

8. VERTEILUNGSGERECHTIGKEIT IM GESUNDHEITSWESEN

Helmut Ivansits, Werner Pletzenauer

8.1. Die Begründung staatlicher Gesundheitspolitik aus dem Prinzip der Gerechtigkeit

Staatliche Sozialpolitik im Allgemeinen bzw. staatliche Gesundheitspolitik im Besonderen lassen sich aus mehreren, verschiedenen Funktionen der Sozialpolitik aufzeigenden Ansätzen begründen. Im Mittelpunkt des politisch-soziologischen Erklärungsansatzes steht unter Berufung auf die Entstehungsgeschichte der Sozialversicherung die soziale Befriedungsfunktion der Sozialpolitik. Der ethische Ansatz erklärt die Notwendigkeit der Sozialpolitik vor allem aus den Prinzipien politischer Gerechtigkeit. In der ökonomischen Theorie wird staatliche Sozialpolitik durch ihre positive gesamtwirtschaftliche Wirkung und durch Marktversagen legitimiert.

Politische Gerechtigkeit bezieht sich auf das Verhältnis von Gesellschaft und Individuum und unterscheidet zwischen verteiler und ordnender (Tausch- und ausgleichender) Gerechtigkeit. In dieser Logik wird Verteilungsgerechtigkeit als System einer gerechten Güterzuteilung gesellschaftlicher Dimension gesehen. Drei Verteilungsmodelle spielen hierbei eine Rolle: Die Gleichverteilung (Gleichheit), die Verteilung nach Leistung (Leistungsgerechtigkeit) und die Verteilung nach Bedarf (Bedarfsgerechtigkeit).

Somit kann auch eine ungleiche Verteilung gerecht sein. Da Ungleichverteilung immer unter Rechtfertigungszwang steht, bedürfen Leistungs- und Bedarfsgerechtigkeit eines normativen Maßstabes darüber, wie bei unterschiedlichen Sachverhalten Gerechtigkeitsurteile sachlich variieren dürfen. Leistung lässt sich entweder nach Verdienst oder als Arbeitsleistung bestimmen.

Leistungsgerechtigkeit darf jedoch nicht mit „Marktgerechtigkeit“ verwechselt werden: Letztere folgt der Logik von Angebot und Nachfrage auf Märkten. Ohne „faire“ Ausgangsbedingungen (Verfahrens- oder Chancengerechtigkeit) ist die Forderung nach leistungsgerechter Verteilung zynisch. Dennoch können persönliche Dispositionen (Begabung, Geschlechtszugehörigkeit), oft schlichtweg auch Glück, zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Die These, dass bei formal gleichen Chancen (Zugang zur Bildung) der Gerechtigkeit bereits Genüge getan ist und die Ergebnisse jedenfalls leistungsgerecht sind, ist nicht konsistent.

Das Grundproblem leistungsgerechter Verteilungsverhältnisse ist ein objektiver Leistungsvergleich. So schwierig dieser schon zwischen verschiedenen manuellen Tätigkeiten ist, er wird noch problematischer, wenn es zwischen manueller und geistiger gerecht zu verteilen gilt; besonders schwieriger ist die Leistungsbewertung bei Erträgen aus verschiedenen Produktionsfaktoren (Arbeit, Kapital).

Das ohnehin prekäre Konzept der Leistungsgerechtigkeit stößt vollends an seine Grenzen, wenn Leistung überhaupt nicht erbracht werden kann, weil die Arbeitskraft unverwertbar ist. In diesem Fall springt der Sozialstaat ein und gewährt Hilfe (Bedarfsgerechtigkeit). Aus Sicht der ausgleichenden Gerechtigkeit kompensiert die Gesellschaft den Ausfall der Arbeitskraft durch soziale Ausgleichsleistungen.

8.2. Die Organisation von Bedarfsgerechtigkeit am Beispiel der Gesundheitssicherung

Idealtypisch sind es drei „Bauprinzipien“, nämlich Versorgung, Sozialversicherung und Sozialhilfe, auf deren Basis soziale Verteilungsgerechtigkeit organisiert werden kann. Das gilt auch für das Gesundheitssystem. Internationale Vergleiche zeigen, dass diese Gestaltungsprinzipien sehr unterschiedlich gewichtet sind. In der Realität bestehen zumeist Mischformen. Während die Sozialversicherung auf gesetzlicher Eigenvorsorge und Versorgung auf staatlicher sozialer Verantwortung beruhen, ist Sozialhilfe durch Subsidiarität charakterisiert.

Ist soziale Bedarfsgerechtigkeit als gesellschaftspolitisches Ziel anerkannt, so sind es vor allem drei Grundsätze, die ein verteilungsgerechtes Gesundheitssystem prädikatisieren:

- die Einbeziehung aller StaatsbürgerInnen (universalistische Ausrichtung) oder der Erwerbstätigen in das Schutzsystem (Erwerbszentriertheit)
- der gleiche Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen
- die Finanzierung dieser Leistungen nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit

Diese Grundsätze können nur durch ein staatliches Obligatorium verwirklicht werden. Dabei ist es unerheblich, ob die Regulierung über ein staatliches Gesundheitssystem oder über die Pflichtversicherung läuft. Die Unterschiede betreffen den geschützten Personenkreis und die Finanzierung (Steuer- oder Beitragsfinanzierung), nicht die Frage des Sozialschutzes an sich.

Die im österreichischen Gesundheitssystem prädominante Sozialversicherung stützt sich – ergänzt durch soziale Ausgleichselemente – auf das Versicherungsprinzip (Beiträge gegen Leistungen). Ihr sind die in der privaten Krankenversicherung üblichen Risiko- und Kopfprämien fremd. Ganz allgemein verdünnt sich der Gerechtigkeitsgehalt staatlicher Gesundheitspolitik, je mehr der Leistungszugang vom Einkommen abhängig ist („Zwei-Klassen-Medizin“). Hohe Selbstbehalte und Kostenerstattungssysteme sowie Leistungsabwahl und -zuwahlmodelle würden die soziale Ausrichtung des österreichischen Gesundheitssystems konterkarieren.

8.3. Staat versus Markt im Gesundheitswesen

Vor diesem Hintergrund erhebt sich die Frage, ob der Markt gesundheitspolitisch effizientere Ergebnisse hervorzubringen vermag als staatliche Gesundheitspolitik („Staatsversagen“). Um das beurteilen zu können, ist eine Analyse von Marktversagen im Gesundheitswesen vorzunehmen.

Die Frage ist zu verneinen. Erstens kann ein Gesundheitsmarkt, auf dem durch das freie Spiel der Marktkräfte Güter und Dienstleistungen bereitgestellt werden, die auch den Wünschen der Bevölkerung entsprechen, nicht zustande kommen, weil multiple Informationsasymmetrien bestehen; der Markt kann seine Allokationsfunktion nicht wahrnehmen. Zweitens können bestimmte Marktergebnisse aus gesellschaftspolitischen Gründen nicht akzeptiert werden (distributives Marktversagen). Wenn alle kranken Menschen – unabhängig von Alter und Einkommen – Zugang zu Versorgungsleistungen haben sollen und ausschließlich der Bedarf den Umfang der Leistungen bestimmen soll, ist eine Marktlösung abzulehnen. Auch Bestandskontinuität und Qualitätssicherung der Leistungen sind staatliche Aufgaben, die der Markt nicht befriedigend übernehmen kann.

Die ökonomische Darstellung der „Systemfrage“ kann durch psychologische Gesichtspunkte unterstrichen werden. Aus der Perspektive gesunder Menschen hängt private Vorsorge wegen des Risikos der Krankheit von der subjektiven Versorgungsfähigkeit und der objektiven Vorsorgebereitschaft ab. Mangelndes Einkommen (Marktausschluss) und eine Mindereinschätzung des Zukunftsgutes „Gesundheit“ erschweren oder verunmöglichen private Vorsorge („Versicherungsschranken“).

8.4. Verteilungswirkungen des österreichischen Gesundheitssystems

Die Gesundheitsausgaben (ohne Pflegeausgaben) machten 2010 9,4%, die öffentlichen Gesundheitsausgaben 6,8% des BIP aus. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist in den letzten 10 Jahren relativ konstant geblieben. Gleiches gilt für die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung (KV). Im Bereich der OECD liegen die österreichischen Gesundheitsausgaben über dem EU-Durchschnitt.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind nach einer Verteilungsstudie des WIFO (vgl WIFO 2009) in einem hohen Maße umverteilungswirksam. Die Verteilungswirkungen beziehen sich nicht nur auf die horizontale Umverteilung zwischen gesunden und kranken Menschen, sondern führen auch zu einer beträchtlichen Entlastung einkommensschwächerer Haushalte. Diese Einkommensschicht müsste in einer „Welt“ ohne gesetzliche Krankenversicherung die benötigten Leistungen am Gesundheitsmarkt bezahlen und wäre dabei finanziell überfordert.

In der genannten Studie werden den Haushaltseinkommen (abgestuft nach Dezilen und Terzilen) des Jahres 2005 die Gesundheitsleistungen desselben Jahres gegenübergestellt. Daraus lassen sich Aussagen über den Anteil der Gesundheitsausgaben am Haushaltseinkommen ableiten, der Haushalte treffen würde, wenn es keine gesetzliche Krankenversicherung gäbe.

Auf der Einnahmenseite wirken Sozialversicherungsbeiträge im Unterschied zu direkten Steuern regressiv. Das ist auf den linearen Beitragssatz, auf die Höchstbeitragsgrundlage und auf die steuerlichen Absetzbarkeit der Beiträge zurückzuführen. Da Verbrauchssteuern, aus denen der steuerfinanzierte Teil des Gesundheitssystems überwiegend stammt, eine ähnliche Wirkung aufweisen, gilt das für die öffentlichen Gesundheitsausgaben maßgebliche Finanzierungssystem insgesamt als regressiv.

Die WIFO-Studie untersucht die Auswirkungen der Krankenversicherung auf die Bruttomarkteinkommen der Haushaltsebene. Darüber hinaus werden Äquivalenzeinkommen gebildet, um der unterschiedliche Größe von Haushalten Rechnung zu tragen. Im Jahr 2005 entfielen bei den Nichtselbständigen-Haushalten rund 46% der Gesundheitsleistungen auf die untere Hälfte der Haushalte. Allerdings machten die Leistungen wertmäßig bei den unteren Einkommensschichten einen wesentlich höheren Anteil an den Bruttomarkteinkommen aus als bei höheren. Würden die Gesundheitsleistungen ausschließlich über den Markt beschafft werden, müsste die untere Einkommenshälfte 27%, die obere Einkommenshälfte indes nur 10% aufwenden.

Das unterste Drittel der Haushalte müsste rund 34,5% (405 Euro) des Bruttomonatseinkommens für Gesundheit aufbringen, das mittlere Drittel 15,8% (436 Euro) und das oberste Drittel 8,6% (509 Euro). Noch aussagekräftiger sind die Äquivalenzausgaben: Das untere Drittel beansprucht 35,9%, das mittlere Drittel 33,2% und das obere Drittel 31% der äquivalenten Gesundheitsausgaben.

Daraus wird ersichtlich, dass öffentliche Gesundheitsausgaben in einem hohen Maße umverteilungswirksam sind und sozial schwächere Haushalte begünstigen. Auf der Einnahmenseite müssen diese Effekte noch verstärkt werden. Zur Finanzierung des Gesundheitswesens sollten daher in Zukunft vor allem auch Personen mit höheren Erwerbseinkommen und Besitzeinkünften sowie mit höherem Vermögen herangezogen werden.

8.5. Wartezeiten und Zwei-Klassen-Medizin

Wartezeiten auf eine geplante Operation sind für die Betroffenen mit starken Belastungen verbunden. Neben den mit der Wartezeit verbunden körperlichen und psychischen Belastungen, wie zB Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen und der Angst vor einer Operation führen überlange Wartezeiten, wenn die Krankheit zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, in der Regel zu Einkommensverlusten und nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes.

Den Betroffenen ist es nur schwer vermittelbar, dass sich die Operation durch Wartezeiten verzögert. So gaben in der im Jänner 2010 präsentierten ersten Welle des Gesundheitsbarometers des Bundesministeriums für Gesundheit 45% der Befragten an, dass sie Wartezeiten bei der Gesundheitsversorgung stören. In der im Juni 2010 durchgeführten dritten Welle der Befragungen zum Gesundheitsbarometer störten die Wartezeiten, gefolgt von der sogenannten Zwei-Klassen-Medizin, nach wie vor am meisten. Eine knappe Mehrheit der Befragten vertrat überdies die Meinung, dass Menschen mit höherem Einkommen und qualifiziertem Beruf von Ärzten oder im Krankenhaus besser behandelt werden.

Ob diese Einschätzung der Befragten mit der Realität übereinstimmt, wurde durch den Verein für Konsumentinformation (VKI) anhand von Tests der Wartezeiten auf Behandlungstermine geprüft. Während das VKI bei Facharztordinationen keine Bevorzugung von PrivatzahlerInnen ausmachen konnte¹, war dies in den öffentlichen Spitalsambulanzen sehr wohl der Fall². Im Ergebnis mussten Kassenpatienten teilweise erheblich länger auf medizinische Versorgung warten als SonderklassepatientInnen.

Im Jahr 2011 wurden vom VKI nochmals die Wartezeiten in den Spitälern untersucht. Diesmal richtete sich der Fokus auf die Fragestellung, wie lange Patientinnen und Patienten mit Grauem Star auf eine Operation in öffentlichen Spitälern warten mussten. Laut Österreichischem Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurden im Jahr 2009 rund 58.000 derartige Eingriffe in gemeinnützigen Spitälern durchgeführt. Aufgrund der hohen Zahl der Operationen und der begrenzten Ressourcen sind Wartezeiten grundsätzlich nicht zu vermeiden. Allerdings ergab die österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, dass die Erkrankten auf eine Operation bis zu viermal so lange warten mussten, wenn die Operation im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurde.

In der 2011 durchgeführten Erhebung stellte der VKI fest, dass 62% der 29 mit Öffentlichkeitsrecht ausgestatteten Spitäler, die eine Operation des Grauen Star sowohl privat als auch über die Krankenkassen abrechnen, bei Vorliegen einer privaten Zusatzversicherung eine teilweise deutliche Verkürzung der Wartezeiten anboten³. Es verwundert daher nicht, wenn 36% der im Herbst 2011 im Rahmen einer Gallup-Umfrage zu den Vorteilen einer privaten Zusatzkrankenversicherung Befragten eine bessere medizinische Versorgung als Vorteil angaben. 17% der Befragten glaubten, dass Sonderklassepatienten eine bessere Betreuung erhalten, und jeder Zehnte würde sich gerne privat versichern, um die Wartezeit zu verkürzen.

Die im Zeitraum September 2010 bis Jänner 2011 im Auftrag der Arbeiterkammer erstellte Studie „Private Zusatzkrankenversicherungen: Vorerkrankungen? Nein, danke!“ ergab, dass die privaten Krankenversicherer nicht jeden abschlusswilligen Kunden annehmen: VersicherungsnehmerInnen, die bestimmte Vorerkrankungen aufweisen, müssen entweder mit Risikoausschlüssen, mit erheblichen Prämienzuschlägen oder sogar mit gänzlichen Ablehnungen rechnen. Die private Krankenzusatzversicherung verweist auf die Vertragsautonomie und auf nicht versicherbare Risiken.

Trotz dieser strengen Aufnahmepolitik gab es im Jahr 2009 in Österreich eine Million privater Zusatzversicherungen (rund 12% der Bevölkerung), die bei einem Krankenhausaufenthalt die Kosten in der Sonderklasse abdecken. Die Einstiegsprämien betragen im Jahr 2010 bei einem 43-jährigen Mann

1) Zeitschrift Konsument, 2/2008

2) Zeitschrift Konsument, 8/2010

3) Zeitschrift Konsument, 2/2012

zwischen 136,45 Euro und 140,02 Euro pro Monat und bei einer 43-jährigen Frau zwischen 147,16 Euro und 165,94 Euro pro Monat.

8.6. Österreichische Rechtslage

Das ist insofern bemerkenswert, als es nach dem Krankenanstaltenrecht in gemeinnützigen Krankenanstalten keinen Unterschied in der medizinischen Behandlung von PatientInnen der allgemeinen Gebührenklasse und der Sonderklasse geben dürfte. So kann gemäß § 15 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) das Öffentlichkeitsrecht einer Krankenanstalt nur dann verliehen werden, wenn sie gemeinnützig ist. § 16 Abs 1 lit d dieses Gesetzes sieht ausdrücklich vor, dass eine Krankenanstalt dann als gemeinnützig zu betrachten ist, wenn bei einer Aufnahme in der Sonderklasse ausschließlich der Gesundheitszustand maßgeblich ist. Diese vom Bund getroffenen Vorgaben wurden in den jeweiligen Landesgesetzen mit gleichem Wortlaut umgesetzt⁴. Bereits im Jahr 1978 stellte der Verwaltungsgerichtshof⁵ in einer Entscheidung zum damaligen § 26 des OÖKAG 1976 fest, dass sich in der medizinischen Betreuung der PatientInnen die beiden Gebührenklassen voneinander nicht unterscheiden dürfen. Eine private Zusatzkranken- oder Sonderklasseversicherung gewährleistet daher bei Aufnahme in einem gemeinnützigen Spital lediglich eine bessere Unterbringung und Verpflegung sowie eine freie Arztwahl. Ein rechtlich durchsetzbarer Anspruch dieser Personen auf eine bessere medizinische Behandlung sowie eine Verkürzung der Wartezeiten besteht daher in gemeinnützigen Spitälern nicht.

Allerdings klaffen, wie die Erhebungen der Konsumentenschützer zeigen, Recht und Wirklichkeit auseinander: Wer genügend Geld hat und die Risikoselektion der privaten Krankenversicherer übersteht, hat eine bessere Chance in einem gemeinnützigen Spital eine raschere Behandlung als in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten.

Im Zusammenhang mit der öffentlichen Diskussion um die Zwei-Klassen-Medizin wurde im letzten Regierungsübereinkommen (XXIV. GP NR) eine Verpflichtung zur Führung eines transparenten Wartezeitenregimes in Krankenhäusern vereinbart. In Umsetzung des Übereinkommens wurden die Landesgesetzgeber nunmehr verpflichtet⁶, bis spätestens 30. März 2012 bei den in Betracht kommenden Trägern von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Festlegung der in erster Linie medizinisch bedingten Reihungskriterien sowie der Ablauf und die Organisation des Wartelistenregimes wurden den jeweiligen Landesgesetzgebern überlassen. Vorgesehen ist auch, dass die für den Eingriff vorgesehenen Personen über die Wartezeit auf elektronischem Weg zu informieren sind.

Es ist zu hoffen, dass die Einführung des transparenten Wartelistenregimes dazu führt, dass in den gemeinnützigen Spitälern die Behandlung von Patienten – unabhängig vom Einkommen der Betroffenen – ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten erfolgt. Spätestens 2013 sollte eine Evaluierung stattfinden.

4) Siehe diesbezüglich die §§ 38 und 42 des Bgld KAG 2000, die §§ 42 und 43 der K-KAO 1999, die §§ 31 und 32 des NÖ KAG 1974, die §§ 36 und 37 des OÖ KAG 1997, die §§ 41 und 42 des S-KAG 2000, die §§ 21 und 22 des KALG 1999, die §§ 23 und 24 des Tir KAG, die §§ 65 und 9 des VlbG SpG und die §§ 25 und 26 des Wr KAG 1987

5) VwGH 11.05.1978, 2846/77

6) BGBl I Nr. 69/2011, § 5a Abs 2 KAKuG

Wussten sie, dass ...

- mehr als 99% der österreichischen Bevölkerung krankenversichert sind?
- mehr als 450.000 Vollzeitarbeitsplätze auf das Gesundheitswesen in Österreich entfallen, das sind mehr als 13% der österreichischen Vollzeitarbeitsplätze?
- die österreichischen Gesundheitsausgaben und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten zehn Jahren nicht wesentlich stärker als das BIP gestiegen sind?
- das österreichische Gesundheitswesen höchst wirksam von reicheren zu ärmeren Haushalten umverteilt, solidarisch finanziert wird und bedarfsgerechte Leistungen erbringt?
- „der Markt“ aus gesellschaftspolitischen Gründen die Sozialversicherung nicht ersetzen kann
- und zuletzt Maßnahmen gegen lange OP-Wartezeiten von sozialversicherten Personen ergriffen wurden?

Die AK fordert:

- eine präventive und eine sowohl wirksame als auch wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit bedarfsgerechten Leistungen, die der Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung solidarisch finanziert werden
- die Verfolgung eines patientenorientierten integrierten Versorgungsansatzes statt eines in rechtlicher, planerischer und organisatorischer Hinsicht segmentierten Gesundheitssystems
- die Optimierung der psychosozialen Versorgung
- transparente Wartelisten in Spitälern

Literatur

Guger, Alois (Projektleitung) et al (2009), Umverteilung durch den Staat in Österreich, WIFO, Wien

Höffe, Ottfried (2004), Gerechtigkeit, München

Holzleithner, Elisabeth (2009), Gerechtigkeit, Wien

Opielka, Michael (2004), Sozialpolitik, Reinbek bei Hamburg

Österle, August (2003), Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Grillberger, Konrad und Mosler, Rudolf (Hg), Europäisches Wirtschaftsrecht und soziale Krankenversicherung, Wien