



Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für das österreichische Gesundheitssystem

Thomas Url

Wissenschaftliche Assistenz: Ursula Glauningner

März 2024

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für das österreichische Gesundheitssystem

Thomas Url

März 2024

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
Im Auftrag des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs

Begutachtung: Christine Mayrhuber
Wissenschaftliche Assistenz: Ursula Glauningner

In Österreich wurden insgesamt 53,6 Mrd. € für Gesundheit ausgegeben (2022). Mit etwa 12,5 Mrd. € finanzierte der private Sektor knapp ein Viertel der Gesamtausgaben, davon gaben die Privathaushalte 8 Mrd. € direkt (out-of-pocket) für Gesundheit aus. Die private Krankenversicherung kam mit 1,6 Mrd. € an Leistungen für ihre Versicherten auf einen Anteil von 3% an den Gesamtausgaben für Gesundheit des Jahres 2022. Die theoretischen Modelle von Krankenversicherungen zeigen, dass bei asymmetrischer Information über die Erkrankungswahrscheinlichkeit von Individuen eine öffentliche Pflichtversicherung zu einer Wohlfahrtsverbesserung führt. Das damit verbundene ex post moralische Risiko erfordert Mengenbeschränkungen im öffentlich finanzierten Bereich, die den privaten Krankenzusatzversicherungen Möglichkeiten zur Absicherung nicht gedeckter Behandlungen eröffnen. Die Sozial- und die private Krankenzusatzversicherung sind daher komplementäre Instrumente zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben.

2024/3/S/WIFO-Projektnummer: 22036

© 2024 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (43 1) 798 26 01 0 • <https://www.wifo.ac.at> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/50694134>

INHALTSVERZEICHNIS

Schlüsselergebnisse

Kurzzusammenfassung	1
1. Einleitung	2
2. Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben	4
3. Struktur und Umfang der Leistungen in der privaten Krankenzusatzversicherung	10
4. Zugang zu und Leistbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen	15
5. Die Rollenteilung zwischen staatlichen und privaten Versicherungen im Gesundheitswesen	19
6. Schlussfolgerungen	25
7. Literaturverzeichnis	28
8. Anhang: Theoretische Grundlagen für die Analyse optimaler Verträge in der Krankenversicherung	29
8.1 Das Gleichgewicht bei öffentlich verfügbarer (symmetrischer) Information über das Erkrankungsrisiko	30
8.2 Das Gleichgewicht bei privater (asymmetrischer) Information über das Erkrankungsrisiko	31

Schlüsselergebnisse

Diese Studie kommt zum Ergebnis, dass sich soziale Krankenversicherung und private Krankenzusatzversicherung bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Österreich ergänzen. Der private Sektor finanziert insgesamt ein Viertel der Gesamtausgaben, ermöglicht damit medizinische Spitzenleistungen und reduziert die Anreize für Ärzt:innen zur Abwanderung ins Ausland.

In Österreich wurden 2022 insgesamt 53,6 Mrd. € für Gesundheit ausgegeben, das entsprach 11,4% des Bruttoinlandsproduktes. Im internationalen Vergleich sind die Gesundheitsausgaben in Österreich überdurchschnittlich hoch.

- Mit etwa 12,5 Mrd. € finanzierte der private Sektor knapp ein Viertel der Gesamtausgaben, davon gaben die Privathaushalte 8 Mrd. € direkt (out-of-pocket) für Gesundheit aus. Die private Krankenzusatzversicherung kam mit 1,6 Mrd. € an direkten Leistungen für ihre Versicherten auf einen Anteil von 3% an den Gesamtausgaben für Gesundheit des Jahres 2022.
- Grundsätzlich ist der Zugang zu medizinischer Behandlung in Österreich sehr gut und vom Haushaltseinkommen unabhängig.
- Beschränkte öffentliche Budgets erfordern Mengenbeschränkungen für öffentlich bereitgestellte Gesundheitsleistungen. Sobald die Privathaushalte niedrige oder keine Selbstbehalte zahlen, gibt es einen Anreiz für eine hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bzw. den Wunsch nach maximaler Qualität medizinischer Leistungen.
- Die Sozial- und die private Krankenzusatzversicherung ergänzen sich: Sie bilden komplementäre Finanzierungsinstrumente. Private Krankenzusatzversicherungen haben die Möglichkeit von der Sozialversicherung nicht gedeckte Behandlungen abzusichern.
- Zahlungen der privaten Krankenzusatzversicherung sind für öffentliche und private Krankenanstalten eine wichtige Finanzierungsquelle: Sie machen rund ein Achtel der Gesamtleistungen der Versicherungen an Krankenhäuser aus.
- Die Honorarzahungen der privaten Krankenzusatzversicherung an Ärzt:innen halten die Anreize zur Abwanderung nach Deutschland und in die Schweiz klein. Damit wird den Ärzt:innen ein Einkommensniveau ermöglicht, das zwar gegenüber den Vergleichswerten in beiden Ländern deutlich abfällt, aber dennoch die Anreize zur Abwanderung klein hält.
- Die Zusatzzahlungen der privaten Krankenzusatzversicherung ermöglichen medizinische Spitzenleistungen für alle Patienten in den öffentlichen und privaten Spitälern Österreichs.
- Private Krankenzusatzversicherungen sind eine wichtige Finanzierungsquelle für die Betriebskosten privater Spitäler und entlasten die öffentliche Hand.

Kurzzusammenfassung

In Österreich wurden insgesamt 53,6 Mrd. € für Gesundheit ausgegeben (2022). Die Gesundheitsausgaben werden für laufende Ausgaben und Investitionen verwendet und von öffentlichen Gebietskörperschaften, der Sozialversicherung, den Privathaushalten, Unternehmen, gemeinnützigen Organisationen und dem Ausland getätigt. Im internationalen Vergleich sind die Gesundheitsdienstleistungen in Österreich über alle Einkommensgruppen hinweg sehr gut zugänglich. Nur 0,2% der Gesamtbevölkerung beklagten 2021, dass ihr Bedarf an medizinischen Untersuchungen wegen finanzieller oder geografischer Ursachen bzw. wegen einer Wartezeit nicht erfüllt wurde.

Mit etwa 12,5 Mrd. € finanzierte der private Sektor knapp ein Viertel der Gesamtausgaben für Gesundheit, davon gaben die Privathaushalte 8 Mrd. € direkt (out-of-pocket) aus. Die private Krankenzusatzversicherung kam mit 1,6 Mrd. € an Leistungen für ihre Versicherten auf einen Anteil von 3% an den Gesamtausgaben für Gesundheit des Jahres 2022.

Die theoretischen Modelle von Krankenversicherungen zeigen, dass bei asymmetrischer Information über die Erkrankungswahrscheinlichkeit von Individuen eine öffentliche Pflichtversicherung zu einer Wohlfahrtsverbesserung führt. Da die Privathaushalte in Österreich nur ein Sechstel der Gesamtausgaben für Gesundheit direkt zahlen, entsteht gleichzeitig ein ex-post moralisches Risiko, welches die hohe Inanspruchnahme bzw. den Wunsch nach maximaler Qualität medizinischer Leistungen begünstigt. Bei begrenztem Gesundheitsbudget entsteht daher die Notwendigkeit von Mengenbeschränkungen für öffentlich finanzierte Gesundheitsleistungen.

Da die gesetzliche Pflichtversicherung wegen des ex-post moralischen Risikos Mengenbeschränkungen einziehen muss, entsteht für private Krankenzusatzversicherungen die Möglichkeit, die von der Sozialversicherung nicht gedeckten Behandlungen bzw. Behandlungsformen abzuschließen. Für risikoscheue Individuen zeigen theoretische Modelle der Krankenversicherung eine wohlfahrtssteigernde Wirkung privater Versicherungslösungen gegenüber Direktzahlungen der Privathaushalte (out-of-pocket). Daher ergänzen sich die Sozial- und die private Krankenzusatzversicherung: Sie sind komplementäre Instrumente zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben und des Einkommensausfalls durch den zeitweiligen Verlust der Erwerbsfähigkeit.

Die Zahlungen der privaten Krankenzusatzversicherung bilden für die öffentlichen Krankenanstalten eine wichtige Finanzierungsquelle: Sie machen rund ein Achtel der Gesamtleistungen der Versicherungen an die Krankenhäuser aus. Zusätzlich sind in den Leistungen der privaten Krankenzusatzversicherung Honorare für Ärzt:innen in den öffentlichen und privaten Krankenanstalten enthalten. Sie ermöglichen Ärzt:innen in Österreich ein Einkommensniveau, das zwar gegenüber den Vergleichswerten in Deutschland und der Schweiz deutlich abfällt, aber dennoch ausreichend hoch ist, um die Abwanderung in die beiden Nachbarländer zu vermeiden. Die Zusatzzahlungen bilden damit eine Grundlage für medizinische Spitzenleistungen in den öffentlichen und privaten Spitälern.

Schließlich sind die privaten Krankenzusatzversicherungen eine wichtige Finanzierungsquelle für die Betriebskosten privater Spitäler. Die Sozialversicherung zahlt den Privatspitälern niedrigere Kostensätze als den öffentlichen Krankenhäusern. Die Behandlung von Patient:innen in Privatspitälern entlastet daher den öffentlichen Sektor.

1. Einleitung

Gute Gesundheit spielt für das individuelle Wohlbefinden eine zentrale Rolle. Sie ist unter den fünf wichtigsten Faktoren, die das Glücksgefühl von Personen positiv beeinflussen. Nach intakten familiären Beziehungen, guten finanziellen Verhältnissen, dem Nachgehen einer aktiven Erwerbsarbeit, dem Vorhandensein einer guten Nachbarschaftsgemeinde bzw. eines Freundeskreises nimmt gute Gesundheit in internationalen Vergleichen den fünften Rang unter den positiven Einflussfaktoren für das Glücksgefühl ein (Layard, 2005).

Die wichtige Rolle des Gesundheitszustands für die Wohlfahrtsmessung findet auch im Better Life Index der OECD Eingang. In diesem Index geht Gesundheit als eines von zehn Wohlfahrtsmaßen ein. Österreich befindet sich im internationalen Vergleich der OECD mit 7,8 von 10 möglichen Punkten im oberen Mittelfeld der Vergleichsländer. Kanada erzielt mit 9,5 Punkten den Spitzenplatz und Russland nimmt mit 3,1 Punkten den letzten Platz ein. Ausschlaggebend für diese Reihung sind die beiden von der OECD eingesetzten Gesundheitsindikatoren: die Lebenserwartung zur Geburt bzw. das subjektiv empfundene Gesundheitsempfinden in der Bevölkerung. Die Lebenserwartung zur Geburt ist ein gut messbarer Indikator aus der demographischen Analyse. Sie beträgt in Österreich 81,3 Jahre (2021). Österreich erreicht damit im internationalen Vergleich einen Platz im oberen Mittelfeld. Japan führt den internationalen Vergleich mit 84,5 Jahren an und Russland liegt mit 73,2 (2019) Jahren am unteren Ende. Das subjektive Gesundheitsempfinden wird in Umfragen erhoben und gilt daher als ein weicher Indikator; es stimmt trotzdem gut mit Kennzahlen über die – nach dem Zeitpunkt der Befragung – gemessene Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen überein, d. h. Personen mit subjektiv schlechter eingeschätztem Gesundheitszustand nehmen nach der Befragung häufiger medizinische Behandlungen in Anspruch. Die genaue Fragestellung lautet: „Wie gut ist Ihr aktueller Gesundheitszustand“. Der Anteil der befragten Personen, die darauf mit „sehr gut“ oder „gut“ antwortet, wird von der OECD als Indikator veröffentlicht. In Österreich betrachten 70,1% der Befragten (2022) ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut; in Kanada sind es 88,3% (2021), während sich in Litauen nur 48,1% der Bevölkerung so einschätzen.

Aus der Verknüpfung der Angaben über den subjektiven Gesundheitszustand mit der Lebenserwartung zur Geburt, kann die Lebenserwartung in guter Gesundheit ermittelt werden. Dieser Indikator wird von der OECD nicht veröffentlicht, befindet sich aber im Eurostat-Katalog der Gesundheitsindikatoren¹⁾. Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei dieser Kennzahl um 1,6 (Männer) bzw. 2,9 Jahre (Frauen) unter dem EU-Durchschnitt, d. h. die im EU-Vergleich pessimistischere Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes in Österreich dreht den Vorsprung in der demographischen Lebenserwartung in einen Abstand für die qualitätskorrigierte Lebenserwartung um.

Ein guter Gesundheitszustand erhöht nicht nur das persönliche Wohlbefinden, sondern hat auch positive Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Erfolg einer Person. Mit besserer Gesundheit steigen die Bildungschancen, die Chancen auf eine aktive Erwerbstätigkeit und die

¹⁾ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics&action=statexp-seat&lang=de, abgerufen am 22.1.2024.

persönliche Arbeitsproduktivität (Deaton & Paxson, 1998; Case et al., 2005; Smith, 2009). Auf individueller Ebene ist Gesundheit auch eine Voraussetzung für den nutzenstiftenden Konsum vieler Güter und Dienstleistungen (Blundell et al., 2024), und schließlich können durch einen guten Gesundheitszustand direkt medizinische Behandlungskosten vermieden werden. Gesundheit ist auch eine Voraussetzung für den Aufbau bzw. die Pflege sozialer Beziehungen bzw. des sozialen Status, die wiederum wichtig für das individuelle Glücksempfinden sind.

Eine eindeutige kausale Wirkungsrichtung vom individuellen Gesundheitszustand zu wirtschaftlichen Kenngrößen besteht allerdings nicht, weil diese Größen selbst wiederum den Gesundheitszustand beeinflussen. Neben der Genetik und dem familiären Hintergrund sind vor allem der Bildungsgrad, die Einkommenshöhe und der persönliche Lebenswandel Schlüsselfaktoren. Auf gesamtwirtschaftlicher Ebene spielt das Einkommensniveau eine zentrale Rolle. Länder mit höherem Pro-Kopf-Einkommen geben absolut und verhältnismäßig mehr für Gesundheit aus. Die meisten OECD-Mitgliedstaaten richten ihr Gesundheitsangebot an die gesamte Bevölkerung, Ausnahmen davon bilden in Osteuropa die Slowakei, Polen und Ungarn, wo nur 95% der Bevölkerung das medizinische Kernangebot in Anspruch nehmen können (OECD, 2023); ähnliches gilt für die südamerikanischen OECD-Mitgliedstaaten und für die USA (91%). In Rumänien können nur 86% der Bevölkerung auf das medizinische Kernangebot zugreifen. Typischerweise sind Personen im erwerbsfähigen Alter mit niedrigem Bildungsniveau oder niedrigem Einkommen vom Angebot ausgeschlossen (OECD, 2023).

Bei Eintritt einer Krankheit steigen die Erfolgchancen medizinischer Behandlungen durch eine frühzeitige Erkennung erheblich. Deshalb versucht die öffentliche Hand durch eine Kombination aus Informationskampagnen, Nudging, Steuern auf ungesunde Aktivitäten, Subventionen für Vorsorgeuntersuchungen und ähnlichen Initiativen die Eintrittswahrscheinlichkeit eines medizinischen Behandlungsfalles zu senken. Wenn es trotzdem zu einem Behandlungserfordernis kommt, strebt Österreich eine möglichst weitgehende Sicherung der medizinischen Behandlung an, indem praktisch die gesamte Wohnbevölkerung in das Krankenversicherungssystem eingebunden ist. Mit 8,9 Mio. Anspruchsberechtigten waren 2022 insgesamt 98,8% der 9,1 Mio. Einwohner Österreichs in die öffentliche Krankenversicherung eingeschlossen.

Behandlungsentscheidungen sind im Gesundheitsbereich durchgehend verzerrt und durch die asymmetrische Informationslage zwischen den Erkrankten auf der einen Seite und den medizinischen Fachkräften auf der anderen Seite geprägt. Die asymmetrische Information umfasst Entscheidungen im Bereich der Diagnose einer Krankheit und reicht über die vorgeschlagene Behandlungsmethode bis zur Erfolgskontrolle. Dazu kommt die Trennung zwischen Zahlenden und Leistungserbringenden (Third-Payer-Effect). Vor allem bei kostspieligen Eingriffen findet der Bezahlvorgang indirekt über öffentliche oder private Versicherungen bzw. in Form von Sachleistungen der öffentlichen Hand statt, während die eigentlich Nutznießenden von Gesundheitsdienstleistungen nur indirekt über die Zahlung von Steuern und Versicherungsbeiträgen das System finanzieren. Diese Struktur begünstigt eine hohe und intensive Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und hat daher Mengenbeschränkungen in Form von vorgegebenen Leistungskatalogen, Kassenverträgen, Bettenzahlen und Großgeräteplänen zur Folge (Breyer & Zweifel, 1997).

Das öffentliche Gesundheitssystem in Österreich ist durch eine breite Streuung der Zuständigkeit über mehrere Selbstverwaltungskörper und Gebietskörperschaften gekennzeichnet. Dementsprechend zersplittert ist auch die Finanzierungsstruktur. Finanzielle Eigenbeiträge der Erkrankten und Leistungen der privaten Krankenzusatzversicherungen ergänzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Diese gemischte Finanzierungsstruktur ermöglicht ein umfassendes medizinisches Angebot, das in Österreich dazu führt, dass 84% der Gesamtbevölkerung mit der Verfügbarkeit medizinischer Leistungen zufrieden sind (OECD, 2023). Damit liegt Österreich im OECD-Vergleich an fünfter Stelle (2022) und deutlich über dem Durchschnittswert von 66,8%. Gleichzeitig ist der Anteil der Bevölkerung mit einem nicht behandelten medizinischen Bedarf in Österreich verschwindend klein (2021: 0,2%).

In der vorliegenden Studie wird die Bedeutung der privaten Krankenzusatzversicherung in Österreich analysiert. Dadurch bleiben die nicht-monetäre Kosten von Krankheiten oder Unfällen ausgeblendet. Die Bedeutung intangibler Kosten in Österreich werden z. B. in Brunner et al. (2020) untersucht. Der folgende Abschnitt enthält einen internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben und deren Finanzierungsstruktur. Es folgt eine Beschreibung des Leistungsumfangs und der Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsdienstleistungen. Abschnitt 5 enthält eine theoretische Analyse der optimalen Rollenteilung zwischen öffentlicher und privater Krankenversicherung; Die Details dazu enthält der Anhang. Schlussfolgerungen bilden den Abschluss der Studie.

2. Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben werden in einem von der OECD und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgegebenen Rahmen (System of Health Accounts) gesammelt und veröffentlicht (OECD et al., 2017). Die Definition von Gesundheitsausgaben beruht auf dem Konsum der Einwohner:innen eines Landes und ist auf den Konsum von Dienstleistungen und Gütern begrenzt, die die Verbesserung der Gesundheit zum Ziel haben. Im Vergleich zur Abgrenzung in Brunner et al. (2020) sind hier also nur die direkten Kosten medizinischer Behandlungen enthalten. Indirekte Kosten in Form eines Einkommensausfalls oder intangible Kosten durch die qualitative Verschlechterung des körperlichen Zustands bleiben in diesem Ansatz ausgeblendet. Die Ausgaben werden aus drei Blickwinkeln mit unterschiedlichen Perspektiven auf das Gesundheitswesen definiert: die Art des Konsums, die bereitstellenden Unternehmen und die Finanzierungssysteme.

Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber anderen Ausgabenkategorien bestehen vor allem bei medizinischen Eingriffen, die nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustandes (z. B. Änderungen des äußeren Erscheinungsbildes), oder bei Aktivitäten mit direkten Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, die aber primär sportlichen Charakter haben. Deshalb wird eine Abgrenzung nach der Funktion von Dienstleistungen und Gütern vorgenommen. Alle Leistungen und Güter, deren primärer Zweck die Verbesserung bzw. der Erhalt der Gesundheit oder die Vermeidung eines schlechteren Gesundheitszustandes ist, oder die die Konsequenzen eines schlechten Gesundheitszustandes durch die Anwendung qualifizierten Gesundheitswissens lindern, werden den Gesundheitsausgaben zugeordnet. Dazu zählen im Besonderen die Diagnose, die Behandlung, die Heilung, die Rehabilitation und die Pflege. Zusätzlich werden auch

Ausgaben für die zugehörige Verwaltung in die Gesundheitsausgaben einbezogen. Da Gesundheitsleistungen auch grenzüberschreitend erbracht werden, müssen importierte Gesundheitsleistungen zu den nationalen Gesundheitsausgaben hinzugezählt und Exporte davon abgezogen werden.

Die gesamten Ausgaben für Gesundheit werden in laufende Ausgaben und Investitionen geteilt. Aus einer Konsumperspektive sind die laufenden Ausgaben für Gesundheit relevant. Sie umfassen alle Ausgaben für Güter und Dienstleistungen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und werden entweder von der öffentlichen Hand für kollektive Gesundheitsleistungen oder direkt von privaten Einheiten getätigt. Zu den privaten Einheiten zählen die Privathaushalte, die privaten Krankenversicherungen, private Organisationen ohne Erwerbszweck, sowie Unternehmen. Übersicht 1 zerlegt die Gesamtausgaben in Österreich in diese Komponenten, wobei etwa 4/5 der Ausgaben von öffentlichen Einrichtungen und 1/5 von privaten Einheiten getätigt wurden. Die Gesundheitsausgaben (zu laufenden Preisen) nahmen zwischen 2005 und 2022 durchschnittlich um 4,3% pro Jahr zu, wobei die öffentlichen Ausgaben etwas stärker zulegen. Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben verringerte sich dementsprechend von 27% (2005) auf 23% (2022). Die Investitionstätigkeit im Bereich Gesundheit schwankt durch den Bau und die Renovierung von Spitälern erheblich, zusätzlich verursachen Preisänderungen im Bauwesen und in der Medizintechnik Änderungen im Investitionsvolumen. Zwischen 2005 und 2022 schwankte der Anteil der Investitionen an den gesamten Gesundheitsausgaben zwischen 5,2% (2022) und 7% (2015).

Übersicht 1: Gesundheitsausgaben in Österreich nach Finanzierungsquelle und Bereitstellungsart

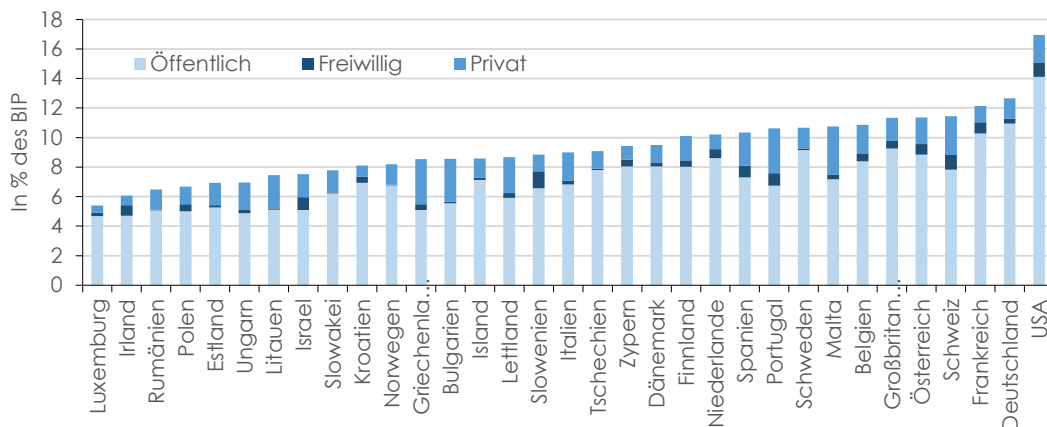
	2005	2010	2015	2020	2021	2022
	Mio. €					
Öffentlich						
Laufend	18.094	22.576	26.433	33.329	38.488	39.557
Investitionen	987	1.248	1.434	1.560	1.717	1.477
Privat						
Laufend	6.366	7.668	9.259	10.054	10.640	11.256
Investitionen	616	804	1.254	1.289	1.275	1.286
Insgesamt	26.064	32.296	38.380	46.232	52.120	53.577
Laufend	24.460	30.244	35.692	43.383	49.128	50.814
Investitionen	1.604	2.053	2.688	2.849	2.992	2.763

Q: ST.AT.

Österreich gab 2022 insgesamt 11,4% des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheit aus (OECD, 2023). Damit lag Österreich über dem Durchschnittswert von 9,3% der in Abbildung 1 zusammengestellten Länder. Die niedrigsten Ausgaben für Gesundheit relativ zum BIP wurden in Luxemburg getätigt. Der niedrige Wert für Luxemburg dürfte durch dessen hohes BIP und hohe Pendlerzahlen aus den umliegenden Nachbarländern verursacht sein. Gemäß den Vorgaben für grenzüberschreitend konsumierte medizinische Dienstleistungen im System of Health

Accounts muss der Konsum von Pendler:innen in Luxemburg dem Wohnsitzland zugerechnet werden. Weitere Länder mit relativ niedrigen Gesundheitsausgaben sind Irland (6,1%), Rumänien (6,5%) und Polen mit 6,7% des BIP. In internationalen Vergleichen stechen immer die USA mit vergleichsweise hohen Gesundheitsausgaben hervor. Mit 16,9% setzen sie sich in Abbildung 1 deutlich von den beiden europäischen Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben ab: Deutschland (12,7%) und Frankreich (12,1%).

Abbildung 1: Gesamtausgaben für Gesundheit (einschl. Langzeitpflege) nach Finanzierungsart, 2022



Q: OECD. Falls Werte für 2022 nicht verfügbar sind, werden Zahlen von 2021 oder 2020 verwendet. - Öffentlich: Öffentliche bzw. verpflichtende private Systeme. - Freiwillig: Private freiwillige Gesundheitszahlungssysteme, z. B. private Krankenzusatzversicherungen, - Privat: Direkte private Haushaltsausgaben (out-of-pocket).

Zwischen 1996 und 2022 stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Österreich von 8,9% auf 11,4% an. Im internationalen Vergleich besteht langfristig ein positiver und überproportionaler Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und den Ausgaben für Gesundheit, d. h. mit steigendem Einkommen nehmen die Gesundheitsausgaben in stärkerem Umfang zu. Das ist am Vergleich der laufenden Ausgaben für Gesundheit in % des BIP im Jahr 2022 mit jenem aus dem Jahr 1996 gut ersichtlich. Unter den europäischen OECD-Mitgliedstaaten und den USA stieg in dieser Periode der Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am BIP im Durchschnitt um 2,2 Prozentpunkte an. Der größte Anstieg fand in Großbritannien (+5,8 Prozentpunkte) statt. Als Sonderfall stellt sich Luxemburg mit einem Rückgang um 0,1 Prozentpunkte dar. Unter den Ländern mit einer nahezu stabilen Quote finden sich noch Irland und Ungarn mit +0,1 Prozentpunkten. Neben dem Einkommen ist auch noch die Altersstruktur der Bevölkerung relevant, weil die individuellen Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Lebensalter steigen (Bittschi, 2023). In Österreich steigt z. B. der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP um etwa

0,1 bis 0,2 Prozentpunkte, wenn der Anteil der Bevölkerung im Alter von 55 oder mehr Jahren um 1% zunimmt²⁾).

Die OECD veröffentlicht für die Gesundheitsausgaben eine detailliertere Aufgliederung der Finanzierungsquellen (Übersicht 2). Für öffentliche Finanzierungsquellen unterscheidet die OECD zwischen staatlichen Systemen und Pflichtbeiträgen zur Krankenversicherung. Das entspricht in Österreich der Trennung zwischen den öffentlichen Zuschüssen für Investitionen und den laufenden Betrieb der Krankenanstalten und den Beiträgen zur sozialen Krankenversicherung. Unter diesen beiden Finanzierungsquellen dominieren in Österreich die Krankenversicherungsbeiträge. Die direkten Zahlungen der Privathaushalte (out-of-pocket) von 8 Mrd. € (2022) nahmen rund zwei Drittel aller privat finanzierten Ausgaben ein (2022: 12,5 Mrd. €), während Leistungen der privaten Krankenzusatzversicherung rund ein Achtel ausmachten. Der Rest wurde von gemeinnützigen Organisationen, Unternehmen und ausländischen Systemen finanziert.

Abbildung 1 vergleicht auch die Finanzierungsbeiträge der Privathaushalte und der freiwilligen privaten Krankenversicherungen zu den Gesundheitsausgaben. In Bezug auf die Ausgaben der Privathaushalte für Gesundheit liegt Österreich mit 1,8% des BIP nahe am internationalen Durchschnittswert von 1,7%. Weitere Länder mit niedrigen Privatausgaben im Vergleich zum BIP sind Luxemburg (0,5%), Irland (0,6%) und Kroatien (0,8%). Die höchsten Privatausgaben fallen in Malta (3,3%), Griechenland (3,1%) und Portugal (3%) an.

Interessant ist auch die internationale Verteilung der Leistung aus freiwilligen privaten Krankenversicherungen. Österreich liegt mit 0,7% des BIP aus dieser Finanzierungsquelle im oberen Drittel der Vergleichsländer. Im Durchschnitt werden 0,4% der Gesundheitsausgaben durch Leistungen aus freiwilligen Krankenversicherungen gedeckt. In Europa fallen zwei Länder mit nahezu fehlender privater Krankenversicherung auf: Rumänien und Norwegen. Die Länder mit einem geringen Leistungsaufkommen von freiwilligen privaten Krankenversicherungen sind in Nord- und Osteuropa konzentriert. Vergleichsweise hohe Anteile haben freiwillige Privatversicherungen in Slowenien (1,2%) und in den USA bzw. der Schweiz mit jeweils 1% des BIP.

Die Finanzierung von Krankenanstalten hängt in Österreich von deren Fondszugehörigkeit ab. Die Krankenhäuser aus dem Akutversorgungssektor mit Öffentlichkeitsrecht und die gemeinnützigen Krankenhäuser ohne Öffentlichkeitsrecht (siehe Kasten) werden aus öffentlichen Mitteln nach dem LKF-System finanziert. Dazu wurden neun Landesgesundheitsfonds eingerichtet, die vom Bund, den Ländern, den Gemeinden und der Sozialversicherung dotiert werden. Neben den Landesgesundheitsfonds gibt es auch den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds

²⁾ Entspricht den Koeffizienten einer einfachen linearen Regression von rund 0,1 bis 0,2, in der die Ausgabenquote auf den Anteil der Bevölkerung im Alter von 55 oder mehr Jahren regressiert wird (Schätzperiode: 1997-bis 2022). Dabei wurden eine COVID-19-Dummy, das logarithmierte BIP und ein Maßstab für den Konjunkturzyklus als weitere bedingte Variablen berücksichtigt.

Übersicht 2: Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben nach ihren Finanzierungsquellen. 2020

	Öffentliche Systeme	Verpflichtende Krankenversicherungen	Freiwillige Krankenversicherungen	Direkt von Privathaushalten	Sonstige
	Anteile in %				
Belgien	24,5	54,7	4,7	16,0	0,0
Bulgarien	17,5	45,6	0,6	35,5	0,7
Dänemark	84,9	0,0	2,2	12,8	0,1
Deutschland	9,0	76,1	1,3	12,4	1,2
Estland	9,1	68,1	0,2	21,4	1,2
EU 27	29,2	51,5	3,5	14,9	0,9
Finnland	65,5	13,5	1,9	16,4	2,7
Frankreich	6,2	78,5	5,8	8,9	0,6
Griechenland	28,2	33,7	4,3	33,4	0,4
Irland	78,3	0,5	9,0	10,5	1,6
Italien	75,9	0,2	2,0	21,3	0,6
Kroatien	8,7	75,5	5,3	10,4	0,0
Lettland	63,6	0,0	4,3	31,9	0,2
Litauen	10,4	59,7	1,1	28,7	0,1
Luxemburg	7,1	79,3	2,9	8,4	2,2
Malta	62,5	0,0	3,4	34,1	0,0
Niederlande	10,5	74,4	4,3	9,3	1,5
Österreich	33,4	43,0	4,9	16,8	1,8
Polen	9,8	62,4	5,9	19,5	2,3
Portugal	62,1	2,4	6,8	27,8	0,9
Rumänien	17,5	62,7	0,5	19,0	0,2
Schweden	85,9	0,0	0,6	13,0	0,4
Slowakei	4,5	75,7	0,0	18,8	1,0
Slowenien	9,1	64,1	13,4	12,5	0,9
Spanien	69,5	3,7	6,7	19,6	0,4
Tschechien	17,5	70,2	0,1	11,5	0,7
Ungarn	11,8	59,6	1,6	25,5	1,5
Zypern	34,9	43,2	6,3	14,0	1,6
Großbritannien	82,8	0,0	2,2	12,5	2,4
Island	83,3	0,0	0,0	15,0	1,7
Nordmazedonien	4,4	54,7	0,3	40,4	0,3
Norwegen	85,7	0,0	0,0	14,0	0,3
Schweiz	25,6	44,1	6,5	22,0	1,8
Serbien	3,9	57,4	0,8	37,0	0,9
Türkei	24,9	54,0	2,3	16,4	2,4

Q: OECD, Eurostat, WHO entsprechend dem System of Health Accounts. – Direkt von Privathaushalten finanzierte Gesundheitsausgaben werden auch als out-of-pocket bezeichnet. Sonstige Quellen enthalten gemeinnützige Organisationen, Unternehmen, ausländische und nicht näher definierte Systeme.

(PRIKRAF), der den Sanatorien Mittel für Leistungen zuführt, sofern sie von der öffentlichen Krankenversicherung gedeckt sind. Die erbrachten Gesundheitsdienstleistungen werden ebenfalls nach dem LKF-System abgerechnet, allerdings gelten für private Krankenanstalten niedrigere Leistungspunktwerte. Damit sinken die Kosten von Gesundheitsdienstleistungen für die Sozialversicherung, wenn sie von einer privaten Krankenanstalt erbracht werden. Als dritte Gruppe gibt es die sonstigen Krankenanstalten, in denen vor allem Rehabilitationszentren und Einrichtungen für chronisch Kranke zusammengefasst sind. Sie sind teilweise direkt in die Sozialversicherungsträger integriert oder haben mit ihnen Einzelverträge.

Definition von Öffentlichkeitsrecht und Gemeinnützigkeit für Krankenanstalten

Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt gemäß § 15 KAKuG verliehen werden, wenn

- sie den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes entspricht,
- sie gemeinnützig ist,
- die Erfüllung der ihr in diesem Bundesgesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und
- wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird.

Eine Krankenanstalt ist gemäß § 16 Abs. 1 KAKuG als gemeinnützig zu betrachten, wenn

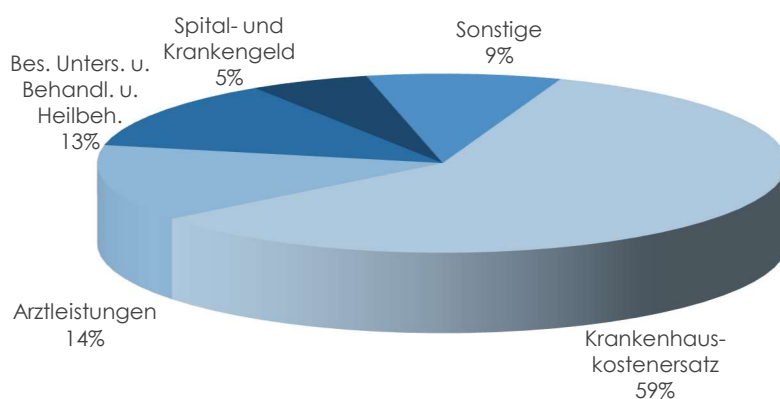
- ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt,
- jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird,
- die Patienten/Patientinnen so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach Ermessen des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin erfordert,
- für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten/Patientinnen maßgeblich ist,
- LKF-Gebühren für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Patienten/Patientinnen derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für die Langzeitbehandlung und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich, in gleicher Höhe festgesetzt sind,
- die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Betten nicht übersteigt.

Q: BMSGPK (2023).

3. Struktur und Umfang der Leistungen in der privaten Krankenzusatzversicherung

Die Leistungen der privaten Krankenzusatzversicherung stiegen im Zeitverlauf im Einklang mit dem nominellen Bruttoinlandsprodukt³⁾, ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt verblieb auf rund 0,7% (vgl. Kategorie „Freiwillig“ in Abbildung 1). Die Struktur der Leistungen privater Krankenzusatzversicherungen in Österreich ist in Abbildung 2 dargestellt. Die Leistungen werden vom Krankenhauskostenersatz dominiert, in dem die Behandlungskosten für die Sonderklasse im Spital einschließlich der Honorare für Spitalsärzte enthalten sind. Deutlich abgeschlagen sind die Auszahlungen für direkte Arztleistungen im niedergelassenen Bereich (Ordinationen usw.). Diese beiden Komponenten ergeben zusammen über sieben Zehntel der Ausgaben. Langfristig kam es zu einer Verschiebung vom Krankenhauskostenersatz und dem Spital- und Krankengeld zu den Arztleistungen und zu den besonderen Untersuchungen, Behandlungen und Heilbehelfen.

Abbildung 2: Struktur der Leistungen aus der privaten Krankenzusatzversicherung, 2022



Q: VVO. Sonstige Leistungen umfassen Medikamente, Zahnbehandlungen, Kurleistungen, Auslandsreiseversicherungen, Begleitpersonen und das Sterbegeld. Besondere Untersuchungen, Behandlungen und Heilbehelfe umfassen etwa physikalische Therapie, homöopathische Behandlungen, Brillen usw.

Bei einem Krankenhausaufenthalt bildet das Spitalgeld einen bedeutenden Teil des Einkommensersatzes für Selbständige. Mit dieser Leistungskomponente werden Taggelder in einer vorab vereinbarten Höhe vom Versicherer an Personen mit einem Spitalsaufenthalt ausgezahlt. Hier macht sich ebenfalls ein Strukturwandel bemerkbar: wurden 2005 noch 10% der Leistungen in Form von Spitalgeldern ausgezahlt, so sank deren Anteil an den Leistungen bis 2022 auf 5,2%. Ein Teil dieses Rückgangs kann mit dem rückläufigen Anteil der Selbständigen an den anspruchsberechtigten Personen in der öffentlichen Krankenversicherung erklärt werden. Waren

³⁾ Die Leistungen der privaten Unfallversicherung sind nicht in der privaten Krankenzusatzversicherung enthalten. Ähnlich sind die Leistungen der öffentlichen Unfallversicherung nicht der Österreichischen Gesundheitskasse zugerechnet.

2005 noch knapp 16,7% der Anspruchsberechtigten selbständig, so ging dieser Anteil bis 2022 auf 12,6% zurück.

Die Ausgaben für Zahnbehandlungen haben im Zeitverlauf ebenso an Bedeutung verloren, während die Leistungen für Medikamente etwas zulegten; beide Positionen sind in Abbildung 2 in den sonstigen Leistungen enthalten. Die Steigerung der Leistungen beruht auf einer größeren Zahl versicherter Risiken und den damit verbundenen vermehrten Schaden- und Leistungsfällen. Zusätzlich steigen auch die Preise für Gesundheitsdienstleistungen. Die versicherten Risiken legten seit 2005 mit leichten Schwankungen zu, wobei vor allem zwischen 2012 und 2019 eine stärkere Wachstumsphase zu verzeichnen war⁴); zuletzt beruhigte sich die Dynamik wieder. In der privaten Krankenzusatzversicherung expandierten die Schaden- und Leistungsfälle mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von 6,2% pro Jahr (2005 bis 2022). Damit übertrafen sie die Entwicklung der Risiken (+1,3% jährlich) deutlich. Die steigende Risikointensität, d. h. steigende Schadenzahl je gezeichnetem Risiko, steht im Widerspruch zur rückläufigen Zahl registrierter Spitalstage in den Krankenanstalten (Statistik Austria, 2023). Sowohl in der Akutversorgung als auch in der Gesamtversorgung wurden zwischen 2005 und 2021 weniger Spitalstage verzeichnet. Vermutlich war das auch eine Folge des 1997 eingeführten LKF-Punktesystems und der verbesserten Möglichkeiten zu ambulanten Behandlungen in den Spitälern. Ambulante Behandlungen sind derzeit nicht oder nur in geringem Umfang von Privatversicherungen gedeckt. Die gegenläufige Entwicklung in der Sozial- und der Privatversicherung könnte auch durch kürzere und kleinere privatversicherte medizinische Eingriffe bzw. Nachbehandlungen außerhalb des Spitalssystems verursacht sein. Das würde auch gut zu den sinkenden Aufwendungen je Fall in der privaten Krankenzusatzversicherung passen. Die Verschiebung der Leistungsstruktur vom Krankenhauskostenersatz zu den ärztlichen Leistungen ist ebenfalls ein Indiz dafür, dass der Umfang einzelner medizinischer Eingriffe bei steigender Fallzahl kleiner wurde.

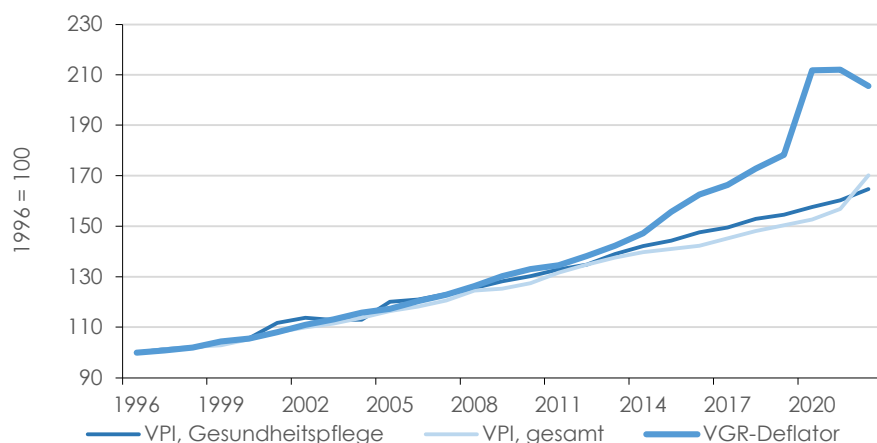
Neben den Fallzahlen verursachen auch Preissteigerungen höhere Leistungen. Ein Blick auf die Entwicklung des Verbraucherpreisindex für Gesundheitsausgaben der Privathaushalte in Abbildung 3 zeigt, dass zwischen 1996 und 2022 die Preise für Gesundheitsleistungen im Gleichklang mit dem allgemeinen Verbraucherpreisindex zulegten. Das durchschnittliche Wachstum des VPI lag mit 2,1% jährlich geringfügig über jenem der Gesundheitsausgaben (1,9%). Der Verbraucherpreisindex enthält aber nur Gesundheitsausgaben, die von den Privathaushalten direkt gekauft werden. Die Preise für den Konsum von Sachleistungen aus dem öffentlichen Gesundheitsangebot sind darin nicht enthalten. Der Deflator für das Gesundheitswesen (NACE 86) beschreibt die Preisentwicklung aller produzierten Leistungen im Gesundheitswesen (Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen, andere Dienstleister). Der Deflator entwickelte bis 2013 im Einklang mit den Kennzahlen des VPI. Seither öffnet sich eine Schere, die sich mit der COVID-19 Pandemie deutlich ausweitete. Der Deflator für das Gesundheitswesen nahm zwischen 1996 und 2022 durchschnittlich um 2,8% pro Jahr zu.

Die Verteilung der Ausgaben für Gesundheit auf einzelne Behandlungsformen kann für öffentliche und private Ausgaben getrennt untersucht werden. Statistik Austria erhebt für die

⁴) Im Vergleich zu den Vorjahren stieg die durchschnittliche Veränderungsrate von jährlich 0,7% (2005-2011) auf 2% (2012-2019).

Berechnung der Gesundheitsausgaben nach dem System of Health Accounts die öffentlichen und privaten Ausgaben, wobei in den privaten Ausgaben auch die Zahlungsströme der privaten Krankenzusatzversicherung einbezogen sind. Insgesamt wurden 49,1 Mrd. € (2021) für laufende Gesundheitsausgaben ausgegeben, wovon rund ein Fünftel durch private Träger bezahlt wurde (Übersicht 3). Rund 40% der Gesamtausgaben erfolgt für die stationäre Behandlung in den Krankenanstalten. In dieser Verwendungsart liegt der Anteil der privaten Ausgaben mit rund einem Siebtel deutlich unter dem Durchschnittswert.

Abbildung 3: Entwicklung der Verbraucherpreise gesamt und für die Ausgaben zur Gesundheitspflege sowie VGR-Deflator für Gesundheitswesen (NACE: 86), 1996-2022



Q: WDS-WIFO-Daten-System, Macrobond, ST.AT.

Übersicht 3: Verteilung der Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege nach Verwendungszweck und Finanzierung, 2021

	Öffentliche	Private ¹⁾	Privathaushalte und Vers.-untern.	Insgesamt
	Gesundheitsausgaben in Mio. € ²⁾			
Insgesamt	38.488	10.640	9.824	49.128
Stationäre Versorgung	15.288		2.622	17.910
Ambulante Versorgung	9.666		2.984	12.650
Häusliche Pflege	2.542		233	2.775
Transport	453		53	506
Medikamente und Heilbehelfe	4.710		3.097	7.807
Prävention	4.836		114	4.950

Q: ST.AT. - 1) Ausgaben privater Träger umfassen Privathaushalte, Versicherungsunternehmen, private Organisationen ohne Erwerbszweck und betriebsärztliche Leistungen. - 2) Laufende öffentliche und private Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts ohne Verwaltungsausgaben, einschließlich Langzeitpflege.

Interessant ist der hohe Beitrag der Privathaushalte und Versicherungsunternehmen an den Aufwendungen für Medikamente und Heilbehelfe, dort schlagen sich die Ausgaben für rezeptfreie Medikamente, die Rezeptgebühr und die Kosten von Heilbehelfen in Form eines hohen Privatanteils von zwei Fünftel der Aufwendungen nieder. Die Rezeptgebühr brachte den Krankenversicherungsträgern (laut Dachverband) insgesamt Einnahmen von 451,4 Mio. €. Relativ kleine Eigenbeiträge leisteten die Privathaushalte und Versicherungsunternehmen in den Bereichen Prävention (2%), häusliche Pflege (8%) und Transport (10%). In der ambulanten Versorgung führen hohe private Aufwendungen für Fachärzt:innenhonorare und die niedrige Rückerstattungsquote durch die Sozialversicherungsträger zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil der Privaten von einem Viertel der Ausgaben.

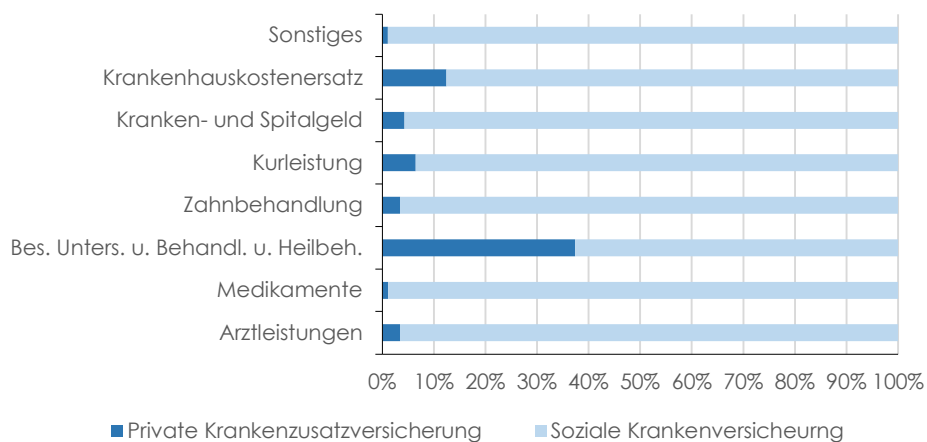
Der VVO stellt eine Übersicht der Ausgaben privater Versicherer für Versicherungsleistungen in der Krankenzusatzversicherung zusammen. Die Abgrenzung der Versicherungsleistungen stimmt ungefähr mit der Ausgabenstruktur der Sozialversicherungsträger überein. In Übersicht 4 sind die Beträge für das Jahr 2022 zusammengefasst. Sie unterscheiden sich von den Werten in Übersicht 3 durch den Ausschluss der direkten privaten Zahlungen und der Mittel aus dem öffentlichen Sektor außerhalb der Sozialversicherungsträger. Die Leistungen der öffentlichen und privaten Versicherungssysteme entsprechen knapp der Hälfte aller Gesundheitsausgaben. Rund ein Drittel davon entfällt auf Aufwendungen für die stationäre Behandlungen, etwas mehr als ein Viertel auf ärztliche Leistungen; daneben bilden die Aufwendungen für Medikamente in der Sozialversicherung noch einen beträchtlichen Posten. Insgesamt wurden 23,7 Mrd. € (2022) als Versicherungsleistungen ausgezahlt, wovon 93% aus der öffentlichen Krankenversicherung kommen. Abbildung 4 beruht auf den Werten in Übersicht 4 und stellt die Verteilung zwischen privaten Krankenzusatzversicherungen und den Sozialversicherungsträgern für jede Versicherungsleistung dar. Dabei fällt der hohe Anteil der privaten Zusatzversicherung an den besonderen Untersuchungen, Behandlungen und Heilbehelfen auf. Diese Kategorie zeigte in den letzten Jahrzehnten in der Privatversicherung eine hohe Dynamik. Unter den weiteren Versicherungsleistungen ist der Krankenhauskostensersatz eine Kategorie mit überdurchschnittlich hohen Ausgaben der Privathaushalte und Versicherer. Der Beitrag der privaten Krankenzusatzversicherung von rund einem Achtel an den Gesamtausgaben der Versicherer zeigt deren Bedeutung in der Spitalsfinanzierung.

Übersicht 4: Ausgaben der privaten und öffentlichen Krankenversicherung nach Versicherungsleistung, 2022

	Private Krankenzusatzversicherung	Soziale Krankenversicherung	Insgesamt
	Mio. €		
Arztleistungen	220	6.145	6.365
Medikamente	53	4.500	4.552
Bes. Unters. u. Behandl. u. Heilbel	200	336	536
Zahnbehandlung	43	1.194	1.237
Kurleistung	40	578	618
Kranken- und Spitalgeld	89	1.975	2.064
Krankenhauskostenersatz	930	6.559	7.490
Sonstiges	10	858	867
Insgesamt	1.585	22.144	23.730

Q: Dachverband, VVO. Die Ausgaben enthalten nur die Versicherungsleistungen. Aufwendungen für die Verwaltung, Abschreibungen, sonstige Aufwendungen und die Zuweisung zu Rücklagen sind nicht berücksichtigt.

Abbildung 4: Verteilung zwischen privaten und öffentlichen Ausgaben nach Versicherungsleistung, 2022



Q: Dachverband, VVO. Die Ausgaben enthalten nur die Versicherungsleistungen. Aufwendungen für die Verwaltung, Abschreibungen, sonstige Aufwendungen und die Zuweisung zu Rücklagen sind nicht berücksichtigt.

4. Zugang zu und Leistbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen

Die Zugangsmöglichkeit zu medizinischen Leistungen wird auf der Angebotsseite durch die eingerichtete Kapazität und den Ein- bzw. Ausschluss bestimmter Leistungen aus dem Angebot der Sozialversicherungsträger bestimmt. Auf der Nachfrageseite ist zusätzlich die Leistbarkeit innerhalb des zur Verfügung stehenden persönlichen verfügbaren Einkommens die bestimmende Größe.

OECD (2022) präsentiert für europäische Länder mehrere Indikatoren über die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen. Darunter fallen die Zahl der aktiv praktizierenden Ärzt:innen, der Stand an Pflegepersonal, die Zahl der Diagnosegeräte und Spitalsbetten. Die Angaben der OECD erfolgen in Köpfen, d. h. es findet keine Umrechnung in Vollzeitäquivalente statt. Ein direkter Ländervergleich ist daher von der Verbreitung der Teilzeitarbeit in medizinischen Berufen der Mitgliedstaaten beeinflusst.

Mit 5,4 praktizierenden Ärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen (2020) hat Österreich unter den europäischen Vergleichsländern einen Spitzenwert. Im Durchschnitt der EU 27 beträgt dieses Verhältnis nur 4. In Bezug auf die zahnärztliche Betreuung liegt Österreich mit 0,6 unter dem EU 27-Durchschnitt von 0,8 Zahnärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen. Für das Pflegepersonal gibt es eine umfassendere Definition, die auch Verwaltungspersonal und Bildungsberufe beinhaltet. Hier liegt Österreich mit 10,5 Personen je 1.000 Einwohner:innen über dem EU 27-Durchschnitt von 8,3. Den Spitzenplatz nimmt hier die Schweiz mit 18,4 Personen je 1.000 Einwohner:innen ein.

In Bezug auf die Untersuchungen mit teuren diagnostischen Geräten (Computer-, Magnetresonanz- und Positronen-Emissions-Tomographie) hat Österreich innerhalb Europas die höchste Einsatzquote. Mit 349 Untersuchungen je 1.000 Einwohner:innen liegt Österreich um 60% über dem EU 27 Durchschnitt von 219. Der Großgeräteplan aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2023⁵⁾ sieht für das gesamte Bundesgebiet 639 Großgeräte vor; tatsächlich sind 673 Geräte in Betrieb. Die meisten Geräte über dem Zielwert weist Tirol aus, Kärnten hat hingegen weniger Großgeräte in Betrieb als vorgesehen. Schließlich zeigt ein Vergleich der Spitalsbetten, dass Österreich mit 7,1 Betten je 1.000 Einwohner:innen ebenfalls überdurchschnittlich viele stationäre Behandlungsmöglichkeiten anbietet (EU 27: 5 Betten je 1.000 Einwohner:innen). Mit einer Belegungsquote von 73% (2019) lag Österreich im Jahr vor der COVID-19-Pandemie genau am europäischen Durchschnittswert⁶⁾; auch im Jahr der Pandemie lag Österreichs Belegungsquote am EU-Durchschnitt.

Die vergleichsweise gute Ausstattung mit medizinischem Personal, diagnostischen Geräten und stationären Kapazitäten in Österreich ermöglicht eine hohe Zufriedenheit der Kranken mit den zur Verfügung stehenden Gesundheitsdienstleistungen. Die OECD erhebt dazu die „vom Gesundheitssystem nicht durchgeführten Untersuchungen“. Diese Untersuchungen können

⁵⁾ https://goeg.at/OESG_2023.

⁶⁾ Die Belegungsquote entspricht der Anzahl der Krankenhaus-Bettentage mit kurativer Versorgung geteilt durch die Anzahl der verfügbaren Pflegebetten (multipliziert mit 365). In Österreich werden auch ambulante Belegungen untertags (same day care) als Bettentag gezählt. Betten zählen als verfügbar, wenn regelmäßig gewartet, mit Personal besetzt und sofort verfügbar sind.

wegen finanzieller oder regionaler Engpässe oder durch Wartezeiten verursacht worden sein. Die OECD addiert die nicht durchgeführten Untersuchungen zu den erfolgten Behandlungen und berechnet den Anteil der nicht durchgeführten Untersuchungen an dieser Summe. Dabei stellt sich heraus, dass Österreich mit einem Anteil von durchschnittlich 0,2% (2021) nicht durchgeführter medizinischer Untersuchungen eine außerordentlich hohe Zufriedenheit aufweist (Übersicht 5). Darüberhinausgehend ist der Unterschied in der Behandlungsintensität kaum vom Einkommen abhängig. Personen mit einem hohen Einkommen sehen sich immer gut behandelt aber auch Personen mit einem niedrigen Einkommen geben nur in 0,4% der Fälle an, dass sie nicht untersucht wurden.

Aus der Perspektive des Risikomanagements sind besonders die großen Gesundheitsrisiken relevant, darunter sind Risiken mit hohen Behandlungskosten bzw. mit einer erheblichen Reduktion der Erwerbsfähigkeit zu verstehen. Kaniowski und Url (2019) untersuchen die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Versicherungssysteme für das Risiko der Berufsunfähigkeit und zeigen das Potential privater Versicherungen gegen Einkommensverluste aus einer Berufsunfähigkeit. Das Risiko hoher direkter Zahlungen für Behandlungen oder eines hohen Aufwands für Sachleistungen kann die Konsummöglichkeiten privater Haushalte durch entsprechende Mehraufwendungen massiv gefährden. In OECD (2022) wird auch ein Indikator für die hohe Belastung der Konsummöglichkeiten durch Ausgaben für medizinische Behandlungen ermittelt. Dazu werden vom Haushaltskonsum in der Konsumerhebung die Ausgaben für Essen, Wohnen und die Energieversorgung abgezogen. Wenn die Out-of-Pocket Ausgaben eines Haushaltes für medizinische Behandlungen mehr als 40% des Restkonsums ausmachen, wird ein Haushalt als „katastrophal“ intensiv betroffen eingestuft. In Österreich weisen 3,2% der Privathaushalte einen Anteil der out-of-pocket Gesundheitsausgaben von 40% oder mehr aus (2015). Besonders hoch ist dieser Anteil im untersten Einkommensfünftel, wo 2,2% der Haushalte betroffen sind. Die verbleibenden vier Fünftel der Einkommensverteilung sind jeweils ungefähr im Ausmaß von 0,2% bis 0,3% betroffen.

Im internationalen Vergleich erscheint die Kapazität des österreichischen Gesundheitssystems umfangreich ausgebaut. Die Deckung der Behandlungskosten durch Mittel der öffentlichen Hand bzw. durch Beiträge der Sozialversicherten entspricht den europäischen Vergleichswerten oder liegt in einzelnen Leistungsbereichen sogar darüber. Besonders interessant ist die hervorragende und vom Haushaltseinkommen unabhängige Zugänglichkeit medizinischer Behandlungen in Österreich. Für weite Teile der Bevölkerung können große Einschränkungen der Konsummöglichkeiten durch out-of-pocket Ausgaben für medizinische Behandlungen vermieden werden.

Übersicht 5: Unerfüllter Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanziellen geografischen oder Wartezeitgründen, 2021

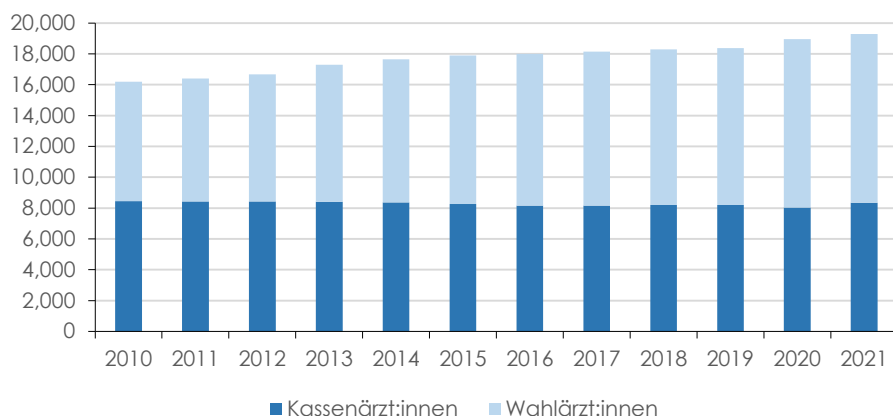
	Niedriges Einkommen	Insgesamt	Hohes Einkommen
	Anteile in %		
Estland	10,3	8,1	7,4
Griechenland	11,5	6,4	3,2
Slowenien	6,6	4,7	4,4
Rumänien	10,0	4,5	0,6
Finnland	5,9	4,3	2,1
Lettland	8,5	4,0	1,7
Island ¹⁾	6,7	3,4	1,3
Slowakei	4,6	2,9	1,6
Frankreich	4,5	2,8	1,5
Polen	4,1	2,6	2,2
Litauen	4,4	2,4	1,9
Italien	7,1	2,4	0,3
Portugal	4,7	2,3	0,7
OECD 26	3,9	2,3	1,4
Irland	3,5	2,0	0,7
Italien	3,5	1,8	0,9
Belgien	4,6	1,7	0,1
Kroatien	4,3	1,7	0,5
Dänemark	2,0	1,2	0,8
Ungarn	1,5	1,2	0,7
Schweden	1,7	1,2	0,6
Spanien	1,0	1,1	0,7
Luxemburg	1,7	1,1	1,2
Bulgarien	2,9	1,0	0,3
Norwegen ²⁾	1,4	0,9	0,7
Schweiz	0,8	0,5	0,1
Tschechien	0,7	0,3	0,5
Österreich	0,4	0,2	0,0
Deutschland	0,3	0,1	0,0
Niederlande	0,5	0,1	0,0

Q: OECD (2023). - 1) Daten von 2018. - 2) Daten von 2020.

Ein Vergleich der Entwicklung von Kassenvertragsstellen mit dem Angebot der Wahlärzt:innen in Abbildung 5 zeigt jedoch, dass in der ambulanten Behandlung das Angebot an besetzten Kassenarztstellen langfristig annähernd konstant blieb, während die Zahl aktiver Wahlärzt:innen deutlich zunahm. Diese Angebotsausweitung dürfte auch die Ursache für die gute Einschätzung der Zugriffsmöglichkeiten auf medizinische Behandlungen sein. Allerdings stehen die Wahl- und Privatärzt:innen nur Personen zur Verfügung, die in ausreichendem Umfang die dafür

notwendigen finanziellen Ressourcen (größtenteils) privat aufbringen können. Zusätzlich ist unklar, wie stark die Ausweitung an Köpfen unmittelbar in eine Steigerung der angebotenen Ordinationszeiten übertragen werden kann, weil die zusätzlichen Stellen nicht in Vollzeitäquivalente umgerechnet werden.

Abbildung 5: Kassen- und Wahlärzt:innen in Österreich



Q: ÖÄK.

Die private Krankenzusatzversicherung spielt in diesem Zusammenhang eine elementare Rolle für den Risikoausgleich über Perioden mit gutem und schlechtem Gesundheitszustand. Im nächsten Abschnitt wird gezeigt, dass Privatversicherungen für Personen mit einem niedrigen Erkrankungsrisiko eine sinnvolle Ergänzung zur öffentlichen Pflichtversicherung darstellen und eine wohlfahrtssteigernde Ausweitung des Deckungsumfanges ermöglichen. Während out-of-pocket Zahlungen anlassbezogen im Krankheitsfall auftreten und die Konsummöglichkeiten der Betroffenen unmittelbar schmälern, strecken Versicherungslösungen die Aufwendungen durch die regelmäßige Prämienzahlung gleichförmig über die Zeit. Die Zahlung gleich hoher Versicherungsprämien schützt Privatpersonen vor außergewöhnlichen Belastungsspitzen durch akute Behandlungskosten. Daher sind Versicherungslösungen für alle risikoaversen Personen theoretisch den out-of-pocket Zahlungen überlegen. Sie ermöglichen ein gleichförmigeres Konsumniveau im Zeitverlauf, selbst wenn im Vergleich zum laufenden Einkommen außergewöhnlich hohe medizinische Kosten auftreten. Darüberhinausgehend ermöglichen Versicherungen den Konsum von Gesundheitsleistungen, die vom öffentlichen System ausgeschlossen werden, weil die Kapazitäten knappgehalten werden bzw. deren Deckung überhaupt ausgeschlossen wird. Die Beschränkung des öffentlichen Angebotes ist eine notwendige Folge des ex-post moralischen Risikos, das in einem Pflichtversicherungssystem immer entsteht. Es kann zusätzlich durch Selbstbehalte oder in Form von Bonuszahlungen korrigiert werden.

5. Die Rollenteilung zwischen staatlichen und privaten Versicherungen im Gesundheitswesen

Die meisten Länder verwenden gemischte Systeme aus privater und öffentlicher Krankenversicherung zur Finanzierung des Gesundheitssystems. Großbritannien und Norwegen heben sich durch ein überwiegend steuerfinanziertes nationales Gesundheitssystem von den anderen Mitgliedstaaten der OECD ab. Doch auch in diesen beiden Ländern bestehen im öffentlich finanzierten Gesundheitssystem Leistungsausschlüsse, und es kommt durch knapp gehaltene Kapazitäten zu Warteschlangen bzw. Wartelisten⁷⁾. Privathaushalte in Großbritannien zeigen im Gegensatz zu norwegischen Haushalten aber eine hohe Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen: Während private Krankenzusatzversicherungen in Großbritannien 2,2% der Gesamtausgaben decken, ist ihr Anteil in Norwegen verschwindend klein (Übersicht 2).

In der Theorie optimaler Versicherungslösungen für Gesundheitsausgaben ist der Fall eines vollständig von der öffentlichen Hand finanzierten Pflichtsystems keine optimale Lösung⁸⁾. Breyer und Zweifel (1997) führen als mögliche Gründe für die ausschließliche Bereitstellung durch den Staat Gerechtigkeitsziele an, z. B.: alle Menschen sollen den gleichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben. Wenn jeder Mensch ein Anrecht auf vollständige medizinische Behandlung hat, dürfen medizinische Behandlungen weder von der Zahlungswilligkeit noch von der Zahlungsfähigkeit abhängen; sie müssen dann frei zugänglich sein. Der freie Zugang schafft aber in der Regel Kapazitätsengpässe, weil die Nachfrage nicht auf Preissignale reagiert, und das öffentliche Budget durch das angestrebte Steuer- und Abgabenaufkommen begrenzt ist. Diese für die Gesamtgesellschaft nachteilige Reaktion wird in der Gesundheitsökonomie als *ex post* moralisches Risiko bezeichnet. Dieses Phänomen wird durch die von Illich (1976) vorgebrachte Hypothese der Medikalisierung des Lebens verstärkt. Ivan Illich entwickelt darin den Gedanken eines endogenen Prozesses aus Angebotsausweitung und verstärkter Nutzung medizinischer Leistungen, d. h. es werden laufend neue Beeinträchtigungen als Krankheit definiert, bzw. neue Therapien entwickelt, die vom medizinischen Personal in die Behandlung integriert werden. Die Leistungsausweitung erfolgt auch, wenn der medizinische Nutzen einer Behandlung zweifelhaft ist. Ärzt:innen spielen in diesem Prozess eine entscheidende Rolle, weil sie über die Kompetenz und Autorität der Diagnose, der Entscheidung über die Therapie und der Evaluierung des Behandlungserfolgs verfügen. In dieser Hinsicht besteht ebenfalls eine asymmetrische Informationslage, weil die Patient:innen nicht in der Lage sind, die Kompetenz von Ärzt:innen korrekt zu beurteilen. Die Qualität eines ärztlichen Ratschlags kann nur durch die Einholung einer zweiten Meinung beurteilt werden, was wiederum die Gesundheitsausgaben steigert.

7) Warteschlangen entstehen am Ort der Dienstleistung durch zu knapp dimensionierte Ressourcen; sie verursachen Opportunitätskosten durch die verbrachte Wartezeit vor Ort. In Wartelisten werden die Patienten für einen medizinischen Eingriff gereiht, ohne dass sie physisch vor Ort warten müssen. Wartelisten erzeugen deshalb keine Opportunitätskosten. Lindsay und Feigenbaum (1984) betonen für den Fall von Wartelisten, dass der Nutzen von Dienstleistungen vom Zeitpunkt des Konsums abhängt. In die Zukunft verschobene Behandlungen haben einen geringeren Nutzen als sofort erbrachte Leistungen.

8) Bei asymmetrischer Information zwischen öffentlichem Gesundheitsdienstleister und privaten Haushalten kommt es zu einer Übernutzung des Systems, d. h. die marginalen Kosten und Nutzen entsprechen einander nicht (Breyer & Zweifel, 1997).

Ein frei zugängliches öffentlich finanziertes Gesundheitssystem wird unter diesen Umständen immer Rationierungsmechanismen einsetzen müssen, die das öffentlich finanzierte Angebot innerhalb des vorgegebenen finanziellen Rahmens halten. In Österreich zählen dazu im extramuralen Bereich die begrenzte Zahl der Kassenverträge und kurze Behandlungszeiten je Fall. Im intramuralen Bereich sind es die regionale Verteilung der Spitalsstandorte, die beschränkte Zahl an Spitalsbetten oder die Großgeräteplanung. Diese Beschränkungen erzeugen auf der Seite zahlungswilliger und zahlungsfähiger Individuen ein Ausweichverhalten in das private Leistungsangebot. Besley et al. (1999) zeigen diese Wirkungskette in einem Vergleich von regionalen Wartelisten für medizinische Eingriffe und der regionalen Verbreitung privater Krankenzusatzversicherungen in Großbritannien. Solange die Behörde das private Angebot nicht durch Eingriffe im Bereich der Marktverfassung (Kronberger, 1997 S. 30) unterbindet, wird neben dem mengenbeschränkten öffentlichen Angebot ein privat finanziertes Angebot entstehen. Die Ausgaben im privaten Bereich müssen entweder direkt privat (out-of-pocket) oder im Rahmen einer Zusatzversicherung bezahlt werden.

Die im Anhang vorgestellten theoretischen Modelle weisen für Gesundheitsausgaben von risikoaversen Individuen in der Regel einen Vorteil von Versicherungslösungen gegenüber Direktzahlungen (out-of-pocket) nach. Die Annahme der Risikoaversion macht für Individuen Sinn, wenn sie im Voraus immer ein gleichförmiges erwartetes Konsumniveau anstreben – also ein Niveau, das vom tatsächlichen Gesundheitszustand unabhängig ist. Sie bevorzugen dann ein gleichförmiges Konsumniveau gegenüber Extrem Lösungen mit hohem oder niedrigem Konsumniveau. In einer Versicherungslösung müssen Individuen dazu vorab eine Prämie zahlen, die ihr laufendes Einkommen gleichmäßig belastet. Dafür werden im Krankheitsfall die Behandlungskosten und u. U. Einkommensausfälle übernommen, sodass keine oder nur kleinere out-of-pocket Zahlungen notwendig sind. Die im Anhang diskutierten theoretischen Modelle legen eine Unterversicherung der Privathaushalte nahe, d. h. sie werden keine vollständige Deckung der erwarteten Behandlungskosten und Einkommensausfälle anstreben. In einer Lösung ohne Privatversicherung würde es je nach Gesundheitszustand zu unterschiedlich hohen out-of-pocket Zahlungen kommen: Bei guter Gesundheit steht dann viel Geld für den laufenden Konsum zur Verfügung, während bei einer Krankheit ein großer Teil des Einkommens für Behandlungskosten aufgewendet werden muss. Daher muss im Krankheitsfall der Konsum anderer Güter und Dienstleistungen entsprechend eingeschränkt werden. Risikoaverse Individuen ziehen einen Versicherungsvertrag mit regelmäßigen Prämienzahlungen gegenüber extremen Konsumschwankungen vor.

Ein weiteres Ergebnis der theoretischen Versicherungsliteratur (vgl. Anhang) ist, dass in einer asymmetrischen Informationslage zwischen Versicherer und Versicherten über das Gesundheitsrisiko (der Versicherten) kein Gleichgewicht mit einem einheitlichen und freiwillig unterzeichneten Vertrag für Personen mit niedrigem und hohem Erkrankungsrisiko besteht. Bei freiwilliger Beteiligung der Versicherten gibt es also keinen Vertrag mit einer gleich hohen Prämie für beide Risikogruppen. Ein solcher Vertrag kann nur mit einer Pflichtversicherung staatlich erzwungen werden. Die Pflichtversicherung verdrängt private Krankenversicherungen im Bereich des öffentlich abgesicherten Leistungsumfanges. Trotzdem sind die Privathaushalte theoretisch bereit, über das öffentliche Angebot hinausgehende Ausgaben für Gesundheit mit einer privaten Krankenzusatzversicherung zu decken.

Da ein Privatversicherungsunternehmen mit negativer Risikoselektion rechnen muss (d. h. es werden sich tendenziell eher Personen mit einem hohen Risiko absichern), werden in privaten Versicherungsverträgen mehrere Instrumente zusätzlich eingesetzt. Dazu zählen Fragebögen über den persönlichen Gesundheitszustand – u. U. in Verbindung mit einer ärztlichen Eintrittsuntersuchung – vor der Zeichnung einer privaten Krankenzusatzversicherung. Diese Risikoprüfung ist sogar gesetzlich vorgeschrieben und ermöglicht es, dass Personen mit absehbar hohen Ausgaben in Verträge mit höheren Prämien umgelenkt oder in manchen Fällen auch von der Versichertengemeinschaft ausgeschlossen werden können. Diese Risikokontrolle dient zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor einer absehbaren übergebührenden Inanspruchnahme und ermöglicht nicht nur die Kalkulation günstiger Versicherungsprämien, sondern auch die ausreichende Vertragserfüllung über die gesamte Restlebenszeit. Die Verträge können auch Bonuszahlungen enthalten, die bei einem leistungsfreien Versicherungsjahr einen Bonus oder eine Prämienrückgewähr an die Versicherten ausschütten. Selbstbehalte oder vollständige Leistungsausschlüsse können ebenfalls die kostensteigernden Auswirkungen von Negativselektion und moralischem Risiko mindern. Schließlich haben Neuverträge für Personen mit steigendem Alter höhere Versicherungsprämien. Mit dem Einsatz dieser versicherungstechnischen Instrumente können für einen Teil der versicherungswilligen Personen zusätzliche, über den Leistungsumfang der Sozialversicherung hinausgehende, Behandlungen versichert werden. Der Umfang der privaten Krankenzusatzversicherung wird auch dann nicht vollständig sein, sondern nur einen Teil der von der Sozialversicherung nicht gedeckten Ausgaben umfassen (Unterversicherung, d. h. die Zusatzversicherung deckt den potentiellen Schaden nur teilweise ab (vgl. Anhang)).

In diesem Umfeld sind die verpflichtende Sozialversicherung und die freiwillige Krankenzusatzversicherung komplementäre Versicherungsinstrumente, d. h. sie ergänzen einander. Innerhalb der Sozialversicherung werden in Österreich sowohl medizinische Grundbedürfnisse als auch Spitzenleistungen abgesichert. Unterschiede in der medizinischen Behandlung sind dabei nicht zulässig. Die Privatversicherung deckt einen Teil der verbleibenden Risiken ab. Sie umfassen eine längere zeitliche Zuwendung der Ärzt:innen und bei nicht-akuten Behandlungen einen raschen Zugriff auf medizinische Leitungen durch medizinische Spitzenkräfte eigener Wahl. Zusätzlich stehen bei einer erweiterten Deckung, auch die nicht mit Kassenverträgen ausgestatteten Ärzt:innen zur Auswahl. Speziell im niedergelassenen Bereich werden auch medizinische Angebote versichert, die von der Sozialversicherung ausgeschlossen werden (Komplementärmedizin, alternative Heilmethoden, Vorsorgeprogramme, usw.). Schließlich ermöglichen Krankenzusatzversicherungen durch die Aufzahlung für Zimmer mit niedrigen Belagszahlen und besserer Verpflegung im Spital auch einen angenehmeren Aufenthalt. Diese Arbeitsteilung hat den Vorteil, dass innerhalb der Sozialversicherung eine Umverteilung von Personen mit niedrigem Erkrankungsrisiko zu jenen mit hohem Risiko erreicht wird (Henriet & Rochet, 2006; Bittschi, 2023), und in einem System mit einkommensabhängiger Beitragshöhe zusätzlich eine Umverteilung von hohen zu niedrigen Einkommensklassen erzielt werden kann (Boadway et al., 2006, Bittschi, 2023).

Die Versicherungsleistung ermöglicht nicht nur den Versicherten ein ausgeglichenes Konsumniveau zwischen Zuständen mit oder ohne Erkrankung, sie bringt gleichzeitig einen zusätzlichen Einkommensstrom in das Gesundheitssystem. In Übersicht 4 wurden bereits die Zahlungen der

privaten mit der öffentlichen Krankenversicherung in Österreich verglichen und ein Gesamtanteil von 7% für die Zahlungen der privaten Krankenzusatzversicherung ermittelt. Die Zahlungen der Privatversicherung zur Deckung der Krankenhauskosten machen sogar 12% der gesamten Versicherungsleistungen aus (vgl. Übersicht 4); und wenn man alle Zahlungen für die Arztleistungen, die besonderen Untersuchungen und den Krankenhauskostenersatz zusammenzählt, erreichen die Zahlungen der Privatversicherungen in Österreich 9,4% der gesamten Versicherungsleistungen.

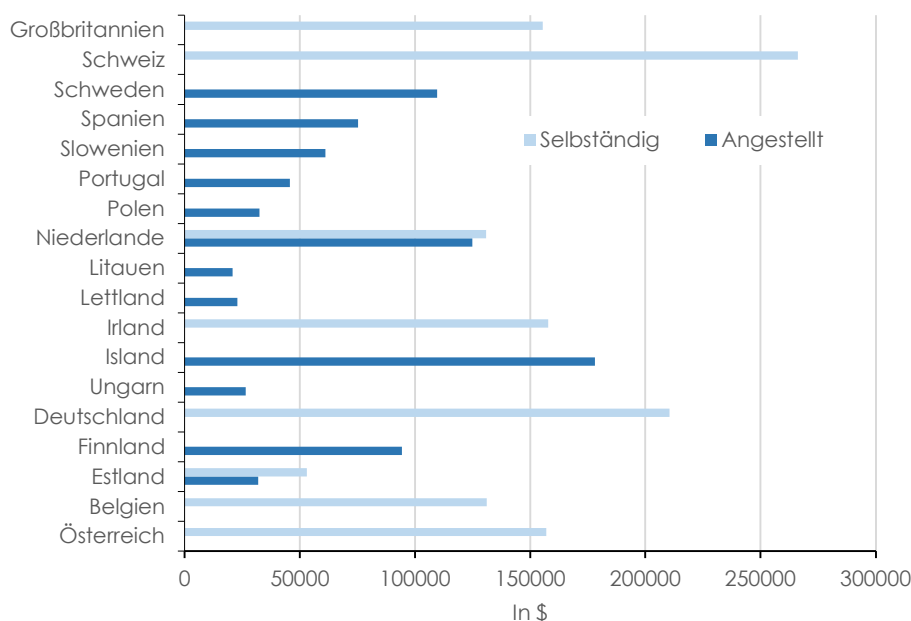
Die Zusatzzahlungen der Privatversicherungen ermöglichen einerseits eine Ausweitung des medizinischen Angebots auf jene Behandlungen, die von der Sozialversicherung nicht abgedeckt sind. Die Zahlungen der privaten Krankenzusatzversicherung subventionieren über die Leistungen im Rahmen des Krankenhauskostenersatzes auch das Angebot an Spitzenmedizin in den allgemeinen Krankenanstalten. In den privaten Krankenanstalten finanzieren sie die Betriebs- und Behandlungskosten mit. Zusätzlich ist damit auch für die Ärzt:innen eine weitere Quelle für Einnahmen aus Honoraren verbunden.

Die Einkommen für Allgemeinmediziner:innen aus dem Jahr 2019 sind in Abbildung 6 für mehrere europäische Länder aufgetragen. Die Einkommen sind zur besseren Vergleichbarkeit von der jeweiligen nationalen Währung in US-Dollar umgerechnet. Die OECD weist für die meisten Länder entweder die Einkommenshöhe für Angestelltenverhältnisse oder für Selbständige aus, nur in Estland und den Niederlanden werden beide Formen der Erwerbstätigkeit gezeigt. Während der Einkommensunterschied zwischen den beiden Erwerbsformen in den Niederlanden nur gering ist, verdienen Selbständige in Estland um zwei Drittel mehr als Angestellte. Der Unterschied ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, weil in den meisten Ländern angestellte Ärzt:innen auch in einer eigenen Praxis selbständig tätig sind.

Allgemeinmediziner:innen hatten 2019 in Österreich ein durchschnittliches Bruttojahreseinkommen vor Abzug der Einkommensteuern von 157.000 \$ (ohne Sozialversicherungsbeiträge); das entsprach etwas mehr als dem dreifachen des Durchschnittseinkommen in Österreich⁹⁾. Zwischen den einzelnen Ländern gab es erhebliche Einkommensunterschiede. Am wenigsten verdienen Ärzt:innen in Litauen und am meisten in der Schweiz. Die Möglichkeiten für einen Wechsel zwischen Ländern sind in den medizinischen Berufen durch nationale Zulassungsverfahren beschränkt. Trotzdem vergrößern hohe internationale Einkommensunterschiede den Anreiz zur Überwindung der Eintrittsbarrieren in den neuen Markt, sodass einige Länder – wie etwa Ungarn – in den letzten Jahren mit außerordentlichen Anpassungen der Einkommen reagieren mussten, um der Emigration medizinischen Personals entgegenzuwirken.

⁹⁾ Rechnungshof (2022) enthält Angaben über das mittlere Bruttojahreseinkommen (Median) selbständiger Ärzt:innen in Österreich aus dem Jahr 2019. Umgerechnet in US-Dollar nahmen Arztpraxen für Allgemeinmedizin demnach 130.000 Dollar und Facharztpraxen 172.000 Dollar ein (vor Steuern).

Abbildung 6: Europäischer Vergleich der Einkommen von Allgemeinmediziner:innen, 2019

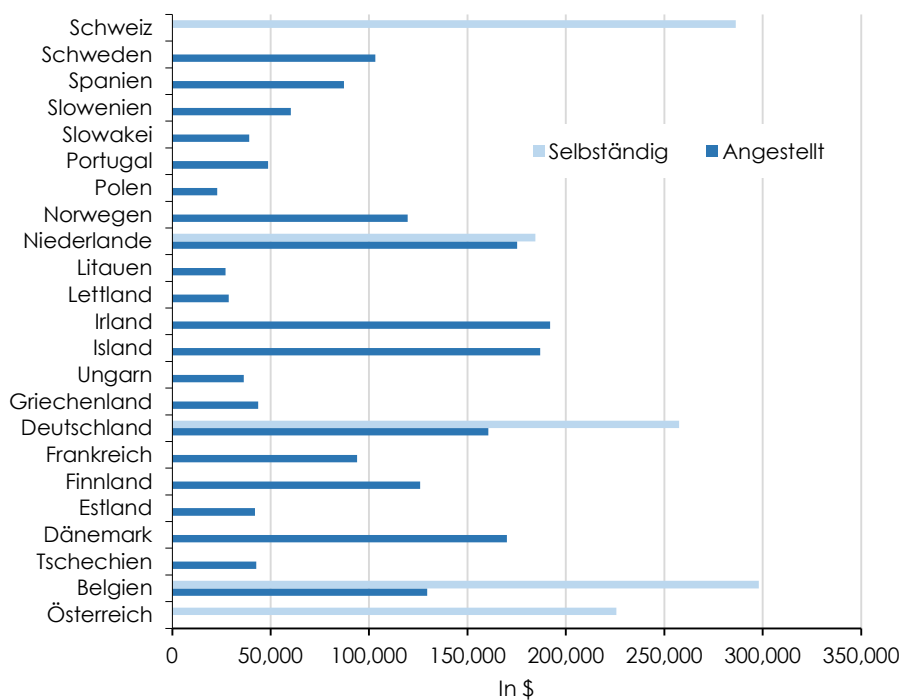


Q: OECD. - Für Lettland, Litauen und Polen sind die Werte von 2018 enthalten. Die Einkommen beziehen sich auf das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen einschließlich Steuern und Sozialversicherungsabgaben von Arbeitnehmer:innen. Es enthält normalerweise nicht die Praxiskosten für Selbständige; in Österreich enthält das Einkommen der Selbständigen keine Sozialversicherungsabgaben.

Der österreichische Arbeitsmarkt ist mit den beiden anderen deutschsprachigen Ländern in Zentraleuropa besonders eng verbunden. In den beiden Nachbarländern ist das Erwerbseinkommen von Allgemeinmediziner:innen deutlich höher als in Österreich, obwohl Privatversicherungen mit den Leistungen der Krankenzusatzversicherung den Unterschied zum Ausland verkleinern. In Deutschland war das Einkommen 2019 um ein Drittel und in der Schweiz um zwei Drittel höher als in Österreich. Da die medizinische Ausbildung in den drei Ländern ähnlich aufgebaut ist, sind die formalen Eintrittsbarrieren im Vergleich zu anderen Ländern gering. Umso wichtiger sind nicht-öffentliche Finanzierungsquellen zur Eindämmung internationaler Einkommensdifferenzen.

Abbildung 7 wiederholt den europäischen Vergleich für Fachärzt:innen und zeigt, dass 2019 für Spezialist:innen die Einkommensunterschiede in etwa dieselbe Größenordnung hatten. Österreich konnte die Fachärzt:innen mit durchschnittlich 226.000 \$ Jahreseinkommen gut bezahlen, nur Belgien, die Schweiz und Deutschland zahlten besser. Neben der guten Vernetzung zwischen Medizinuniversitäten und Krankenanstalten gewährleistet der geringe internationale Einkommensabstand, dass in den allgemeinen Krankenanstalten die Versorgung österreichischer Patient:innen mit Spitzenleistungen auch für Personen ohne eine private Krankenzusatzversicherung zugänglich ist.

Abbildung 7: Europäischer Vergleich der Einkommen von Fachärzt:innen, 2019



Q: OECD. - Für Lettland, Litauen und Polen sind die Werte von 2018 enthalten. Die Einkommen beziehen sich auf das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen einschließlich Steuern und Sozialversicherungsabgaben von Arbeitnehmer:innen. Es enthält normalerweise nicht die Praxiskosten für Selbständige; in Österreich enthält das Einkommen der Selbständigen keine Sozialversicherungsabgaben.

6. Schlussfolgerungen

Trotz des sehr gut ausgebauten öffentlichen Gesundheitssystems bieten private Gesundheitsdienstleister österreichischen Privathaushalten ein breites Leistungsangebot an. Dieses Zusatzangebot wird teilweise aus den Mitteln der Sozialversicherung finanziert. Die Privathaushalte leisten dazu direkt aus deren laufendem Einkommen, ihren Ersparnissen oder einer privaten Krankenzusatzversicherung einen beträchtlichen Beitrag.

In Österreich wurden insgesamt 53,6 Mrd. € für Gesundheit ausgegeben (2022). Die Gesundheitsausgaben werden für laufende Ausgaben und Investitionen verwendet und von öffentlichen Gebietskörperschaften, der Sozialversicherung, den Privathaushalten und gemeinnützigen Organisationen getätigt. Etwa 12,5 Mrd. € bzw. knapp ein Viertel der Ausgaben kann den Privathaushalten, nicht profitorientierten Organisationen, Unternehmen und dem Ausland zugerechnet werden. Die Privathaushalte gaben 8 Mrd. € direkt (out-of-pocket) für Gesundheit aus. Die private Krankenversicherung kam mit 1,6 Mrd. € an Leistungen für ihre Versicherten auf einen Anteil von 3% an den Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2022.

Der Großteil der Leistungen der privaten Krankenversicherung wird für den Krankenhauskostensersatz erbracht (2022: 60%). Dieser Teil umfasst die Aufzahlung für Hotelkosten der Versicherten und die Honorare für Spitalsärzte. Die zweitgrößte Aufwandskomponente sind die Arztleistungen (2022: 14%); sie werden an die Wahlärzte außerhalb der Spitäler gezahlt. Die öffentlichen Kranken- und die privaten Krankenzusatzversicherungen gaben in Summe 23,7 Mrd. € (2022) für Versicherungsleistungen aus (ohne Verwaltungskosten, Abschreibungen usw.); davon wurden 6,7% von den Privatversicherungen ausgezahlt.

Im internationalen Vergleich sind die Gesundheitsdienstleistungen in Österreich über alle Einkommensgruppen hinweg sehr gut zugänglich. Nur 0,2% der Gesamtbevölkerung (2021) beklagten, dass ihr Bedarf an medizinischen Untersuchungen wegen finanzieller oder geografischer Ursachen bzw. wegen einer Wartezeit nicht erfüllt wurde. Dieser Anteil ist vom Haushaltseinkommen nur schwach abhängig: unter den Personen aus Haushalten mit einem niedrigen Einkommen berichteten 0,4% von nicht erfüllten medizinischen Bedürfnissen.

Der Gesundheitszustand eines Menschen ist nicht nur von den individuellen körperlichen Voraussetzungen und von Umwelteinflüssen abhängig, sondern auch von der Einkommenshöhe, dem Bildungsgrad und der persönlichen Lebensweise; letztere kann mehr oder weniger gesundheitsfördernd sein. In theoretischen Modellen der Krankenversicherung wird ein positiver Zusammenhang zwischen einer gesunden Lebensweise und der direkten Kostenbelastung durch medizinische Folgebehandlungen unterstellt: d. h. je größer die finanzielle Belastung einer ungesunden Lebensweise ist, desto stärker ist der Anreiz für ex-ante Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit; damit verbunden ist eine kleinere Wahrscheinlichkeit zu erkranken. Da in Österreich nur 15% der Gesamtausgaben für Gesundheit von den privaten Haushalten direkt bezahlt werden, erzeugt das österreichische Gesundheitssystem vergleichsweise große Anreize für ein ex-ante moralisches Risiko, d. h. die Bereitschaft für freiwillige Vorsorgemaßnahmen ist potentiell klein. Diese Sorge erscheint übertrieben, weil mit einer Krankheit in der Regel Unwohlsein und Schmerzen verbunden sind, und Menschen diese Schmerzen vermeiden wollen. Trotzdem ist die Empfehlung von Breyer und Zweifel (1997) angebracht, dass die öffentliche Hand umfangreiche Begleitmaßnahmen zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins durchführt.

Das ex-ante moralische Risiko erscheint also in der Praxis weniger relevant als es theoretische Versicherungsmodelle mit asymmetrischer Information über den Gesundheitszustand der Individuen vorhersagen würden. Wichtiger für die Entwicklung des Gesamtaufwands ist das ex-post moralische Risiko. Es tritt auf, wenn Erkrankte ihren Konsum an medizinischen Leistungen nicht selbst bezahlen, weil öffentliche oder private Versicherungen als Zahler auftreten bzw. weil der Staat kostenlose Sachleistungen zur Verfügung stellt. In diesem Fall finanzieren die Nutznießenden von Gesundheitsdienstleistungen die Ausgaben nur indirekt über Steuern, Beiträge oder Prämien. Das Auseinanderfallen von individueller Zahlung und Konsum begünstigt die hohe Inanspruchnahme bzw. den Wunsch nach maximaler Qualität medizinischer Leistungen. Dieses ex-post moralische Risiko erzeugt bei begrenztem Gesundheitsbudget die Notwendigkeit von Mengenbeschränkungen. Die Folge sind vorgegebene Leistungskataloge, limitierte Kassenverträge, beschränkte Bettenzahlen in Spitälern oder der Großgeräteplan für Österreich.

Die theoretischen Modelle von Krankenversicherungen zeigen, dass bei einer asymmetrischen Information über die Erkrankungswahrscheinlichkeit von Individuen eine öffentliche Pflichtversicherung zu einer Wohlfahrtsverbesserung führt. Ein weiteres Argument für die Einführung einer Pflichtversicherung ist das Trittbrettfahrerproblem. In einer Gesellschaft, die aus humanitären Gründen keinen Ausschluss von medizinischen Behandlungen in Betracht zieht, werden einige Individuen nicht dem freiwilligen Versicherungssystem beitreten und die dafür notwendige Prämie vorab zahlen, weil sie rational korrekt damit rechnen, dass sie sich die Zahlung der Versicherungsprämie sparen können und in einem medizinischen Notfall trotzdem eine Behandlung bekommen. Die gesetzliche Pflichtversicherung unterbindet dieses Verhalten.

Da die gesetzliche Pflichtversicherung wegen des ex-post moralischen Risikos Mengenbeschränkungen einziehen muss, besteht für private Krankenzusatzversicherungen die Möglichkeit die von der Sozialversicherung nicht gedeckten Behandlungen bzw. Behandlungsformen abzusichern. Die Sozialversicherung verdrängt also innerhalb ihres vorab definierten Leistungskataloges die private Krankenversicherung, sie lässt aber nahezu immer Raum für private Krankenzusatzversicherungen (Ausnahme Norwegen). Für risikoscheue Individuen zeigen theoretische Modelle der Krankenversicherung eine wohlfahrtssteigernde Wirkung privater Versicherungslösungen gegenüber Direktzahlungen der Privathaushalte (out-of-pocket). Daher ergänzen sich die Sozial- und die private Krankenzusatzversicherung: Sie sind komplementäre Instrumente zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben und des Einkommensausfalls durch den zeitweiligen Verlust der Erwerbsfähigkeit.

Die Arbeitsteilung zwischen Sozial- und privater Krankenzusatzversicherung ermöglicht innerhalb der Sozialversicherung eine Umverteilung von niedrigen zu hohen Erkrankungsrisiken und bei einkommensabhängiger Beitragshöhe – wie es die Krankenversicherungsbeiträge in Österreich sind – zusätzlich eine Umverteilung von hohen zu niedrigen Einkommensgruppen. Die private Krankenzusatzversicherung ergänzt für Personen mit niedrigem Erkrankungsrisiko die Sozialversicherung mit einem erweiterten Versicherungsschutz.

Die Zahlungen der privaten Krankenzusatzversicherung bilden für die öffentlichen Krankenanstalten eine wichtige Finanzierungsquelle: Sie machen rund ein Achtel der Gesamtleistungen der Versicherungen an die Krankenhäuser aus. Zusätzlich sind in den Leistungen der privaten Krankenzusatzversicherung Zahlungen an Ärzt:innen enthalten. Sie decken Honorare von

Ärzt:innen in den öffentlichen und privaten Krankenanstalten und ermöglichen in Österreich ein Einkommensniveau, das zwar gegenüber den Vergleichswerten in Deutschland und der Schweiz deutlich abfällt, aber dennoch einen ausreichenden Anreiz gegen die Migration von Ärzt:innen in die beiden Nachbarländer schafft. Die Zusatzzahlungen bilden damit eine Grundlage für medizinische Spitzenleistungen in den öffentlichen und privaten Spitälern.

Schließlich sind die privaten Krankenzusatzversicherungen eine wichtige Finanzierungsquelle für die Betriebskosten privater Spitäler. Die Sozialversicherung dotiert für Behandlungen innerhalb ihres Leistungskatalogs den Privaten Krankenanstalten Ausgleichs Fonds (PRIKRAF). Der PRIKRAF verteilt diese Mittel an private Krankenanstalten in einem ähnlichen Verfahren wie in den Landesgesundheitsfonds (LKF-Punktesystem); allerdings liegen die Kostenerstattungen für private Spitäler unter den Werten der öffentlichen Krankenanstalten – ähnlich wie die Kostenerstattung der Sozialversicherung für Wahlärzt:innen unter den Sätzen für Vertragsärzte liegt. Die Verlagerung von Behandlungen in Privatspitäler entlastet daher den öffentlichen Sektor.

7. Literaturverzeichnis

- Besley, T., Hall, J., & Preston, I. (1999). The demand for private health insurance: do waiting lists matter?. *Journal of Public Economics*, 72(2), 155–181. [https://doi.org/10.1016/S0047-2727\(98\)00108-X](https://doi.org/10.1016/S0047-2727(98)00108-X).
- Bittschi, B. (2023). Verteilungswirkungen der Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems. In Rocha-Akis, S., Bierbaumer, J., Bittschi, B., Bock-Schappelwein, J., Einsiedl, M., Fink, M., Klien, M., Loretz, S., & Mayrhuber, C., *Umverteilung durch den Staat in Österreich 2019 und Entwicklungen von 2005 bis 2019*, WIFO-Studie, S. 108-118.
- Blomqvist, A. (1997). Optimal non-linear health insurance. *Journal of Health Economics*, 160(3), 303–321.
- Blundell, R., Borella, M., Commault, J., & De Nardi, M. (2024). Old Age Risks, Consumption, and Insurance. *American Economic Review*, 114(2), 575–613. <https://doi.org/10.1257/aer.20220555>
- BMSPGK (2023). *Klassifikation der Österreichischen Krankenanstalten*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien.
- Boadway, R., Leite-Monteiro, M., Marchand, M. & Pestieau, P. (2006). Social Insurance and Redistribution with Moral Hazard and Adverse Selection. *Scandinavian Journal of Economics*, 108(2), 279-298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9442.2006.00446.x>.
- Boone, J., (2015). Basic Versus Supplementary Health Insurance: Moral Hazard and Adverse Selection. *Journal of Public Economics*, 128(2015), 50–58.
- Breyer, F., Zweifel, P. (1997). *Gesundheitsökonomie*. Springer, Berlin.
- Brunner, A., Leoni, T., & Mayrhuber, C. (2020). Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich. WIFO-Studie, Wien, https://www.wifo.ac.at/publikationen/studien?detail-view=yes&publikation_id=66519.
- Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2005). The Lasting Impact of Childhood Health and Circumstance. *Journal of Health Economics*, 24(2), 365-389,
- Deaton, A.S., Praxson, C. H. (1998). Aging and Inequality in Income and Health. *American Economic Review Papers & Proceedings*, 88(2), 248-253.
- Henriet, D., Rochet, J.-C. (2006). Is Public Health Insurance an Appropriate Instrument for Redistribution?. *Annales d'Economie et Statistique*, 83/84, 61-88.
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis – The Expropriation of Health*. Pantheon Books, New York.
- Kaniowski, S., Url, T. (2019). *Die Auswirkung dauernder Berufsunfähigkeit auf das erwartete Lebenseinkommen in Österreich*. WIFO-Studie, Wien.
- Kronberger, R. (1997). *Österreichische Wirtschaftspolitik*, facultas, Wien.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. Penguin Press, New York.
- Lindsay, C. M., Feigenbaum, B. (1984). Rationing by Waiting Lists. *American Economic Review*, 74(3), 404-417.
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD, European Union (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- OECD, Eurostat and World Health Organization (2017). *A System of Health Accounts 2011 – Revised Edition*. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- Rechnungshof (2022). *Allgemeiner Einkommensbericht 2022*. Wien, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home_1/home_1/AEB_2022_Webversion-barrierefrei.pdf.
- Petretto, A. (1999). Optimal social health insurance with supplementary private insurance. *Journal of Health Economics*, 18(6), 727–745. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(99\)00017-X](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(99)00017-X).
- Rochet, J.-C. (1991). Incentives, Redistribution and Social Insurance. *Geneva Papers of Risk and Insurance*, 16, 143–165.
- Smith, J. P. (2009). The Impact of Childhood Health on Adult Labor Market Outcomes. *Review of Income and Statistics*, 91(3), 478-489.
- Statistik Austria (2023). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2021*. Verlag Österreich, Wien.

8. Anhang: Theoretische Grundlagen für die Analyse optimaler Verträge in der Krankenversicherung

Von den besonderen Merkmalen der Gesundheitsdienstleistungen spricht keines für ein vollständig durch den Staat organisiertes Angebot (Breyer & Zweifel, 1997). Die ausschließliche Bereitstellung durch den Staat kann mit Gerechtigkeitsbegründungen begründet werden, die den gleichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für alle als Leitbild haben. Wenn für jeden Menschen ein Anrecht auf medizinische Behandlung postuliert wird, darf weder die Zahlungswilligkeit noch die Zahlungsfähigkeit von Personen den Zugang zur Behandlung verhindern.

Die Vorgabe eines Anrechtes auf medizinische Behandlung bei gleichzeitigem öffentlichem Angebot durch die Gesundheitsbehörde wird immer auf Kapazitätsprobleme stoßen, d. h. die kostenlose und vollständige Behandlung aller Fälle wird durch die Finanzierungsschranken des öffentlichen Budgets begrenzt sein. Daher werden in der Regel Rationierungen stattfinden, die z. B. über Kassenverträge, kurze Behandlungszeiten, beschränkte Spitalsbetten oder die Großgeräteplanung eingeführt werden können. Diese Situation verursacht wiederum ein Ausweichverhalten auf der Seite von zahlungswilligen und zahlungsfähigen Kranken, die in der Folge auch private Anbieter in Anspruch nehmen (Besley et al., 1999). Solange die Behörden das private Angebot nicht durch Eingriffe im Bereich der Marktverfassung unterbinden (Kronberger, 1997 S. 30), wird also neben dem öffentlichen Angebot mit rationierten Behandlungen ein privates Angebot entstehen. Die Ausgaben im privaten Bereich können dann aus der eigenen Tasche oder mit Hilfe einer Zusatzversicherung finanziert werden.

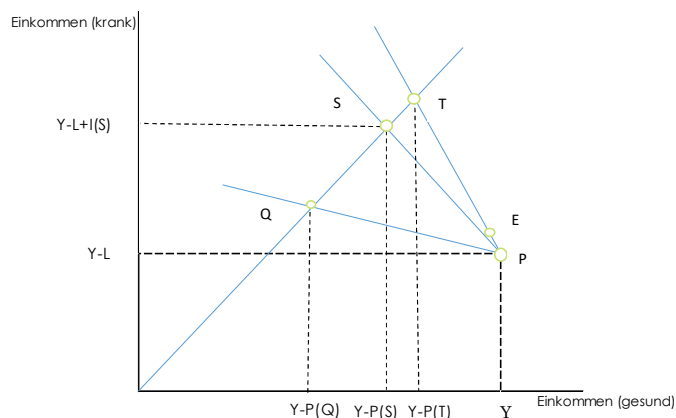
Der persönliche Gesundheitszustand ist auch von der Lebensweise abhängig. Da die kostenlose Bereitstellung medizinischer Behandlungen zu Verhaltensänderungen führen kann, d. h. einem fahrlässigen Umgang mit dem eigenen Körper bzw. fehlender Vorsorge, sollte das rein öffentliche Leistungsangebot durch umfangreiche Begleitmaßnahmen zur Stärkung des gesundheitsfördernden individuellen Verhaltens ergänzt werden (Breyer & Zweifel, 1997).

Eine wohlfahrtssteigernde Rolle von privaten Zusatzversicherungen kann in einem statischen Modell unter der Annahme einer heterogenen Zusammensetzung der Bevölkerung bei gleichzeitig asymmetrischer Information über den individuellen Gesundheitszustand zwischen den versicherten Personen und einer Versicherungseinrichtung motiviert werden (Breyer & Zweifel, 1997). Abbildung 8 zeigt eine vereinfachte Darstellung des Modells von Breyer und Zweifel (1997).

Im Modell kann sich eine Person vereinfachend nur in zwei Zuständen befinden: Sie ist entweder gesund oder krank. Es gibt zwei Gruppen von Personen, die sich durch ihre Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung unterscheiden: Personen können ein hohes oder niedriges Erkrankungsrisiko aufweisen. Unter der Annahme des Gesetzes der großen Zahl können die individuellen Erkrankungswahrscheinlichkeiten auf die gesamte Population übertragen werden. Eine Erkrankung führt zu Behandlungskosten und einem Verdienstentgang im Ausmaß von L , der das zum Konsum zur Verfügung stehende Einkommen Y entsprechend verringert. Die beiden Gesundheitszustände sind mit ihrer jeweiligen Einkommenshöhe in Abbildung 8 auf den Achsen abgebildet. Die waagrechte Achse zeigt das Einkommen im gesunden Zustand (Y) und die senkrechte Achse das Einkommen abzüglich der Krankheitskosten ($Y-L$). Ohne einen externen

Ausgleichsmechanismus zwischen den beiden Zuständen kann eine Person nur den Punkt P in Abbildung 8 erreichen, dort stehen entweder Y oder (Y-L) – je nachdem ob eine Krankheit auftritt oder nicht – für Konsumzwecke zur Verfügung.

Abbildung 8: Optimale Wahl von Krankenversicherungsverträgen bei symmetrischer Information zwischen Versicherer und Privathaushalt



Q: Breyer und Zweifel (1997).

Unter der Annahme, dass private Haushalte ihren erwarteten Nutzen maximieren und ein gleichförmiges Konsummuster in den beiden Zuständen bevorzugen (d. h. sie sind risikoavers), streben sie anstelle der Position P einen Punkt entlang der 45-Grad Linie an; nur auf dieser Linie ist das Konsumniveau in beiden Gesundheitszuständen gleich hoch. Eine Lösung auf der 45-Grad Linie kann in einem statischen Modell individuell nicht erreicht werden, weil es in dieser Modellwelt nur einen Zeitpunkt gibt (statisches Modell), und es für eine einzelne Person damit keine Möglichkeit zum Einkommensausgleich zwischen den beiden Zuständen gibt, wie es z. B. durch Ansparen in einem dynamischen Modell möglich wäre. Daher kann das angestrebte Konsumprofil nur durch einen Einkommensausgleich innerhalb und zwischen den beiden Risikogruppen erreicht werden. Dafür gibt es in einem Markt mit privaten Krankenversicherungen zwei mögliche Vertragslösungen, deren Umsetzungsmöglichkeit von der Informationsverteilung über das Gesundheitsrisiko zwischen Versicherten und Versicherer abhängt.

8.1 Das Gleichgewicht bei öffentlich verfügbarer (symmetrischer) Information über das Erkrankungsrisiko

Wenn allen teilnehmenden Personen und den Versicherungsunternehmen das individuelle Erkrankungsrisiko bekannt ist (vollkommen symmetrische Informationslage), kann es auf einem privaten Krankenversicherungsmarkt mit perfektem Wettbewerb kein Gleichgewicht mit einem einheitlichen Vertrag für beide Risikotypen geben. Ein solches Gleichgewicht wird als vereinigtes Gleichgewicht bezeichnet und wird mit dem Punkt S in Abbildung 8 abgebildet. In diesem Punkt wären alle Personen unabhängig von ihrem Gesundheitsrisiko freiwillig mit der einheitlichen Prämie $P(S)$ versichert, und der Versicherer würde daraus die Versicherungsleistung $I(S)$

auszahlen. Die Versicherungsleistung $I(S)$ entspricht der Distanz zwischen dem Punkt S und der waagrechteten Hilfslinie, die das erwartete Einkommen im Krankheitsfall ohne eine Versicherung angibt ($Y-L$). Vereinfachend werden die Transaktionskosten einer Versicherungslösung – wie etwa Vertriebs-, Verwaltungs- und Abwicklungskosten – im Modell ignoriert. Wenn die Prämienhöhe $P(S)$ nach versicherungsmathematischen Prinzipien berechnet ist, entspricht die individuelle Versicherungsleistung, $I(S)$, der erwarteten Schadenshöhe, πL , wobei π die gewichtete durchschnittliche Erkrankungswahrscheinlichkeit beider Risikogruppen angibt. Transaktionskosten würden in diesem Modell zu einer freiwilligen Unterdeckung des voraussichtlichen Schadens L im Versicherungsvertrag führen, d. h. beide Risikotypen würden einen Punkt unter der 45 Grad Linie anstreben.

Der Punkt S ist auf einem privaten Markt für freiwillige Krankenversicherungen kein stabiles Gleichgewicht, sondern es würde von profitorientierten Versicherungsunternehmen unterlaufen werden. Sie können die öffentlich verfügbare Information über den Gesundheitszustand der Individuen ausnutzen und an die guten Risiken Verträge mit niedrigeren Prämien und niedrigeren Leistungen anbieten ($P(T) < P(Q)$). Im Punkt S kann bei symmetrisch verteilter Information jeder Versicherer eine Gewinnsteigerung erzielen, wenn die Prämie für gute Risiken ebenfalls nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet wird. Im trennenden Gleichgewicht haben Personen mit niedrigem Erkrankungsrisiko im Punkt T einen eigenen Vertrag mit niedrigeren Prämien, $P(T)$, und erreichen dadurch ein höheres Nutzenniveau als es für sie im vereinenden Gleichgewicht S möglich wäre. Daher werden sie den günstigeren Vertrag akzeptieren und aus dem vereinenden Gleichgewicht ausscheiden. Den Personen mit hohem Risiko wird ein alternativer Vertrag mit höheren Prämien $P(Q)$ und Leistungen $I(Q)$ angeboten, der ihnen den Transfer von Mitteln zwischen einer Erkrankung und dem gesunden Zustand im Punkt Q ermöglicht. Für die Hochrisikogruppe sinkt das verfügbare Einkommen im trennenden Gleichgewicht, Q , jedoch deutlich stärker als im vereinenden Gleichgewicht, S . Das trennende Gleichgewicht für beide Risikotypen (Q und T) ist pareto optimal, weil beide Gruppen im Erwartungswert in beiden Zuständen jeweils dasselbe Konsumniveau erreichen und gleichzeitig die Ressourcenbeschränkung erfüllt ist.

Falls unter Beibehaltung eines privaten Versicherungsmarktes zusätzlich eine öffentliche Pflichtversicherung mit einer einheitlichen Prämie eingeführt wird, und diese einen Vertrag auf dem Strahl $P-S$ vorschreibt, dann sinkt die Nachfrage nach privaten Krankenversicherungen entsprechend. In diesem Fall erfüllt die individuelle Gesamtprämie aus der Sozial- und Privatversicherung nicht mehr das Äquivalenzprinzip auf individueller Ebene; daher ist diese Lösung nicht pareto optimal. Mit einer risikoadäquaten Gestaltung des Sozialversicherungsbeitrags könnte die öffentlich verfügbare Information über die Risikozugehörigkeit zu den beiden Risikogruppen wieder eingesetzt und ein getrenntes Gleichgewicht nachgebildet werden.

8.2 Das Gleichgewicht bei privater (asymmetrischer) Information über das Erkrankungsrisiko

Wenn die Information über die Erkrankungswahrscheinlichkeit privat ist, besteht zwischen Privathaushalten und Versicherungsunternehmen eine asymmetrische Informationsverteilung über das Gesundheitsrisiko. In diesem Fall wissen nur die Privathaushalte, ob sie ein hohes oder niedriges Erkrankungsrisiko haben. Die Versicherungsunternehmen müssen daher ihre

Krankenversicherungsverträge so gestalten, dass sie von beiden Risikogruppen gezeichnet werden. Deshalb müssen die Verträge robust gegen die Zeichnung durch die jeweils andere Risikogruppe gestaltet werden, d. h. die Verträge müssen gleichzeitig attraktiv für Personen mit einem niedrigen Erkrankungsrisiko sein, während Personen mit einem hohen Risiko diesen Vertrag nicht zeichnen würden. Zur Veranschaulichung dieses Problems ist die Annahme notwendig, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeit für jeden Risikotyp (niedrig oder hoch) und der Anteil beider Risikotypen an der Bevölkerung dem Versicherer bekannt sind. Auf Grundlage dieser Informationen kann ein Versicherer die Prämien- und Leistungshöhe nach versicherungsmathematischen Richtlinien ausrechnen.

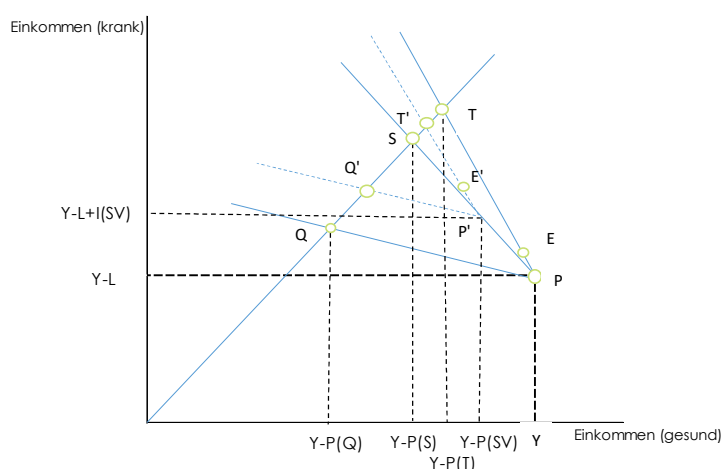
Eine Analyse der beiden trennenden Verträge T und Q in Abbildung 8 unter asymmetrischer Information zeigt die neuen Probleme in dieser Situation auf. Den Vertrag mit den Eigenschaften des Punktes T (niedrige Prämie $P(T)$ und hohe Leistung) würden alle Personen unabhängig von ihrem Risikotyp unterzeichnen. Wenn alle Personen diesen Vertrag zeichnen, liegen die insgesamt eingezahlten Prämieinnahmen unter den Auszahlungen für Versicherungsleistungen, und die Versicherungsunternehmen würden einen Verlust machen. Dadurch wird der Vertrag T bei asymmetrischer Information nicht angeboten werden.

Umgekehrt ist ein einheitlicher Vertrag mit den Eigenschaften des trennenden Gleichgewichtes im Punkt Q (hohe Prämie $P(Q)$ und niedrige Leistung $I(Q)$) instabil, weil dort Personen mit niedrigem Risiko eine hohe Prämie zahlen. Der Versicherer würde in diesem Fall einen Übergewinn verzeichnen, und Konkurrenten haben einen Anreiz zum Unterlaufen dieses Vertrags. Alternative Versicherer können Verträge mit niedrigerer Prämie anbieten und die guten Risiken anziehen. Mögliche Verträge dieser Art liegen im Quadranten rechts unterhalb des Punktes Q auf der Linie P-T und zeichnen sich durch eine niedrige Prämie und niedrige Leistungen aus, z. B. in Punkt E. Da die Leistungen in diesem Vertrag niedrig sind, wird er von Personen mit hohem Erkrankungsrisiko nicht nachgefragt, sie ziehen einen Vertrag im Punkt Q mit voller Konsumglättung vor. Die guten Risiken werden Verträge entlang der Linie P-T akzeptieren, weil sie gegenüber der unversicherten Situation im Punkt P eine Verbesserung darstellen. Der Vertrag E deckt allerdings nur einen Teil des erwarteten Schadens L , d. h. Personen mit niedrigem Risiko müssen im Vergleich zum trennenden Gleichgewicht unter vollständiger Information im Punkt T eine Unterversicherung akzeptieren. Das Ausmaß der Unterversicherung ist in Abbildung 8 an der Distanz zwischen den Punkten E und T erkennbar; nur in T ist das erwartete Einkommen mit und ohne Erkrankung gleich hoch.

Das trennende Gleichgewicht (Q-E) in Abbildung 8 ist stabil, es bringt aber für gute Risiken ein niedrigeres Nutzenniveau als das trennende Gleichgewicht bei symmetrischer Information. Daher gibt es auf einem privaten Versicherungsmarkt mit asymmetrischer Information ein Potential für eine wohlfahrtssteigernde Wirkung öffentlicher verpflichtender Krankenversicherungen. Die Verträge einer kostendeckenden Sozialversicherung mit Pflichtversicherung erfüllen die versicherungstechnische Äquivalenz, wenn sie auf der Linie P-S liegen, deren Steigung auf der mit den Anteilen beider Risikotypen an der Gesellschaft gewichteten Risikowahrscheinlichkeit beider Gruppen beruht. Die Einführung einer Pflichtversicherung ermöglicht einen Punkt links oberhalb von P, z. B. Punkt P' in Abbildung 9. In diesem Punkt wird eine einheitliche Prämie von $P(SV)$ an alle Pflichtversicherten verrechnet und eine einheitliche Leistung von $I(SV)$ ausbezahlt. Die

Pflichtversicherung verschiebt die Ausgangslage für Privatversicherungen von P ausgehend nach links oben zum Punkt P'. Von dort ausgehend starten nun die beiden neuen Linien für versicherungstechnisch äquivalente Privatversicherungsverträge P'-Q' und P'-T' in einem getrennten Gleichgewicht. Sie haben (dieselbe Steigung wie die ursprünglichen Linien im Punkt P; es hat sich nur die Ausgangslage verbessert, weil ein kleinerer Schaden im Ausmaß von $(L - I(SV))$ privat abzusichern ist.

Abbildung 9: Optimale Wahl von Krankenversicherungsverträgen bei asymmetrischer Information zwischen Versicherer und Privathaushalt (mit (P') und ohne Pflichtversicherung (P))



Q: Breyer und Zweifel (1997).

Vom neuen Ausgangspunkt P' ausgehend, besteht wieder eine asymmetrische Informationslage zwischen der Privatversicherung und den Versicherten. Daher kann ein Vertrag im Punkt T' nicht angeboten werden, weil dieser auch von den schlechten Risiken gezeichnet wird, und damit ein Verlust für den Versicherer entstehen würde. Wieder können für die guten Risiken nur Verträge im Quadranten rechts unterhalb des Punktes Q' angeboten werden, die auf der Linie P'-T' liegen, z. B. E'. Verträge mit einer Kombination von Prämie und erwarteter Auszahlung, die weit links und oberhalb von E' liegen, verletzen die Selbstselektionsbedingung, d. h. sie sind für schlechte Risiken attraktiv und würden auch von ihnen gezeichnet werden. Deshalb dürfen Verträge für niedrige Erkrankungsrisiken in einer asymmetrischen Informationslage keine zu hohen Leistungen auszahlen; sie sind dafür mit einer deutlich niedrigeren Prämie ausgestattet. Für den verbleibenden erwarteten Schaden nach der Einrichtung einer Pflichtversicherung von $(L - I(SV))$ gibt das trennende Gleichgewicht (Q' und E') die optimale Lösung – entsprechend den Erkrankungsrisiken der beiden Gruppen – an. Beide Punkte können nur mit einer privaten Zusatzkrankenversicherung erreicht werden.

Im trennenden Gleichgewicht (Q' und E') erzielen Personen mit einer hohen Erkrankungswahrscheinlichkeit wieder einen vollständigen Ausgleich ihres Konsumniveaus zwischen den beiden Zuständen, während die Personen mit niedrigem Risiko unterversichert sind und im Krankheitsfall

keinen vollständigen Ausgleich erreichen. Der Vergleich der Lösungen mit und ohne Pflichtversicherung in Abbildung 8 und Abbildung 9 zeigt, dass Personen mit einem hohen Risiko mit einer Pflichtversicherung auf jeden Fall eine Erhöhung ihres Nutzens erreichen. Sie erhalten im Rahmen der Pflichtversicherung eine Quersubvention von der Gruppe mit niedrigem Risiko und müssen sich im trennenden Gleichgewicht Q' nur mehr für den kleineren Schaden versicherungsäquivalent privat versichern. Für die Gruppe mit niedrigem Risiko hängt die Auswirkung des Vertrags E' auf den Nutzen von der Form der Nutzenfunktion ab. Ein höherer Nutzen entsteht für niedrige Risikotypen durch die größere mögliche Umverteilung vom gesunden zum kranken Zustand. Für ausreichend risikoaverse Personen mit guter Gesundheit ist eine Nutzenverschlechterung immer auszuschließen; sie streben ein möglichst ausgeglichenes Konsumniveau in beiden Zuständen an. In diesem Fall sollte durch die öffentliche Krankenversicherung (trotz der Quersubvention von guten zu schlechten Risiken) auch für Personen des niedrigen Risikotyps eine Paretoverbesserung gegenüber dem reinen Privatversicherungsmarkt in Abbildung 8 erfolgen.

In Abbildung 9 bestehen die öffentliche Pflichtversicherung und die private Krankenzusatzversicherung nicht nur gleichzeitig, sondern sie ergänzen einander, weil sie beiden Risikogruppen einen über die Pflichtversicherung hinausgehenden Risikoausgleich entsprechend der eigenen Risikohöhe ermöglichen. Bei asymmetrischer Information über heterogene Erkrankungsrisiken sind die öffentliche und die private Krankenversicherung komplementäre Dienstleistungen, daher wäre eine vollständige öffentliche Pflichtversicherung im Punkt S nicht optimal. Sie würde freiwillig nicht gezeichnet werden und hätte gleichzeitig gegenüber dem trennenden Gleichgewicht (E' und Q') eine Nutzenminderung für Personen mit niedrigem Erkrankungsrisiko erzeugt.

Dieses Ergebnis passt auch zur Diskussion der erwarteten Kapazitätsengpässe in einem öffentlichen Gesundheitssystem ohne Angebotsbeschränkungen in Breyer und Zweifel (1997). In einem kostenlosen oder stark subventionierten System liegt der Preis für Gesundheitsdienstleistungen unter dem markträumenden Niveau, d. h. unter dem Niveau, zu dem die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen freiwillig dem vorhandenen Angebot entspricht. In diesem Fall ist eine Rationierung der angebotenen Menge an Behandlungen zu erwarten, die durch Kassenverträge, kurze ärztliche Behandlungszeiten, Bettenbeschränkungen oder eine restriktive Großgeräteplanung erfolgen.

Rationierungen des Angebotes an Gesundheitsdienstleistungen führen zu Warteschlangen und erzeugen für alle Individuen Opportunitätskosten durch den Zeitverlust, der mit dem Warten in der Schlange verbunden ist. Die Opportunitätskosten hängen von der Verweildauer in der Warteschlange und von der Höhe des potentiellen Einkommensverlustes während der Wartezeit ab. Personen mit hohen Opportunitätskosten werden die Warteschlange vermeiden, sobald deren Länge zu groß wird. Im Gegensatz zu Warteschlangen verursachen Wartelisten keine Opportunitätskosten in Form verlorener Zeit, wie etwa durch das Warten in einer Schlange. Wartelisten erzeugen trotzdem eine Rationierung, weil die gewünschte Leistung nur in der ferneren Zukunft erbracht wird, und dadurch ihr Wert für die nachfragende Person sinkt. Eine Person wird sich in eine Warteliste eintragen, wenn der Gegenwartswert der erbrachten Leistung über den erwarteten Kosten der Aufnahme in die Warteliste liegt. Die Kosten können durch medizinische

Voruntersuchungen, Gutachten, amtsärztliche Zulassungen und Transportkosten entstehen. Der Gegenwartswert einer zukünftigen Leistung hängt vom persönlichen Diskontsatz und dem Nutzen durch den Konsum ab. Geduldigere Personen werden sich eher auf eine Warteliste setzen lassen als ungeduldige Personen, und Personen, die der aktuellen Leistung einen niedrigen subjektiven Wert zumessen eher als Personen mit hohem subjektivem Gegenwartswert.

Für Gesundheitsdienstleistungen sinkt der Wert aufgeschobener Eingriffe bereits durch das Unwohlsein während der Wartezeit stark; im Extremfall verstirbt eine kranke Person vor dem Eingriff. Wartelisten sind im medizinischen Bereich vor allem deshalb ein wirkungsvolles und verbreitetes Rationierungsinstrument, weil Lindsay und Feigenbaum (1984) theoretisch und mit einem britischen Datensatz für das dortige nationale Gesundheitssystem zeigen können, dass die Wirksamkeit von Wartelisten bei unvorhergesehenen Leistungen besonders hoch ist. Gut vorhersehbare Leistungen würden anstelle von Wartelisten eher durch ein Bestellsystem geordert werden (das würde einem Terminmarkt mit physischer Lieferung in der Zukunft entsprechen).

Besley et al. (1999) greifen die Hypothese von Wartelisten als ein Anzeichen für das Bestehen von Rationierung im öffentlichen Gesundheitssystem auf und prüfen die Hypothese einer steigenden Wirkung langer Wartelisten auf die Nachfrage nach privaten Krankenzusatzversicherungen. In Großbritannien werden Gesundheitsdienstleistungen durch das nationale Gesundheitssystem umfassend und kostenlos als Sachtransfer angeboten. Trotzdem gibt es parallel einen Markt für private Behandlungen und Krankenzusatzversicherungen, in dem sich rund ein Sechstel der Bevölkerung freiwillig versichert. Besley et al. (1999) schließen aus der Verbreitung privater Versicherungen und Behandlungen, dass das öffentliche Angebot unflexibel ist, und Kranke bei nicht-akuten medizinischen Eingriffen auf eine Warteliste gesetzt werden. Dadurch kommt es sowohl zu einer Verzögerung der Untersuchung durch Spezialisten als auch zu verschobenen Eingriffen. Das Ausweichen auf das private Gesundheitsangebot verkürzt die Wartezeit. Private Krankenzusatzversicherungen ermöglichen auch in Großbritannien eine bessere Unterbringung in Krankenanstalten, die mit einer angenehmeren Verköstigung bzw. einer kleineren Belegung der Zimmer einhergeht. In einer britischen Stichprobe aus den Jahren 1986 bis 1991 zeigen Besley et al. (1999), dass eine langfristige Verlängerung der Wartelisten eine vermehrte Nachfrage nach privaten Krankenzusatzversicherungen nach sich zieht.

Die Auswirkung aus dem Zusammenspiel von Beiträgen und Leistungen des Gesundheitssystems auf die Verteilung der Mittel zwischen öffentlicher Pflichtversicherung, privater Krankenzusatzversicherung und direkten privaten Zahlungen modelliert Petretto (1999). Im Modell gibt es Individuen mit unterschiedlicher Einkommenshöhe, Erkrankungswahrscheinlichkeiten, Sozialversicherungsbeiträgen, Prämien für die Zusatzversicherung und zusätzliche direkte Zahlungen für Gesundheitskosten. Auf der Finanzierungsseite müssen die Privathaushalte, die Zusatzversicherung und die staatliche Pflichtversicherung jeweils ihre Budgetbedingungen einhalten. Unter Berücksichtigung der Finanzierungsseite ergeben sich in der Regel gemischte Systeme, die alle drei Komponenten kombinieren. Die optimale Lösung bringt den Gewinn aus der Risikostreuung in der Versicherung mit dem Wohlfahrtsverlust, der aus dem ex-post moralischen Risiko entsteht in Einklang. Ex-post – also nach Eintritt einer Krankheit – gibt es für Versicherte in einer vollständigen Pflichtversicherung einen Anreiz teure medizinische Behandlungen vorzuziehen, weil die teurere Leistung nicht selbst bezahlt werden muss (Third Payer Effect). Deshalb erreichen

private Vorsorgeformen durch eine Kombination aus Krankenzusatzversicherung und eigenen direkten Zahlungen in der Regel eine höhere Gesamtwohlfahrt. Der Anteil der privaten Krankenversicherung steigt auch mit dem möglichen Gewinn aus der größeren Risikostreuung und verringert die privaten Direktzahlungen.

Durch die Berücksichtigung der Finanzierungsseite und deren Einbettung in eine gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsfunktion besteht im Modell von Petretto (1999) auch ein öffentliches Umverteilungsziel für Gesundheitsdienstleistungen. Dieses Ziel wird im Rahmen einer stärker ausgebauten Sozialversicherung besser erreicht, weil darin der Großteil der Bevölkerung einbezogen ist. Durch den umfassenden Charakter der Sozialversicherung sind auch Haushalte mit hohem Erwerbseinkommen einbezogen und zahlen Beiträge ein; das steigert im Modell von Petretto den Anteil der Pflichtversicherung an der optimalen Lösung.

Den Zusammenhang zwischen einer stark ausgebauten verpflichtenden Sozialversicherung und deren Anteil an der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen untersuchen auch Henriët und Rochet (2006). Die theoretische Begründung zur Eignung der öffentlichen Krankenversicherung als ein Umverteilungsinstrument beruht auf der Annahme heterogener Arbeitsproduktivität, d. h. die Arbeitsproduktivität und damit das Erwerbseinkommen unterscheidet sich zwischen den Individuen. Wenn die Korrelation zwischen Einkommenshöhe und Erkrankungsrisiko der Individuen negativ ist, d. h. wenn Personen mit einem hohen Einkommen ein niedrigeres Erkrankungsrisiko haben (umgekehrtes gilt für Personen mit niedrigem Einkommen), dann kann durch den Ausbau der öffentlichen Krankenversicherung das Umverteilungsziel gut erreicht werden. Die Krankenversicherung kann in diesem Fall ein progressives Einkommensteuersystem ergänzen und mildert die negativen Allokationseffekte einer stark progressiven Besteuerung des Erwerbseinkommens. Die Vollversicherung im Rahmen der Sozialversicherung wird im Modell von Henriët und Rochet (2006) nur angeboten, wenn der Grenzsteuersatz im Einkommensteuerrecht hoch genug ist, d. h. wenn die öffentlichen Präferenzen sehr stark für eine Umverteilung des Einkommens zu den Personen mit niedrigem Einkommen ausgebildet sind.

Im Modell von Henriët und Rochet (2006) gibt es keine asymmetrische Information über die Erkrankungswahrscheinlichkeit zwischen Individuen und Versicherer, daher gibt es auch ein gemischtes Gleichgewicht ohne Systemüberlastung. Die Annahme der asymmetrischen Information hat bereits im oben beschriebenen Grundmodell von Breyer und Zweifel (1997) zu einem gemischten Gleichgewicht aus öffentlicher Kranken- und privater Zusatzversicherung geführt, wobei die guten Risiken nur einen Teil ihrer erwarteten Kosten privat absicherten. Boadway et al. (2006) ergänzen das Modell von Rochet (1991) um die asymmetrische Information und erzielen mit dem daraus folgenden ex-post moralischen Risiko und der Negativselektion eine positive Rolle für private Krankenzusatzversicherungen in einem trennenden Gleichgewicht. Sie ermöglichen wie in Breyer und Zweifel (1997) Personen mit niedrigem Risiko einen größeren Einkommensausgleich zwischen den beiden Zuständen (krank versus gesund) und verhindern ex-post moralisches Risiko, das in einer umfassenden Sozialversicherung zu einer Übernutzung des Systems führen würde. Gleichzeitig ermöglicht die verpflichtende Sozialversicherung dem Staat einen Einkommensausgleich zwischen guten und schlechten Risiken und senkt dadurch die Höhe der Einkommensteuersätze. Das hat positive Effekte auf das Arbeitsangebot und steigert

die Effizienz der Lösung. Die private Zusatzversicherung hat in diesem Rahmen einen negativen externen Effekt auf die Sozialversicherung, weil die Sozialversicherung bei einer Ausweitung der Privatversicherung höhere Ausgaben hat (vgl. auch Blomqvist, 1997).

Die Sozialversicherung deckt auch in Österreich nicht die Behandlung aller Krankheiten durch alle Anbieter ab, sondern schließt einige Bereiche – wie etwa in der Zahnbehandlung oder Wahlärzt:innen – ganz oder teilweise aus. Den optimalen Umfang von Deckungsausschlüssen in Bezug auf einzelne Krankheiten untersucht Boone (2015). In seinem Modell gibt es mehrere Krankheiten mit jeweils unterschiedlicher Eintrittswahrscheinlichkeit für hohe und niedrige Risiken. Da die Pflichtversicherung in erster Linie auf die Lösung des Problems der Negativselektion abzielt, ist das Ergebnis von Boone (2015) nicht überraschend: Jene Krankheiten, in denen die individuellen Erkrankungswahrscheinlichkeiten für die beiden Risikogruppen besonders stark voneinander abweichen, sollten in der Pflichtversicherung abgedeckt werden. Ein Beispiel für große Unterschiede wären genetisch bedingte Krankheiten, die bei vorbelasteten Personen mit hoher Sicherheit zum Ausbruch der Krankheit führen, aber andere nicht genetisch vorbelastete Personen nicht betrifft. Die Behandlung chronischer Krankheiten ist ebenso ein gutes Beispiel für Krankheitstypen, die in der Sozialversicherung abgedeckt werden sollten. Die österreichische Sozialversicherung gewährt tendenziell eine umfassende Deckung mit wenigen nicht gedeckten Erkrankungen. Sie beschränkt sich aber in der Regel auf medizinische Notwendigkeiten und schließt Leistungen mit einer größeren kosmetischen Komponente (Brillen) oder mit höherer Annehmlichkeit für Erkrankte aus.