor allem chronisch Kranke, 80 Prozent aller Ausgaben im Gesundheitswesen verursachen.²⁴

In diesem Kontext ist auch die wichtige Basisarbeit der Kärntner Gebietskrankenkasse für zukünftige Diskussionen über Selbstbehalte zu sehen, welche die international oft zitierte 80/20-Regel für Österreich empirisch belegt, aber auch das Solidaritätsprinzip der österreichischen Sozialversicherung transparent darstellt. Die Frage der Praktikabilität der Abwicklung von Selbstbehalten sollte angesichts des Ambulanz-

gebührendebakels und der Schwierigkeiten, die in Deutschland sichtbar werden, besonders bedacht werden. Für die weitere gesundheitspolitische und finanzpolitische Diskussion möchte ich abschließend feststellen: Der Selbstbehalt steht nicht nur mit seinem eigenen Namen im Widerspruch, gaukelt er doch eigentlich vor, dass es etwas zu behalten gäbe. Er steht vor allem mit dem Solidaritätsprinzip der österreichischen Sozialversicherung und den politisch postulierten gesundheitspolitischen Zielen unserer Gesellschaft im Widerspruch.²⁵

Effekte – also die angedachte geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und -einrichtungen – sind bis dato in Österreich nicht nachweisbar.

geringere Inanspruchnahme nicht nachweisbar

Zudem haben Versicherte durch ihre Privatzahlungen und Steuern einen Rechtsanspruch, der nicht durch zusätzliche Gebühren die Benützung von Gesundheitseinrichtungen erschweren darf!

Anmerkungen:

- 1 Die Geschichte der Selbstverwaltung und Arbeitnehmermitbestimmung in der österreichischen Sozialversicherung. Teil 1 – von den Anfängen bis 1918 – herausgegeben vom Institut für Gewerkschafts- und AK-Geschichte, ÖGB-Verlag Robert Grandl, ISBN 3-70-35-10-27-7, Seite 269.
- 2 Die Geschichte der Selbstverwaltung und Arbeitnehmermitbestimmung in der österreichischen Sozialversicherung. Teil 1 – von den Anfängen bis 1918, herausgegeben vom Institut für Gewerkschafts- und AK-Geschichte, ÖGB-Verlag Robert Grandl, ISBN 3-70-35-10-27-7, Seite 270–271.
- 3 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Geschichte der österreichischen Sozialversicherung. Wien, <http://www.Hauptverband.at> geschichte, 25. Juli 2005.
In European Observatory on Health Systems on Policies/Gesundheitssysteme im Wandel/Österreich. MVMWV Berlin 2006, Seite 17
- 4 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Geschichte der österreichischen Sozialversicherung. Wien, <http://www.Hauptverband.at> geschichte, 25. Juli 2005.
In European Observatory on Health Systems on Policies/Gesundheitssysteme im Wandel/Österreich. MVMWV Berlin 2006, Seite 20.
- 5 „Die Erste Republik“, Eberhard Skohal: hpt-Verlagsgesellschaft, 1988, Wien, Seite 51.
- 6 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Geschichte der österreichischen Sozialversicherung. Wien, <http://www.Hauptverband.at> geschichte, 25. Juli 2005.
In european observatory on health systems on Policies/Gesundheitssysteme im Wandel/Österreich. MVMWV Berlin 2006. Seite 23.
- 7 ASVG, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, Bundesgesetzblatt BGBl Nr. 189/1955.
- 8 Statistisches Jahrbuch des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Kundmangasse 21, 1031 Wien, 2008, Seite 87. In European Observatory on Health Systems on Policies/Gesundheitssysteme im Wandel/Österreich. MVMWV Berlin 2006.
- 9 ASVG, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 2009.
- 10 Aus „Gesundheit Österreich“, Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich, Gesundheit Österreich GMBH, Geschäftsbereich ÖBIG, Wien 2008, Seite 7.
- 11 Aus „Gesundheit Österreich“, Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich, Gesundheit Österreich GMBH, Geschäftsbereich ÖBIG, Wien 2008, Seite .
- 12 Aus „Gesundheit Österreich“, Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich, Gesundheit Österreich GMBH, Geschäftsbereich ÖBIG, Wien 2008, Seite 25.
- 13 Aus „Gesundheit Österreich“, Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich, Gesundheit Österreich GMBH, Geschäftsbereich ÖBIG, Wien 2008, Seite 27.
- 14 ASVG § 135a, 2001.
- 15 „Selbstbeteiligung – Lenkungs- und Finanzierungsinstrument“, ÖBIG, Wien 2003.
- 16 Sommer/Len 1984 zitiert in ÖBIG Selbstbeteiligung. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich.

- 17 Eigenbeteiligung im Gesundheitswesen, KR Mag. Julian Hadschieff, Obmann des Fachverbandes der privaten Krankenanstalten und Kurbetriebe, Wirtschaftsbund, Wien, März 2003.
- 18 OÖ-AK, Daten zu Selbstbehalten und selbst bezahlten Gesundheitsleistungen in österr. Gesundheitssystemen.
- 19 OÖ-AK, Daten zu Selbstbehalten und selbst bezahlten Gesundheitsleistungen in österr. Gesundheitssystemen.
- 20 OECD, Statistik Austria, EU- und OECD-Daten aus dem Jahre 2003, Private Gesundheitsausgaben; private Krankenversicherung, selbst bezahlte Gesundheitsleistungen und Selbstbehalte.
In OÖ-AK, Daten zu Selbstbehalten und selbst bezahlten Gesundheitsleistungen in österr. Gesundheitssystemen.
- 21 OÖ-AK, Daten zu Selbstbehalten und selbst bezahlten Gesundheitsleistungen in österr. Gesundheitssystemen, Seite 9.
- 22 Kärntner Gebietskrankenkasse, „Selbstbehalte – Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe“, Alfred Wurzer, Roswitha Robinig, Josef Rodler, 2004, Seite 18.
- 23 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, Gebarungsvorschau-Rechnungen für 2010/2011, Wien 2009.
- 24 Vgl. hierzu Huber/Langbein, die Gesundheitsrevolution, radikale Wege aus der Krise, in: Kärntner Gebietskrankenkasse, „Selbstbehalte – Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe“, Alfred Wurzer, Roswitha Robinig, Josef Rodler, 2004.
- 25 Dr. Josef Probst, in: Kärntner Gebietskrankenkasse, „Selbstbehalte – Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe“, Alfred Wurzer, Roswitha Robinig, Josef Rodler, 2004, Seite 29/30.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



Oberösterreich

BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at