

WIFO

A-1103 WIEN, POSTFACH 91
TEL. 798 26 01 • FAX 798 93 86

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

**Auswirkungen der Änderungen
im Bereich der gesetzlichen
Krankenversicherung auf die
private Krankenversicherung**

Thomas Url

Februar 2006

Auswirkungen der Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf die private Krankenversicherung

Thomas Url

Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung
im Auftrag des Verbandes der Versicherungsunternehmen
Österreichs

Begutachtung: Christine Mayrhuber
Wissenschaftliche Assistenz: Ursula Glauninger

Februar 2006

INHALTSVERZEICHNIS

Kurzzusammenfassung

1.	Einleitung	1
2.	Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben	5
3.	Die private Krankenversicherung in Österreich	17
4.	Die Gesundheitsreform 2005	23
4.1	<i>Steigerung der Einnahmen</i>	24
4.2	<i>Leistungskürzungen</i>	25
4.3	<i>Organisatorische Änderungen</i>	25
4.4	<i>Die Spitalsfinanzierung zwischen 2005 und 2008</i>	30
5.	Erwartete Auswirkungen der Gesundheitsreform 2005	33
6.	Mittel- und langfristige Erwartungen für das Gesundheitssystem	35
6.1	<i>Differenzierung der Versicherungsleistung nach der Art der Gesundheitsleistung</i>	37
6.2	<i>Differenzierung nach der zugelassenen Person des Leistungserbringers</i>	37
6.3	<i>Differenzierung nach der Höhe der Erstattung</i>	38
6.4	<i>Prämiendifferenzierung</i>	40
7.	Zukünftige Reaktionsmöglichkeiten der öffentlichen Krankenversicherung auf den Kostendruck durch technischen Fortschritt	41
7.1	<i>Rationierung durch die Vorgabe von Normbudgets</i>	41
7.2	<i>Einführung weiterer bzw. Erhöhung bestehender Selbstbehalte</i>	43
8.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	47
9.	Literaturhinweise	51

Kurzzusammenfassung

Im internationalen Vergleich wurden 2003 in den OECD-Mitgliedstaaten 8,8% des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheit ausgegeben. Im Zeitverlauf nimmt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt leicht zu. Die Ausgabenentwicklung bzw. die absolute Höhe der Gesundheitsausgaben in einem Land hängen überwiegend vom Pro-Kopf-Einkommen einer Wirtschaft ab. Aus volkswirtschaftlicher Sicht kann die Ausgabenentwicklung bzw. die absolute Höhe der Gesundheitsausgaben nicht von vornherein in Frage gestellt werden, weil sie stark durch die Bedürfnisse der Konsumenten geprägt sind.

In Österreich finanzieren vor allem die Sozialversicherung und die Länder das Gesundheitssystem. Dabei besteht eine Arbeitsteilung, die mehr oder weniger entlang der Trennlinie zwischen niedergelassenen Leistungserbringern und Krankenanstalten verläuft. Die Gesundheitsreform 2005 setzt auf mehreren Ebenen gleichzeitig an. Neben befristeten und unbefristeten Beitragserhöhungen wurden einige absolute Selbstbehalte gesteigert. Der umfassendste Reformbereich betraf die Gesundheitsorganisation, wo ein Versuch zur elektronischen Erfassung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und zu einer koordinierten Planung zur Deckung dieser Nachfrage unternommen wird.

Bei weiter steigenden Kosten stehen der Gesundheitspolitik neben Beitragserhöhungen im Wesentlichen zwei Instrumente zur Verfügung: (1) Normbudgets, deren Höhe unter den tatsächlich erwarteten Ausgaben liegen, oder – aus gesamtwirtschaftlicher Sicht wesentlich effizienter – (2) die Ausweitung bestehender bzw. die Einführung neuer Selbstbehalte in der sozialen Krankenversicherung. In diesem Fall entstehen für Privatversicherungen allerdings nur dann sinnvolle Versicherungsprodukte, wenn finanziell bedeutende Risiken vollständig aus der Deckung der sozialen Krankenversicherung ausgenommen werden. Der damit verbundene eingeschränkte Zugang zum aktuellen Stand der medizinischen Technik für Patienten ohne Zusatzversicherung steht allerdings dem erwarteten Effizienzgewinn gegenüber.

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen ist nicht nur aus volkswirtschaftlicher Sicht ein bedeutender Wirtschaftsbereich. Im internationalen Vergleich der OECD-Mitgliedstaaten wurden 2003 8,8% des Bruttoinlandsproduktes für diesen Zweck ausgegeben. Im Zeitverlauf nimmt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt leicht zu: Im Jahr 2003 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben in der OECD 1990 nur 7,1%. Aus politischer Sicht sind die meisten Gesundheitsleistungen in der einen oder anderen Art durch staatliche Eingriffe beeinflusst, und aus individueller Sicht sticht die Rolle der Gesundheit für das Wohlbefinden hervor. Die persönliche Gesundheit zählt in Umfragen gemeinsam mit intaktem Familienleben, ausreichendem Einkommen, aktiver Erwerbstätigkeit und einem guten Nachbarschaftsverhältnis zu den wichtigsten Bestimmungsfaktoren für das individuelle Wohlbefinden (*Layard, 2005*).

Die bedeutende Rolle der Gesundheit wird dadurch verstärkt, dass sowohl die Erwerbsfähigkeit als auch die Konsumfähigkeit durch einen schlechten Gesundheitszustand stark eingeschränkt werden können. Allerdings zeigen Studien, dass Menschen sich mit gesundheitlich bedingten Einschränkungen erstaunlich gut zurechtfinden (*Brickman et al., 1978*), und gesunde Personen die Einbusse an Lebenszufriedenheit durch einen schlechteren Gesundheitszustand stark überschätzen (*Loewenstein – Schkade, 1999*). Nur an chronische Schmerzen und mentale Krankheiten können sich Menschen gewöhnlich nicht anpassen (*Frederick – Loewenstein, 1999*). Die überschätzte erwartete Einbusse an Wohlbefinden durch Krankheit führt in Verbindung mit der asymmetrischen Informationslage über den Gesundheitszustand und die Heilungsmöglichkeiten zwischen Arzt und Patienten zu einer Situation, in der die Ausgabenentwicklung leicht außer Kontrolle geraten kann.

Durch die starke Einbindung des öffentlichen Sektors in die Finanzierung der Gesundheitsausgaben haben die individuellen Entscheidungen auf Seite der Patienten und der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen unmittelbar Rückwirkungen auf die öffentlichen Haushalte. Sie reichen von direkten Subventionszahlungen an die Anbieter über hohe Investitionsbeträge im Krankenhausbereich bis zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungsplätze für medizinische Berufe.

Aus ökonomischer Sicht kann die Ausgabenentwicklung bzw. die absolute Höhe der Gesundheitsausgaben nicht von vornherein in Frage gestellt werden, weil sie stark durch die Bedürfnisse der Konsumenten geprägt sind, und diese Bedürfnisse im Zeitablauf zu- oder abnehmen können. Wenn sich Menschen mit steigendem Einkommen einen besseren Gesundheitszustand wünschen, kommt es auch in einer wachsenden Wirtschaft zu einem steigenden Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wertschöpfung. Aus wirtschaftspolitischer Sicht ist es interessanter, die bestehenden Systeme der Erbringung und Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen zu überprüfen und nach Regeln zu suchen, die sowohl für Anbieter als auch für Nachfrager einen Anreiz zur wirtschaftlichen Verwendung knapper Ressourcen bilden (Breyer – Zweifel, 1997). In diesen Bereich fällt vor allem die Frage, wie weit die Verlagerung der Bezahlung vom Patienten zur Sozialversicherung bzw. zur öffentlichen Hand Anreizwirkungen entfaltet, die zum vermehrten Konsum von Gesundheitsdienstleistungen führen.

Ein zweiter damit verbundener Gesichtspunkt ist das Entgeltsystem der Leistungserbringer bzw. der Anbieter medizinischer Güter. In Österreich finanzieren vor allem die Sozialversicherung und die Länder das Gesundheitssystem. Dabei besteht eine Arbeitsteilung, die mehr oder weniger entlang der Trennlinie zwischen niedergelassenen Leistungserbringern und Krankenanstalten verläuft. Der Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung war bisher das wichtigste kommunizierende Gefäß zwischen den beiden Hauptfinanzträgern. Er wurde allerdings nur für die Überweisung von Geldmitteln von der Sozialversicherung an die Krankenanstalten genutzt. Diesem Finanzierungssystem wird unterstellt, dass es Anreize zur Verlagerung der Leistungserbringung vom kostengünstigen niedergelassenen Bereich in den teuren Spitalsbereich entfaltet (Der Privatpatient, IV/2004, S. 1), weil niedergelassene Ärzte mehr Patienten an die Spitäler überweisen als effizient wäre. Dadurch steigt insgesamt der finanzielle Aufwand für die Gesundheitsversorgung.

Die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (LKF) hat die Mittelverteilung an die Spitäler von den an die Patienten erbrachten Leistungen abhängig gemacht. Darüber hinaus gehende Abgänge der Spitäler müssen von den Ländern getragen werden oder führen zu einem Aufbau der Verbindlichkeiten des

Krankenhausbetreibers. An eine Übertragung von Aufgaben aus dem Spitalsbereich an niedergelassene Ärzte in Gruppenpraxen wird derzeit nicht gedacht. Dazu müsste auch der Katalog der leistungsorientiert entlohnten Behandlungen auf den niedergelassenen Bereich ausgeweitet werden.

Die mangelnde Kommunikation zwischen den Leistungserstellern im Gesundheitsbereich wird ebenfalls oft als ein kostentreibender Faktor genannt. Wenn beim Übertritt vom niedergelassenen in den Spitalsbereich keine Weitergabe der bisher erhobenen medizinischen Daten erfolgt (Patientenakte, Untersuchungsergebnisse, usw.), besteht die Gefahr von medizinisch wertlosen Mehrfachuntersuchungen.

In diesem Sinn ist auch die Gesundheitsreform 2005 zu betrachten. Sie setzt auf mehreren Ebenen gleichzeitig an. Neben befristeten und unbefristeten Beitragserhöhungen wurden einige absolute Selbstbehalte gesteigert; Vor allem die Wiener Gebietskrankenkasse musste Leistungsausschlüsse vornehmen. Der umfassendste Reformbereich betraf die Gesundheitsorganisation, wo ein Versuch zur elektronischen Erfassung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und zu einer koordinierten Planung zur Deckung dieser Nachfrage unternommen wird.

In dieser Arbeit wird zuerst ein internationaler Vergleich von Gesundheitskennzahlen vorgenommen und im nachfolgenden Abschnitt die private Krankenversicherung in Österreich beschrieben. Danach werden die Gesundheitsreform 2005 und deren erwartete Auswirkungen besprochen. Da die erwarteten Einsparungseffekte der Gesundheitsreform aus heutiger Sicht nicht zum Ausgleich des erwarteten Zuschussbedarfs im Gesundheitswesens ausreichen, werden zwei mögliche Handlungsalternativen für die Gesundheitspolitik untersucht: (1) Rationierungen für Anbieter von Gesundheitsleistungen in Form von Normbudgets und (2) die Einführung bzw. Ausweitung von Selbsthalten in der öffentlichen Krankenversicherung. Eine Schlussfolgerung über die möglichen Auswirkungen auf die private Krankenversicherung bildet den Abschluss dieser Arbeit.

2. Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben

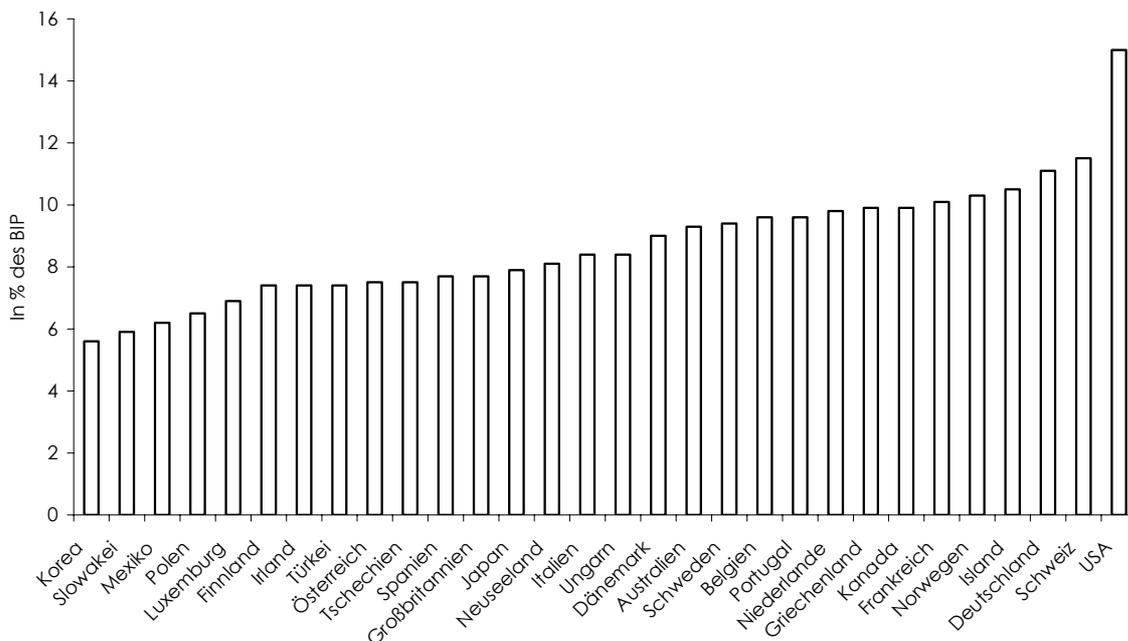
Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) koordiniert bereits seit einiger Zeit unter ihren Mitgliedstaaten die Erhebung von Daten im Gesundheitsbereich. Dabei bemüht sich die OECD stark um internationale Vergleichbarkeit, was angesichts der unterschiedlichen Struktur der Angebotsseite von Gesundheitsdienstleistungen nicht vollständig gelingen kann. In der regelmäßig erscheinenden OECD-Publikation "Health at a Glance" sind die Gesundheitsdaten in vier Themengebiete untergliedert: (1) Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, (2) Daten über die physischen Ressourcen im Gesundheitsbereich und ihre Auslastung, (3) Daten über die Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung und (4) Nicht-medizinische Bestimmungsgründe für die Gesundheit.

Im Durchschnitt der OECD-Mitglieder werden 8,8% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für Gesundheitszwecke ausgegeben. Im langfristigen Zeitvergleich mit dem Jahr 1970 entspricht das einer Zunahme um knapp 4 Prozentpunkte (1970: 5%). Das starke Interesse der Öffentlichkeit an diesem Thema ist nicht nur durch die persönliche Betroffenheit Einzelner begründet. Im Durchschnitt der OECD-Mitglieder finanziert die öffentliche Hand 70% der Gesundheitsausgaben und muss daher einen entsprechend hohen Anteil der Einnahmen diesem Zweck widmen.

Im internationalen Vergleich schwankte der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 2003 zwischen 5,6% in Korea und 15% in den USA. Österreich lag mit 7,5% im unteren Drittel (Abbildung 1). In den Gesundheitsausgaben werden von der OECD der Konsum von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich und die Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur einbezogen. Darunter fallen die öffentlichen und privaten Ausgaben für medizinische Güter und Dienstleistungen, Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und für die Verwaltung. Von der Betrachtung ausgeschlossen sind verwandte Ausgaben wie etwa Aus- bzw. Fortbildung, Forschung und Ausgaben zur Verbesserung der Umwelt. Zur besseren internationalen Vergleichbarkeit rechnet die OECD lokale Ausgaben in eine gemeinsame Währung um (US-Dollar) und korrigiert diesen Betrag um die gesamtwirtschaftlichen Kaufkraftparitäten (USD PPP). Damit ist gewährleistet, dass eine Geldeinheit in allen

Mitgliedstaaten gegen eine annähernd vergleichbare Menge an Konsumgütern getauscht werden kann.

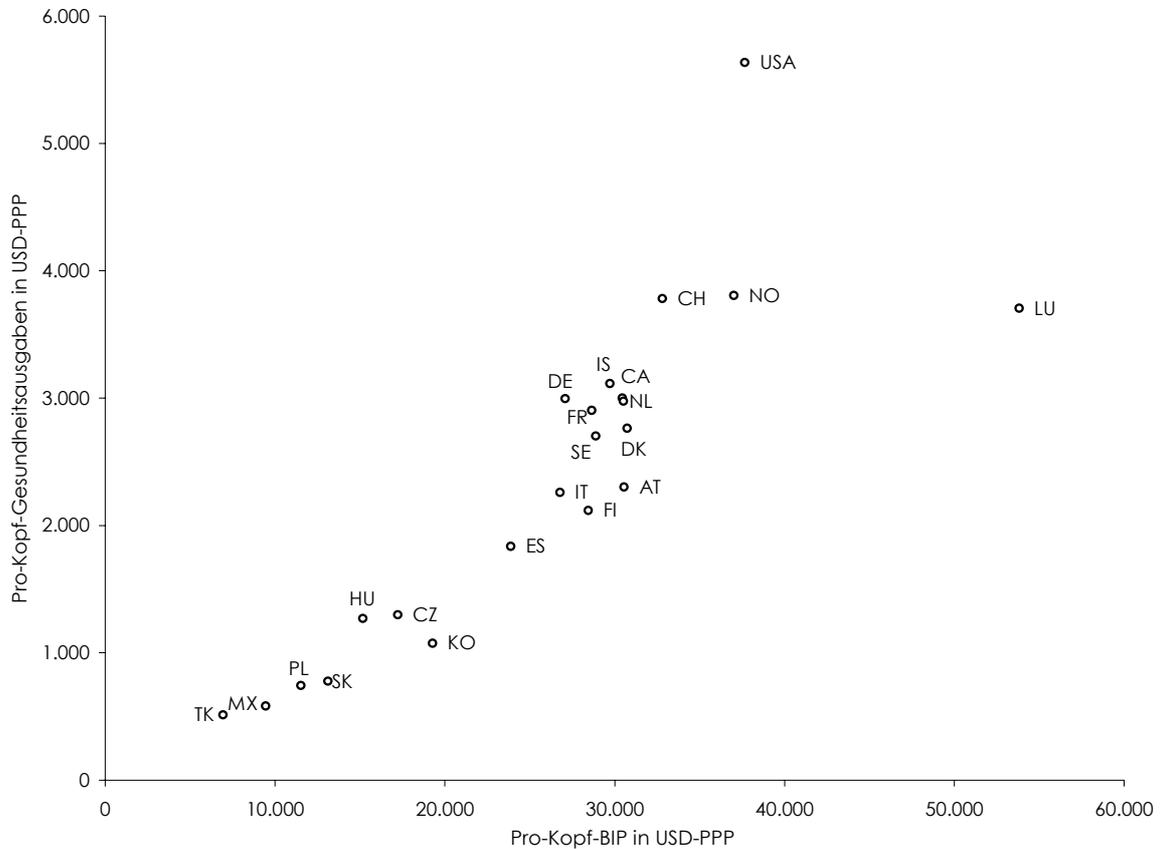
Abbildung 1: Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben insgesamt, 2003



Q: OECD.

Die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben einzelner Mitgliedstaaten werden durch unterschiedliche Marktfaktoren sowie durch die politischen und sozialen Rahmenbedingungen geprägt. Die daraus folgenden Finanzierungs- und die Organisationsstrukturen beeinflussen die Höhe der Ausgaben. Der wichtigste Faktor zur Erklärung der Ausgabenhöhe ist jedoch das Pro-Kopf-Einkommen eines Landes. Interessanterweise ist der positive Zusammenhang für Länder mit geringem Pro-Kopf-Einkommen stärker als für Länder mit vergleichsweise hohem Pro-Kopf-Einkommen, sodass in Abbildung 2 ein nicht-linearer Zusammenhang entsteht. Länder mit einem Pro-Kopf-Einkommen ab etwa 25.000 USD PPP zeigten 2003 eine Schwankungsbreite der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zwischen 2.000 und 5.700 USD PPP.

Abbildung 2: Die Beziehung zwischen Pro-Kopf-Einkommen und den Gesundheitsausgaben pro Kopf



Q: OECD

Im Zeitverlauf nahm der Unterschied zwischen den OECD-Mitgliedern ab. Länder mit ursprünglich niedrigem Ausgabenniveau holten in den letzten 10 Jahren auf, während Länder mit bereits hohem Niveau eine restriktive Ausgabenpolitik verfolgten. Im Durchschnitt der Jahre 1997 bis 2003 stiegen die Gesundheitsausgaben real um 4,3% und damit etwa doppelt so rasch wie das allgemeine Wirtschaftswachstum.

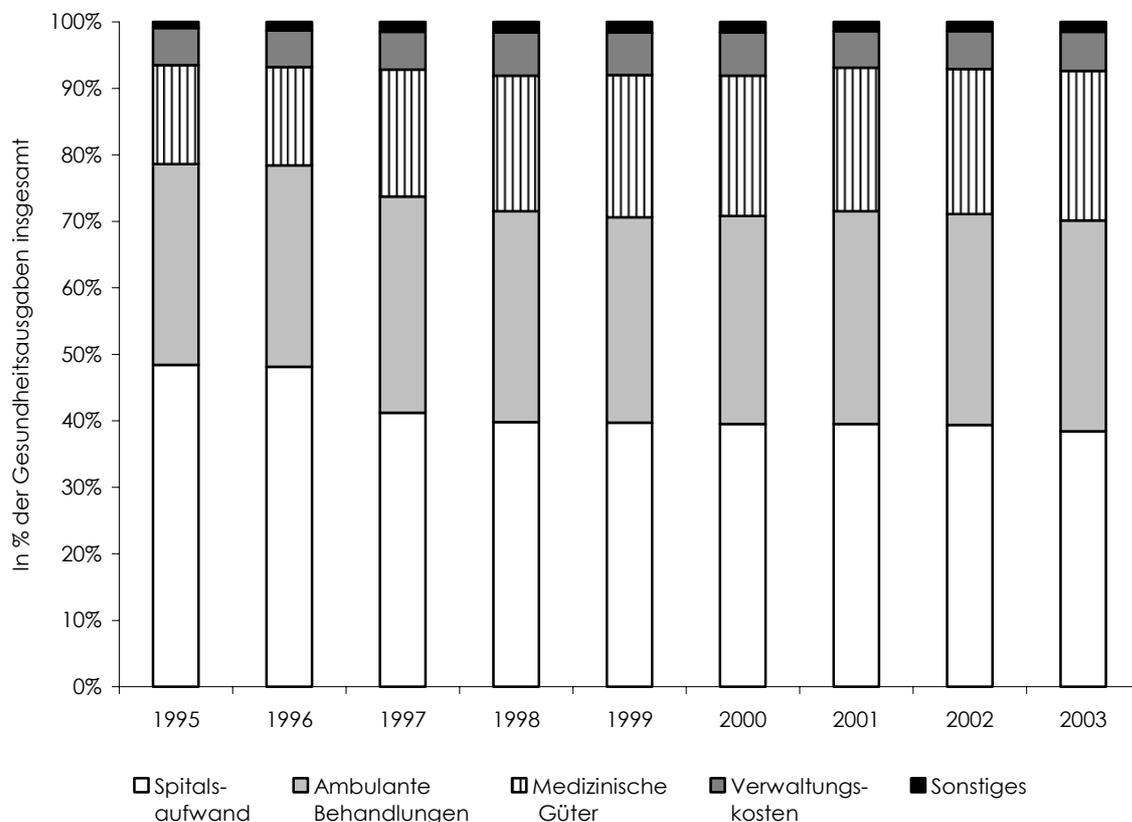
Das überdurchschnittliche Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben zwingt Regierungen regelmäßig zu einer Anpassung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit an das reale Wirtschaftswachstum. Ein Ausnahmefall dazu ist Norwegen, wo die öffentlichen Gesundheitsausgaben im letzten Jahrzehnt ausgeweitet wurden. Allerdings gibt es im Gesundheitsbereich eine zyklische Entwicklung: Phasen mit

restriktiver Handhabung lösen Phasen mit großzügiger Ausweitung der Gesundheitsausgaben ab. Beispiele dafür sind vor allem Großbritannien und Kanada, wo Einsparungsmaßnahmen zu Warteschlangen in der öffentlichen Gesundheitsversorgung führten, die in jüngster Zeit wieder zu einer Ausweitung der öffentlichen Mittel führten.

Die Ausgabenstruktur ist ebenfalls uneinheitlich. Die Gesundheitsausgaben werden von der OECD nach dem Typ der erstellten Dienstleistung und nach Art der Herstellung differenziert. Im Folgenden wird der zweite Ansatz verwendet, der zwischen (1) stationärer Behandlung, (2) ambulanter Behandlung, (3) medizinischen Gütern und (4) Verwaltungstätigkeiten unterscheidet. Für die stationäre Behandlung wurden im OECD-Durchschnitt 38% (2003) der Gesundheitsausgaben verwendet. Weitere 34% wurden für ambulante Zwecke ausgegeben und 22% für medizinische Güter. 6% des Gesundheitsaufwands gingen in die Verwaltung. Die Entwicklung der funktionalen Gesundheitsausgaben über die Zeit in Österreich ist in Abbildung 3 zu sehen. Dabei sticht der starke Anstieg des Verbrauchs medizinischer Güter hervor.

Zwischen den OECD-Mitgliedern gibt es große Unterschiede, die von den angebotenen Kapazitäten, den finanziellen Anreizen im Gesundheitssystem und der abweichenden medizinischen Praxis in einzelnen Ländern bestimmt sind. Im internationalen Vergleich besteht vor allem zwischen stationärer Behandlung und den Arten der Leistungserbringung eine negative Beziehung. Länder mit einem hohen Anteil der Ausgaben im Bereich der stationären Behandlung geben tendenziell einen geringeren Anteil der Ausgaben für medizinische Güter und ambulante Zwecke aus. Interessant ist auch der starke positive Zusammenhang zwischen dem hohen Ausgabenanteil für stationäre Behandlung und der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit. Dieser positive Zusammenhang dürfte ein Leitmotiv für die österreichische Gesundheitsreform 2005 gewesen sein. Aus dem internationalen Vergleich folgt kein Zusammenhang zwischen dem Ausgabenanteil ambulanter Behandlungen und der Höhe der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben.

Abbildung 3: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich nach ihrer Funktion



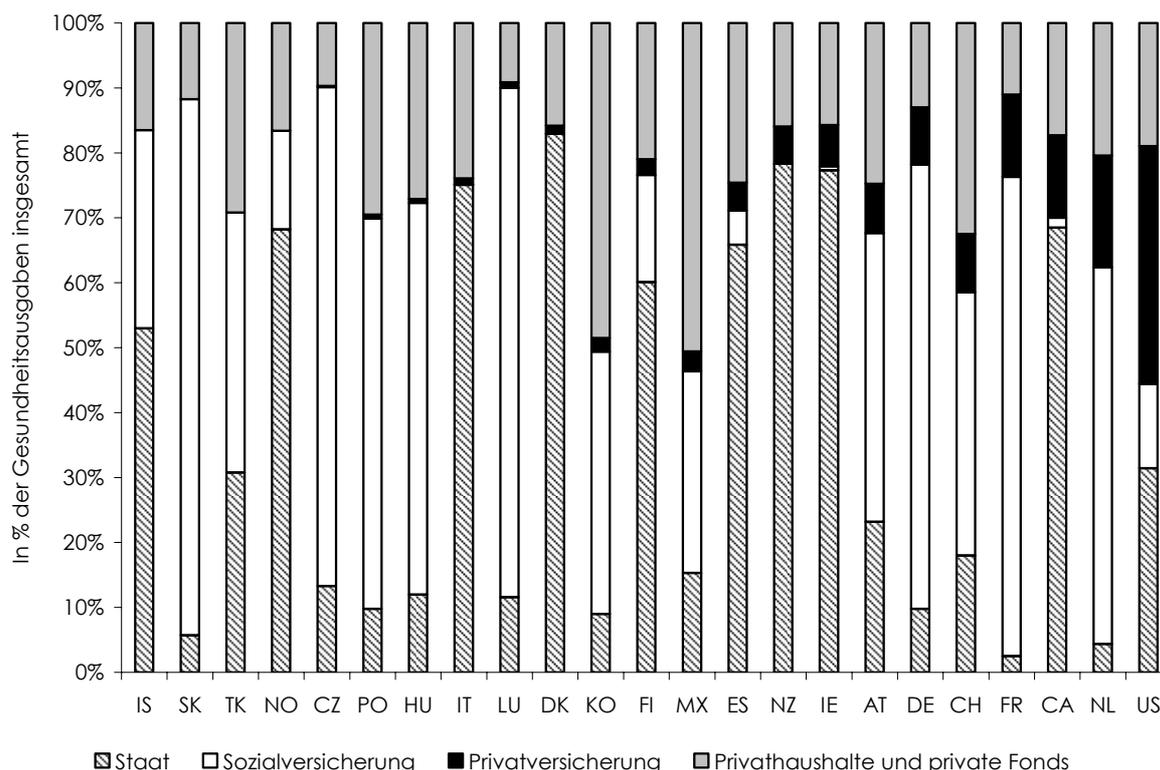
Q: OECD.

Die Finanzierungsquelle für Gesundheitsausgaben kann sowohl das Niveau als auch die Verteilung der Gesundheitsausgaben zwischen den Typen der Leistungserstellung und die Zugangsmöglichkeiten der Bevölkerung beeinflussen. Die OECD unterscheidet zwischen vier Finanzierungsquellen: (1) staatliche Mittel, (2) Mittel aus der Sozialversicherung, (3) Mittel aus der privaten Krankenversicherung und (4) direkte Ausgaben der privaten Haushalte. Abbildung 4 zeigt einen internationalen Vergleich der Finanzierungsstruktur, in dem die Länder von links nach rechts entsprechend dem Anteil der Mittel, die aus der privaten Krankenversicherung stammen, aufsteigend geordnet sind.

Der öffentliche Sektor ist in allen Mitgliedstaaten die größte Finanzierungsquelle für Gesundheitsausgaben. Entweder in Form direkter Zahlungen vom Staat an die

Leistungserbringer oder indirekt über eine Sozialversicherung. Die meisten Länder setzen entweder auf direkte staatliche Zahlungen oder auf die Sozialversicherung. Nur in Island, Mexiko, Österreich und der Türkei werden annähernd gleichwertig gemischte Finanzierungsformen angewendet.

Abbildung 4: Finanzierungsquellen der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich, 2003



Q: OECD.

In Island, Norwegen, der Slowakei und der Türkei scheint es keine private Krankenversicherung zu geben. Die osteuropäischen Länder haben ebenfalls vergleichsweise geringe Privatversicherungsanteile. Herausstechend ist, wie bei vielen Vergleichen im Gesundheitsbereich, die USA, wo der Anteil der privaten Krankenversicherung an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben mehr als ein Drittel beträgt. Mit deutlichem Abstand folgen die Niederlande, Frankreich und Kanada. Gemeinsam mit Deutschland liegt Österreich im obersten Drittel der Vergleichsländer. Insgesamt besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil der Privatversicherungen an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben und

der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben (Korrelation: 0,66). Zwischen dem Finanzierungsanteil der privaten Haushalte in Form von direkten leistungsbezogenen Zahlungen an die Leistungserbringer und der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben besteht hingegen ein deutlich negativer Zusammenhang (Korrelation: -0,42). Der Zusammenhang zwischen Privatversicherungsanteil und dem Anteil eigener direkter Ausgaben der Haushalte ist hingegen sehr gering (Korrelation: -0,11).

Die bivariaten Zusammenhänge können in einem Regressionsmodell über den Länderquerschnitt zusammengefasst werden. Die Ergebnisse mehrerer Modellvarianten sind in Übersicht 1 dargestellt. Die mit I bis IX bezeichneten Spalten in Übersicht 1 enthalten für jedes Modell die Koeffizienten, die Zahl der Beobachtungen und eine Kennzahl für das Ausmaß der Variation der Gesundheitsausgaben, welches durch das jeweilige Modell erklärt wird (R^2). Die einzelnen Modelle unterscheiden sich durch die einbezogenen Erklärungsfaktoren. Modell I enthält z. B. das Pro-Kopf-Einkommen, den Anteil der Privatversicherung an der Finanzierung und den Anteil ambulanter Behandlungen. Da es für den Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben und den diversen Indikatoren aus dem Gesundheitsbereich keinen einheitlichen theoretischen Rahmen gibt, werden verschiedene Kombinationen der Variablen in die Schätzgleichung eingesetzt. Das Pro-Kopf-Einkommen ist in allen Modellversionen hoch signifikant und scheint die treibende Kraft zur Erklärung von Gesundheitsausgaben zu sein. Mehr als 90% des Unterschieds der Gesundheitsausgaben zwischen den Ländern können mit der Einkommenshöhe erklärt werden. Zusätzliche Indikatoren mit geringerer Erklärungsfähigkeit sind der Anteil der Privatversicherungen an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben und der Anteil der pharmazeutischen Produkte an den Gesundheitsausgaben. Während Länder mit hohem Anteil von Privatversicherungen tendenziell höhere Gesundheitsausgaben tätigen, ist in Ländern mit einem hohen Verbrauch pharmazeutischer Produkte der Gesundheitsaufwand pro Kopf tendenziell niedrig. Die Verbindung zwischen hohem Finanzierungsanteil der Privatversicherung und tendenziell höherem Gesamtaufwand für Gesundheitsausgaben im Länderquerschnitt bestätigt auch die OECD (2004). Aus den Gleichungen sind zwar keine Kausalitäten abzulesen, interessant ist aber

Übersicht 1: Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben, Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsindikatoren

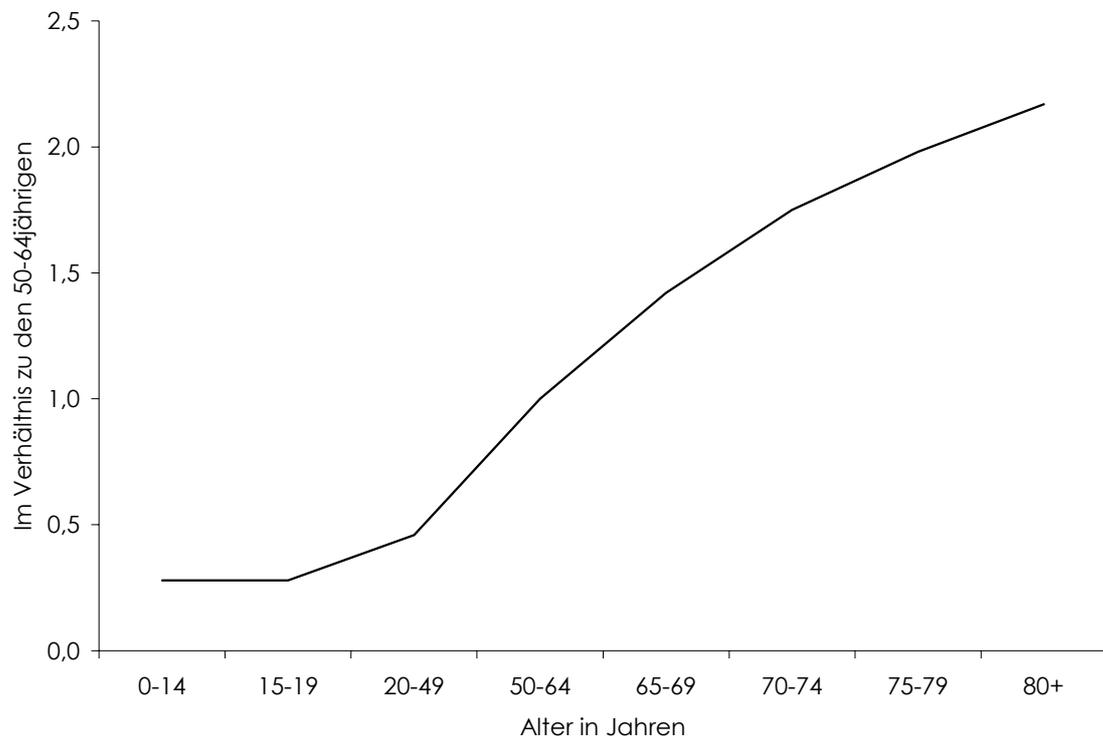
Erklärende Variable	Modell								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Log. Bruttoinlandsprodukt	1,1267 ***	1,1805 ***	1,2731 ***	1,0777 ***	1,3351 ***	1,2801 ***	1,1921 ***	1,3509 ***	1,3656 ***
Anteil Privatversicherung an Finanzierung	0,0115 ***	0,0156 ***	0,0129 **						
Anteil Haushalte an Finanzierung				-0,0069 *	-0,0035	-0,0057			
Anteil öffentlicher Sektor an Finanzierung		0,0068			-0,0004		-0,0007	-0,0032	-0,0026
Anteil stationäre Behandlung								0,0019	
Anteil ambulante Behandlung									
Anteil Pharmaprodukte	-0,0125 **		-0,0006	-0,0180 ***		0,0074	-0,0141 **		0,0010
Anzahl der Beobachtungen	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Korr. R ²	0,96	0,95	0,95	0,95	0,92	0,93	0,94	0,92	0,92

Anmerkung: Ergebnisse einer Regression der Gesundheitsausgaben pro Kopf in USD PPP auf erklärende makroökonomische Größen und Indikatoren aus dem Gesundheitsbereich. Die Daten stammen aus der OECD Health Data Base. Das Bruttoinlandsprodukt ist in USD zu Kaufkraftparitäten. * zeigt Signifikanz am 10%-Niveau an. ** zeigt Signifikanz am 5%-Niveau an. *** zeigt Signifikanz am 1%-Niveau an.

dennoch, dass Unterschiede im Grad der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitssystems nicht systematisch mit dem Niveau der Gesundheitsausgaben zusammenhängen. Weiters gibt es keinen systematischen Zusammenhang mit dem Anteil der Gesundheitsausgaben, der von den privaten Haushalten direkt bezahlt wird. Die kostensenkende Rolle ambulanter Behandlungsmethoden kann in diesem internationalen Querschnitt ebenfalls nicht nachgewiesen werden.

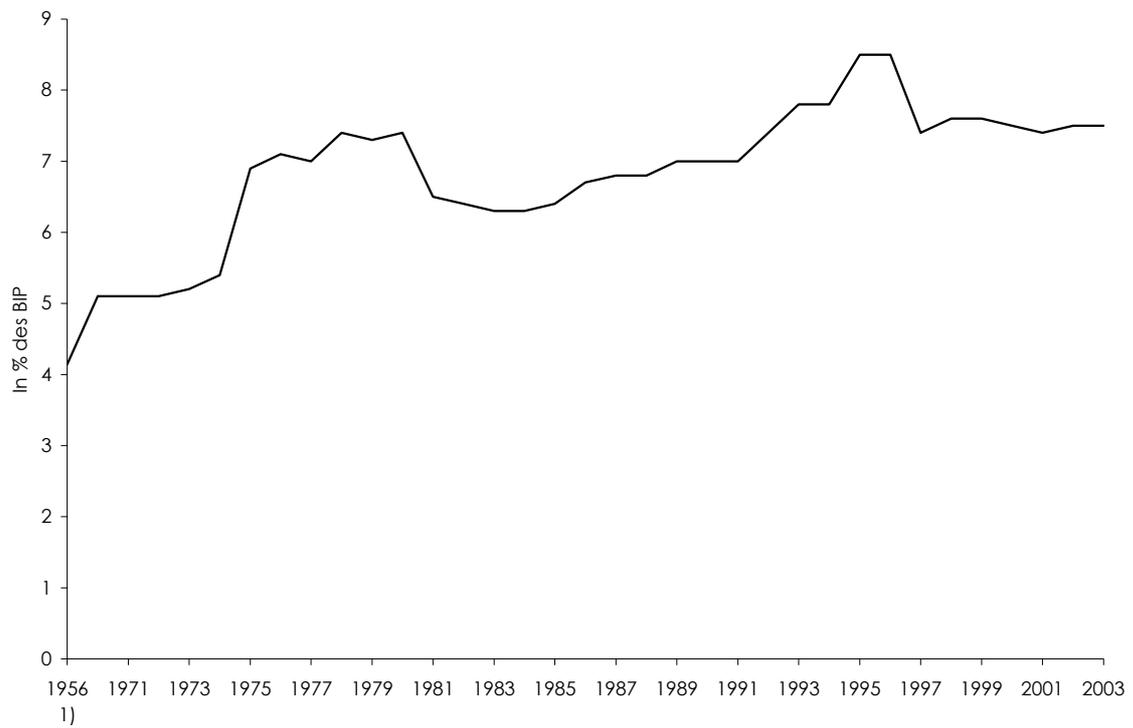
Kotlikoff – Hagist (2005) machen eine Vorschau der Gesundheitsausgaben für 10 OECD-Länder. Darunter befindet sich auch Österreich. Die Prognose berücksichtigt das länderspezifische reale Wirtschaftswachstum, die Reaktion der Gesundheitsausgaben auf das höhere Pro-Kopf-Einkommen und die altersspezifischen Ausgabenprofile für Gesundheit von *Hofmarcher – Riedel (2002)*. Im internationalen Vergleich ist das Altersprofil der Gesundheitsausgaben in Österreich flach. Während die unter 20-jährigen nur knapp 30% der Ausgaben für 50-64-jährige beanspruchen, wird für die über 80-jährigen knapp mehr als das Doppelte ausgegeben (Abbildung 5). Für die zukünftige Entwicklung der Pro-Kopf Gesundheitsausgaben können verschiedene Annahmen gesetzt werden. Die untere Schranke ziehen *Kotlikoff und Hagist* mit der Wachstumsrate des realen Pro-Kopf-Einkommens in Österreich. Unter dieser Annahme gibt es also keinen Unterschied zwischen Pro-Kopf Einkommenswachstum und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben. Die obere Schranke wird durch einen Zuschlag auf diese Wachstumsrate im Ausmaß des tatsächlichen Wachstumsunterschieds zwischen Gesundheitsausgaben und Einkommen in der Zeit zwischen 1970 und 2002 gesetzt. Unter diesen Annahmen erwarten *Kotlikoff – Hagist (2005)* einen Anstieg der Gesundheitsausgaben in Österreich im Ausmaß zwischen 0,71% und 5,7% des Bruttoinlandsproduktes (Abbildung 6).

Abbildung 5: Pro-Kopf Gesundheitsausgaben in Österreich nach Altersklassen



Q: Hofmarcher - Riedel (2002). - Normiert auf Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren.

Abbildung 6: Gesundheitsausgaben in Österreich insgesamt 1970 bis 2003



Q: OECD - 1) Wert für 1956 von WIFO geschätzt.

3. Die private Krankenversicherung in Österreich

Der vorige Abschnitt zeigte bereits, dass in Österreich der Großteil der Gesundheitskosten durch die öffentliche Hand finanziert wird. Die Pflichtversicherung für Erwerbstätige und Pensionisten sowie die teilweise kostenlose Mitversicherung für Angehörige führen dazu, dass fast die gesamte Bevölkerung im Bereich der öffentlichen Krankenversicherung eine weitgehende medizinische Versorgung in Anspruch nehmen kann. Für die private Versicherungswirtschaft verbleibt daher nur mehr ein weitgehend reduziertes Betätigungsfeld im Bereich von Zusatzleistungen wie etwa der freien Arztwahl, der Deckung des Verdienstentganges für einige Berufsgruppen, der Deckung von Selbstbehalten und der Pflegevorsorge (Übersicht 2). Innerhalb dieses Rahmens bewegen sich auch die Angebote der Versicherungsunternehmen.

In Österreich werden grob eingeteilt vier Arten der privaten Krankenversicherung angeboten: (1) die Krankenhauskosten-Zusatzversicherung, (2) die Versicherung der Kosten ambulanter oder alternativ-medizinischer Behandlungen, (3) die Krankenhaustaggeldversicherung und (4) die Pflegeversicherung. Durch die Möglichkeit zur freien Vertragsgestaltung sind Abweichungen und Mischungen dieser vier Grundtypen leicht möglich.

Die Krankenhauskosten-Zusatzversicherung kommt für die Mehrkosten eines stationären Aufenthaltes in der Sonderklasse von Spitälern auf. Den Spitalspatienten wird damit ein höherer Komfort während des Aufenthaltes ermöglicht. Durch die Möglichkeit zur freien Vertragsgestaltung können auch spezielle Leistungen in die Versicherungsdeckung eingeschlossen werden. Dazu zählen der Ersatz von Transportkosten, des Tagegelds für Kur- und Rehabilitationsaufenthalte, der Kosten für die Begleitperson eines mitversicherten Kindes usw. Die Zusatzhonorare für den behandelnden Arzt sollen nicht nur die freie Arztwahl ermöglichen, sondern auch die Wartezeiten für Behandlungs- und Operationstermine verkürzen. In eigenständigen Versicherungsverträgen werden auch die Kosten ambulanter Eingriffe ersetzt. Für Spitäler, die den Status einer Vertragseinrichtung mit einem Versicherungsunternehmen haben und dementsprechend in den Vertragslisten aufscheinen, werden die Leistungen des Spitals direkt mit dem

Übersicht 2: Vergleich der öffentlichen Krankenversicherung mit der privaten Krankenzusatzversicherung

	Öffentliche Krankenversicherung			Prämien- einnahmen	Private Krankenzusatzversicherung				
	Beiträge für Versicherte	Selbstbe- halte	Versicherungs- leistungen		Kapital- erträge	Insgesamt	Aufwendungen für Versiche- rungsfälle	Nettodotierung vers.techn. Rück- stellungen und Prämienrückgewähr	
	Mrd. €								
1980	2,533	0,262	2,663	0,434	.	0,046	0,328	0,046	
2000	8,192	1,241	9,451	1,164	0,147	0,167	0,928	0,167	
2001	8,496	1,387	9,779	1,212	0,142	0,186	0,953	0,186	
2002	8,645	1,419	10,144	1,259	0,130	0,188	0,965	0,188	
2003	8,834	1,446	10,415	1,306	0,111	0,191	0,994	0,191	
2004	9,436	1,445	10,855	1,354	0,131	1,233	1,013	0,219	
	In % des nominellen BIP								
1975	5,04	0,52	5,30	0,86	.	0,09	0,65	0,09	
2000	3,89	0,59	4,49	0,55	0,07	0,08	0,44	0,08	
2001	3,94	0,64	4,53	0,56	0,07	0,09	0,44	0,09	
2002	3,92	0,64	4,60	0,57	0,06	0,09	0,44	0,09	
2003	3,89	0,64	4,59	0,58	0,05	0,08	0,44	0,08	
2004	3,98	0,61	4,58	0,57	0,06	0,52	0,43	0,09	

Q: FMA, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ST.AT.

Versicherungsunternehmen verrechnet, sodass eine Vorauszahlung durch den Patienten nicht notwendig ist. Einige Anbieter zahlen im Bedarfsfall auch eine Hauspflegepauschale nach ambulanter tagesklinischer Behandlung aus. Alternativ zum Aufenthalt in der Sonderklasse kann ein Ersatztagegeld bei Verzicht auf Sonderklasseleistungen zur Auszahlung gelangen.

Die Zahl der Versicherten in der Krankenzusatzversicherung stagnierte in den letzten Jahren auf hohem Niveau. Deshalb suchen die Anbieter alternative Bereiche für Angebote von Versicherungsschutz. Sie müssen sich dabei auf Bereiche beschränken, in denen für die Versicherten selbst zu finanzierende Gesundheitsausgaben anfallen. Ein solcher Bereich sind die Kosten ambulanter oder alternativ-medizinischer Behandlungen. Dazu zählt der Ersatz von Kosten für Ärzte ohne Kassenverträge, die Behandlung unter Nutzung alternativer medizinischer Methoden (z. B. physiotherapeutische Heilbehandlungen, Massagen, Heilgymnastik, Logopädie), die Deckung der Kosten von Medikamenten, die nicht von den Krankenkassen in den Arzneimittelkatalog aufgenommen werden (z. B. Homöopathie), tagesklinische Behandlungen oder ärztlich verordnete Hilfsmittel bzw. Heilbehelfe, für die hohe Selbstbehalte gelten (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Bandagen, Hörapparate).

Die Krankenhaustaggeldversicherung zahlt für jeden Tag des Spitalaufenthaltes einen vereinbarten Betrag aus. Die Versicherungsleistung kann sowohl den Verdienstausfall ersetzen als auch den krankheitsbedingt höheren Aufwand decken (Kosten für eine Haushaltshilfe, Kinderbetreuung usw.).

Die Pflegeversicherung ersetzt die Kosten für die Pflege im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegekostenversicherung) oder leistet ein bestimmtes Pflegegeld. Sie erbringt auch Pflegerentenleistungen, entsprechend dem notwendigen Betreuungsaufwand. Die Angebote verknüpfen die Pflegeversicherung teilweise mit dem Bezug des öffentlichen Pflegegeldes, teilweise setzt die Versicherungsleistung mit der Nachbehandlung eines stationären Aufenthaltes ein. Dazu zählen auch die Kosten für Hauskrankenpflege, für Heimhilfe und den stationären Aufenthalt in einem Pflegeheim oder auf einer Pflegestation in einem Pensionistenheim.

Die Angebotsstruktur im Markt für Privatversicherungen ist vergleichsweise hoch konzentriert. Bereits 1990 konnten die größten drei Unternehmen 65% des gesamten Prämienvolumens einnehmen. Bis 2004 weitete sich dieser Anteil auf 84% aus (Übersicht 3). Die Konsolidierung in der Branche ist auch an der Entwicklung der Risiken ersichtlich (Übersicht 4). Im Jahr 2004 konnten die Privatversicherer erstmals seit Jahren wieder einen Anstieg der versicherten Risiken verzeichnen. Im Vergleich dazu profitierte die Sozialversicherung kontinuierlich von der steigenden Erwerbstätigkeit und der zunehmenden Bevölkerung.

Übersicht 3: Vergleich der Marktanteile in der Krankenversicherung, 1990 und 2004

Versicherer	1990		2004	
	Abgegrenzte Bruttoprämien, Gesamtrechnung	Marktanteil In %	Abgegrenzte Bruttoprämien, Gesamtrechnung	Marktanteil In %
Austria Kranken	Mio. € 206,4	24,2	Mio. € 672,0	49,6
Wiener Städtische	181,4	21,2	279,8	20,7
Bundesländer	166,1	19,5	188,1	13,9
Merkur	112,8	13,2	172,7	12,8
Erste Allgemeine/Interunfall RAS	94,0	11,0	32,8	2,4
Collegialität	72,3	8,5	5,5	0,4
Wiener Allianz	16,4	1,9	2,6	0,2
Volksfürsorge Jupiter	4,5	0,5		
Insgesamt	854,0	100,0	1.353,6	100,0
Anteil der drei größten Versicherungsunternehmen in %		64,9		84,2

Q: FMA. - Verbundene Unternehmen sind in eine Einheit zusammengeführt.

Übersicht 4: Kennzahlen der öffentlichen und privaten Krankenversicherung

	Versicherte bzw. Risiken		Versicherungsleistungen		Versicherungsleistungen je Versicherten bzw. Risiko	
	öffentlich	privat	öffentlich	privat ¹⁾	öffentlich	privat
	In 1.000		Mrd. €		In €	
1985	4.847	2.834	3,613	0,593	745	209
1986	4.888	2.838	3,849	0,613	788	216
1987	4.915	2.848	4,090	0,635	832	223
1988	4.952	2.867	4,405	0,667	889	233
1989	5.010	2.881	4,674	0,716	933	248
1990	5.091	2.902	4,988	0,775	980	267
1991	5.188	2.915	5,498	0,846	1060	290
1992	5.272	2.903	6,339	0,904	1202	311
1993	5.311	2.892	6,839	0,981	1288	339
1994	5.356	2.762	7,281	1,009	1359	365
1995	5.397	2.749	7,681	1,051	1423	382
1996	5.419	2.734	7,807	1,029	1441	376
1997	5.446	2.699	8,157	1,023	1498	379
1998	5.515	2.665	8,582	1,041	1556	391
1999	5.553	2.585	9,141	1,058	1646	409
2000	5.696	2.578	9,451	1,095	1659	425
2001	5.773	2.561	9,779	1,138	1694	444
2002	5.853	2.547	10,144	1,153	1733	453
2003	5.930	2.524	10,415	1,185	1756	469
2004	6.019	2.540	10,855	1,233	1803	486

Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, FMA. - ¹⁾ Aufwendungen für Versicherungsfälle zuzüglich Nettodotierung versicherungstechnischer Rückstellungen.

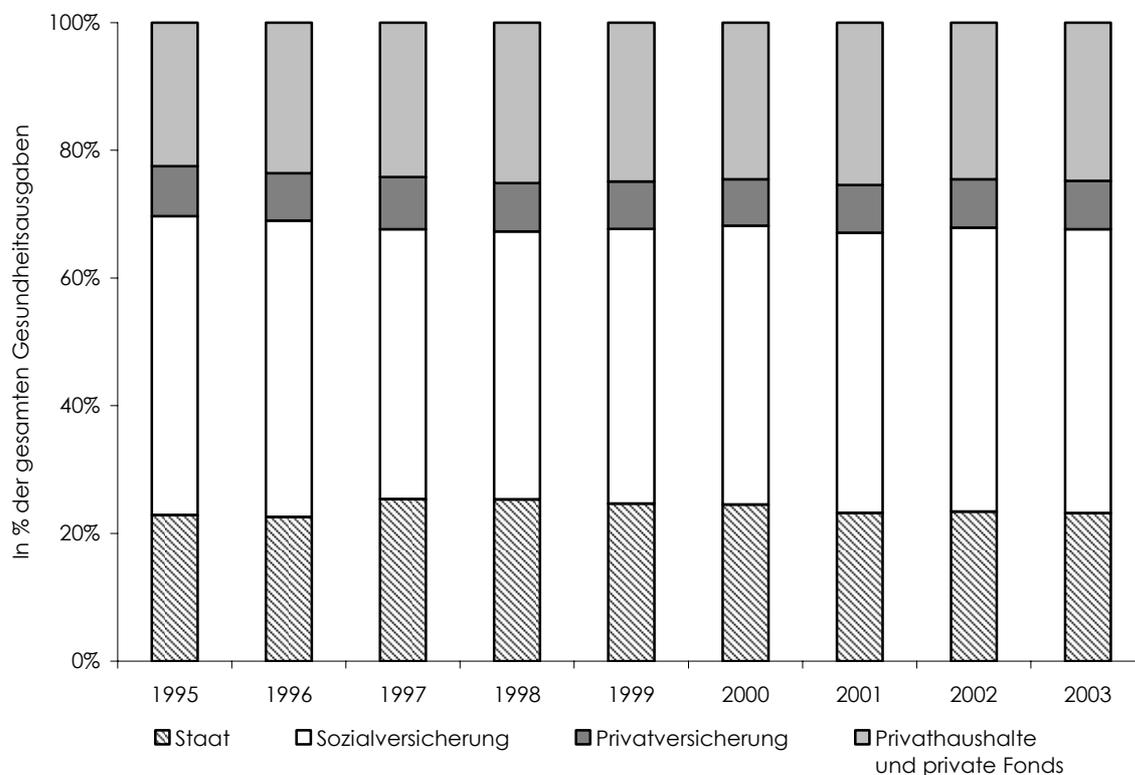
4. Die Gesundheitsreform 2005

Der internationale Vergleich zeigt, dass private Finanzierungsquellen, vor allem die direkten Zahlungen privater Haushalte aber auch die Zahlungen privater Krankenversicherer in Österreich etwas über dem internationalen Durchschnitt liegen. Sie stiegen im Zeitverlauf leicht an (Abbildung 7). Diese allgemeine Finanzierungsstruktur erstaunt angesichts der Tatsache, dass in Österreich vergleichsweise viele Behandlungen im stationären Bereich erfolgen, dessen Finanzierung durchwegs auf öffentlichen Geldern beruht. Die Querschnittsanalyse unter den OECD-Ländern in Abschnitt 2 lässt jedenfalls nicht die eindeutige Schlussfolgerung zu, dass Gesundheitssysteme mit hohem Anteil ambulanter Behandlungen einen geringeren finanziellen Aufwand mit sich bringen.

Die Gesundheitsreform 2005 beruht zum Großteil auf einer Art. 15a B-VG-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern, in der zusätzliche Beitragseinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Organisationsreform des gesamten Gesundheitswesens beschlossen wurden. Das Finanzausgleichsgesetz 2005 (BGBl. I Nr. 156/2004), das Gesundheitsreformgesetz 2005 (BGBl. I Nr. 179/2004) und das 3. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz (BGBl. I Nr. 171/2004) schaffen neue Institutionen zur besseren Koordination der Gesundheitsleistungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden, ändern die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems und passen das Leistungsrecht geringfügig an.

Im Rahmen des Finanzausgleichs wird in Abständen von vier Jahren regelmäßig die Aufteilung der Finanzierung der Krankenhäuser zwischen dem Bund und den Ländern neu geregelt. Mit Ende 2004 trat die vorhergehende Vereinbarung außer Kraft. Die neuen Regelungen werden für die nächsten vier Jahre bis Ende 2008 ihre Wirkung entfalten. Die Umsetzung der Vereinbarung erfordert jedoch noch die Anpassung einiger Landesgesetze, wobei die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds

Abbildung 7: Finanzierungsquellen der Gesundheitsausgaben in Österreich



Q: OECD.

spätestens bis Anfang 2006 wirksam werden muss. Wenn es keine Einigung zwischen Bund und Ländern gegeben hätte, wäre wieder der Zustand der Spitalsfinanzierung vor der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung eingetreten.

4.1 Steigerung der Einnahmen

Die Gesundheitsreform 2005 enthält auf der Einnahmenseite eine vorübergehende Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrags um 0,1 Prozentpunkte, die insgesamt einen Mehrertrag von 120 Mio. € erbringen soll. Die Frist für den höheren Beitragssatz endet mit dem Jahr 2008. Danach soll wieder der ursprüngliche Beitragssatz gelten, weil in der Zwischenzeit die Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung wirksam sein sollten. Die zusätzlichen Einnahmen gehen zur Hälfte an die Länder und

sollen dort die Finanzierung der Krankenanstalten erleichtern. Die andere Hälfte verbleibt in der Sozialversicherung und soll dort zur Deckung des erwarteten Defizits eingesetzt werden.

Als zweite Maßnahme zur Steigerung der Einnahmen wurde die Tabaksteuer erhöht. Die geschätzten Mehreinnahmen dieser Maßnahme betragen 90 Mio. €. Sie konnten jedoch bislang nicht erzielt werden, weil die Konsumenten auf die Preiserhöhung stärker als erwartet mit Kaufzurückhaltung reagieren. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Einnahmen aus der Tabaksteuer 2005 nur um 1,7% oder 22 Mio. € höher.

Drittens wurde die Höchstbeitragsgrundlage außerordentlich um 90 € angehoben. Die erwarteten zusätzlichen Einnahmen dieser Maßnahme in der Höhe von 30 Mio. € werden wieder zwischen Ländern und der Sozialversicherung aufgeteilt.

Schließlich wurde den Ländern freigestellt, die Spitalskostenbeiträge um bis zu 2 € pro Tag anzuheben, womit zusätzliche Einnahmen in der Größenordnung von 15 Mio. € verbunden sein sollen.

4.2 Leistungskürzungen

Die Versicherten müssen nunmehr bundesweit einen höheren Selbstbehalt für Sehbehelfe bezahlen. Das damit verbundene Einsparungspotential für die Krankenversicherung beträgt immerhin 35 Mio. €.

Den einzelnen Gebietskrankenkassen ist es aber freigestellt ihre Satzungsleistungen an die Lage der Gebarung anzupassen. Das betrifft im Fall der Gebietskrankenkasse Wien höhere Selbstbehalte bei Inanspruchnahme von Kuraufenthalten, Krankentransporten, Reise- und Fahrtkosten, Kunststoffprothesen und Krankengeld.

4.3 Organisatorische Änderungen

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems erfolgt zu etwa 45% über Sozialversicherungsbeiträge (Abbildung 4). Weitere 23% der Ausgaben werden über öffentliche Zuwendungen aus den öffentlichen Haushalten – im Wesentlichen zur Spitalerhaltung – aufgebracht. In Summe werden also in Österreich 68% der Aufwendungen durch öffentliche Einrichtungen finanziert. Im Durchschnitt der OECD-

Länder sind es 72%. Der Anteil öffentlicher Haushalte an der Finanzierung liegt in Österreich bereits unter dem Anteil der von privaten Haushalten direkt gezahlten Gesundheitsausgaben in der Höhe von 25%. Die privaten Krankenversicherer leisten den Rest von knapp 8%.

Die Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens in Österreich unterscheidet sich nur unwesentlich von den Vergleichsländern. Auffällig ist allenfalls der etwas höhere Anteil von Privatversicherungen und direkten Zahlungen privater Haushalte. Ähnlich wie in anderen Ländern übernimmt auch in Österreich die öffentliche Hand den Großteil der Finanzierung von Behandlungen. Die Nutznießer der Behandlung tragen nur einen Bruchteil der Behandlungskosten in Form direkter Zahlungen. Die Trennung zwischen Zahler und Nutznießer bzw. die Aufteilung der Belastung unter einzelnen Zahlern wird oft als ein Grund für die hohe Dynamik der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf angeführt.

Die Gesundheitsreform 2005 versucht zumindest im Bereich der öffentlichen Finanzierung eine koordinierte Vorgehensweise einzurichten. In Österreich ist die Sozialversicherung überwiegend für die Zahlung von Behandlungen im niedergelassenen Bereich und von Medikamenten zuständig, während die öffentliche Hand den Abgang in den Krankenanstalten einschließlich der dort stattfindenden ambulanten Behandlungen deckt. Die Privatversicherungen finanzieren wiederum überwiegend Zusatzhonorare für Spitalsärzte und Hotelkosten in den Spitälern (Übersicht 5). Die privaten Haushalte sind durch Selbstbehalte in der ambulanten und der stationären Behandlung belastet und müssen nicht durch die Sozialversicherung gedeckte Leistungen - vor allem im Bereich der Alternativmedizin - selbst tragen.

Da die Sozialversicherung und die Spitalerhalter nicht koordiniert vorgehen, kommt es zu doppelgleisigen Behandlungen. Weiters entsteht der Anreiz zum Verschieben der Behandlung zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich. In Zukunft soll die öffentliche Finanzierung weiterhin nicht aus einer Hand fließen. Die bereits bisher tätigen Institutionen bleiben erhalten, sie bekommen allerdings einen neuen Steuerungsapparat vorgesetzt. Mit der Bundesgesundheitsagentur und den 9

Übersicht 5: Struktur der Gesundheitsausgaben in der öffentlichen und der privaten Krankenversicherung, 2004

	Öffentliche Versicherung		Privatversicherung	
	Mio. €	In %	Mio. €	In %
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	2.841,1	26,2	44,3	4,6
Heilmittel (Arzneien)	2.423,4	22,3	10,8	1,1
Heilbehelfe und Hilfsmittel	245,5	2,3	33,4	3,4
Zahnbehandlung und Zahnersatz	705,0	6,5	48,1	5,0
Verpflegungskosten und sonstige Leistungen	298,8	2,8	-	-
Überweisung an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	2.937,7	27,1	699,2	72,1
Medizinische Hauskrankenpflege	9,3	0,1	-	-
Krankengeld	369,4	3,4	103,0	10,6
Mutterschaftsleistungen	452,5	4,2	0,8	0,1
Medizinische Rehabilitation	212,0	2,0	25,1	2,6
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung	57,3	0,5	-	-
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	85,8	0,8	-	-
Bestattungskostenzuschuss	0,0	0,0	0,1	0,0
Fahrtspesen und Transportkosten	159,0	1,5	4,5	0,5
Vertrauensärztlicher Dienst und sonstige Betreuung	58,1	0,5	-	-
	10.854,8	100,0	969,3	100,0

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs.

Landesgesundheitsfonds mit zugehörigen Gesundheitsplattformen sollen Einrichtungen geschaffen werden, die innerhalb der gegenwärtigen Struktur eine bessere Abgleichung der Interessenslage und ein stärker koordiniertes Auftreten ermöglichen.

Die Bundesgesundheitsagentur wird vom Bund als öffentlich-rechtlicher Fonds eingerichtet und soll die bundesweite Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens übernehmen. Dazu zählen die Gesamtplanung des Leistungsangebotes in Krankenhäusern, Ambulanzen und Arztpraxen sowie der Großgeräteplan. Eine weitere Aufgabe ist die Übernahme der leistungsorientierten Vergütungssysteme, der Qualitätssicherung, der Gesundheitsvorsorge und der elektronischen Dokumentation von Gesundheitsleistungen. Angestrebt wird dabei ein Datenaustausch zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten. Im Gesundheitstelematikgesetz (BGBl. I Nr. 179/2005) wird die Einführung eines entsprechenden Informationsmanagements geregelt, das auch die Datensicherheit im elektronischen Austausch gewährleisten soll. Dadurch soll ein oftmals angeführtes Problem des österreichischen Gesundheitssystems gelöst werden. Durch die leistungsbezogene Entlohnung über zwei nicht kommunizierende Finanzträger (Sozialversicherung und Land) entsteht der Anreiz für Doppeluntersuchungen, und es fehlen ganz allgemein Behandlungsschnittstellen zwischen den Leistungserstellern. Die nunmehr vollständig ausgehändigte E-card¹⁾ (Die Presse vom 4. 12. 2005) könnte ein Anknüpfungspunkt für die elektronische Kommunikation sein.

Das entscheidende Gremium in der Bundesgesundheitsagentur wird die Bundesgesundheitskommission sein, die paritätisch von Bund, Ländern, der Sozialversicherung, der Ärztekammer, den Städten und Gemeinden, den konfessionellen Spitälern und der Patientenvertretung beschickt wird. Die Mehrheit in diesem Gremium werden die Vertreter des Bundes haben, wobei gültige Beschlüsse grundsätzlich einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung getroffen werden müssen.

1) http://www.hauptverband.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=219&p_menuid=58264&pub_id=115351&p_id=2

Die neun Landesgesundheitsfonds dienen zur Erfüllung landesspezifischer Gesundheitsaufgaben. Im Landesgesundheitsfonds hat die Gesundheitsplattform die Entscheidungsbefugnis. Sie ist wie die Gesundheitskommission besetzt, hat aber je nach Thema unterschiedliche Mehrheitsverhältnisse. Für Entscheidungen betreffend den stationären Bereich und die Spitalsambulanzen hat das jeweilige Bundesland die Mehrheit. Für die niedergelassenen Ärzte und andere Leistungserbringer hat die Sozialversicherung die Mehrheit. Im so genannten Kooperationsbereich – das ist jener Bereich in dem sich die Kompetenzen überschneiden – muss stets Einvernehmen zwischen den beiden Finanzierungsträgern hergestellt werden. Die Landesgesundheitsfonds können zur Beratung eine Gesundheitskonferenz einrichten, in der alle wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind. In der Kompetenzverteilung zwischen den Gesundheitsplattformen und der Gesundheitskommission hat der Bund ein Vetorecht, falls gegen Beschlüsse der Gesundheitskommission verstoßen wurde.

Die neuen Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung sollen die vorhandenen Ressourcen im Gesundheitsbereich effizienter einsetzen und zu diesem Zweck das Leistungsangebot zwischen den einzelnen Erbringern verschieben. Damit diese Verlagerungen auch finanziell gedeckt sind, wird ein Reformpool eingerichtet, der zumindest im Ausmaß von 1% der Gesamtmittel dotiert werden muss. In den Jahren 2007 und 2008 müssen sogar 2% der Gesamtmittel in den Reformpool fließen.

Die integrierte Gesundheitsstrukturplanung soll ebenfalls zur Steuerung der Angebotsstruktur im Gesundheitswesen verwendet werden. Von der stationären über die ambulante Behandlung bis zur Rehabilitation und Pflege soll der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) einen koordinierten Leistungsangebotsplan enthalten. Das Bundesinstitut für das Gesundheitswesen soll den Österreichischen Krankenanstaltenplan und den Großgeräteplan in eine neue gemeinsame verbindliche Planungsgrundlage überführen. Der Zeitplan sah eine Bewertung der beiden ursprünglichen Pläne bis zur Jahresmitte 2005 vor und einen neuen Plan mit einem Planungshorizont bis zum Jahr 2010. Da die beiden bisher eingesetzten Pläne nur die Krankenanstalten betrafen, gilt für den so genannten nicht-akuten Bereich eine verlängerte Frist zur Erstellung des ÖSG bis 2008. Im nicht-akuten Bereich sind die nicht-akuten Teile der Spitäler, die Rehabilitation und die Pflege zusammengefasst.

Nach einer Erhebung des Ist-Standes an Versorgung soll das Bundesinstitut einen Plan für das Leistungsangebot formulieren. Interessant am ÖSG ist die Umkehrung der Sichtweise vom angebotsorientierten zum nachfrageinduzierten Plan: Das Bundesinstitut soll den Bedarf an medizinischen Leistungen ermitteln, die regionalen Einrichtungen müssen diesen Bedarf decken.

Das Gesundheitswesen wird entscheidend durch die Leistungsanbieter dominiert. Einerseits unterliegt die Bestimmung des Angebotsumfangs dem politischen Entscheidungsprozess, der am Interessensausgleich ausgerichtet ist und eine Vielzahl regionaler Spitalstandorte aufrechterhält. Andererseits verschärft die asymmetrische Informationslage zwischen Arzt und Patient diese Situation, weil Patienten in der Regel den „Stand der Technik“ oder kostengünstige Alternativen zur gewählten Behandlungsmethode nicht einschätzen können. Deshalb ist der Versuch einer objektiven Einschätzung der Qualität der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen ein interessanter Schritt zur Verbesserung der Qualitätssicherung im Bereich der Krankenanstalten. Im Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl. I Nr. 179/2005) wird festgelegt, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen durch Verordnungen oder Empfehlungen bundesweite Qualitätsrichtlinien festlegen kann. Diese Qualitätsrichtlinien richten sich direkt an die Leistungserbringer.

4.4 Die Spitalsfinanzierung zwischen 2005 und 2008

Im Rahmen der Neuorganisation wird die Bundesgesundheitsagentur weiterhin als finanzielle Ausgleichsstelle benutzt. Sie erhält in Zukunft vom Bund 1,416% des Aufkommens an Umsatzsteuer zuzüglich eines Fixbetrags von 245 Mio. €. Gleichzeitig überweist die Sozialversicherung an die Bundesgesundheitsagentur 83,6 Mio. €. Neben der Agentur wird der im Hauptverband der Sozialversicherungsträger eingerichtete Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung Beiträge der Gebietskrankenkassen (3,48 Mio. €) und die Hälfte der Zusatzeinnahmen aus der Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge und der Höchstbeitragsgrundlage bekommen. Weiters fließen zwei Drittel der Mehreinnahmen aus der Erhöhung der Tabaksteuer an den Ausgleichsfonds. Die Bundesgesundheitsagentur und der Ausgleichsfonds überweisen die erhaltenen Mittel nach einem Länderschlüssel an die

Landesgesundheitsfonds, die sie wiederum entsprechend der abgerechneten LKF-Punkte an die Krankenanstalten verteilen.

Falls die Zusatzeinnahmen die erwarteten Beträge einbringen, erwarten die Krankenkassen trotzdem einen Abgang von 220 Mio. € (2005) bzw. 360 Mio. € (2006). In diesen Werten sind die ebenfalls beschlossenen Transfers von der Arbeitslosenversicherung zur Krankenversicherung zur Abgeltung des Krankengeldes für Arbeitslose bereits berücksichtigt.

5. Erwartete Auswirkungen der Gesundheitsreform 2005

Die Beitragserhöhungen der Gesundheitsreform 2005 dürften nicht vollständig zur Deckung der Ausgaben der Sozialversicherung reichen. In Verbindung mit den überschätzten Einnahmen aus der Erhöhung der Tabaksteuer dürfte der Abgang für 2005 und 2006 die Erwartungen der Krankenkassen (vgl. vorhergehender Abschnitt) übertreffen. Den einzelnen Krankenkassen ist es freigestellt, Selbstbehalte zur Deckung des Abganges einzuführen bzw. zu erhöhen. Diese Strategie wurde bisher allerdings abgelehnt, und es gibt bislang keine Anzeichen für eine Änderung dieser Haltung. Aus Sicht der Länder und Gemeinden erhöht sich dadurch das Potential für zusätzliche Finanzausschüsse an die Krankenanstalten.

Die organisatorischen Änderungen in Form der Bundesgesundheitsagentur und der neun Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen zielen darauf ab, eine bessere Abstimmung des Leistungsangebotes mit der Nachfrage zu erreichen. Die bessere Koordination zwischen einzelnen Zahlern im System und die vorgesehene elektronische Verwaltung könnten dazu beitragen, doppelte Untersuchungen und parallele Angebote im System einzuschränken. Das österreichische Gesundheitssystem kann dadurch effizienter werden, d. h. den Mitteleinsatz verringern ohne gleichzeitig die erbrachte Leistung an Gesundheitsdiensten zu senken.

Die geplante Qualitätskontrolle könnte zu einer Konzentration von Aktivitäten an einzelnen Standorten führen, doch muss in diesem Fall abgewartet werden, ob die Spitalerhalter an einer regionalen Konzentration des Angebots tatsächlich hinreichend interessiert sind. Falls es zu einer räumlichen Konzentration des medizinischen Angebots von Spitälern kommen sollte, ist mit einem höheren Transportaufwand zu rechnen. Er steht den Kosteneinsparungen durch die Auflösung kleinerer Einheiten in Randlagen gegenüber. Ein potentieller Einsparungsfaktor größerer Einheiten hängt mit den Folgekosten von Fehlbehandlungen zusammen. Durch zentral zusammengeführte Aktivitäten sollte ein höheres Ausmaß an Routine und damit eine geringere Wahrscheinlichkeit für Behandlungsfehler entstehen. Dadurch könnten die Kosten für die Nachbehandlung von Patienten sinken. Aus der Sicht der Privatversicherungen würde mit der Konzentration der Krankenanstalten

eine weniger zersplitterte Anbieterseite entstehen. Dadurch könnte sich die Verhandlungsposition über Kostenersätze verschlechtern. In der Folge könnten höhere Kostenersätze zu bezahlen sein.

Insgesamt ist die Gesundheitsreform 2005 auf eine bessere Koordination unter den Zahlern im Gesundheitssystem ausgerichtet. Sie strebt damit eine bessere Abstimmung des Angebots an die Nachfrage an. Sie könnte zu einer räumlichen Verschiebung des Angebots an medizinischen Leistungen in Form einer Konzentration auf weniger Standorte führen. Die kostendämpfenden Effekte hängen stark davon ab, wie weit politische Entscheidungsträger zu einer Verringerung der Standorte in Randbereichen fähig sind, ob durch den Einsatz elektronischer Datenerfassung Mehrfachuntersuchungen vermieden werden können bzw. ob die Qualität der Behandlung gesteigert werden kann.

6. Mittel- und langfristige Erwartungen für das Gesundheitssystem

Newhouse (1992), Pauly (2003) und Zweifel (2003) versuchen die Ursachen der Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen zu identifizieren. Dabei gehen sie von einem angebotsgetriebenen Modell aus, d.h. zusätzliche Kosten des Gesundheitssystems werden nicht durch die gesteigerte Nachfrage der Konsumenten nach Gesundheitsdienstleistungen bestimmt. Eine nachfrageinduzierte Aufwandssteigerung entsteht in diesem Ansatz meist nur durch demographische Verschiebungen zwischen Jungen und Alten in der Gesellschaft. Dabei wird davon ausgegangen, dass ältere Personen einen höheren Pro-Kopf-Aufwand für Gesundheit haben als jüngere Personen. *Kotlikoff – Hagist (2005)* bringen einen internationalen Vergleich von Altersprofilen der Gesundheitsausgaben. Wenn der Anteil älterer Personen an der Gesamtbevölkerung wächst, sollte bei steigenden Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit die gesamte Nachfrage ebenfalls zunehmen. Die nachfragebezogene altersabhängige Komponente der Pro-Kopf Gesundheitskosten erscheint jedoch vernachlässigbar klein, wenn man die hohen Ausgaben vor dem Tod gesondert berücksichtigt (*Zweifel et al., 2004*).

Die Wahl des angebotsorientierten Ansatzes ist durch eine besondere Eigenschaft von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich begründet: Sie sind durch ein hohes Ausmaß an asymmetrischer Information zwischen dem behandelnden Anbieter und dem Patienten gekennzeichnet (*Illich, 1975*). Patienten sind zumeist über ihr Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten wesentlich schlechter informiert als der behandelnde Arzt. Der Arzt als Vertrauensperson wird zwar für den Patienten die beste Behandlungsmethode auswählen und vorschlagen, damit ist allerdings nicht gewährleistet, dass diese Methode auch das kostengünstigste Verfahren ist. Finanzielle Anreize für die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen können sogar so gestaltet sein, dass sie bevorzugt kostenintensive Verfahren auswählen.

Vor diesem Hintergrund ist die Aussage von *Newhouse (1992), Pauly (2003) und Zweifel (2003)* zu sehen, dass der Anstieg der Pro-Kopf Gesundheitsausgaben überwiegend durch technischen Fortschritt in der Medizin entsteht. Üblicherweise ist technischer Fortschritt prozessorientiert und damit produktivitätssteigernd. Im

Gesundheitswesen ist technischer Fortschritt hingegen überwiegend produktorientiert und schafft damit tendenziell zusätzlichen Aufwand anstelle von Einsparungen. Die besondere Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens mit der mittelbaren Finanzierung durch die Sozialversicherung, die öffentliche Hand oder durch Privatversicherungen fördert sogar eine Schwerpunktsetzung der Anbieter auf produktorientierte Innovation (*Zweifel, 2003; Zweifel – Manning, 2000*). Interessant ist auch, dass ein Großteil der neuesten und auch teuersten Technologien für Patienten in fortgeschrittenem Alter eingesetzt wird, für die die Kosten je Einheit verlängerter Lebenszeit am höchsten sind.

Da die Finanzierung der Gesundheitskosten in Österreich zu knapp 80% indirekt (über die öffentliche Hand und Privatversicherungen) abgewickelt wird, stellt sich die Frage, wie der kostentreibende Effekt "technischer Fortschritt" in Zukunft behandelt werden soll? Ein wesentlicher Anhaltspunkt zur Beantwortung dieser Frage ist die Gestaltung des Vertragsumfanges der öffentlichen Krankenversicherung mit Zwangsmitgliedschaft.

Von den möglichen Vertragstypen hat die Vollversicherung den größten Leistungsumfang. Die Krankenversicherung erstattet in diesem Fall den Versicherten sämtliche Krankheitskosten in vollem Umfang. Für Versicherungsnehmer haben in diesem Fall Güter und Dienstleistungen des Gesundheitswesens einen effektiven Preis von Null. Dadurch entsteht in einem Grenznutzenkalkül ohne Transaktionskosten der Anreiz zum Konsum der Sättigungsmenge, d. h. die konsumierte Menge wird so stark ausgeweitet, bis der Grenznutzen aus dem Konsum von Gesundheitsleistungen gleich Null ist.

Von der Vollversicherung gibt es je nach Bezugspunkt drei mögliche Abweichungen (*Breyer – Zweifel, 1997*), die entweder

- 1) die Art der Gesundheitsleistung
- 2) die zur Leistungserbringung zugelassenen Personen
- 3) oder die Höhe der Erstattung

einschränken.

6.1 Differenzierung der Versicherungsleistung nach der Art der Gesundheitsleistung

Ein Versicherungsvertrag kann für bestimmte Dienstleistungen einen Leistungsausschluss enthalten. In Österreich sind z. B. etliche kostspielige zahnärztliche Eingriffe nicht durch die Krankenversicherung gedeckt. Der gesamte Bereich alternativer Heilmethoden ist ebenfalls aus der Krankenversicherung ausgeschlossen, und auch im Bereich der psychologischen Betreuung gibt es Leistungseinschränkungen. Zusätzlich zu solchen globalen Ausschlüssen können auch selektive Ausschlüsse vorgenommen werden. Dazu zählen z. B. nicht in den Erstattungskatalog aufgenommene Medikamente, wie etwa homöopathische Medikamente oder Neuentwicklungen mit unzureichend dokumentiertem Behandlungserfolg. In anderen Ländern mit größerer Verbreitung privater Krankenversicherungen gibt es Versicherungen, deren Leistungskatalog auf Behandlungen in Spitälern eingeschränkt ist (USA).

Leistungsausschlüsse haben vor allem den Anreiz zur Verschiebung von Angebot bzw. Nachfrage in jene Bereiche, die durch den Versicherungsschutz gedeckt sind. Eine Alternative zur Substitution besteht in der Zusatzversicherung durch private Krankenversicherer.

6.2 Differenzierung nach der zugelassenen Person des Leistungserbringers

In diesem Fall wird der Versicherungsschutz nur dann gewährleistet, wenn Patienten einen bestimmten Anbieter oder eine Gruppe von Anbietern zur Behandlung auswählen. In Österreich erfolgt die bekannteste Differenzierung dieser Art nach niedergelassenen Ärzten mit einem Kassenvertrag und freien Wahlärzten bzw. Vertragsspitälern und Privatspitälern. Vor allem die Gebietskrankenkassen vergeben nur eine begrenzte Zahl von Kassenverträgen an niedergelassene Ärzte. Vertragsärzte können von Versicherten der Gebietskrankenkassen mit der E-card aufgesucht werden, die erbrachte Leistung wird dann vom Vertragsarzt direkt mit der Gebietskrankenkasse verrechnet. Wenn ein Patient einen freien Wahlarzt aufsucht, müssen die Behandlungskosten durch die Patienten vorab bezahlt werden. Der Aufwand kann erst im Nachhinein mit der Gebietskrankenkasse abgerechnet werden. Dabei wird den Versicherten nicht der vollständige Tarif für die ärztliche

Leistung ausgezahlt, sondern nur 80%. Ein ähnliches Konzept verfolgen Health Maintenance Organisations (HMO) in den USA. Sie beschränken den Zugriff auf medizinische Leistungen auf eigene angestellte Ärzte.

Modelle mit eingeschränktem Zugriff auf eigene Vertragsärzte oder angestellte Ärzte zielen erstens auf eine Mengenbeschränkung des Angebotes ab. In diesem Sinn entsprechen sie einer Rationierung, die sich in entsprechenden Warteschlangen äußert. Zweitens können mit Vertragsärzten besondere Honorarvereinbarungen getroffen werden, die Anreize zur Wahl kostengünstiger Behandlungsmethoden enthalten. Üblicherweise wird in solchen Fällen ein Teil der Kostenersparnis den behandelnden Ärzten als Honorar ausgeschüttet.

6.3 Differenzierung nach der Höhe der Erstattung

Die Höhe der Versicherungsleistung kann nach der konsumierten Menge, nach dem Preis oder nach dem Wert der Leistung beschränkt werden. Mengenbeschränkungen erfolgen üblicherweise nach Zeitperioden und beziehen sich auf Kuren, physiotherapeutische Behandlungen, Heilbehelfe und Hilfsmittel wie etwa Brillen.

Preisbeschränkungen können in Form von Gebührenordnungen für Medikamente oder limitierten Kostenersätzen für Heilbehelfe eingeführt werden. Solche Vertragsklauseln entfalten einen Anreiz zum Konsum medizinischer Güter, deren Preis der Gebührenordnung entspricht. Wenn für wirkstoffgleiche Medikamente nur der Preis des billigeren Medikamentes ersetzt wird, sollte sich der Medikamentenkonsum zum billigeren Produkt verschieben. Für das teurere Produkt entsteht durch diese Vertragsgestaltung ein Selbstbehalt des Patienten. Diese Regelung sollte stärker auf die Wahl des Medikamentes als auf die konsumierte Menge wirken. Eine Ineffizienz durch mangelnde Inanspruchnahme ist daher weitgehend ausgeschlossen.

Die österreichische Rezeptgebühr fällt ebenfalls in diese Art der Differenzierung (nach der Gesundheitsreform 2005 auf 5 € pro Medikament erhöht). Apotheken heben für jedes Medikament eine absolute Gebühr pro abgegebene Einheit ein und erzeugen damit für Patienten einen positiven Preis je konsumierter Einheit. Die daraus entstehende Anreizwirkung unterscheidet sich jedoch von einer Gebührenordnung,

weil der Selbstbehalt direkt mit der Menge verbunden ist. Patienten haben daher wenig Anreiz zur Wahl eines wirkstoffgleichen günstigeren Medikamentes, sondern einen Anreiz zur Wahl möglichst großer Verpackungseinheiten oder zur Einschränkung der konsumierten Menge. Es kann auch zu einem Ausweichverhalten hin zu Medikamenten kommen, deren Verkaufspreis unter der Rezeptgebühr liegt. Ein ähnliches Instrument ist das Spitalsgeld, wo für jeden Tag, den ein Patient im Spital verbringt, ein feststehender Kostenbeitrag eingehoben wird (nach der Gesundheitsreform 2005 können die Länder diesen Beitrag auf 10 € pro Tag anheben). Ähnlich wirkte auch die mittlerweile entfallene Krankenscheingebühr von 10 € je ausgehändigtem Krankenschein.

Wertmäßige Beschränkungen sind im Grunde Selbstbehalte an den Krankheitskosten. Selbstbehalte können in mehreren Formen auftreten. Sie können als proportionale Selbstbeteiligung gestaltet sein, in der der Versicherer einen proportionalen Teil (a) der Kosten trägt und der Versicherte den verbleibenden Teil $(1-a)$ selbst bezahlt. Gegenüber einer Vollversicherung steigt der effektive Preis für Versicherte auf den entsprechenden Kostenanteil. Da der effektive Preis für Patienten von Null verschieden ist, erzeugt diese Kostenbeteiligung einen Anreiz zur sparsameren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In Österreich haben die gewerbliche Krankenversicherung, die Bauernkrankenkasse und diverse Krankenkassen des öffentlichen Dienstes Selbstbehalte zwischen 14% und 20% des Leistungsbezugs von niedergelassenen Vertragsärzten. Im Bereich der Spitalsbehandlung gibt es keine proportionale Selbstbeteiligung.

Selbstbehalte können auch die Form absoluter Beträge je Zeiteinheit annehmen. Die Jahresgebühr für die E-card von 10 € ist ein solches Beispiel. In der öffentlichen Krankenversicherung sind solche Selbstbehalte selten. In der privaten Krankenversicherung sind jedoch Selbstbehalte bis zu einer im Vorhinein festgelegten Obergrenze sehr beliebt. In diesem Fall müssen Versicherte pro Jahr einen im Vorhinein festgelegten Betrag selbst bezahlen, darüber hinausgehende Ausgaben übernimmt dann die Versicherung. Der effektive Preis für Versicherte entspricht bis zur vereinbarten Obergrenze dem Anbieterpreis und ist erst darüber gleich Null. Die Anreizwirkung zum sparsamen Konsum von Gesundheitsleistungen geht in diesem

Ansatz verloren, sobald für Versicherte absehbar ist, dass sie im betreffenden Jahr die Obergrenze überschreiten werden.

Wertmäßige Obergrenzen der Leistung für eine bestimmte Periode werden in der öffentlichen Krankenkasse nicht verwendet. In der privaten Krankenversicherung sind sie ebenfalls wenig verbreitet, weil sie den Versicherungsschutz gerade dann ausschließen, wenn er am dringendsten benötigt wird.

Schließlich gibt es Indemnitätstarife, die die Versicherungsleistung nicht an den Behandlungskosten ausrichten, sondern im Krankheitsfall eine nach Krankheitsart differenzierte Pauschalleistung auszahlen. Indemnitätstarife entfalten dieselbe Wirkung wie Gebührenordnungen für Medikamente. Die Versicherten haben einen Anreiz, Leistungen innerhalb des Rahmens der Pauschalzahlung zu beanspruchen, und werden mit darüber hinaus gehenden Kosten voll belastet.

6.4 Prämien differenzierung

Die bisher besprochenen Differenzierungen sind an den Leistungen orientiert. Versicherungsverträge können aber auch an den Prämien mit einer Differenzierung ansetzen. Der einfachste Fall ist die Prämienrückerstattung. Sie wird gewährt, wenn es innerhalb einer Zeitperiode keine Inanspruchnahme der Versicherung gab. Die Anreizwirkungen entsprechen für rationale Versicherte einem absoluten Selbstbehalt innerhalb des Abrechnungszeitraumes. In der Praxis kann der subjektive Wert der Rückzahlung eines Teils der Prämie niedriger oder höher sein als der Wert eines zu zahlenden absoluten Selbstbehaltes. Dynamische Beitragsrückerstattungen, deren Höhe von der Zahl der Perioden ohne Schadenfall abhängt, entfalten eine größere Wirkung.

7. Zukünftige Reaktionsmöglichkeiten der öffentlichen Krankenversicherung auf den Kostendruck durch technischen Fortschritt

Von den bereits angesprochenen Möglichkeiten zur Beschränkung des Vertragsinhaltes öffentlicher Krankenkassener erschein eine verstärkte Differenzierung nach Art des Leistungserbringers für Österreich ungeeignet. Die weitere Verminderung der Zahl von Kassenverträgen für Ärzte verschärft nur bereits bestehende Warteschlangenprobleme, und die kasseneigenen Anbieter weisen keine Kostenvorteile auf. Andererseits erscheinen Gruppenpraxen, d. h. an einem Ort zusammengefasste praktische Ärzte und Fachärzte, als kostengünstige Alternative zur Umlenkung von Patienten aus den besonders kostenintensiven Spitalsambulanzen. Falls die Zusammenführung kleiner Spitäler in regionalen Randlagen zu größeren Einheiten umgesetzt wird, könnten Gruppenpraxen das regionale Versorgungsdefizit vermindern.

7.1 Rationierung durch die Vorgabe von Normbudgets

Im Gesundheitsbereich ist mit der Vorgabe von Normbudgets für die Anbieter von Gesundheitsleistungen eine Rationierung für die Patienten verbunden. Die Sozialversicherung oder die öffentliche Hand statten Anbieter – wie etwa Krankenanstalten – mit einem vorgegebenen Budget aus und erlauben keine darüber hinausgehende Finanzierung des Normalbetriebs, z. B. durch Kreditaufnahme. Wenn das Normbudget sämtliche Ausgaben der Anbieter deckt, entsprechen die Anreizstrukturen dem des derzeitigen Finanzierungssystems. Falls die Normbudgets aus Einsparungsgründen unter den Ausgaben für den Normalbetrieb angesetzt werden, muss der Anbieter in Form einer Leistungsreduktion reagieren. Für den Patienten äußert sich diese Reaktion in Form einer Rationierung, die entweder durch einfache Warteschlangen nach dem first in - first out Prinzip gelöst werden kann, oder durch die individuelle Bewertung des Eingriffs in Form von Quality-Adjusted-Life-Years (Breyer – Zweifel, 1997). Quality-Adjusted-Life-Years wurden vor allem im britischen Gesundheitsdienst zur Lösung von Warteschlangenproblemen eingesetzt. Sie grenzen tendenziell ältere Personen von der Behandlung aus, weil in

dieser Personengruppe lebensrettende Maßnahmen zu einer geringeren Zahl zusätzlicher Lebensjahre bei voller Gesundheit führen.

Zweifel (2004) zeigt, dass durch Rationierungen in Form eines Normbudgets sowohl der Gleichgewichtspreis als auch die konsumierte Menge einer medizinischen Leistung sinken. Diese Reaktion ist voll im Sinne der öffentlichen Hand, die mit der Vorgabe von Normbudgets Einsparungen erreichen will. Mit der verringerten Menge an konsumierten Gesundheitsleistungen ist ein niedrigeres Wohlfahrtsniveau verbunden, das durch geringere Produzenten- und Konsumentenrenten entsteht. Dieses Ergebnis zeigt bereits, dass mit einem wirksamen Normbudget sofort auf beiden Seiten des Marktes (Produzenten und Konsumenten) ein Anreiz zu Umgehungsgeschäften entsteht.

Falls es für die Versicherten eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Krankenversicherungen gäbe, würde die Nachfrage nach der Versicherung mit einem Normbudget zurückgehen und sich teilweise in Richtung anderer Vertragstypen verschieben. Da eine Rationierung aber nicht vollständig eingehalten werden kann, sind private Zuzahlungen der Patienten eine mögliche Umgehungsstrategie. Durch eine ausreichend hohe Zuzahlung können sich Patienten trotzdem Zugang zur gewünschten Behandlung verschaffen. Diese Zuzahlung muss jedoch aus dem privaten Vermögen gezahlt werden. Dadurch ist das Privatvermögen der Patienten zusätzlichen Schwankungen ausgesetzt, die für die Haushalte ein Risiko darstellen.

Für risikoaverse Haushalte entsteht durch die Folgewirkungen der Rationierung auf das Privatvermögen ein Motiv zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung mit Geldleistungen. Die Geldleistungen der Privatversicherung dienen zur Finanzierung der Zuzahlungen und federn die Schwankung im Privatvermögen ab (Zweifel, 2004).

In der österreichischen Diskussion wurden Normbudgets bisher nur in abgeschwächter Form im Bereich der Medikamentenverschreibung durch praktische Ärzte vorgeschlagen. Dabei wurde von einigen Gebietskrankenkassen der Vorschlag gemacht, dass die Medikamentenbudgets einzelner Ärzte mit den durchschnittlichen Ausgaben verglichen werden sollen. Ärzte mit besonders hohen Medikamentenbudgets sollten in der Folge gemahnt werden.

7.2 Einführung weiterer bzw. Erhöhung bestehender Selbstbehalte

Neben den bereits in Abschnitt 6.1 erwähnten vollständigen Leistungsausschlüssen gibt es in Österreich auch einen flexiblen an den Patienten ansetzenden Leistungsausschluss. Die fallspezifische Kontrolle von Arzneimittelverschreibungen und Heilbehandlungen durch den Chefarzt als Vertreter der Gebietskrankenkasse kommt einem Leistungsausschluss gleich. Diese Kontrolle wurde teilweise durch den Erstattungskodex ersetzt, in dem Arzneimittel entsprechend ihrer Wirksamkeit und Kosten dem grünen, dem gelben oder einem unzulässigen Bereich zugeordnet wurden. Für Medikamente aus dem unzulässigen Bereich gewähren die Krankenkassen keinen Kostenersatz. Falls im unzulässigen Bereich medizinisch wertvolle Arzneimittel enthalten sind, entsteht durch diese Zuteilung ein Leistungsausschluss, d. h. die Patienten müssen durch eine Zuzahlung den gesamten Preis des Medikamentes zahlen. Dadurch entsteht wie bei einer Rationierung zusätzliches Risiko für das Privatvermögen der Patienten und dementsprechend zusätzliche Nachfrage nach einer Krankenversicherung, die den Aufwand für im Erstattungskodex ausgeschlossene Medikamente refundiert.

Eine weitere bisher von den Interessensvertretern in der Sozialversicherung ausgeschlossene Möglichkeit wäre die Einführung proportionaler Selbstbehalte für Behandlungen niedergelassener Ärzte in den Gebietskrankenkassen. Grundsätzlich entfalten Selbstbehalte eine zweifache Wirkung: sie erhöhen die Einnahmen des Versicherungsträgers und sie dämpfen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, weil die Patienten einen positiven effektiven Preis für Gesundheitsleistungen bezahlen müssen. Ein Nebeneffekt von Selbsthalten ist die verringerte Umverteilung von Gesunden zu Kranken.

Theoretisch kann nachgewiesen werden, dass optimale Versicherungsverträge in der Krankenversicherung keine Vollversicherung aufweisen sollten (Breyer – Zweifel, 1997). Für Selbstversicherung bzw. Selbstbehalte sprechen, (1) die Transaktionskosten der Versicherung, die einen Keil zwischen fairer und tatsächlich verrechneter Prämie treiben, (2) durch Selbstbehalte können sich Versicherte selbst einen glaubwürdigen Anreiz zu Vorbeugemaßnahmen geben. Diese Vertragskonstruktion ist bei ex-ante Moral Hazard und asymmetrischer Information zwischen Versicherer und Versicherten optimal. (3) Wenn Versicherte bei bereits eingetretener Erkrankung den Umfang der

ärztlichen Behandlung mit beeinflussen können, lohnt sich für Versicherte der Abschluss eines Vertrags mit Selbstbehaltsklausel, weil dadurch niedrigere Prämien möglich sind. Durch den selbst auferlegten Anreiz zur Wahl einer sparsamen Behandlungsmethode wird der effektive Preis für die Patienten positiv und schafft einen Anreiz, die nachgefragte Menge unter das Sättigungsniveau zu senken. Aus den Ergebnissen des Rand-Experimentes wurden Preiselastizitäten der Gesundheitsnachfrage im Bereich zwischen -0,1 und -0,2 abgeleitet (Newhouse, 1993). Die empirisch ermittelten Werte der Preiselastizität lassen damit keine besonders große Reaktion der Nachfrage auf Selbstbehalte erwarten, die Reaktion auf Selbstbehalte hat jedoch das richtige Vorzeichen und verspricht geringfügige Einsparungen.

Die Einführung proportionaler Selbstbehalte für Spitalsbehandlungen ist wegen der hohen Kosten medizinischer Eingriffe in Krankenanstalten kritisch zu beurteilen, weil die Patienten einem zu hohen Vermögensrisiko ausgesetzt werden. Für diese Behandlungsform bieten sich absolute Beträge mit einer Obergrenze an, wie sie Privatkrankenversicherungen anbieten.

Den anreizbezogenen Vorteilen der Selbstbehalte sind allerdings zwei Nachteile entgegenzuhalten. Erstens können Krankheiten direkte Nutzenwirkungen haben. Versicherungsverträge in der Krankenversicherung decken herkömmlich nur die Behandlungskosten und den entgangenen Verdienst während einer Krankheit ab. Wenn eine Krankheit nicht nur indirekte Effekte auf die Wohlfahrt der Versicherten hat, nämlich über deren Vermögen, sondern auch direkte Effekte auf die Fähigkeit Nutzen aus dem Konsum anderer Güter und Dienstleistungen zu ziehen, dann sollte ein Versicherungsvertrag auch diesen direkten Nutzenentgang umfassen. Bei solchen immateriellen Schäden kann die Versicherungsleistung größer oder kleiner sein als die Behandlungskosten zuzüglich des Verdienstentganges. Insofern kann auch eine Überdeckung der reinen Behandlungskosten gerechtfertigt werden (negativer Selbstbehalt). Elemente dieses Argumentes sind in Unfallversicherungsverträgen enthalten, in denen der Versicherungsschutz einen Teil des zusätzlichen Aufwands zur Verbesserung der Lebensqualität nach einem Unfall im Versicherungsvertrag enthält. Zweitens entstehen mit der Einführung eines Selbstbehalts in den Gebietskrankenkassen erhöhte Transaktionskosten durch die Abrechnung,

Vorschreibung und Eintreibung des Selbstbehaltes. Die Erfahrungen mit der Ambulanzgebühr zeigten bereits, dass dieser Aspekt von Selbstbehalten nicht vernachlässigt werden darf.

Der Zusatzaufwand dürfte angesichts der hohen Zahl von Versicherten in den Gebietskrankenkassen beträchtlich sein. Im Jahresdurchschnitt 2004 bestanden in Gebietskrankenkassen 4,6 Mio. Versichertenverhältnisse, das entspricht 77% der Krankenversicherten in Österreich. Die Verwaltungskosten der einzelnen öffentlichen Krankenversicherungsträger sind in Übersicht 6 zusammengefasst. Die Betriebskrankenkassen haben die niedrigsten Verwaltungskosten, weil ein Großteil der Verwaltungskosten in der Lohnverrechnung des betreffenden Unternehmens verbucht ist. Die Gebietskrankenkassen weisen einen Verwaltungskostensatz aus, der deutlich unter jenem der Versicherungsträger mit einem Selbstbehalt liegt. Wenn der Versicherungsträger gut in die Lohnverrechnung des Unternehmens eingegliedert ist (VA öffentlicher Dienst und VA Eisenbahnen), liegen die Verwaltungskosten etwa 20% bis 40% über dem Satz der Gebietskrankenkasse. Die beiden Krankenkassen der Selbständigen geben ein Beispiel für den Kostensatz für Versicherungsträger mit einem Selbstbehalt aber ohne Integration in die Lohnverrechnung des Unternehmens. In diesen beiden Fällen liegt der Verwaltungskostensatz um 100% bis 120% über dem der Gebietskrankenkassen. Nach Einführung eines Selbstbehaltes in den Gebietskrankenkassen ist also mit einer Verdoppelung des Verwaltungsaufwands zu rechnen. Die wirtschaftlich vertretbare Untergrenze für einen Selbstbehalt für ärztliche Leistungen liegt in den Gebietskrankenkassen damit bei ungefähr 16% des Aufwands für ärztliche Hilfe. Durch die zu erwartende Verdoppelung des Verwaltungsaufwands entsteht für proportionale Selbstbehalte erst über diesem Selbstbehaltssatz ein positiver Mittelzufluss in die Gebietskrankenkassen. Wenn die Anreizwirkung des Selbstbehalts ausreichend groß ist, kann auch ein Satz knapp unter 16% positive Effekte auf die Gebarung der Gebietskrankenkassen haben.

Übersicht 6: Anteil der Verwaltungskosten an den Pro-Kopf-Gesamtausgaben nach Versicherungsträgern, 2004

	Gebiets- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	VA Bergbau	VA Eisen- bahnen	VA öffent- licher Dienst	SVA der Gewerblichen Wirtschaft	SVA der Bauern	In € pro Versichertem	
Ausgaben insgesamt	1.870,4	2.426,4	2.654,1	2.668,7	2.420,2	1.688,2	1.493,9		
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	451,4	603,3	539,4	737,8	654,6	469,4	338,3		
Verwaltungsaufwand	71,3	38,4	181,5	137,4	108,7	143,4	113,0		
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	49,0	14,7	162,5	121,6	86,6	71,2	97,3		
Abschreibungen	11,4	9,1	9,6	7,0	13,1	64,7	3,1		
Sonstiger betrieblicher Aufwand	10,8	14,6	9,4	8,8	9,0	7,6	12,6		
			In % des Gesamtaufwandes						
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	24,1	24,9	20,3	27,6	27,0	27,8	22,6		
Verwaltungsaufwand	3,8	1,6	6,8	5,1	4,5	8,5	7,6		

Q. Hauptverband der Sozialversicherungsträger.

8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Ausgabenentwicklung bzw. die absolute Höhe der Gesundheitsausgaben in einem Land hängen stark vom Pro-Kopf-Einkommen einer Wirtschaft ab. Mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen nimmt auch die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass ab einer bestimmten Einkommenshöhe eher politische Entscheidungsprozesse und strukturelle Faktoren die Höhe der Gesundheitsausgaben bestimmen.

Auf dem Markt für Gesundheitsdienstleistungen gibt es systematische Abweichungen von den Annahmen eines vollständigen Wettbewerbsmarktes, die vor allem durch die asymmetrische Information zwischen Anbietern im Gesundheitssystem und Patienten erzeugt werden. Zusätzlich strebt die Politik mit dem Argument des gerechten Zuganges zu medizinischer Behandlung eine gleichartige Behandlungsmöglichkeit für alle an. Schließlich erfolgt die Bezahlung von Gesundheitsdienstleistungen überwiegend indirekt durch Versicherungen oder die öffentliche Hand, sodass Patienten in vielen Fällen keine direkte mit dem Konsum der Gesundheitsleistung verbundene finanzielle Belastung erfahren. Als Intermediäre nehmen die Sozialversicherung und die Privatversicherer eine besondere Rolle als Sachwalter für die Versicherten ein.

In den letzten Jahren hat nicht nur in Österreich die Ausgabendynamik für Gesundheit die Entwicklung der Einkommen bzw. der Beitragsgrundlage für Krankenversicherungsbeiträge übertroffen. Die dadurch entstandene Finanzierungslücke wurde teilweise durch Beitragserhöhungen, durch die Aufnahme von Fremdmitteln oder durch Umschichtungen zwischen den Krankenkassen geschlossen. Mit der Gesundheitsreform 2005 wurde ein Versuch zum Strukturwandel unternommen, der vor allem auf eine bessere Koordination der Hauptfinanzträger im österreichischen Gesundheitssystem abzielt. Aus heutiger Sicht ist nicht abschätzbar wie erfolgreich die durch die Gesundheitsreform 2005 zusätzlich ins Leben gerufenen Verwaltungsinstanzen die Effizienz steigern werden; zumal die meisten Schritte erst 2008 wirksam werden sollen.

Die bisher maßgeblichen Finanzträger (Bundesländer und Sozialversicherung) behalten in den neu eingerichteten Landesgesundheitsfonds in ihren jeweiligen Kompetenzbereichen weiterhin die Entscheidungsmehrheit. Das Vetorecht des Bundes gegenüber diesen Entscheidungen ist nur bedingt gültig, und der Bund verfügt nur über geringe finanzielle Sanktionsmöglichkeiten. In Kombination mit dem innerösterreichischen Stabilitätspakt sind die Länder allerdings zu Einsparungen gezwungen, die auch im Gesundheitswesen ihren Niederschlag finden werden.

Falls die Gesundheitsreform 2005 erfolgreich ist, könnte es zu einer Konzentration von Krankenanstalten oder einzelnen Abteilungen an zentralen Standorten kommen. Für diese Entwicklung sprechen sowohl das Sparpotential als auch die dadurch mögliche Qualitätssteigerung der Behandlung. Ein besserer Behandlungserfolg in zentralen Einheiten mit größerer Routine sollte auch mit geringeren Nachbehandlungskosten verbunden sein. Die Qualitätsvorteile einer zentralen Behandlung können allerdings nur dann erreicht werden, wenn gleichzeitig qualitätssichernde Maßnahmen gesetzt werden. Für Privatversicherer könnte daraus eine Senkung der Schadenfälle erwachsen. Den damit verbundenen Leistungseinsparungen steht allerdings ein höherer Aufwand für Krankentransporte gegenüber.

Die kurzfristigen Erwartungen über die finanzielle Situation der Krankenkassen deuten weiter steigende Abgänge an. Bei einem Scheitern der Gesundheitsreform wird die wachsende Finanzlast mittelfristig zu weiterem Reformdruck führen. Neben Beitragserhöhungen stehen der Gesundheitspolitik im Wesentlichen zwei weitere Instrumente zur Verfügung. Ähnlich wie in Großbritannien könnten den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen Normbudgets vorgeschrieben werden, die unter den tatsächlich erwarteten Ausgaben liegen. Falls eine Finanzierung über Fremdmittel ausgeschlossen werden kann, sollte es in diesem Fall zu Rationierungen in Form von Warteschlangen aber gleichzeitig auch zu Umgehungsgeschäften kommen. Die mit diesen Umgehungsgeschäften verbundene Zahlungen verursachen Schwankungen im Privatvermögen der Patienten und erzeugen so einen zusätzlichen Bedarf nach Privatkrankenversicherungen mit Geldleistungen oder einer Zahlung der beschränkt zugänglichen Behandlungsformen alternativer Anbieter.

Das zweite und wesentlich effizientere Instrument wäre die Ausweitung bestehender oder die Einführung neuer Selbstbehalte in der sozialen Krankenversicherung. Hier entstehen für Privatversicherungen eigentlich nur dann sinnvolle Produkte, wenn existenzielle Risiken aus der Deckung der sozialen Krankenversicherung ausgenommen werden. Die Deckung kleiner ausgenommener Risiken verursacht zu hohe Transaktionskosten, und die mit proportionalen Selbsthalten verbundenen direkten Zahlungen der Patienten sind gerade deshalb sinnvoll, weil sie ex-ante und ex-post moral hazard Verhalten unterdrücken.

Eine wichtige Ursache für die dynamische Entwicklung der Kosten im Gesundheitsbereich ist der überwiegend produktorientierte technische Fortschritt. Zur Kostendämpfung steht der Gesundheitspolitik eine alternative Form des Selbstbehaltes zur Verfügung, der bereits teilweise im Erstattungskatalog für Medikamente eingesetzt wird. Einige Medikamente sind im Erstattungskatalog dem unzulässigen Bereich zugeordnet und werden damit von der Krankenkasse nicht refundiert. Diese Vorgangsweise entspricht einem Selbstbehalt durch Leistungsausschluss; ähnlich wie bei homöopathischen Medikamenten. Die Patienten müssen unter diesem Leistungsausschluss die gesamten Arzneimittelkosten selbst bezahlen. Ähnlich könnten neue medizinische Behandlungsmethoden aus der Deckung der sozialen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Privatversicherungen könnten für diese Leistungslücke Deckungen anbieten, die allerdings einen dynamischen Charakter haben müssen: neue Technologien werden mit der Zeit Standard, können entsprechend günstiger angeboten werden und können dann in die Deckung der Sozialversicherung fallen.

Die österreichische Gesundheitspolitik hat bisher immer den gleichen Zugang aller Sozialversicherten zu medizinischen Leistungen verfolgt. Eine Änderung dieser Haltung ist zurzeit nicht absehbar. Weiterhin überproportional steigende Kosten für Gesundheit könnten jedoch zu einem Überdenken dieser Einstellung führen, und den Ausschluss neuer Behandlungsmethoden aus der Deckung der Sozialversicherung bewirken. Diese potentielle Deckungslücke würde für Privatversicherer ein wirtschaftlich interessantes Geschäftsfeld öffnen, das im Gegensatz zur Deckung proportionaler Selbstbehalte keine Effizienzverluste mit sich bringen würde. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht würde diese Entwicklung wohlfahrtsteigernd wirken,

wenn es zwischen den Anbietern privater Versicherungen intensiven Wettbewerb gibt. In diesem Fall sollten Versicherungsverträge mit unterschiedlich raschem Zugang zu medizinischem Fortschritt angeboten werden. Es könnten z. B. teure Verträge angeboten werden, die den sofortigen Zugang zur neuesten Technologie gewährleisten, während andere Verträge mit niedrigeren Prämien nur den verzögerten Zugang zu Fortschritten in der Medizintechnologie gewähren. Durch solche Verträge ist der medizinische Fortschritt stärker an die Präferenzen der Konsumenten medizinischer Dienstleistungen gebunden. Sie zeigen mit ihrer Zahlungsbereitschaft für teure Polizen mit raschem Zugriff auf neue Technologien eindeutig ihre Präferenzen.

Der umfassende Wettbewerb zwischen den Versicherungen ist für diesen Prozess absolut notwendig, weil sonst die Präferenzen der Konsumenten nur unzureichend in der Vielfalt angebotener Polizen abgebildet werden. Den positiven Auswirkungen einer stärkeren Orientierung des medizinischen Fortschritts an den individuellen Bedürfnissen und der damit zu erwartenden gedämpften Aufwandsentwicklung für die öffentliche Hand steht der eingeschränkte Zugang für Patienten ohne Privatversicherung zu Behandlungen auf dem aktuellen Stand der Medizintechnik gegenüber.

9. Literaturhinweise

Breyer, F., Zweifel, P., Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., Springer, Berlin, 1997.

Brickman, P., Coates, D., Janoff-Bulman, R., "Lottery Winners and Accident Victims: Is Happiness Relative?", *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, 36, p. 917-927.

Enthoven, A. C., *Health Plan: The Only Solution to Soaring Cost of Medical Care*, Addison Wesley, Reading, 1980.

Frederick, S., Loewenstein, G., "Hedonic Adaption", in Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N., *Well Being: The Foundation of Hedonic Psychology*, Russel Sage Foundation, New York, 1999, p. 302-329.

Hauser, H., "Grundzüge einer Wettbewerbsorientierten Reformpolitik und das Konzept der Health Maintenance Organisation", in Hauser, H., V.d. Schulenburg, J.-M., *Health Maintenance Organisations*, 1988, Bleicher, Gerlingen, p. 13-35.

Hofmarcher, M., Riedel, M., "Age Structure and Health Expenditure in the EU: Costs Increase, but do not Explode", *Health System Watch*, 2002, 3, p. 1-23.

Illich, I., *Medical Nemesis*, Calder & Boyars, London, 1975.

Kotlikoff, L. J., Hagist, C., "Who's Going Broke? Comparing Healthcare Costs in ten OECD Countries", National Bureau of Economic Research, 2005, Working Paper, (11833), Cambridge MA.

Layard, R., *Happiness*, Penguin Press, New York, 2005.

Loewenstein, G., Schkade, D., "Wouldn't it be Nice? Predicting Future Feelings", in Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N., *Well Being: The Foundation of Hedonic Psychology*, Russel Sage Foundation, New York, 1999, p. 85-105.

Newhouse, J. P., "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", *Journal of Economic Perspectives*, 1992, 6, p. 3-21.

Newhouse, J. P., *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge MA, 1993.

OECD, *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD, Paris, 2004.

OECD, *Health at a Glance*, OECD, Paris, 2005.

Pauly, M. V., "Market Insurance, Public Insurance and the Rate of Technical Change in Medical Care", *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 2003, 28, p. 180-193.

Zweifel, P., "Medical Innovation – A Challenge to Society and Insurance", *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 2003, 28, p. 194-202.

Zweifel, P., "Ökonomische Überlegungen zur Rationierung im Gesundheitswesen", *Zeitschrift für die Gesamte Versicherungswissenschaft*, 2004, 93, p. 583-601.

Zweifel, P., Felder, S., Werblow, A., "Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the 'Red Herring'", *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 2004, 29, (4), p. 652-666.

Zweifel, P., Manning, W. G., "Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care", in Culyer, A. J., Newhouse, J. P., *Handbook of Health Economics Vol. 1a*, Elsevier Science, 2000, Amsterdam, p. 409-459.

© 2006 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Wien 3, Arsenal, Objekt 20 • Postanschrift: A-1103 Wien, Postfach 91 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 •
Fax (+43 1) 798 93 86 • <http://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 50,00 € • Download 40,00 €:

http://publikationen.wifo.ac.at/pls/wifosite/wifosite.wifo_search.get_abstract_type?p_language=1&pubid=26379