

Mag. Katharina Wieser

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung LIG*

Out-of-Pocket-Zahlungen im europäischen Vergleich

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

1. Einführung	66
2. Out-of-Pocket-Zahlungen im Vergleich	67
3. Selbstbehalte in Österreich	72
4. Selbstbehalte in anderen Ländern	76
5. Auswirkung von Selbstbehalten	81
6. Zusammenfassung	84
Literaturverzeichnis	85

Selbstbehalte im Gesundheitswesen sind eine gesellschaftspolitische Entscheidung, die in jedem Land anders ausfällt. So variieren in Europa sowohl die Höhe als auch die konkrete Ausgestaltung von Out-of-Pocket-Zahlungen sehr stark. Die Wirkungsweisen im Sinne der Steuerungs- und Finanzierungsfunktion sind daher ebenfalls unterschiedlich. Out-of-Pocket-Zahlungen können auch – gewollt oder ungewollt – zu (partiellen) Zugangsbarrieren ins Gesundheitssystem führen und mitunter das Wohlergehen der Bevölkerung gefährden. Das zeigt, wie essentiell ein umsichtiger Einsatz von Selbstbehalten ist, vor allem auch vor dem Hintergrund einer unklaren Studienlage zum Thema.

1. Einführung

Selbstbehalte oder „Out-of-Pocket-Zahlungen“ sind private Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen, die im Zuge einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens anfallen. Darunter werden zum Beispiel Rezeptgebühren, Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte sowie Ausgaben für Selbstmedikation und andere gesundheitsbezogene Leistungen, die von privaten Haushalten getätigt werden, verstanden.¹ Inwieweit Selbstzahlungen im Gesundheitswesen aus wirtschaftlicher und moralischer Sicht vertretbar sind und überhaupt als Lenkungsinstrument Wirkung zeigen, ist ein sehr kontroverses Thema. Je nachdem, wie viel Eigenverantwortung und auch Risiko man dem Individuum in einer Gesellschaft zumuten will, variieren die Formen und Höhen der Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen. In Entwicklungsländern betragen die Direktzahlungen für Gesundheit nicht selten 100 Prozent und Krankheit stellt dort deshalb ein existenzielles Risiko dar.

Die WHO betont im World Health Report 2000², dass bei der Finanzierung durch Out-of-Pocket-Zahlungen grundsätzlich die beiden Komponenten „Beiträge zum Gesundheitssystem“ und „Nutzung von Gesundheitsleistungen“ nicht voneinander getrennt werden und es daher bei dieser Finanzierungsform keine Streuung des Risikos gibt. Jeder trägt seine monetäre Krankheitslast selbst, und zwar zu dem Zeitpunkt einer Erkrankung. Das schränkt den Zugang zum Gesundheitssystem ein und könnte vor allem arme und kranke Menschen diskriminieren. Die WHO empfiehlt daher den Einsatz von Selbsthalten nur für Leistungen, die nachweislich aufgrund der Versicherungsdeckung ungerechtfertigt zu viel in Anspruch genommen werden (Moral Hazard). Darüber hinaus werden häufig vulnerable Gruppen, wie etwa Kinder, einkommensschwache Personen und chronisch Kranke, von Selbsthalten gänzlich oder teilweise befreit, um deren Gesundheit nicht zu gefährden und die aus einer möglicherweise entstehenden Mangelversorgung resultierenden Folgekosten zu vermeiden.

Grundsätzlich existieren in Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitssystem in den Bereichen stationäre und ambulante Versorgung wenig bis keine Selbstbehalte (z.B. Vereinigtes Königreich). Es gehört zum Grundprinzip dieser Gesundheitssysteme, dass allen Einwohnern im Krankheitsfall eine kostenlose Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. In Sozialversicherungssystemen gibt es im stationären und ambulanten Versorgungsbereich meist höhere Selbstbeteiligun-

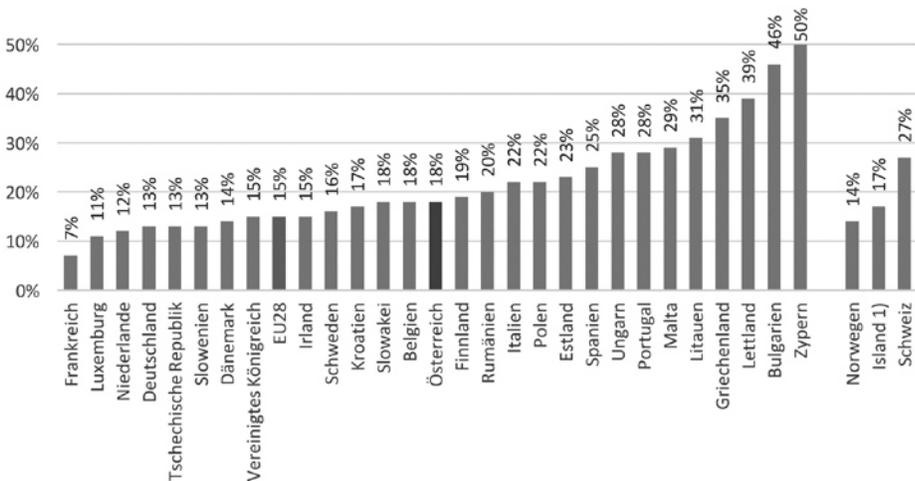
1 Habimana et al. (2015), S. 53

2 WHO (2000), S.97f.

gen. In den meisten Gesundheitssystemen ist die Medikamentenversorgung der Bereich, bei dem die höchsten Selbstbehalte eingehoben werden.³

2. Out-of-Pocket-Zahlungen im Vergleich

In Österreich gibt jeder für Leistungen im Gesundheitswesen rund 264 Euro pro Jahr „out of pocket“ aus.⁴ Die Unterschiede zwischen den einzelnen europäischen Staaten sind dabei enorm. So werden in Frankreich nur etwa 7 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben über Out-of-Pocket-Zahlungen finanziert, während es in der Schweiz 27 Prozent sind und der Anteil in Griechenland 35 Prozent und in Zypern sogar 50 Prozent beträgt. In Österreich liegt die Höhe der Selbstzahlungen mit 18 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben im Mittelfeld. Dieser Anteil ist hierzulande in den letzten Jahren relativ stabil verlaufen.



1) inklusive Investitionen

Abbildung 1: Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen an den laufenden Gesundheitsausgaben 2014 in Prozent⁵

3 Finkenstädt (2017), S.22ff.

4 OECD (2017)

5 OECD (2016), S. 123; eigene Darstellung

In Österreich werden 35 Prozent der ambulant ausgegebenen Medikamente und medizinischen Hilfsgüter (z.B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle etc.), 27 Prozent der ambulanten Versorgung und 4 Prozent der stationären Versorgung (exkl. Langzeitpflege) mittels Out-of-Pocket-Zahlungen gedeckt.⁶ Zahlen der OECD zeigen, dass die Medikamentenversorgung in fast allen untersuchten Ländern der Bereich mit dem größten Anteil an Selbstzahlungen ist. In Frankreich, Luxemburg und Deutschland werden im Medikamentenbereich vergleichsweise wenig Direktzahlungen getätigt, während die Patienten in zahlreichen anderen Ländern (Dänemark, Estland, Schweden, Spanien, Finnland, Polen, Lettland) über 50 Prozent der Kosten aus der eigenen Tasche zahlen. Im stationären Bereich wird in den meisten Staaten hingegen nur ein sehr geringer Teil mittels Out-of-Pocket-Zahlungen finanziert. Besonders niedrig liegen die Anteile in Norwegen, Island, dem Vereinigten Königreich und Estland. Über einen Finanzierungsanteil von 10 Prozent kommen lediglich Portugal (12 Prozent), Belgien (14 Prozent), Lettland (16 Prozent) und Griechenland (28 Prozent). Im ambulanten Bereich werden vor allem in der Slowakei, dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden und Frankreich nur geringe Anteile „out of pocket“ bezahlt, während diese Beiträge in der Schweiz, Griechenland, Ungarn und Lettland hoch liegen. Österreich befindet sich in allen drei großen Kostenbereichen des Gesundheitswesens bei der anteiligen Finanzierung mittels Selbstzahlungen im Mittelfeld.

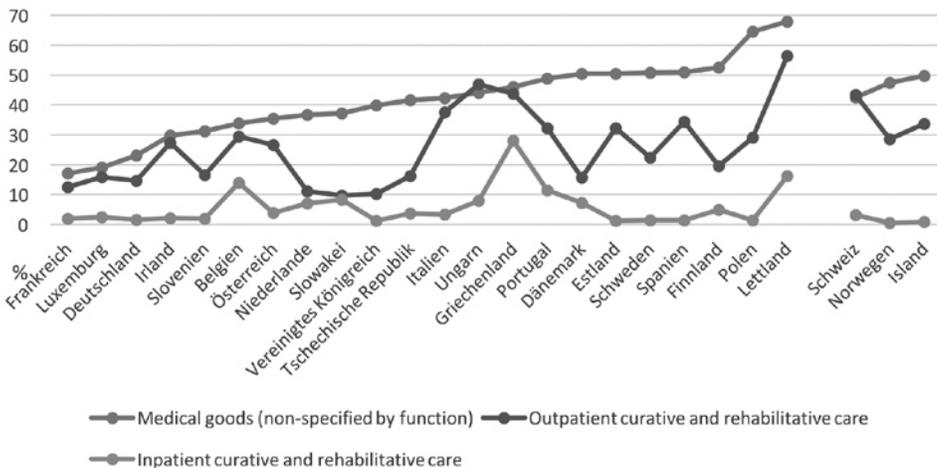


Abbildung 2: Anteilige Finanzierung der drei größten Kostenbereiche durch Out-of-Pocket-Zahlungen 2015 in Prozent⁷

6 Eigene Berechnungen nach Statistik Austria (2017)

7 OECD (2017), eigene Darstellung

Die nächste Darstellung zeigt die Aufteilung der Out-of-Pocket-Zahlungen in verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems. Hier lässt sich gut erkennen, dass der Bereich der Medikamentenversorgung und medizinischen Hilfsgüter nicht nur anteilig am meisten durch Selbstzahlungen finanziert wird, sondern dorthin auch der Löwenanteil der privaten Out-of-Pocket-Zahlungen fließt. Dabei ist zu beachten, dass in dieser Darstellung unter „curative and rehabilitative care“ der ambulante und der stationäre Sektor zusammengefasst sind und daher gemeinsam einen noch größeren Bereich des Gesundheitssystems abbilden.

Die Österreicher geben 41 Prozent ihrer Direktzahlungen für die Versorgung mit Arzneien und medizinischen Hilfsgütern, 38 Prozent für die medizinische Versorgung und Rehabilitation und 18 Prozent für die zahnärztliche Versorgung aus. In Österreich wird im Vergleich also ein relativ kleiner Anteil der Selbstbehalte für Medikamente ausgegeben, während große Anteile für die medizinische und zahnärztliche Versorgung verwendet werden.

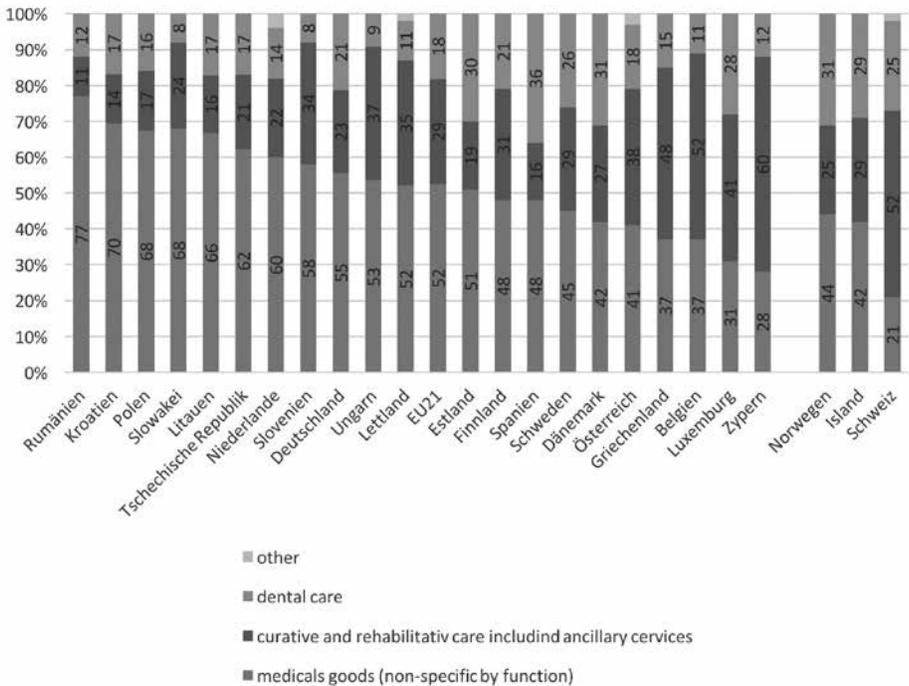


Abbildung 3: Aufteilung der Out-of-Pocket-Zahlungen in Bereiche des Gesundheitssystems 2014 in Prozent⁸

8 OECD (2016), S. 157, eigene Darstellung; ohne Langzeitpflege

Interessant ist auch eine weitere Darstellungsform der Direktzahlungen im Gesundheitswesen, die zeigt, welchen Anteil sie am gesamten Konsum der privaten Haushalte ausmachen. Dieser Wert beträgt in den betrachteten Ländern zwischen 5,8 und 1,2 Prozent. Österreich liegt mit 2,7 Prozent etwas über dem EU-28-Durchschnitt von 2,3 Prozent. Die Franzosen und Briten benötigen auch in dieser Betrachtungsweise einen vergleichsweise geringen Anteil für OOP-Ausgaben im Gesundheitswesen, während diese Kosten in der Schweiz einen beträchtlichen Teil des Konsums ausmachen.

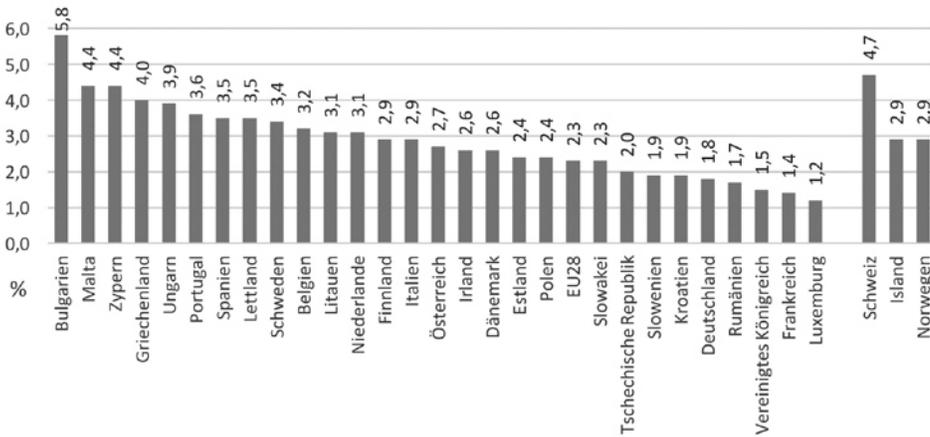


Abbildung 4: Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen am gesamten Konsum der privaten Haushalte 2014 in Prozent⁹

Jedoch kann die Betrachtung der Höhe der Selbstbehalte alleine noch nicht als Indikator für die Gerechtigkeit eines Gesundheitssystems gesehen werden, denn in einigen Ländern werden Leistungen, die andernorts privat bezahlt werden müssen, über Versicherungszusatzpakete abgedeckt, die laut System-of-Health-Accounts-Systematik als öffentliche Ausgaben gewertet werden.¹⁰ In beiden Fällen wird die Leistung privat bezahlt, aber einmal im Voraus (über Versicherungsbeiträge) und einmal bei der tatsächlichen Inanspruchnahme. Der Unterschied liegt in der Kalkulierbarkeit der Kosten und in der Streuung des Risikos. In anderen Ländern existieren prinzipiell viele Selbstbeteiligungen, die jedoch zu einem großen Teil von privaten Zusatzversicherungen abgedeckt werden. So sind etwa in Frankreich hohe Selbstbehalte vorgesehen, die durch freiwillige private Krankenversicherungen abgedeckt werden. Frankreich liegt daher im Vergleich bei den Out-of-Pocket-Zahlungen sehr niedrig (7 Prozent der Gesundheitsausgaben), obwohl hohe Selbstbehalte eingehoben werden, weist aber im Vergleich einen hohen Finanzierungsanteil

9 OECD (2016), S. 157

10 Habimana et al. (2015), S. 53

der Gesundheitsausgaben durch die freiwillige private Krankenversicherung auf (14 Prozent der Gesundheitsausgaben; EU-28: 5 Prozent).¹¹

Dass die Höhe der Out-of-Pocket-Zahlungen nicht unbedingt mit einem sozial ungerechten Gesundheitssystem korreliert, zeigt auch ein Vergleich mit den Zahlen zu unerfülltem Behandlungsbedarf. Natürlich ist hier die Leistbarkeit nur eine Dimension, die durch die Parameter Entfernung und Wartezeiten ergänzt werden muss. Etwa gibt es in Österreich, trotz eher hohem Niveau bei den Selbstbehalten, kaum unerfüllten Behandlungsbedarf. Die Schweiz ist ebenfalls für eher hohe Out-of-Pocket-Zahlungen bekannt und kann ein Gesundheitssystem mit geringen Zugangsbarrieren vorweisen. Frankreich befindet sich in diesem Ranking trotz der niedrigen OOP-Zahlungen nur im Mittelfeld. Zypern hat zwar den höchsten Wert bei den Selbstbehalten, liegt jedoch beim unerfüllten Behandlungsbedarf ebenfalls im Mittelfeld. Bei Griechenland und Lettland sind hingegen beide Werte hoch. Das bedeutet natürlich nicht, dass Selbstbehalte keine Auswirkungen auf die soziale Ausgewogenheit eines Gesundheitssystems haben, sondern dass es auch noch andere Faktoren gibt, die hier maßgeblichen Einfluss nehmen. So ist zum Beispiel auch von Bedeutung, in welchem Ausmaß Direktzahlungen sozial abgedeckt sind.

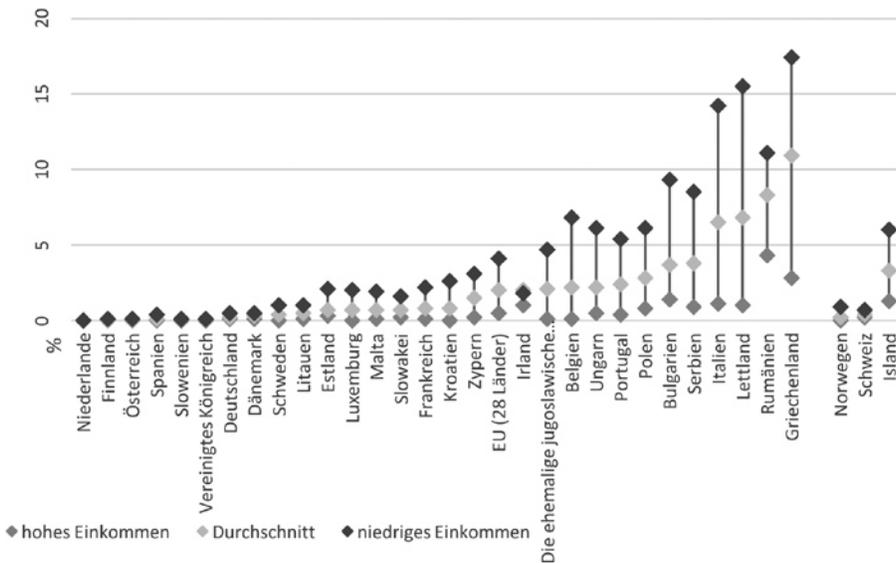


Abbildung 5: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf nach Einkommen 2015 in Prozent¹²

11 OECD (2016), S. 123

12 EUROSTAT (2017)

3. Selbstbehalte in Österreich

Die Selbstbehalte im österreichischen Gesundheitssystem sind historisch gewachsen und haben daher nur zu einem sehr geringen Teil eine steuernde Wirkung, wodurch eher die Finanzierungsfunktion im Vordergrund steht. Selbstbeteiligungen variieren je nach Versicherung. Die Versicherungen für Selbstständige (SVA), Landwirte (SVB) und Beamte (BVA) weisen unterschiedliche Regelungen auf als die Versicherungen der unselbstständig Beschäftigten (GKKs). Aber auch bei den Versicherten nach ASVG bestehen je nach Bundesland Unterschiede. Zwar werden vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger allgemeine Regeln vorgegeben, die jedoch vom einzelnen Träger im Detail ausformuliert werden können. So bestehen zwischen den Gebietskrankenkassen z.B. teils große Unterschiede bei Bezuschussungen. Im Großen und Ganzen sind die Regelungen zu Selbstbehaltbefreiungen jedoch ähnlich.¹³

In Österreich gibt es zahlreiche Ausnahmen und Befreiungen von Selbsthalten. So sind etwa Pensionisten mit Ausgleichszulage, Patienten mit anzeigepflichtigen, übertragbaren Krankheiten (z.B. AIDS, Hepatitis), Zivildienstler, Asylwerber und Bezieher der bedarfsorientierten Mindestsicherung automatisch von der Rezeptgebühr befreit. Darüber hinaus können Bezieher kleiner Einkommen und Patienten mit überdurchschnittlich hohen Kosten für Gesundheit (z.B. aufgrund einer chronischen Erkrankung) eine Befreiung beantragen.¹⁴ Die Rezeptgebührenbefreiung gilt als Indikator für eine Reihe anderer Gebührenbefreiungen (z.B. für den Kostenbeitrag im Spital).¹⁵

3.1. Ambulanter Sektor

Für die Behandlung im ambulanten Bereich wurde früher (vor 2006) ein sogenannter Krankenschein vom Arbeitgeber ausgestellt, mit dem ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden konnte. Der Krankenschein wurde gegen eine Gebühr von 3,63 Euro ausgestellt (für ASVG-Versicherte) und war immer für ein Quartal gültig. Im Jahr 2006 wurde diese Praktik von der E-Card-Servicegebühr abgelöst. Diese wird jährlich eingehoben und beträgt 11,94 Euro (kann je nach Versicherung variieren). Dieser Betrag kommt direkt der Versicherung zugute. Versicherte von

13 Hofmarcher (2013), S. 115

14 WGKK (2017)

15 Hofmarcher (2013), S. 115

SVA, SVB, BVA und VAEB sind von der E-Card-Gebühr ausgenommen, da sie im Gegensatz zu ASVG-Versicherten (GKKs) einen Selbsthalt für ärztliche Hilfe leisten müssen und auch vor der Umstellung auf die elektronische Versicherungskarte keine Krankenscheingebühr zahlen mussten. Seit der Umstellung auf die E-Card sind auch Bezieher der Mindestsicherung von der Krankenversicherung umfasst.¹⁶ Im Jahr 2015 betragen die Einnahmen der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse aus dem Service-Entgelt der E-Card rund 6,5 Millionen Euro¹⁷, das sind 0,3 Prozent aller Erträge und 1,35 Prozent der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (ohne Zahnbehandlungen) der OÖGKK. Die Wiener Gebietskrankenkasse verzeichnete 2015 Einnahmen aus dem Service-Entgelt in der Höhe von 9,3 Millionen Euro¹⁸ (ebenfalls 0,3 Prozent aller Erträge; 1,15 Prozent der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen).

Ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen (wie Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie etc.) können analog zu Wahlärzten in Anspruch genommen werden. Für diese Leistungen kann bei den Krankenkassen ein Kostenersatz beantragt werden. Selbiges gilt für zahnärztliche und zahn technische Leistungen sowie Wahlärzte – also Ärzte, die keinen Vertrag mit der Kasse haben. Bei wahlärztlichen Leistungen werden maximal 80 Prozent des Kassentarifs refundiert. Die Österreicher gaben in diesem Bereich rund 2,4 Mrd. Euro an privaten Zahlungen aus – über ein Drittel aller Out-of-Pocket-Zahlungen (inkl. Langzeitpflege).¹⁹

Wie bereits erwähnt, sind bestimmte Berufsgruppen im Rahmen ihrer Pflichtversicherung dazu angehalten, einen Beitrag zur ärztlichen Hilfe zu leisten. Dieser Satz macht bei Beamten (BVA) und Selbstständigen (SVA) 20 Prozent der Kosten aus. Bei Beschäftigten der Eisenbahnen und im Bergbau (VAEB) liegt der Anteil des Selbstbehaltes bei 14 Prozent, und Bauern (SVB) zahlen einen fixen Eurobetrag pro Arztbesuch. Diese Selbstbehalte sind jedoch mit einem Höchstbeitrag gedeckelt. Die BVA konnte 2016 zum Beispiel einen Gesamtbetrag von ca. 48,5 Mio. Euro²⁰ an Behandlungsbeiträgen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen einheben, das waren 2,7 Prozent aller Erträge.

16 Hofmarcher (2013), S. 116

17 OÖGKK (2016), S. 4

18 WGKK (2016), S. II

19 Eigene Berechnungen nach Statistik Austria (2017)

20 BVA (2017), S. 26

3.2. Medikamente und medizinische Heilbehelfe

Die Rezeptgebühr wurde 1956 eingeführt und ist ein Pauschalbetrag, der pro Packung eines rezeptpflichtigen Präparates verrechnet wird. Für 2017 beträgt die Rezeptgebühr 5,85 Euro und ist mit einem Höchstbeitrags von 2 Prozent des jährlichen Nettoeinkommens gedeckelt. Kostet ein Medikament weniger als die Rezeptgebühr, dann wird dem Patient natürlich nur der tatsächliche Preis verrechnet.²¹ Der Selbstbehalt wird direkt von den Apotheken eingehoben und mit den Kassen gegenverrechnet. Wie bereits oben erwähnt, gibt es zahlreiche Befreiungsmöglichkeiten von der Rezeptgebühr.

Die Österreicher haben 2015 rund 400 Mio. Euro an Rezeptgebühren ausgegeben. Weitere 865 Mio. Euro wurden für rezeptfreie Medikamente und 80 Mio. Euro für andere medizinische Gebrauchsgüter (medical non-durables; z.B. Bandagen, Verhütungsmittel) verwendet.²² Die OÖGKK erhielt 2015 48,4 Mio. Euro an Rezeptgebühren, was einem Anteil von 2,2 Prozent aller Erträge entspricht. Es ist mit Abstand der größte Posten bei den Erträgen aus Gebühren und Behandlungsbeiträgen bei der OÖGKK. Dem gegenüber bezahlte die OÖGKK 2015 402 Mio. Euro für Heilmittel (Arzneien), der Selbstbehalt für Medikamente entsprach also durchschnittlich einem Satz von 12 Prozent der tatsächlichen Kosten.

Unter medizinischen Heilbehelfen werden zum Beispiel Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparate, Rollstühle und Prothesen verstanden. Die Kostenbeteiligung beträgt bei den meisten Versicherern 10 Prozent, mindestens aber 33,2 Euro, bei Sehbehelfen mindestens 99,6 Euro.²³ Der Selbstkostenanteil ist direkt beim Kauf zu bezahlen. Auch hier gibt es zahlreiche Ausnahmen und Reduktionen zum Selbstbehalt. 753 Mio. Euro gaben die Österreicher 2015 für diese Form der medizinischen Güter „out of pocket“ aus, den Großteil davon für Sehbehelfe.²⁴

3.3. Stationärer Sektor

Wie bereits geschildert, ist der Spitalsbereich anteilig am wenigsten über Selbstbehalte finanziert. Hier gibt es lediglich einen täglichen Kostenbeitrag in der Höhe zwischen 12 und 19 Euro zu zahlen. Dieser Betrag variiert je nach Bundesland und ist für maximal 28 Tage zu zahlen, in Oberösterreich z.B. für maximal 26 Tage. Auch bei dieser Art von Selbstbehalt existieren zahlreiche Ausnahmen, wie etwa

21 Österreichische Apothekerkammer (2017)

22 Statistik Austria (2017)

23 gesundheit.gv.at

24 Eigene Berechnungen nach Statistik Austria (2017)

bei Entbindungen, einer Organspende oder bei niedrigem Einkommen (Rezeptgebührenbefreiung) und für Personen unter 18 Jahren.²⁵ In den oberösterreichischen landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten wurden aus diesem Kostenbeitrag (gem. § 447f Abs. 7 ASVG) im Jahr 2015 rund 6 Mio. Euro lukriert, ein Anteil von 0,3 Prozent aller Erträge.²⁶

Außerdem werden im Spital nicht alle Leistungen von der Sozialversicherung übernommen, wie etwa Schönheitsoperationen oder nicht medizinisch indizierte Sterilisationen. Bei anderen Leistungen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden (z.B. die Einpflanzung eines Magenbandes bei Adipositas).

25 § 447f Abs. 7 ASVG

26 OÖ. Gesundheitsfonds (2016), S. 43

4. Selbstbehalte in anderen Ländern

4.1. Schweden

Schweden liegt beim Anteil der OOP-Zahlungen an den Gesundheitsausgaben mit 16 Prozent ähnlich wie Österreich, finanziert jedoch den ambulanten und stationären Sektor weniger stark und den Medikamentenbereich und die zahnärztliche Versorgung hingegen stärker mit Direktzahlungen der Patienten. Gemessen am Gesamtkonsum machen die Selbstbehalte in der Gesundheitsversorgung sogar einen etwas größeren Anteil aus als in Österreich (3,4 Prozent bzw. 2,7 Prozent) und auch der Anteil der Bevölkerung mit unerfülltem Behandlungsbedarf liegt in Schweden vor allem bei unteren Einkommensschichten zwar noch äußerst niedrig, aber im Vergleich zu Österreich etwas höher. Die freiwillige private Krankenversicherung spielt in Schweden keine Rolle.

In Schweden gibt es eine Arztgebühr, die sich Patientavgift nennt und bei jedem Arztbesuch anfällt. Diese betrug 2011 je nach Region bei Hausärzten umgerechnet zwischen 11 und 22 Euro und bei Fachärzten zwischen 25 und 35 Euro und wurde mit 122 Euro jährlich gedeckelt. Von dieser Gebühr sind Kinder und junge Personen (unter 20 Jahre) sowie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Schwangerschaftsvorsorge (in Primärversorgungszentren) in den meisten Regionen ausgenommen.

Bei stationären Aufenthalten wird ein Betrag von täglich umgerechnet € 9 fällig, der sich regional unterschiedlich aufgrund von Einkommen, Alter (< 20 und > 65 Jahre) und der Länge des Aufenthaltes reduziert. Im Bereich der Medikamente und der zahnärztlichen Versorgung setzt man in Schweden auf den Schutz vor hohen Kosten. Hier ist jährlich ein bestimmter Betrag selbst zu zahlen (2011: Medikamente € 122; Zahnarzt € 333), und erst darüber hinaus ersetzen die Krankenkassen einen (je nach Region unterschiedlichen) Teil der Kosten, der progressiv ansteigt und ab einem Höchstbetrag gänzlich bezahlt wird. Auch hier sind in den meisten Regionen Menschen unter 20 Jahren ausgenommen.²⁷

²⁷ Anell et al. (2012), S. 62f.

4.2. Schweiz

In der Schweiz liegt der Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen mit 27 Prozent vergleichsweise hoch. Vor allem der ambulante Sektor wird sehr stark mittels Selbstbehalten finanziert (rd. 43 Prozent), während die Anteile bei der Medikamentenversorgung und im stationären Bereich nicht auffällig sind. Hohe 4,7 Prozent des gesamten Konsums der Schweizer fließen in Selbstbehalte für die Gesundheitsversorgung. Trotz der vielen Selbstbehalte gibt es jedoch kaum Personen mit unerfülltem Behandlungsbedarf.

In der gesetzlichen Pflichtversicherung existieren grundsätzlich ein sogenannter Franchisebetrag und ein darüber hinausgehender prozentueller Selbstbehalt. Der Franchisebetrag kann vom Versicherten in gesetzlich festgelegten Stufen zwischen 300 und 2.500 CHF²⁸ (für Erwachsene) und zwischen 0 und 600 CHF (für Kinder) jährlich gewählt werden. Die ersten z.B. 300 Franken muss der Versicherte dann jedes Jahr selbst bezahlen. Für darüber hinausgehende Kosten fällt ein prozentueller Selbstbehalt an, der nicht von einer privaten Versicherung übernommen werden darf. Dieser Selbstbehalt kann nochmal maximal 700 CHF (bei Kindern 350 CHF) ausmachen, wodurch ein maximaler jährlicher Selbstkostenanteil (je nach gewähltem Franchise) zwischen 1.000 und 3.200 CHF (bei Kindern zwischen 350 und 950 CHF) anfallen kann. Kostenfrei sind lediglich Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie intramurale Aufenthalte für Kinder und Auszubildende bis 26 Jahre sowie Geburten. Bei Haus- und Fachärzten beträgt der Selbstbehalt nach dem Franchise 10 Prozent, bei Originalmedikamenten, für die ein Generikum existiert, 20 Prozent (Steuerungsfunktion) und im Spital ebenfalls 10 Prozent. Zusätzlich wird im Krankenhaus ein Verpflegungsbeitrag von täglich 15 CHF eingehoben, der nicht unter den Maximalbetrag für Selbstbehalte fällt und daher unbeschränkt bezahlt werden muss. Zahnärztliche Leistungen werden von der Pflichtversicherung kaum übernommen und es gibt in dem Bereich keine Obergrenze für OOP-Zahlungen.²⁹

Die oben beschriebenen Selbstbehalte im Rahmen der Kostenbeteiligung machen in der Schweiz jedoch nur einen geringen Teil der Direktzahlungen aus, denn ein Großteil der privaten Selbstzahlungen wird für Leistungen ausgegeben, die nicht vom Leistungskatalog der Pflichtversicherung umfasst sind. Hier fallen hauptsächlich Zahnarztleistungen, Psychotherapie (außerhalb einer Arztordination), Physiotherapie (ohne Verschreibung), Laborleistungen, radiologische Dienste, Patiententransporte, nicht auf der Positivliste stehende Medikamente und manche Arztleistungen hinein. Im Spital werden Zusatzleistungen (z.B. Einzelzimmer)

²⁸ 1 CHF entspricht 0,87 Euro

²⁹ De Pietro et al (2015), S. 106f.

und medizinisch nicht notwendige Maßnahmen (z.B. Schönheitsoperationen) nicht von der Pflichtversicherung umfasst.

4.3. Frankreich

Wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, weist Frankreich zwar rein zahlenmäßig äußerst niedrige Out-of-Pocket-Zahlungen auf, dies ist jedoch durch eine starke Absicherung der Selbstbehalte über die freiwillige private Krankenversicherung bedingt, die darum in Frankreich eine vergleichsweise große Rolle spielt. In Wahrheit fallen in Frankreich beträchtliche Selbstkosten an, die Personen ohne zusätzlichen Schutz durch eine private Versicherung im Krankheitsfall durchaus in finanzielle Bedrängung bringen können. Dementsprechend geben auch mehr Personen als in Österreich an, unerfüllten Behandlungsbedarf zu haben.

In Frankreich finanzieren die Patienten den Arzttarif im Normalfall vor und bekommen von der gesetzlichen Versicherung einen Teil rückerstattet. Die meisten Patienten bekommen nach einer Inanspruchnahme sowohl Rückzahlungen von der gesetzlichen als auch von der privaten Krankenversicherung. Im Sachleistungssystem (Direktzahlung der Versicherung an den Gesundheitsdienstleister) befanden sich bis vor kurzem lediglich Versicherte mit geringem Einkommen oder prekären Lebensverhältnissen sowie Personen mit berufsbedingten Krankheiten oder Verletzungen. Seit Juli 2016 ist es außerdem für Anspruchsberechtigte der gesetzlichen Krankenversicherung mit 100-prozentiger Deckung der gesetzlichen Tarife möglich, dass die Kosten im Sinne eines Sachleistungssystems von der Kasse übernommen werden. Diese Neuerung betrifft ca. 11 Millionen Anspruchsberechtigte und ist ein wichtiger Schritt in einem Land, indem ein Viertel der Bürger aufgrund finanzieller Hürden auf medizinische Leistungen verzichtet.³⁰

Bei Hausarzt- und Facharztbesuchen beträgt der anteilige Selbstbehalt 30 Prozent der Kosten. Außerdem fällt ein Euro pro Arztbesuch an, der von der privaten Krankenversicherung nicht ersetzt werden kann (deductible). Diese Fixgebühr ist mit 50 Euro pro Jahr gedeckelt. In den Spitälern wird ein 20-prozentiger Selbstkostenanteil und ein Verpflegungsgeld in der Höhe von 18 Euro pro Tag eingehoben. Bei Medikamenten fällt meist ein Selbstkostenanteil von 35 Prozent an, dieser variiert jedoch je nach Versicherung. Zusätzlich wird pro Packung ein Betrag von 0,5 Euro bis max. 50 Euro jährlich eingehoben, der ebenfalls nicht von der PKV übernommen werden kann. Natürlich existieren in Frankreich ebenfalls Befrei-

³⁰ vgl. Chevreur et al. (2015) – Ergänzung vom 27.01.2017 von Carolie Gandré und Karine Chevreur in der online-Version unter www.hspm.org

ungen und Reduktionen von Selbstbehalten für z.B. chronisch Kranke, niedrige Einkommen, Schwangere und behinderte Menschen und verschiedene Behandlungen sind kostenfrei (z.B. Vorsorgeuntersuchungen).^{31,32,33}

4.4. Großbritannien

Großbritannien hat ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem, und es existieren daher relativ wenige Selbstbehalte. 15 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben sind OOP-Zahlungen. Besonders im ambulanten Bereich fallen vergleichsweise geringe Selbstbehalte an, und auch im Spital fallen nur geringe Selbstkostenanteile an. Die Medikamentenversorgung ist hingegen durchschnittlich hoch durch Selbstbehalte finanziert. 1,5 Prozent des gesamten Konsums geben die Briten out of pocket für das Gesundheitssystem aus. Auch im Vereinigten Königreich besteht, wie in Österreich, nahezu kein unerfüllter Behandlungsbedarf.

Selbstbeteiligung gibt es vor allem in der zahnärztlichen Versorgung des NHS, wo die Patienten in Nordirland und Wales sogar bis zu 80 Prozent der Kosten selbst tragen müssen. In England und Wales existiert ein dreistufiges Gebührensystem für Zahnarztbehandlungen. Für bestimmte Bevölkerungsgruppen gibt es jedoch Ausnahmen. Darüber hinaus werden in England geringe Rezeptgebühren eingehoben (2017: £ 8,6)³⁴, bei denen es jedoch so viele Ausnahmen gibt (z.B. für Personen < 16 und > 60 Jahre), dass 2012 lediglich für 10 Prozent der Rezepte Gebühren eingehoben wurden. In den anderen Teilen des Vereinigten Königreiches werden überhaupt keine Rezeptgebühren verrechnet. Für nicht verschreibungspflichtige Medikamente kommt der NHS nicht auf. Augenuntersuchungen werden in Schottland für alle und in England, Nordirland und Wales für ausgewählte Gruppen kostenfrei angeboten, sonstige optische Services müssen jedoch selbst bezahlt werden. Es gibt jedoch Beihilfen für Kontaktlinsen und Brillen. Ebenso werden Patiententransporte nur unter gewissen Voraussetzungen vom staatlichen Gesundheitsdienst übernommen (z.B. mit Überweisung, bei geringem Einkommen).³⁵

31 Czyptionka et al. (2017), S. 27

32 Finkenstädt (2017), S. 23

33 vgl. Chevreul et al. (2015), S. 85f.

34 <https://www.gov.uk/government/speeches/nhs-prescription-charges-from-april-2017>

35 Cylus (2015), S. 54

4.5. Vereinigte Staaten von Amerika

Die USA haben im OECD-Vergleich die höchsten Gesundheitsausgaben (16,9 Prozent vom BIP) und auch die höchsten privaten Ausgaben für Gesundheit (8,6 Prozent vom BIP; 51,2 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben). Die OOP-Ausgaben liegen bei 11,1 Prozent.³⁶ Der Anteil der OOP-Ausgaben an den gesamten Gesundheitskosten ist zwar seit den 1970er Jahren konstant rückläufig (1970: 40m Prozent), die Out-of-Pocket-Zahlungen sind aufgrund des stark wachsenden Gesundheitssektors jedoch dennoch nominal stetig angestiegen.

Die Höhe der Out-of-Pocket-Zahlungen liegt prozentuell nicht besonders hoch. Ähnlich wie in Frankreich spielt aber auch in den USA die freiwillige private Krankenversicherung eine große Rolle, mit einem Finanzierungsanteil von 39,6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Wer nicht (zusätzlich) privat versichert ist, kann im Krankheitsfall schnell in eine finanzielle Notlage geraten. So zeigen Zahlen, dass der nominelle Anstieg der OOP-Zahlungen vor allem sozial schwache Gruppierungen stärker trafen als andere (zwischen 1995 und 2006: Personen mit öffentlicher Krankenversicherung (außer Medicaid) + 60 Prozent; Unversicherte + 46 Prozent; Personen unter der Armutsgrenze + 35 Prozent; im Vergleich zu Privatversicherten + 15 Prozent). Alte Menschen weisen in den USA die höchsten Selbstbehaltzahlungen auf und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand (z.B. chronisch Kranke) werden ebenfalls viel mehr belastet als gesunde Menschen. 2001 gab beinahe die Hälfte aller amerikanischen Familien, die Bankrott anmeldeten, an, dass medizinische Kosten ein Grund dafür waren.³⁷ Soziale Abfederungen gibt es in den USA also nur sehr unzureichend, zumal viele Menschen über keinen Schutz vor Gesundheitskosten verfügen.

36 OECD (2017); Werte für 2015

37 Rice et al. (2013), S. 146

5. Auswirkung von Selbstbehalten

Private Zuzahlungen haben prinzipiell zwei Funktionen. Zum einen ist dies die Lenkungsfunktion: Durch Selbstbehalte sollen Patienten dazu animiert werden, nicht mehr medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, als unbedingt notwendig sind. Unnötige Maßnahmen sollen vermieden und kostengünstigere Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Übernutzung des durch die Versicherung „kostenlosen“ Gesundheitssystems soll so vermieden werden. Man erwartet sich davon eine nachhaltige Dämpfung der Ausgaben im Gesundheitswesen. Andererseits werden durch Selbstbehalte aber auch direkte Einnahmen generiert (Finanzierungsfunktion).

Eine der bekanntesten Studien zu diesem Thema ist das Health Insurance Experiment (HIE) der RAND-Organisation. Diese stammt zwar schon aus den Jahren 1971–1982 und wurde in den USA durchgeführt, liefert aber immer noch wertvolle Hinweise zur Wirkungsweise von Selbstbehalten im Gesundheitswesen. In der RAND-Studie wurden 7.700 Personen zufällig in vier verschiedene Gesundheitsversicherungsmodelle und ein Gesundheitsversorgungsmodell mit freier Gesundheitsversorgung (ohne Versicherungsbeiträge) eingeteilt. In den Versicherungsmodellen zahlten die Personen einkommensabhängige Beiträge und mussten für in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen Selbstbehalte zahlen (0 Prozent – 25 Prozent – 50 Prozent – 95 Prozent). Die Selbstbehalte wurden dabei jährlich mit einem Höchstbeitrag gedeckelt. In dieser Studie zeigte sich ein deutlicher Lenkungseffekt bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Personen im Versicherungssystem mit Selbstbehalten suchten jährlich ein bis zwei Mal seltener den Arzt auf als Personen mit kostenfreier Versorgung und nahmen 20 Prozent weniger Krankenhausaufenthalte in Anspruch. Auch bei anderen Gesundheitsleistungen, wie Zahnarztbesuchen, Verschreibungen und psychischen Behandlungen, konnten niedrigere Inanspruchnahmen verzeichnet werden. Außerdem reduzierten sich auch die Kosten für die Gesundheitsversorgung für Personen in Modellen mit Selbstbehalt. Allerdings waren diese Einsparungen mehr auf die geringere Inanspruchnahme als auf ein Suchen günstigerer Preise zurückzuführen. Interessant ist auch, dass die geringere Inanspruchnahme von Leistungen hauptsächlich daraus resultierte, dass Personen mit Selbstbehalten weniger häufig eine Behandlung initiierten. Wurde einmal eine Behandlung begonnen, waren die Unterschiede in den folgenden Aufwendungen gering.³⁸

38 Brook et al. (2006)

Ein gegenteiliges Beispiel zeigen Zahlen aus Deutschland in Bezug auf die sogenannte Praxisgebühr, die 2004 eingeführt und 2013 wieder aufgehoben wurde. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mussten in diesem Zeitraum für Arztbesuche, Zahnarztbehandlungen, Psychotherapiestunden und den kassenärztlichen Notdienst einmal im Quartal einen Selbstbehalt in der Höhe von 10 Euro entrichten. Eine geringere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen konnte hier jedoch nur kurz nach Einführung des Selbstbehaltes beobachtet werden. Später pendelten sich die Zahlen jedoch wieder auf das alte Niveau ein und stiegen nach Abschaffung der Praxisgebühr noch einmal an. Eine deutliche Wirkung zeigte sich hingegen bei der Erstinanspruchnahme von Fachärzten: Die Zahl der Menschen, die mit Überweisung kamen, stieg enorm an, da für Besuche mit Überweisungsschein keine Praxisgebühr anfiel. Nach Aufhebung des Selbstbehaltes kehrten die Patienten zu ihren alten Gewohnheiten zurück und konsultierten den Facharzt in den meisten Fällen wieder direkt.³⁹ Die Frage, ob durch die Praxisgebühr eher unnötige oder wichtige Arztbesuche dezimiert wurden, lässt sich hingegen nur schwer beantworten. Eine Studie des Gesundheitsmonitors stellt jedoch eher keine Reduktion unnötiger Arztbesuche fest und sieht die Moral-Hazard-Theorie in diesem Fall als widerlegt an.⁴⁰

Im Zuge der oben bereits angeführten RAND-Studie stellte sich außerdem heraus, dass Personen mit Selbsthalten ebenso effektive wie auch wenig effektive Behandlungsmethoden in gleichem Ausmaß reduzierten. Der Anteil der unnötigen Hospitalisierungen und Antibiotikagaben war bei Personen mit Selbsthalten genauso hoch wie bei Personen ohne Selbstkostenanteil.⁴¹ Auch die WHO⁴² merkt an, dass Selbsthalte zwar dazu führen, dass eine spezifische Leistung weniger in Anspruch genommen wird, die Leute deshalb aber nicht notwendigerweise rationaler entscheiden, welche Leistungen sie wann nachfragen sollen. Hingegen gibt es Erkenntnisse einer neueren RAND-Studie, die einen negativen Zusammenhang zwischen Compliance und Selbsthalten bei Medikamentenverschreibungen vermuten lässt. Bei der Verschreibung von cholesterinsenkenden Arzneimitteln war bei Patienten ohne Selbsthalten die Befolgung der Einnahmempfehlungen höher und in Folge das Risiko einer Hospitalisierung oder einer anderen teuren Folgebehandlung geringer.⁴³

39 Heuer (2016)

40 Reiners, Schnee (2007) S. 144

41 Brook et al. (2006)

42 WHO (2000), S. 99

43 Goldman et al. (2006)

Im RAND-Experiment der 70er Jahre zeigte sich hingegen, dass die geringere Inanspruchnahme von Leistungen, die durch die Zuzahlungsmodelle induziert wurde, kaum Auswirkungen auf die Gesundheit der Probanden hatte. Lediglich Personen mit sehr schlechtem Gesundheitszustand und arme Teilnehmer profitierten etwas von einem Versicherungsmodell ohne Selbstbehalte.⁴⁴ Demgegenüber wird auch immer wieder kritisiert, dass die Möglichkeit, jegliche Gesundheitsleistungen kostenfrei in Anspruch zu nehmen, den Anreiz zur präventiven Krankheitsvorbeugung minimiert.⁴⁵ Dieser Theorie zur Folge gehen wichtige Eigeninitiativen für die Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes, wie etwa das Bemühen um einen gesunden Lebensstil, verloren und verursachen damit Kosten im Gesundheitssystem.

44 Brook et al. (2006)

45 Beyer, Zweifel, Kifmann (2004), S. 267

6. Zusammenfassung

Aufgrund der unklaren Studienlage zu Wirkungen von Selbstbehalten sollte mit Selbstbehalten äußerst umsichtig umgegangen werden. Darüber hinaus ist es auch nur bedingt möglich, erfolgreiche Selbstbehalt-Modelle in andere Länder umzulegen, da das Umfeld eines Gesundheitswesens immer einzigartig ist und dieselbe Maßnahme im Kontext eines anderen Systems immer andere Auswirkungen hat. Darüber hinaus zeichnen auch die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen maßgeblich für die Akzeptanz von Selbstbehalten innerhalb einer Risikogemeinschaft. So könnte man die Vielfalt von Selbstbehalten, wie sie in der Schweiz existieren, niemals im Vereinigten Königreich umsetzen, wo der staatliche Gesundheitsdienst nach dem Grundprinzip handelt, allen Bürgern eine möglichst kostenfreie Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen. Das größte Hindernis für die Umsetzung von Selbstbehalten ist aber die Sorge darüber, eventuell die Gesundheitsversorgung für untere Einkommensschichten und andere vulnerable Gruppen zu viel zu beschneiden und dadurch ihre Gesundheit zu gefährden. Um dies zu verhindern, müssen Ausnahmeregelungen für Selbstbehalte konzipiert werden, die wiederum die Gefahr einer überbordenden Bürokratie mit sich bringen, die im schlimmsten Fall die durch die Maßnahme erzielten Einsparungen und Einnahmen wieder auffressen oder sogar übersteigen könnten.

Die meisten neu eingeführten Selbstbehalte haben heute hauptsächlich eine Steuerungsfunktion zum Ziel, die direkte Finanzierungsfunktion steht im Hintergrund. Man möchte sparen, indem man die Patienten von unnötigen Leistungen abbringt und teure Leistungen durch günstigere substituiert (z.B. bei Medikamenten Generika statt Originalpräparaten). So fördern einige Länder z.B. Managed-Care-Programme. Wenn Versicherte freiwillig teilnehmen und in Folge nur nach Überweisung durch den Hausarzt in fachärztliche oder stationäre Versorgung gehen, dann reduzieren sich Selbstbehalte oder Versicherungsbeiträge (z.B. Frankreich oder USA). Ein weiteres Kriterium, das für Selbstbehalte spricht, ist die Annahme, dass bei einer kostenlosen Gesundheitsversorgung Versicherte weniger Anreiz haben, selbstständig auf ihre Gesundheit zu achten (z.B. durch einen gesunden Lebensstil).

Literaturverzeichnis

- Anell, Anders; Glenngard; Anna H.; Merkur, Sherry (2012): Sweden – Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 14 No. 5.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2004): Gesundheitsökonomik. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.
- Brook, Robert H.; Keeler, Emmet B.; Lohr Kathleen N.; et al. (2006): The Health Insurance Experiment. A classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate. RAND. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html
- BVA (2017): Jahresbericht 2016. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Wien.
- Chevreur, K; Berg Brigham, K.; Durand-Zaleski, I.; Hernandez-Quevedo, C. (2015): France – Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 17 No. 3.
- Czypionka, T.; Riedel, M.; Röhrling, G.; Lappöhn, S; Six, E. (2017): Zukunft der sozialen Krankenversicherung – Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich. Institut für höhere Studien (IHS). Wien.
- Cyles, J.; Richardson, E.; Findley, L.; Longley, M.; O'Neill, C.; Steel, D. (2015): United Kingdom – Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 17 No. 5.
- De Pietro, C.; Camenzind, P.; Sturny, I.; Crivelli, L.; Edwards-Garavoglia, S.; Spranger, A.; Wittenbecher, F.; Quentin, W. (2015): Switzerland – Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 17 No. 4.
- EUROSTAT (2017): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Gesundheit. Nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung wegen zu hoher Kosten, nach Selbstauskunft, nach Einkommensquintil. Europäische Kommission. Luxemburg.
- Finkenstädt, Verena (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick. Wissenschaftliches Institut der PKV. Köln.
- Goldman, Dana P.; Joyce, Geoffrey F.; Karaca-Mandic, Pinar (2006): Cutting Drug Co-Payments for Sicker Patients on Cholesterol-Lowering Drugs Could Save a Billion Dollars Every Year. RAND. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9169.html
- Habimana, Katharina; Bachner, Florian; Bobek, Julia; Ladurner, Joy; Ostermann, Herwig (2015): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.
- Heuer, Joachim (2016): Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

- Hofmarcher, Maria M. (2013): Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen. Internet-Version für das Bundesministerium für Gesundheit. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- OECD (2016): Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD (2017): Datenbank der OECD - OECD.Stat. Health Expenditure and Financing. OECD Publishing. Paris. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
- OÖ Gesundheitsfonds (2016): Geschäftsbericht 2015 – Tätigkeit und Gebahrung. OÖ Gesundheitsfonds, Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben. Linz.
- OÖGKK (2016): Rechnungsabschluss OÖGKK_2015. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Linz.
- Österreichische Apothekerkammer (2017): <http://www.apotheker.or.at/internet/oeak/newspresse.nsf/1bd86a866fd269b5c1256d21002d53da/d2fcb57ed4671f75c1256f2c005d30f3?OpenDocument>
- Reiners, Hartmut; Schnee, Melanie (2007): Hat die Praxisgebühr eine nachhaltig Steuerwirkung? IN Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Bertelsmann Stiftung.
- Rice, Thomas; Rosenau, Pauline; Unruh, Lynn Y.; Barnes, Andrew J. (2013): United States of America - Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 15 No. 3.
- Statistik Austria (2017): Current expenditure on health care by functions, providers and financing schemes in Austria, 2015 (in million euros)
- WGKK (2016): Jahresbericht 2015. Wiener Gebietskrankenkasse. Wien.
- WGKK (2017): <http://www.wgkk.at/portal27/wgkkversportal/content?contentid=10007.724600&viewmode=content>