



In Trägerschaft von:

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

8/80

17.12.1980

GRUNDSÄTZLICHE ASPEKTE DER DISKUSSION UM DIE "SELBST"BETEILIGUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Die FZV-Information 8/80 skizziert in dem Übersichtsartikel von Dr. L. FEIGE "Grundsätzliche Aspekte der Diskussion um die "Selbst"beteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung" die Erfahrungen mit Direktbeteiligungsmodellen aus sozialpolitischer Sicht und zeigt die wesentlichen Wirkungszusammenhänge dieses Steuerungsinstruments auf:

- "Selbst"beteiligung - "Direkt"beteiligung
- Zwecksetzung und Zielrichtung
- Problemlinien der Direktbeteiligung in Deutschland
- Entwicklungen in Frankreich und USA
- Steuerungswirkungen: Das "magische Dreieck"

Der vorliegende Aufsatz, der das Problem der "Selbst"beteiligung aus entwicklungsgeschichtlicher Perspektive beleuchtet, dient als Ergänzung zu der in Nr. 6/80 veröffentlichten Dokumentation über das Symposium "Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung". Das Forschungsinstitut beabsichtigt, in naher Zukunft eine empirisch ausgerichtete Studie zum Problemkreis der Eigenverantwortung unter besonderer Berücksichtigung der zahnärztlichen Versorgung vorzulegen.

Dr. Lothar FEIGE

Wissenschaftlicher Assistent am Seminar für Sozialpolitik
der Universität zu Köln

Dr. Lothar Feige, Köln

GRUNDSÄTZLICHE ASPEKTE DER DISKUSSION UM DIE SELBSTBETEILIGUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

1. Begriff der "Selbst"beteiligung

Immer dann, wenn Finanzierungs- und Steuerungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert werden, wird auch das Instrument der sog. Selbstbeteiligung genannt.

Oft schon wurde Selbstbeteiligung als Schlüssel einer grundlegenden Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung angepriesen. Genau so oft aber wurde sie als unerträglicher Verstoß gegen eines der Grundprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung, das Solidaritätsprinzip, verdammt.

Im Zuge von Reformer wurden Selbstbeteiligungselemente in die Gesetzliche Krankenversicherung eingebracht; Selbstbeteiligungselemente wurden ebenso im Zuge von Reformen aus dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.

Wo liegen nun eigentlich die Gründe für den Einsatz der Selbstbeteiligung? Warum ist dieses Instrument so umstritten, und warum gehen die Meinungen über den Einsatz von Selbstbeteiligung so weit auseinander?

Die Kontroverse um die Selbstbeteiligung beginnt schon bei der Abgrenzung des Begriffes selbst. Auf der einen Seite wird die Meinung vertreten, daß der Begriff Selbstbeteiligung von vornherein irreführend sei, da ja der Beitrag

zur Krankenversicherung schon an sich Selbstbeteiligung an den eigenen Krankheitskosten darstelle. Das, was dann noch unter Selbstbeteiligung verstanden werden könnte, stelle nur eine andere Form der Finanzierung, nämlich eine Direktbeteiligung dar und könne daher nicht als eine Variante der Beitragserhebung verstanden werden, sondern es handele sich um eine zusätzliche Art der Finanzierung. ¹⁾

Auf der anderen Seite meint man, daß Selbstbeteiligung nicht zusätzliche Finanzierung sein kann, sondern eine alternative Form der Finanzierung. Die Mittel, die im Rahmen der Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten aufgebracht werden sollen, müßten in gleichem Ausmaße zu einer Beitragssenkung führen. Als Beispiel werden hier die Tarife der privaten Krankenversicherung angeführt. ²⁾ Je höher der gewählte Selbstbeteiligungssatz ist, desto geringer ist der regelmäßig zu zahlende Versicherungsbeitrag. Hier steht einer Finanzbelastung in Form der Selbstbeteiligung direkt eine finanzielle Entlastung durch Beitragssenkungen gegenüber.

Zunächst einmal wollen wir diese beiden Begriffe der Selbstbeteiligung für sich stehen lassen. Sie werden jedoch im folgenden an einigen Stellen innerhalb der Diskussion wieder aufgegriffen werden müssen.

2. Ziele der Selbstbeteiligung

Durch entsprechende Ausgestaltung eines Selbstbeteili-

1) Vgl. Preller, Ludwig: Praxis und Probleme der Sozialpolitik, 2. Halbband, Tübingen-Zürich 1970, S. 326

2) Vgl. Kühn, G.: Die Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung, in: Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, hrsg. von der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Stuttgart 1980, S. 30ff.

gungssystems lassen sich sehr differenzierte Ziele verfolgen.³⁾ Wichtigste und meistdiskutierte Ziele sind aber wohl das Finanzierungsziel und das Steuerungsziel.

Daneben wird aber oft noch ein medizinisches Ziel genannt, nämlich die Effektivität der medizinischen Behandlung. Ausgehend von der Überlegung Freuds, daß die Behandlung durch den Arzt vom Patienten höher eingeschätzt werde, wenn für diese direkt ein Beitrag zu zahlen sei, folgert man, daß der Gesundungswille des Patienten durch Selbstbeteiligung gefördert werde.⁴⁾

Allerdings übersieht man bei dieser psychologischen Argumentation oft die subjektive Fühlbarkeit der Höhe des Selbstbeteiligungsbeitrags. Wie hoch muß der Selbstbeteiligungssatz sein, damit der beabsichtigte Effekt einsetzt? Eine zu geringe Selbstbeteiligung könnte ja gerade bei Patienten, die gern einen hohen Anteil an den Krankheitskosten direkt tragen würden, das Gegenteil hervorrufen; geringe Selbstbeteiligung könnte von diesen Patienten mit schlechter Behandlung gleichgesetzt werden. In einem solchen Fall wäre es wohl besser, man verzichtete ganz auf diese Finanzierungsart.

Doch wir wollen den unsicheren Boden der Psychologie hier besser verlassen und uns den anfangs genannten Hauptzielen zuwenden.

a. Finanzierungsziele

Mit der Diskussion der stark ansteigenden Gesundheitskosten ab Anfang der 70er Jahre wurde auch immer wieder

3) Ein ausführlicher Zielkatalog findet sich bei Geißler, Ulrich: Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen.. a.a.O., S. 37 f.

4) Vgl.: Freud, Sigmund: Werke aus den Jahren 1909-1913, Gesammelte Werke, Bd. 8, London 1943, S. 464 f.

das Instrument der Selbstbeteiligung von vielen Seiten herbeigewünscht, um die finanziell arg strapazierten Krankenkassen zu entlasten.

In diesem Zusammenhang muß man allerdings nun wieder beide Begriffe der Selbstbeteiligung heranziehen. Entscheidet man sich dafür, daß Selbstbeteiligung eine zusätzliche Finanzierung der Krankheitskosten bedeutet, und keine teilweise Kompensation des Versicherungsbeitrages darstellt, so führt die Einführung von Selbstbeteiligungssätzen tatsächlich sofort zu einer finanziellen Entlastung der Krankenkassen. Ein Teil der Krankenkosten wird durch Selbstbeteiligung direkt getragen; die Kassen zahlen dann den verbleibenden Teil der Krankheitskosten. In einer finanziell angespannten Lage der Krankenkassen würde dies dazu führen, daß eine ansonsten durchzuführende Beitragserhöhung für einen gewissen Zeitraum aufgeschoben werden könnte. Steigen die Krankheitskosten allerdings weiterhin, so wird dieses Finanzierungspolster bald aufgezehrt sein und wiederum die Überlegung einsetzen müssen, auf welche Weise die weiteren Kostensteigerungen finanziert werden könnten. Zu diskutieren wäre dann eine Erhöhung des Selbstbeteiligungssatzes bzw. eine Erhöhung des Beitragssatzes.

Wählt man den zweiten Selbstbeteiligungsbegriff, nämlich Selbstbeteiligung als alternative Finanzierungsart, die direkt zu einer Beitragsskürzung führt, so schlagen steigende Gesundheitskosten weiterhin für die Krankenkassen voll durch. In diesem Fall wird ja kein Finanzierungspolster geschaffen, sondern lediglich die Finanzierungsstruktur der Krankheitskosten verändert.

Kommt man zu dem Schluß, daß der Finanzierungseffekt die wesentlichste Aufgabe der Selbstbeteiligung ist, so muß man den ersten Selbstbeteiligungsbegriff wählen; die Aus-

gabenlast der Gesetzlichen Krankenversicherung kann ja hier direkt um denjenigen Betrag gekürzt werden, der durch Selbstbeteiligung aufgebracht wird.

Selbstbeteiligung wird besonders hinsichtlich von Bagatelfällen diskutiert. Hier werden Modellrechnungen aufgestellt, die zeigen, daß eine Selbstbeteiligung, bei der beispielsweise Leistungen über 10,-- DM vom Patienten direkt gezahlt werden, zu erheblichen Kosteneinsparungen führt. (Denken könnte man hier an Medikamente, die auf einer Negativliste verzeichnet wären.) Allerdings wird hierbei meist die Rationalität der Patienten übersehen. Wenn schon Selbstbeteiligungssätze auf 10,-- DM fixiert sind, ist es wenig rational, Leistungen für 9,-- DM in Anspruch zu nehmen, wenn man sie voll tragen muß, sondern es ist individuell rational, Leistungen für mindestens 11,-- DM in Anspruch zu nehmen. Hier lassen sich Erfahrungen mit der Fahrtkostenerstattung heranziehen: Wenn man sich dafür entscheidet, geringe Fahrtkosten, z.B. für die Straßenbahn, nicht mehr in die Erstattung aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, ist es wenig rational, die Straßenbahn zu benutzen, denn auch dieser geringe Finanzierungsbeitrag schlägt individuell voll durch. Warum sollte man Straßenbahn fahren und selbst bezahlen, wenn die Kosten einer Taxifahrt dagegen erstattet werden?

Schon an dieser Stelle wird deutlich, daß man Finanzierungseffekte nicht isoliert betrachten kann, sondern daß Finanzierungseffekte in sehr starkem Maße auch mit Steuerungswirkungen einhergehen. Gerade die Betrachtung der Steuerungswirkungen, die wir im folgenden Abschnitt vornehmen wollen, stellt daher einen Schwerpunkt bei den Überlegungen zur Selbstbeteiligung dar.

b. Steuerungsziele

Wichtigstes Ziel der Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument ist es, ein solches Kostenbewußtsein bei den Patienten zu schaffen, daß der Patient die Höhe der Kosten der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems mit in sein Kalkül einbezieht, wenn er überlegt, ob er einen Arztbesuch durchführen soll. Kennt der Patient nicht die Kosten eines Arztbesuches, so wird er diesen Faktor auch nicht in sein Kalkül einbeziehen und nicht beurteilen können, welche finanziellen Auswirkungen sein Arztbesuch für die Krankenversicherung haben kann.

Was hier beabsichtigt ist, ist also nicht eine kurzfristige Finanzierungsumschichtung, sondern eine langfristige Konditionierung der Versicherten. Der beabsichtigte Lerneffekt ist der Schwerpunkt des Einsatzes von Selbstbeteiligung. Indem man den Patienten auf die Kosten der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufmerksam macht, will man erreichen, daß die Versicherten langfristig ihre Verhaltensweise bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ändern.

Weiterhin soll erreicht werden, daß die Versicherten ihre Lebensweise langfristig umstellen; sie sollen gesundheitsbewußter leben. Hier ist beispielsweise daran gedacht, durch Selbstbeteiligung im stärkeren Maße darauf aufmerksam zu machen, daß ein großer Teil von Krankheitskosten allein auf gesundheitsschädigende Lebensweise zurückzuführen ist. Zu denken ist hier an Faktoren wie Alkohol- und Tabakkonsum und das Übergewichtsproblem. ⁵⁾

Besonders problematisch aber erscheint auch an dieser Stelle die Fühlbarkeit des Selbstbeteiligungssatzes. Auf

5) Vgl. Herder-Dorneich, Ph.: Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen, Opladen 1976, S. 71.

der einen Seite soll Selbstbeteiligung die Konditionierung des Patienten tatsächlich erreichen, auf der anderen Seite darf sie aber notwendige Arztbesuche nicht verhindern. Wir wollen diese grundsätzliche Problematik am Ende des Beitrags aufgreifen, zuvor aber die bisherigen Erfahrungen mit dem Instrument der Selbstbeteiligung zusammentragen.

3. Erfahrungen mit Selbstbeteiligung in der GKV

Da gerade zur Zeit wieder das Instrument der Selbstbeteiligung ausführlich diskutiert wird, erscheint es angebracht, einmal die dort von verschiedenen Seiten gewählten Argumente vorzustellen. Dies soll jedoch nicht im freien Raum geschehen, sondern zur Beurteilung dieser Argumente werden zuvor die bisherigen Erfahrungen mit dem Instrument der Selbstbeteiligung aufgelistet. Dies soll in Form einer chronologischen Zusammenstellung des tatsächlichen Einsatzes von Selbstbeteiligungsinstrumenten geschehen. Darauf aufbauend soll versucht werden, mögliche Steuerungswirkungen dieser Selbstbeteiligungsinstrumente aufzudecken.

a. Chronologie des Einsatzes von Selbstbeteiligung

Das Instrument der Selbstbeteiligung wurde erstmalig 1923 eingesetzt.⁶⁾ Bis zu diesem Jahre war eine direkte Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten nicht vorgesehen. Die damals eingeführte Selbstbeteiligung an den Kosten für Arznei-, Heil- und Stärkungsmittel sollten Finanzierungslücken im System der Krankenversicherung schließen. Im Zuge der damaligen wirtschaftlichen Entwicklung waren die Krankenkassen in eine Krise geraten. In

6) Vgl. die Verordnung vom 30. Oktober 1923, RGBI I, S. 1057.

der Regel wurde ein Selbstbeteiligungssatz von 10 % vorgesehen, der in Einzelfällen verdoppelt werden konnte. Allerdings sah diese Regelung auch Ausnahmen vor. So konnten beispielsweise Erwerbslose von der Selbstbeteiligung befreit werden.

Eine weitere Maßnahme der Selbstbeteiligung stellte die Erhebung einer Krankenscheingebühr dar, die im Jahre 1924 eingeführt wurde. Die Erhebung von 0,10 RM war jedoch nicht obligatorisch, sondern dem freien Ermessen der Krankenkassen überlassen.

Im Jahre 1930 dann wurde die prozentuale Selbstbeteiligung an den Arzneikosten abgeschafft und durch einen Pauschalbetrag von 0,50 RM pro Rezept ersetzt. Auch hier waren einige Ausnahmen vorgesehen.

Ebenfalls 1930 wurde durch Verordnung des Reichspräsidenten die Erhebung einer Krankenscheingebühr von nunmehr 0,50 RM obligatorisch.⁷⁾ Allerdings zeigte sich bald, daß aufgrund der Weltwirtschaftskrise und der daraus resultierenden finanziellen prekären Situation der Versicherten die Finanzkraft einiger Bevölkerungsgruppen damit überfordert war; es bestand die Gefahr, daß diese Bevölkerungskreise aus finanziellen Gründen auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems verzichten würden und einen oft notwendigen Arzneimittelkonsum unterließen. Im Jahre 1934 wurden daher die Gebühren pro Verordnungsblatt auf 0,25 RM reduziert. Schon Anfang 1933 wurde die Krankenscheingebühr auf 0,25 RM herabgesetzt, um sie dann 1945 endgültig abzuschaffen. Als Ausgleich für die Abschaffung der Krankenscheingebühr wurde allerdings dann wieder die Arzneikostenbeteiligung auf 0,50 RM angehoben.⁸⁾

7) Vgl. Notverordnung vom 26. Juli 1930, RGBl I, S. 322.

8) Vgl. zu dieser Entwicklung: Verordnung vom 28. Dez. 1933 RGBl I, S. 17, und Baumgärtel, W.: Rückkehr zur Krankenscheingebühr, in: Die Ortskrankenkasse 1949, S. 292.

Bis zum Jahre 1967 lassen sich keine nennenswerten Änderungen von Selbstbeteiligungsregelungen beobachten. Dennoch war gerade diese Zeit durch eine immer wieder heftig aufflackernde Diskussion der Selbstbeteiligung gekennzeichnet. Hervorzuheben in diesem Zusammenhang ist besonders der Referentenentwurf der Bundesregierung von 1959. Hier wurde vom Bundesarbeitsministerium eine Reihe von Reformvorschlägen sowohl für den ambulanten, den stationären als auch für den Arzneimittel sektor vorgelegt. Die FDP reagierte 1960 darauf mit einem Alternativvorschlag. Allerdings wurde keiner der Vorschläge tatsächlich aufgegriffen und vom Gesetzgeber durchgesetzt. Die damalige Regierung legte daraufhin nochmals eine Überarbeitung ihres Selbstbeteiligungskonzepts vor, jedoch konnte auch dieses politisch nicht durchgesetzt werden. Erwähnenswert im Verlauf der Diskussion erscheinen weiterhin die Vorschläge der sogenannten Schmückerkommission. ⁹⁾

Im Jahre 1967 erfolgte dann eine Erhöhung der Rezeptblatt gebühr von 0,50 DM auf 1,-- DM. Diese Veränderung des Selbstbeteiligungssatzes läßt sich allerdings wohl kaum als steuerungspolitische Maßnahme bezeichnen, sondern muß eher als inflatorische Anpassung gelten.

1969 wurde die Rezeptblattgebühr nochmals verändert und zwar im Rahmen des Krankenversicherungsänderungsgesetzes. Damals wurde eine prozentuale Beteiligung von 20 % an den Arzneimittelkosten vorgesehen. Allerdings wurde ein Höchstbetrag von 2,50 DM festgesetzt.

Die bisher letzte Änderung der Selbstbeteiligung an den Arzneimittelkosten wurde 1977 im Krankenversicherungs Kostendämpfungsgesetz festgeschrieben. Die bis dahin

9) Vgl. zu dieser Diskussion die entsprechenden Artikel in: Die Ortskrankenkasse (1958, S. 345; 1959, S. 538; 1960, S. 294 ff; 1963, S. 299).

prozentuale Arzneimittelkostenbeteiligung wurde nun durch eine pauschale Gebühr von 1,-- DM pro verordnetem Medikament ersetzt. Erwähnenswert erscheint hier, daß diese Gebühr auch für Rentner gelten sollte. Es waren nur wenige Ausnahmeregelungen vorgesehen.

Ein Überblick über die vorgestellten Selbstbeteiligungsregelungen zeigt, daß sowohl die prozentualen als auch die absoluten Selbstbeteiligungssätze insgesamt auf sehr niedrigem Niveau verblieben, so daß von vornherein nur wenig Steuerungseffekte zu erwarten und auch die Finanzierungseffekte relativ gering anzusetzen sind.

Diese Vermutung bestätigt Tabelle I:

Tabelle I:

Anstieg der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (in %)

Jahr	Ausgabenanstieg in %
1965	17,1
1966	20,6
1967	13,1
1968	18,1
1969	16,4
1970	11,3
1971	17,6
1972	15,7
1973	17,3
1974	16,7
1975	14,8
1976	6,1
1977	2,0
1978	6,9
1979	6,8

Obwohl 1967 der Selbstbeteiligungsbetrag bei den Arzneimitteln verdoppelt wurde, stiegen die Ausgaben dieses Sektors weiterhin an. Eine Steuerungswirkung läßt sich aber bei der nächstfolgenden Änderung des Selbstbeteiligungssatzes bei Arzneimitteln im Jahre 1969 beobachten. Die Selbstbeteiligung, die hier im Höchstfalle DM 2,50 betrug, kann dazu geführt haben, daß die Wachstumsraten der Ausgaben im Arzneimittelsektor schon 1969 geringfügig und im Jahre 1970 sehr stark zurückgingen. Allerdings stiegen die Wachstumsraten 1971 wieder an. Hier ist zu vermuten, daß die Ankündigungswirkung dieses Selbstbeteiligungssatzes im Laufe der Zeit ihre Wirkung verloren hat, schon nach kurzer Dauer wurde dieser Selbstbeteiligungssatz ohne weiteres akzeptiert.

Folge der nächsten Änderung der Krankenscheingebühr (DM 1,-- pro Medikament) war ein starker Rückgang der Wachstumsrate der Ausgaben im Arzneimittelsektor im Jahre 1977. Allerdings ist hier zu vermuten, daß diese Entwicklung nicht allein mit der Veränderung dieses Selbstbeteiligungssatzes in Verbindung steht, sondern daß hier bereits der Kostenschock der 70er Jahre wirkt. Dies bestätigt die Tatsache, daß zu diesem Zeitpunkt die Wachstumsraten auch in den anderen Sektoren des Gesundheitswesens zurückgehen. ¹⁰⁾

Insgesamt lassen sich aus diesen geringen Selbstbeteiligungserfahrungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung wenig Schlüsse auf die Wirksamkeit von Selbstbeteiligungsmaßnahmen ziehen.

Vielleicht werden viele im Zusammenhang mit den Erfahrungen des Instruments der Selbstbeteiligung die Zusatzzahlungen

10) Vgl. die Sozialberichte des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung aus den Jahren 1978 und 1980, S.101-105 bzw. S. 100-102.

vermissen, die im Bereich der Heil- und Hilfsmittel in bestimmten Fällen aufzubringen sind.

Hier wird allerdings die Auffassung vertreten, daß es sich dabei nicht um Selbstbeteiligung handelt, da man diese Leistungen der Krankenkassen auf jeden Fall in Anspruch nehmen kann. Eine andere Ausgestaltung des Heil- und Hilfsmittels z.B. aus kosmetischen Gründen, die dann direkt finanziert werden muß, läßt sich nicht als eigentliche Versorgungsleistung der Krankenkasse bezeichnen.¹¹⁾

Bisher behandelt wurde ebenfalls nicht der Selbstbeteiligungssatz von ca. 20 % im Rahmen des Zahnersatzes. Die Ausgestaltung dieses Selbstbeteiligungssatzes differiert sehr stark, so daß sich hier nur Steuerungswirkungen aufzeigen lassen, die für jede Krankenkasse unterschiedlich waren. Allerdings zeigt sich bei einer Gesamtbetrachtung, daß durch das Instrument der Selbstbeteiligung in diesem Bereich sehr starke Steuerungswirkungen erzielt werden können. Nachdem ab 1975 eine Erstattung der Kosten für den Zahnersatz bis zu 100 % möglich war, stiegen die Ausgaben für Zahnersatz sprunghaft an. Als Reaktion darauf wurde dann im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz eine ca. 20 %ige Selbstbeteiligung an diesen Ausgaben vorgesehen. Interessant in diesem Zusammenhang ist wohl, daß gerade die Gegner der Selbstbeteiligung dieses Instrument benutzten. Folgerichtig wurde diese Maßnahme auch nie als Selbstbeteiligungsform "verkauft". Es wurden zunächst auch Steuerungserfolge erzielt, die Ausgaben für Zahnersatz gingen vorübergehend stark zurück.¹²⁾ Inzwischen ist diese Wirkung jedoch verpufft - die Selbstbeteiligungsquote scheint offensichtlich noch zu gering zu sein, um einen längerfristigen Effekt zu zeitigen.

11) Die Auswirkungen der Krankenscheinrückgewähr in den Jahren 1970-1973 sollen ebenfalls nicht betrachtet werden, da es sich auch hier nicht um eine direkte Beteiligung an den Krankheitskosten handelt.

12) Vgl. Geißler, Ulrich: Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung ... a.a.O., S. 47 ff.

b. Die derzeitige Diskussion

Alle bisherigen Erfahrungen mit dem Instrument der Selbstbeteiligung haben zu keiner Annäherung der weit auseinander liegenden Diskussionsstandpunkte geführt. Dies wurde in jüngster Zeit auch gerade wieder beim im April 1980 stattgefundenen "Bad Nauheimer Gespräch" über Selbstbeteiligung deutlich.¹³⁾ Hier konnte man oft den Eindruck gewinnen, daß die Diskussion über Selbstbeteiligung geradezu alte Fronten wieder aufbrechen ließ. Während Vertreter der Landesärztekammer Hessen und Sprecher der FDP sich aus grundsätzlichen und praktischen Erwägungen heraus für eine stärkere Einführung der Selbstbeteiligung aussprachen, lehnten die Vertreter der Gewerkschaften Selbstbeteiligung generell ab. Es sei nicht der Patient, der für die hohen Gesundheitskosten verantwortlich sei, sondern es sei der Arzt, der ja schließlich entscheide, welches Leistungsvolumen an Gesundheitsgütern von den Krankenkassen zu finanzieren sei. Außerdem wurde die Gefahr heraufbeschworen, daß die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten durch Selbstbeteiligungssätze gesprengt werden würde. Aus dieser Diskussion gingen zwar keine direkten Vorschläge für die Gestaltung der Selbstbeteiligungsmöglichkeiten hervor, jedoch wurde hier sichtbar, wie schwierig der Einsatz dieses Instruments grundsätzlich ist.

Anregungen zum Einsatz des Selbstbeteiligungsinstruments finden sich allerdings in dem jüngst herausgegebenen "Blauen Papier" der Deutschen Ärzteschaft. Hier wird eine Anregung der FDP aufgegriffen, nämlich Selbstbeteiligungsmodelle mit Wahltarifen. Ähnlich den Tarifen der Privaten Krankenversicherung sollte dieses System der Wahltarife

13) Diese Diskussion ist ausführlich wiedergegeben bei Dippner, Helmut: Selbstbeteiligung - wenig Anklang, in: Der niedergelassene Arzt, Nr. 17, 1980, S. 33-34.

gestaffelt sein, und auf freiwilliger Entscheidung der Versicherten beruhen. Der Gefahr der Krankheitsverschleppung aufgrund der Selbstbeteiligung sollte entgegengewirkt werden, indem die Erstinanspruchnahme bei Neuerkrankungen von der Selbstbeteiligung frei bleiben sollte.

Diese Vorschläge der Ärzteschaft stießen allerdings auf heftige Kritik von Seiten der SPD und des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Als gewichtigstes Argument wurde hier angeführt, daß Wahltarife dazu führen würden, daß nur die sogenannten "guten Risiken" einen Wahltarif beanspruchen würden, während die "schlechten Risiken" weiterhin den Normaltarif in Anspruch nehmen müßten. Damit würde das Instrument insgesamt unterlaufen, d.h. daß im Extremfall dann gerade die Normaltarife angehoben werden müßten, und dies würde wohl ein sozial untragbares Ergebnis darstellen.

4. Erfahrungen im Ausland

Um die Wirksamkeit des Instruments der Selbstbeteiligung zu belegen oder zu widerlegen, werden oft Erfahrungen mit diesem Instrument im Ausland angeführt. Hierbei wird aber oft nicht berücksichtigt, daß grundsätzliche Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen bestehen und daher diese Erfahrungen nicht ohne weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Erfahrungen, die sich aus anderen Gesundheitssystemen ablesen lassen, beruhen nämlich meist auf einer ganz speziellen Konstellation von Faktoren, die sich nicht ohne weiteres isolieren lassen.

Wenn im folgenden dennoch einige Wirkungen der Selbstbeteiligung im Ausland diskutiert werden, so geschieht das, um einige grundlegende Erfahrungen aufzuzeigen.

Um konkrete Empfehlungen für die Ausgestaltung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung auszusprechen, wäre es nötig, einen kontrollierten Großversuch durchzuführen, "in dem die Ergebnisse eines Direktbeteiligung praktizierenden Kollektivs mit den Ergebnissen eines Nichtdirektbeteiligung praktizierenden aber in allen soziologischen Merkmalen identischen Kollektivs miteinander verglichen werden." 14)

a. Erfahrungen in den USA

Große Teile des amerikanischen Gesundheitswesens sind marktwirtschaftlich organisiert. Das System unterscheidet sich von daher grundlegend vom System der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Das Fehlen einer einheitlichen Sozialversicherung hat dazu geführt, daß eine Vielzahl von Versicherungsformen und Institutionen entstanden ist.

Obwohl sich da die Erfahrungen in den USA nicht direkt auf das deutsche System übertragen lassen, so ist doch eine Erkenntnis wohl besonders wichtig. Durch Selbstbeteiligung lassen sich tatsächlich Steuerungswirkungen erzielen. Es konnte nämlich beobachtet werden, daß mit Erhöhung der Selbstbeteiligungssätze eine Reduzierung der Gesamtausgaben bewirkt werden konnte. Das heißt mit anderen Worten, daß hier die Ansicht, daß Selbstbeteiligung nur zu einer Finanzierungsumschichtung führt, die den Versicherten im gleichen Maße belastet, generell nicht zutrifft, denn es wurden hier nicht nur die Ausgaben der Versicherungen durch Selbstbeteiligungen verkürzt, sondern die Gesamtausgaben gingen zurück.

14) Nord, Dietrich: Steuerung im Gesundheitswesen. Systemanalyse der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt 1979, S. 200.

Allerdings ist im amerikanischen Gesundheitssystem auch zu beobachten, daß diese Steuerungswirkungen erst dann einsetzen, wenn eine stark merkliche Selbstbeteiligung, die bei ca. 50 % anzusetzen ist, vorhanden ist. ¹⁵⁾ Geringere Selbstbeteiligungssätze zeigen kaum Wirkung.

b. Selbstbeteiligung in Frankreich

Im Gegensatz zu Deutschland lassen sich in Frankreich generell Selbstbeteiligungsregelungen in allen Gesundheitsbereichen, die je nach Kassenart unterschiedlich ausgestaltet sind, beobachten. Für unsere Betrachtung sollen nur Erfahrungen aus dem allgemeinen Krankenversicherungssystem herangezogen werden, da dort 72 % der französischen Bevölkerung versichert sind.

Die Selbstbeteiligungssätze sind wie folgt gestaffelt: ¹⁶⁾

- 25 % für Arzt- und Zahnnarzthonorare
- 20 % für Krankenhauskosten (ab dem 31. Tag entfällt diese Selbstbeteiligung; ohne Pflegekosten)
- 35 % für Pflegekosten
- 30 % für Arzneimittelkosten (für einige besonders teure Medikamente gilt ein Satz von 10 %)
- 30 % für übrige Leistungen.

Betrachtet man nun die Gesamtkostenentwicklung des Gesundheitswesens in Frankreich im Vergleich zu Deutschland, so stellt man fest, daß hier entsprechende Kostensteigerungen

15) Haarman, Michael: Steuerungsprobleme in der medizinischen Versorgung. Zur Analyse der ökonomischen Beziehungen zwischen Konsumenten, Ärzten und Krankenhäusern, Königstein/Ts. 1978 *passim*.

16) Vgl. hierzu Salowsky, H./Seffen, A.: System- und Kostenvergleich der Gesundheitssicherung in sechs europäischen Industriestaaten, Köln 1976, S. 46.
Vgl. auch Beer, F.-J./Beer-Poitevin, F.: Die Selbstbeteiligung in der französischen Krankenversicherung, in: Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen... a.a.O., S. 76

im Verlauf der letzten Jahre festzustellen sind. Diese Feststellung dient oft als Argument gegen die Einführung von Selbstbeteiligungssätzen als Steuerungsinstrument. Allerdings sind diese Erfahrungen wiederum nicht direkt übertragbar. Im Gegensatz zum deutschen System herrscht in Frankreich kein Sachleistungsprinzip, sondern das französische System ist durch das Kostenerstattungsverfahren ausgestaltet. In einem Kostenerstattungssystem aber ergeben sich andere Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung als in einem Sachleistungssystem, da die Höhe der Selbstbeteiligung nicht von vornherein erkennbar ist.

Betrachtet man nochmal in einer Gesamtschau die Erfahrungen, die mit dem Instrument der Selbstbeteiligung in Deutschland, USA und Frankreich gemacht worden sind, so läßt sich allgemein feststellen, daß Selbstbeteiligung ein sehr schwer handhabbares Instrument darstellt, das in seinen Wirkungen sehr stark vom jeweiligen Gesundheitssystem abhängig ist.

Aus diesem Zusammenhang resultiert eine Reihe von speziellen Ausgestaltungsproblemen des Instruments der Selbstbeteiligung. Allzu oft werden bei der Diskussion diese Probleme dann in den Vordergrund gerückt und grundsätzliche Fragen vernachlässigt. Dieser Beitrag wird daher abschließend gerade die grundsätzlichen Probleme ansprechen.

Bei einer solchen allgemeinen Betrachtung zeigt sich, daß ein Vergleich mit dem in der Wirtschaftstheorie beschriebenen "Magischen Dreieck" naheliegt.

c. Das Magische Dreieck: medizinische, sozialpolitische und finanzielle Wirkungen

Die Erfahrungen mit dem Instrument der Selbstbeteiligung in den USA und mit den Selbstbeteiligungssätzen beim Zahns-

ersatz zeigen, daß Selbstbeteiligung nur dann steuerungswertvoll ist, wenn sie relativ und/oder absolut hoch ist. Ein hoher Selbstbeteiligungssatz ist tatsächlich in der Lage, die finanziellen Belastungen von Versicherungen zu reduzieren, d.h. die Gesamtausgaben zurückzusteuern. Allerdings stehen dieser Finanzierungsauswirkung erhebliche medizinische und sozialpolitische Nachteile gegenüber.

Ein hoher Selbstbeteiligungssatz nämlich wirkt oft prohibitiv, d.h. daß notwendige medizinische Leistungen aufgrund der Selbstbeteiligung nicht in Anspruch genommen werden. Das führt im Extremfall dazu, daß Krankheiten, die in ihrem Frühstadium noch relativ kostengünstig behandelt werden könnten, zu spät erkannt werden, und dies vielleicht dazu führt, daß dann relativ hohe Behandlungskosten auftreten. Hier kann durch die Prohibitivwirkung der Selbstbeteiligung gerade der gegenteilige Effekt erreicht werden; nicht Kostensenkung, sondern Kostenanstieg wäre der Fall.

Außerdem tritt bei einer hohen Selbstbeteiligung der sozialpolitisch unerwünschte Effekt auf, daß die Langzeitkranken und finanziell schlecht gestellten Bevölkerungsgruppen zu stark belastet würden. Immer dann, wenn es sich um wenig elastische Nachfragebereiche handelt, z.B. sehr schwere Erkrankungen, schlägt dieser Effekt voll durch. Es gibt hier keine Ausweichmöglichkeit, medizinische Leistungen müssen in Anspruch genommen werden, obwohl diese für den Betroffenen eine wirtschaftlich erhebliche Belastung darstellen. Folge ist hier eine sozialpolitisch sicher unerwünschte Umverteilung. Das Solidaritätsprinzip der Sozialversicherung wird geradezu umgekehrt.

Sicherlich könnte man sozialpolitisch unerwünschte Effekte durch eine sehr differenziert ausgestaltete Selbstbetei-

ligung ausgleichen. Jedoch würde dann ein sehr hoher Verwaltungsaufwand notwendig sein, der die finanziellen Erfolge der Selbstbeteiligung möglicherweise wieder aufzehren würde.

Man könnte sich auch eine Lösung des Problems der Prohibitivwirkung der Selbstbeteiligung durch eine differenzierte Ausgestaltung des Selbstbeteiligungssystems vorstellen. Durch Einsatz von Vorsorgeuntersuchungen, die ohne Selbstbeteiligung oder zu geringen Selbstbeteiligungssätzen durchzuführen wären, ließe sich vielleicht erreichen, daß Krankheiten, wie im bisherigen System, frühzeitig erkannt werden könnten. Hier stoßen wir dann aber wieder auf spezielle Ausgestaltungsprobleme.

Insgesamt muß festgestellt werden, daß Selbstbeteiligung ein für einige Gesundheitssektoren durchaus geeignetes Steuerungsinstrument darstellt. Dies zeigen z.B. die Steuerungserfolge, die im Bereich des Zahnersatzes erzielt werden konnten. Über einen intensiveren Einsatz der Selbstbeteiligung sollte daher weiter diskutiert werden.

Man wird allerdings feststellen müssen, daß eine Form der Selbstbeteiligung, die gleichzeitig beabsichtigte finanzielle Wirkungen nach sich zieht, die sozialpolitisch wünschenswert und medizinisch vertretbar ist, wohl nie zu finden sein wird. In welcher Weise und in welcher Zeit man hier zu Kompromissen finden wird, hängt wohl in erster Linie von der zukünftigen Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Allerdings, und das dürfte deutlich geworden sein: Das Feld der Selbstbeteiligung bietet keinen fruchtbaren Boden für voreilige Entscheidungen.