

Scheil, Xenia B.

Article — Digitized Version

Die Selbstbeteiligung als Steuerinstrument der Kostenentwicklung in der GKV

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Scheil, Xenia B. (1980) : Die Selbstbeteiligung als Steuerinstrument der Kostenentwicklung in der GKV, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 60, Iss. 8, pp. 397-400

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135470>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Die Selbstbeteiligung als Steuerinstrument der Kostenentwicklung in der GKV

Xenia B. Scheil, Berlin

Vom 83. Deutschen Ärztetag in Berlin wurden Modellversuche zur Einführung einer Selbstbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gefordert. Kann durch eine Selbstbeteiligung die Kostenentwicklung der GKV gebremst werden?

In der Diskussion um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen wurde in den letzten Jahren immer wieder das Instrument der Selbstbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten erörtert. Dabei wird unter Selbstbeteiligung¹ ein zusätzlich zum Pflichtbeitrag individuell zu entrichtender Anteil an den Kosten verstanden, die der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) entstehen². Diese Form der Selbstbeteiligung wird neuerdings auch von den Vertretern der Ärzteschaft gefordert, die bislang diesem Instrument eher ablehnend³ gegenüberstanden, so z. B. vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte⁴ sowie vom 83. Deutschen Ärztetag in Berlin, wo das Ärztetagsplenium im sogenannten „Blauen Papier“⁵ Modellversuche zur Einführung einer Selbstbeteiligung in der GKV forderte.

Nach Ansicht der Befürworter einer Selbstbeteiligung soll durch sie das Kostenbewußtsein des Kassenpatienten gestärkt werden. Durch die Übertragung von Eigen- bzw. Mitverantwortung an der Kostenentwicklung auf den Versicherten in Form einer Selbstbeteiligung soll die notwendige Steuerung der Nachfrage nach Versicherungsleistungen ermöglicht werden⁶. Diese Argumentation wird in der Literatur durch Hinweise auf die Erfahrungen im Ausland mit dem Instrument der Selbstbeteiligung untermauert⁷. In der Schweiz, in der die Selbstbeteiligung bis zu 50 % der Behandlungskosten ausmacht⁸, stieg z. B. der Index der Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel von 1970 =

100 auf 1975 = 139, während er sich in der Bundesrepublik Deutschland bis 1975 auf 171 erhöhte⁹. Die in der Bundesrepublik ärztlich verordnete Arzneimittelmenge stieg von 1971 bis 1975 um 90 %¹⁰. Für 1977 wurden in der Schweiz Ausgaben für Arzneimittel in Höhe von 110 Sfr pro Kopf der Versicherten ausgewiesen, die von den Krankenkassen finanziert wurden, während es in der Bundesrepublik 200 DM waren.

Selbstbeteiligungsplan

Der Ärztetag¹¹ will die angestrebte Senkung des Pflichtbeitrages oder doch zumindest die Verhinderung eines weiteren Anstiegs nicht – wie z. B. die

¹ Vgl. u. a. G. Griesewell: Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung – Angebots- oder Nachfragesteuerung. Eine Bestandsaufnahme zum Thema „Selbstbeteiligung“, in: Sozialer Fortschritt, 4/1977, S. 84-89, sowie 5/1977, S. 110-112; E. Kogon (Hrsg.): Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Frankfurt 1976, insbesondere S. 55 f.; Selbstbeteiligung in der GKV – Neuer Anlauf für Wahltarife, in: Arbeit und Sozialpolitik, 6/1979, S. 266.

² Vgl. hierzu W. Bogs u. a.: Sozialenquôte, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, o. J. (1966), S. 217.

³ Vgl. Selbstbeteiligung als Erziehungsmittel, in: Medikament und Meinung, Nr. 6 vom 16. 6. 1980, S. 4.

⁴ Vgl. Freier Verband Deutscher Zahnärzte: Zahnersatz schädlich für Kassen und Patienten, in: Arbeit und Sozialpolitik, 3/1980, S. 79-80.

⁵ Vgl. „Blaues Papier“, beschlossen vom 83. Deutschen Ärztetag in Berlin 1980 (Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft), insbesondere S. C. 10/6 ff./114 ff.

⁶ Vgl. zu diesen Ausführungen u. a. H. Bieg: Der Versicherte – ein „Haustier mit Stallfütterung“, in: Arbeit und Sozialpolitik, 3/1980, S. 81; Freier Verband Deutscher Zahnärzte, a. a. O., S. 80; W. Mahr: Korrekturen im System der sozialen Krankenversicherung, in: H. Müller (Hrsg.): Fortentwicklung der sozialen Sicherung, Limburg 1978, S. 85-146, hier: S. 131.

⁷ Vgl. ebenda.

⁸ Vgl. D. Lang: Modell Schweiz? – Mehr Wettbewerb der Kassen – mehr Eigenverantwortung der Versicherten, in: Medikament und Meinung, Nr. 6 vom 16. 6. 1980, S. 5.

⁹ Vgl. Bundesverband der pharmazeutischen Industrie: pharma daten 79, Frankfurt 1979, S. 56.

¹⁰ Vgl. ebenda, S. 59.

¹¹ Vgl. D. Lang, a. a. O.

Xenia B. Scheil, Dipi.-Politologin, ist wissenschaftliche Assistentin im Institut für Finanzen, Steuern und Sozialpolitik – Fachrichtung sozialpolitische Forschung – des Fachbereiches Wirtschaftswissenschaften der Freien Universität Berlin.

FDP¹² – durch Wahltarife erreichen, wie sie etwa in der Privatversicherung angeboten werden, sondern durch einen „moderaten“¹³ Selbstbeteiligungsplan. Er sieht insbesondere eine soziale Staffelung¹⁴ der Eigenbeteiligung nach dem Einkommen vor, wobei Empfänger geringerer Einkommen sowie kinderreiche Familien und chronisch Kranke, vor allem nach den Vorstellungen des Hartmannbundes¹⁵, freizustellen sind. Um negative Auswirkungen auf den Gesundheitsstand der Bevölkerung zu vermeiden, sollen außerdem keine Selbstbeteiligungskosten bei Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie beim erstmaligen Arztbesuch nach dem Auftreten einer Neuerkrankung entstehen¹⁶.

Untersucht man nun die Möglichkeiten der Kosteneinsparung durch den so eingeeengten Versichertenkreis, stellt sich zunächst die Frage nach der Einkommensgrenze. Hierbei besteht grundsätzlich die Möglichkeit, den Umfang der Selbstbeteiligung an den versicherten Einkommen, den zu versteuernden (Brutto-)Einkommen oder an einem bestimmten Nettoeinkommen – etwa das Bruttoeinkommen abzüglich der Steuerschuld und der Sozialversicherungsbeiträge – zu orientieren. Dabei wäre die „finanzielle Ergiebigkeit“ einer Orientierung der Selbstbeteiligung am Bruttoeinkommen am größten und an der Bezugsgröße „versichertes Einkommen“ wohl am geringsten. Jedoch dürften aus verwaltungstechnischen Gründen die versicherten Einkommen herangezogen werden. Dabei würde die soziale Staffelung der Krankheitskosten – wie z. B. ein Eigenbetrag, der mit zunehmendem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze prozentual steigt – ebenso wie die Beitragszahlungen ab dieser Bemessungsgrenze regressiv wirken, wenn das Brutto- bzw. Nettoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt. Das heißt, Versicherte mit vergleichbaren Krankheitskosten würden bei Einkommen, die die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen, prozentual immer geringer belastet werden.

Freigestellter Personenkreis

Da dem „Blauen Papier“ hinsichtlich der konkreten Einkommensgrenze keine exakten Angaben entnommen werden können, müssen hierzu plausible Annahmen getroffen werden. Zu den einkommensschwachen

¹² Vgl. Neuer Anlauf für Wahltarife, a. a. O.; H. Schmidt-Kempfen, in: E. Kogon (Hrsg.), a. a. O., S. 55 f.

¹³ Vgl. Selbstbeteiligung als Erziehungsmittel, a. a. O.

¹⁴ Demgegenüber wird in der Sozialenquëte, a. a. O., S. 218, eine Staffelung der an sich befürworteten Selbstbeteiligung z. B. nach Kinderzahl als „Bedingungsperfektionismus“ abgelehnt und statt dessen gezielte Transfers zur Überwindung der Kaufkraftschwäche etwa kinderreicher Familien gefordert.

chen Gruppen, die wohl nach Ansicht der Ärzteschaft nicht zur Eigenbeteiligung herangezogen werden können, gehört sicherlich die Gruppe der Rentner, besonders der Altersrentner. Diese Versichertengruppe, die nach dem 21. Rentenanpassungsgesetz¹⁷ ab 1982 ohnehin mit einem bisher nicht individuell entrichteten Krankenversicherungsbeitrag belastet werden soll, verfügt über durchschnittlich 687,20 DM im Monat (Rentenversicherung der Arbeiter) bzw. 1035,85 DM im Monat (Rentenversicherung der Angestellten)¹⁸. Zwar sagt die Rentenhöhe nichts über die Rentenstreuung, die Einkommenssituation¹⁹ der Rentner oder gar der Rentnerhaushalte aus, jedoch kann die Rente hier aus den erwähnten verwaltungstechnischen Gründen als „versichertes Einkommen“ betrachtet werden.

Eine weitere Gruppe der Versicherten, die unterhalb der anvisierten Einkommensgrenze liegen dürfte und wohl kaum durch einen Selbstbeteiligungsanteil an ihren Krankheitskosten belastet werden kann, ist die Gruppe der krankenversicherten Arbeitslosen, deren Krankenversicherungsbeiträge durch die Bundesanstalt für Arbeit erbracht werden.

Beeinflußbare Krankenversicherungskosten

Sieht man von der Freistellung der kinderreichen Familien und der chronisch Kranken sowie des ersten Arztbesuchs nach einer Neuerkrankung ab, da wegen fehlender Daten über die hierbei entstehenden Kosten kaum exakte Angaben gemacht werden können, so ergibt sich folgender Anteil der Krankenversicherungskosten, deren Beeinflussung durch die unterstellte Nachfragesteuerung der Versicherten (Selbstbeteiligung) gegebenenfalls erreicht werden könnte: Von den Gesamtausgaben der GKV (1976: 63,588 Mrd. DM) entfielen 20,677 Mrd. DM auf Rentner²⁰. Da ca. 5,1 % der Beiträge von Arbeitslosen²¹ bzw. der Bun-

¹⁵ Vgl. Hartmannbund: Keine Selbstbeteiligung für chronisch Kranke, in: Medikament und Meinung, Nr. 6 vom 16. 6. 1980, S. 4.

¹⁶ Vgl. „Blaues Papier“, a. a. O., S. C. 10/8/116.

¹⁷ Vgl. 21. RAG vom 25. 7. 1978 (BGBl. I S. 1089).

¹⁸ Errechnet nach Rentenanpassungsbericht 1980, Bundestagsdrucksache 8/3845 vom 21. 3. 1980, Übersicht A 5 (Durchschnittliche Höhe der am 1. Januar 1980 laufenden Versichertenrenten in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten nach anrechnungsfähigen Versicherungsjahren und Rentenarten) hier: Altersruhegelder wegen Vollendung des 65. Lebensjahres, S. 14/15.

¹⁹ Vgl. hierzu insbesondere W. Schmähl: Zur Einkommenssituation von Rentnern in der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Angestelltenversicherung, 10/1978, S. 417-431, und 11/1978, S. 483-496; Transfer-Enquëte-Kommission: Zur Einkommenslage der Rentner, Bonn 1979, insbesondere S. 70 ff.

²⁰ Vgl. zum hier verwendeten Datenmaterial Arbeits- und Sozialstatistik, hier entnommen aus: Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, pharmadaten 79, a. a. O., S. 89 f., jeweils bezogen auf 1976.

desanstalt für Arbeit erbracht wurden, wird dieser Anteil auch als Leistungsanspruchnahme bzw. Kostenverursachung dieses Personenkreises unterstellt. Demnach entfallen 3,243 Mrd. DM der Kosten der GKV auf Arbeitslose. Nicht durch die Versicherten beeinflussbar sind wohl die Kosten²² der GKV für Verwaltung²³ von 2,868 Mrd. DM, Sterbegeld (1,093 Mrd. DM), Krankengeld²⁴ (4,733 Mrd. DM) sowie Mutterschaft (1,774 Mrd. DM). Durch die Selbstbeteiligung der Versicherten können nach Vorstellung des Hartmannbundes auch nicht die Kosten für Vorbeugung und Verhütung (921 Mill. DM) beeinflusst werden.

Demnach könnten prinzipiell nur ca. 44 % der Gesamtausgaben der GKV durch die Versicherten im Selbstbeteiligungsmodell des 83. Deutschen Ärztetags beeinflusst werden. Dieser Prozentsatz vermindert sich jedoch nicht nur um die hier nicht berücksichtigte Freistellung für Kinderreiche, chronisch Kranke sowie um die Kosten für den ersten Arztbesuch nach einer Neuerkrankung. Er muß weiter um die durch das Nachfrageverhalten des Versicherten nicht zu beeinflussenden Kostenanteile, wie z. B. Kostensteigerungen für Arzneimittel, die etwa auf Struktur- und Preiseffekte zurückzuführen sind, vermindert werden, da durch den Versicherten nur die „Mengenkomponente“ der Ausgaben zu steuern ist²⁵. Ähnliches gilt auch für die Kosten für stationäre Behandlung, die insoweit durch den Versicherten nicht gesteuert werden können, als sie in der Regel durch die Einweisung eines Arztes in ein Krankenhaus entstehen. Berücksichtigt man die hohen Kosten der stationären Behandlung, so sinkt der Prozentsatz der durch die Versicherten zu steuernden Ausgaben an den Gesamtausgaben der GKV auf ca. 14 %²⁶.

Wirksamkeit der Selbstbeteiligung

Die angestrebte Kostendämpfung bzw. Beitragsatzsenkung oder -versteigerung könnte dadurch erreicht werden, daß der Versicherte sogenannte „Bagatellkrankheiten“, die ihm als solche bewußt sind

oder gemacht wurden, durch Selbstmedikation behebt. Eine Beeinflussung der Höhe der Behandlungskosten schwerwiegenderer Krankheiten liegt jedoch nicht im Ermessen des Versicherten, sondern in dem des Arztes, der über die Behandlung entscheidet²⁷. Demnach versagt bei nahezu allen solchen Krankheiten die Selbstbeteiligung des Versicherten als Steuerungsinstrument der Kostenentwicklung in der GKV, wobei die Abgrenzung von „Bagatell“- und anderen Krankheiten hier nicht diskutiert werden soll, da im Selbstbeteiligungsmodell des Ärztetages dieses Problem durch die Freistellung von der Selbstbeteiligung beim ersten Arztbesuch nach einer „Neuerkrankung“²⁸ gelöst werden soll.

Hinsichtlich der Wirksamkeit des Instruments „Selbstbeteiligung“ muß weiter der Prozentsatz der Versicherten beachtet werden, die zu einem verstärkten Kostenbewußtsein zu erziehen sind. Dabei fällt auf, daß die Rentner mit wohl allein 30 % der Mitglieder der GKV²⁹ im hier diskutierten Modell durch die Selbstbeteiligung nicht zu „kostenbewußtem Handeln“ erzogen werden können, obwohl die Aufwendungen für die Gruppe der über 64jährigen mit einem Großteil aller Rentner bereits heute überproportional³⁰ sind und die langfristige Bevölkerungsentwicklung eine Ausweitung gerade dieser Gruppe erwarten läßt³¹.

Reprivatisierung des Krankheitsrisikos

Demnach werden ca. 70 % der Versicherten – hauptsächlich also erwerbstätige Arbeitnehmer bzw. deren mitversicherte Angehörige – verstärkt belastet. Es sind also Verteilungseffekte nicht nur zwischen den verschiedenen Einkommensschichten zu erwarten, sondern auch zwischen den Generationen. Verteilungseffekte sind aber auch innerhalb der mit einer Selbstbeteiligung zu belastenden Versichertengruppe zwischen Patienten mit kostenintensiven Krankheiten und Patienten, deren Krankheiten nur geringe Kosten

²¹ Errechnet nach Sozialbericht '78, hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1978, S. 104.

²² Errechnet nach Arbeits- und Sozialstatistische Mitteilungen, hier entnommen aus: Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, pharma daten 79, a. a. O., S. 91.

²³ Ebenso G. Griesewell, a. a. O., Heft 5/1977, S. 111.

²⁴ Ebenso W. Bogs u. a., a. a. O., S. 220.

²⁵ Im Ergebnis ebenso G. Griesewell, a. a. O., Heft 4/1977, S. 87; P. Rosenberg: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen 1975, insbesondere S. 207 f.; W. Bogs u. a., a. a. O., S. 217.

²⁶ Errechnet nach Arbeits- und Sozialstatistik, hier entnommen aus: Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, pharma daten 79, a. a. O., S. 79.

²⁷ Vgl. hierzu u. a. P. Rosenberg, a. a. O., S. 249, der insbesondere auf das Versagen marktwirtschaftlicher Regelmechanismen im Gesundheitswesen hinweist.

²⁸ Dieser Begriff dürfte indes nicht weniger problematisch in seiner Abgrenzung zu „Alterkrankungen“ sein. Vgl. auch Selbstbeteiligung als Erziehungsmittel, a. a. O.

²⁹ Vgl. Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, pharma daten 79, a. a. O., S. 86.

³⁰ Vgl. ebenda, S. 96, sowie X. Scheil, M. Schreyer: Die Höhe der öffentlichen Sozialausgaben für alte Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie, Juni 1980 (Abschnitt gesetzliche Krankenversicherung).

³¹ Zu der damit verbundenen Problematik vgl. u. a. H. Löwe: Demographisch bedingte Probleme der Versorgung alter Menschen, in: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Konsequenzen des Geburtenrückgangs für ausgewählte Politikbereiche, Bd. 58, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1978, S. 97-111; X. Scheil, M. Schreyer, a. a. O.

verursachen, zu erwarten. Diese Verteilungseffekte scheinen jedoch das Prinzip der Solidarversicherung der GKV in Frage zu stellen³². Denn das durch die Versicherung abzudeckende Risiko wird auf den einzelnen verlagert, der gleichzeitig mit Versicherten solidarisch sein soll, die besonders hohe Kosten verursachen und mit keinem Selbstbeteiligungsanteil belastet werden.

Auch im Falle der Schweiz, die häufig als Beispiel für den kostendämpfenden Erfolg einer Selbstbeteiligung angegeben wird, gilt, daß durch die Selbstbeteiligung keineswegs geringere Kosten etwa der Arzneimittel pro Kopf der Gesamtbevölkerung erzielt wurden, sondern lediglich pro Kopf der Versicherten. Der Pro-Kopf-Verbrauch der Schweizer ist vielmehr mit 230 Sfr³³ sogar vergleichsweise höher als in der Bundesrepublik mit 223 DM. Demnach führte die Selbstbeteiligung in der Schweiz zwar zu einer Kostenentlastung der Krankenversicherungen, nicht jedoch zu einer Verminderung der Gesamtkosten. Die Kosten wurden lediglich einseitig auf den einzelnen Versicherten verlagert. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, daß im Modell des Ärztetages eine Beteili-

gung der Arbeitgeber an der Selbstbeteiligung nicht vorgesehen ist; bisher bringen die Arbeitgeber die Hälfte des Beitragsaufkommens auf.

Die Selbstbeteiligung stellt sich also zusammenfassend als (um)verteilungspolitisches Instrument dar, dem bei gesamtwirtschaftlicher Sicht im Hinblick auf eine Kostensenkung kaum eine Bedeutung beizumessen ist. Dieses Ergebnis konnte auch in anderen Ländern mit Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen festgestellt werden³⁴. Inwieweit eine derartige Reprivatisierung des Krankheitsrisikos aus sozial- und verteilungspolitischen Gesichtspunkten beim Pflichtversicherungssystem der Bundesrepublik vertretbar ist, das insbesondere in bezug auf die Beitragsätze im Gegensatz zur Schweiz³⁵ nahezu keinem Wettbewerb ausgesetzt ist, bleibt angesichts der bzw. Entlastungseffekte fraglich.

³² Vgl. H. Schmidt-Kempton, a. a. O., S. 61 f.

³³ Vgl. D. Lang, a. a. O.

³⁴ Vgl. u. a. H. Salowsky, A. Seffen: System und Kostenvergleich der Gesundheitssicherung in sechs europäischen Industrieländern, hrsg. vom Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1976, insbesondere S. 38.

³⁵ Vgl. D. Lang, a. a. O.

GESUNDHEITSPOLITIK

Preise und Mengen als Komponenten der Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Walter Krämer, London (Kanada)

Der Begriff „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen suggeriert, daß die enormen Ausgabensteigerungen vor allem auf Preiserhöhungen zurückzuführen sind. Welchen Einfluß haben die Preiserhöhungen tatsächlich? Welche Bedeutung kommt der Mengenkompente zu?

Nicht viele Entwicklungen haben die sozialpolitische Diskussion der letzten Jahre so beherrscht wie die sogenannte „Kostenexplosion“ der öffentlichen und

privaten Ausgaben im Gesundheitswesen. Dies gilt für die Bundesrepublik Deutschland ebenso wie für die Mehrzahl aller entwickelten Industrienationen und vor allem für die westlichen Staaten. In einem unlängst erschienenen Forschungsbericht hat das Statistische Bundesamt die Kosten der Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1975 auf 137 Mrd. DM geschätzt¹. Auch nach Abzug der darin enthaltenen Einkommensleistungen (wie z. B. Lohnfortzahlungen

Prof. Dr. Walter Krämer, 31, lehrt seit dem 1. Juli am Department of Economics der University of Western Ontario, London, Kanada. Davor war er Mitarbeiter des Seminars für Statistik an der Universität Mannheim.