



Nr. 3/81

vom 26.05.1981

Das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung führt in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Sozialpolitik an der Universität Trier (Prof. Dr. Eckhard Knappe) ein Forschungsprojekt durch zu dem Thema

DER EINFLUSS VON SELBSTBEHALTEN UND WAHLTARIFEN AUF
LEISTUNGEN UND AUSGABENUMFANG IM GESUNDHEITSEKTOR

Die Studie gliedert sich in drei Hauptabschnitte:

- Theoretische Analyse der Wirkung von Selbstbehalten
- Empirische Untersuchung der Wirkung eines absoluten Selbstbehaltes anhand der Erfahrungen in der privaten Krankenversicherung
Vergleich der Wirkungszusammenhänge in PKV und GKV
- Spezielle Untersuchung der Selbstbehaltswirkungen beim Zahnersatz

Der zeitliche Rahmen der Gesamtstudie wird mit 18 Monaten angesetzt. Der Abschlußbericht ist für Ende 1982 vorgesehen.

Forschungsteam: Prof. Dr. E. Knappe
Dr. R. Herber
Dr. W. Fritz
Dipl. Vw. S. Mark

Der Einfluß von Selbstbehalten und Wahlтарifen auf
Leistungs- und Ausgabenumfang im Gesundheitssektor

Eckhard Knappe

Reinold Herber

Stefan Mark

Wilhelm Fritz

1. Ausgabenexplosion als ordnungspolitische Fehlsteuerung

Die ordnungspolitische Diskussion zur Reform des Gesundheitssektors geht implizit von dem Werturteil aus, daß die insbesondere zu Anfang der 70er Jahre in der BRD festzustellende Ausgabenexplosion im Gesundheitssektor zum Teil die Folge einer ordnungspolitischen Fehlsteuerung und damit negativ zu beurteilen ist. Der Hinweis auf hohe Wachstumsraten im Jahre 1970 bis 1975 sowie der Hinweis auf die 1980 wieder ansteigenden Wachstumsraten läßt zunächst keinen Schluß darüber zu, ob diese Ausgabenentwicklung als wohlfahrtssteigernd und damit positiv oder wohlfahrtsmindernd und damit negativ zu beurteilen ist. Immerhin ist es denkbar, daß die zu beobachtende Ausgabenentwicklung die gesellschaftlich optimale Entwicklung darstellt. So könnte man beispielsweise davon ausgehen, daß sich im Wachstumsprozeß einer Volkswirtschaft die Nachfrage sukzessiv verstärkt in den Dienstleistungssektor, hier also auch in den Gesundheitssektor hinein verlagert, das überproportionale Wachstum der Gesundheitsnachfrage damit zu Recht zu einem überproportionalen Wachstum im Angebot von Gesundheitsleistungen geführt hat. Ein weiterer überproportionaler Nachfrageanstieg kann als Folge

von bestimmten Gesundheitsfehlentwicklungen gedeutet werden, so als Folge einer umsichgreifenden Fehlernährung, von Bewegungsmangel, zunehmender Umwelt- und Berufsanforderungen, die alle insgesamt die Morbidität und damit die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöht haben. Wäre die zu beobachtende Ausgabenexplosion allein aus diesen Gründen verursacht, so wäre sie insgesamt als positiv zu beurteilen; sie stellte dann eine flexible Reaktion des Angebots von Gesundheitsleistungen auf eine zunehmende, überproportional wachsende Nachfrage nach diesen Leistungen dar.

Sofern also die Ausgabenexplosion zum Teil negativ beurteilt wird und damit als politisches Problem bekämpft werden soll, können nur diejenigen Ausgabensteigerungen gemeint sein, die aufgrund zusätzlicher, ordnungspolitischer Gründe verursacht wurden.

Wohlfahrtspolitisch interpretiert ergibt sich die Antwort auf die Frage, welcher Teil der Ausgabenentwicklung negativ zu bewerten ist aus einer Untersuchung darüber, ob die Bereitstellung des Konglomerats "Gesundheitsgüter" und der mit den Gesundheitsgütern erzielte gesellschaftliche Nutzen in einem ausgewogenen Verhältnis zu den damit gebundenen Ressourcen, zu der damit gebundenen Ausgabensumme, (zu dem damit verursachten Verzicht auf andere Güter) steht.

2. Unzureichende politische Gegensteuerung

Selbst wenn man die ordnungspolitische These, ein Teil der Ausgabenentwicklung könne als Fehlentwicklung gedeutet werden, akzeptiert, stellt die zu beobachtende Ausgabenentwicklung nur dann ein Problem dar, wenn man meint, daß die - als Folge der Anfang der 70er Jahre beobachtbaren Ausgabenentwicklung - ergriffenen Maßnahmen diese Fehlentwicklung nicht hinreichend gebremst haben. Immerhin ist aus den empirischen Daten zur Ausgabenentwicklung abzulesen, daß seit 1975 die Wachstumsraten im Gesundheitssektor stark zurückgegangen sind. Es wäre daher möglich, daß dieser Rückgang in den Wachstumsraten als Folge der politisch ergriffenen Gegenmaßnahmen anzusehen ist. So wurde insbesondere von politischer Seite Mitte 1977 mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz und der damit u.a. installierten konzertierten Aktion der Versuch unternommen, die Wachstumsrate durch administrative Maßnahmen zu vermindern. Das Sinken der Wachstumsraten könnte daher als Folge dieser ergriffenen Maßnahmen angesehen werden. Insbesondere drei Gründe sprechen jedoch gegen diese Interpretation:

- a) Die Verminderung in den Wachstumsraten begann zeitlich vor Inkrafttreten dieser politischen Maßnahmen. Interpretiert man dies als Folge der politischen Maßnahmen, so muß man diese als Voraus- und Ankündigungswirkung interpretieren, was sicherlich der Realität nicht voll entspricht.

- b) Die im Rahmen des Krankenversicherungskosten-
dämpfungsgesetzes ergriffenen Maßnahmen basie-
ren auf zwei Komplexen: Einmal auf einer Ein-
schränkung des Leistungsumfanges (es wurden
Bagatelleistungen aus der Krankenversicherungs-
pflicht ausgegliedert, ihr Bezug erschwert (Kuren)
bzw. ihr Bezug an einen teilweisen Selbstbehalt
gekoppelt (Zahnersatz), und es wurde die so ge-
nannte Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
ins Leben gerufen. Die theoretische Diskussion
über die Wirksamkeit dieser beiden Instrumenten-
gruppen ergibt jedoch, daß eine ausgabendämpfende
Wirkung, wenn überhaupt, lediglich vorübergehend
sein wird, daß sich die Wachstumsraten - verur-
sacht durch eine Fehlsteuerung im Gesundheits-
sektor - jedoch mittelfristig wieder in alter
Höhe einstellen werden.
- c) Die empirischen Daten weisen nach, daß zumindest
seit Beginn 1980 die Wachstumsraten im Gesund-
heitswesen wieder ansteigen und oberhalb des von
der Konzertierten Aktion gezogenen Limits liegen.

Alle drei Begründungen deuten darauf hin, daß die
Verminderung in den Ausgabensteigerungen nur zum
Teil als Folge der politischen Gegenmaßnahmen ge-
deutet werden kann, daß langfristig wieder mit
einem Anstieg der Wachstumsraten, verursacht durch
die Fehlsteuerungen, gerechnet werden muß, daß da-
mit schließlich die Ausgabenexplosion im Gesund-
heitswesen zukünftig weiterhin ein politisches Pro-
blem darstellen wird.

3. Gründe der Fehlentwicklungen

Akzeptiert man also die beiden vorausgegangenen Hypothesen, daß einmal die Ausgabensteigerung als teilweise Fehlentwicklung negativ zu beurteilen und damit zu bekämpfen ist und daß zum anderen in Zukunft die durch Fehlsteuerung verursachten Ausgabensteigerungen weiterhin bestehen bleiben und sich in hohen Wachstumsraten niederschlagen werden, dann ist erstens eine genauere Begründung dieser Fehlentwicklungen vorzunehmen und zweitens die Frage nach Ansätzen für ordnungspolitische Gegenmaßnahmen zur Dämpfung der Ausgabenexplosion zu suchen.

Fragt man zunächst nach den denkbaren Erscheinungsformen derartiger Fehlentwicklungen, so kann man gedanklich die Fehlentwicklungen in drei Untergruppen zusammenfassen:

a) Fehlallokation I: Überproduktion von Gesundheitsgütern

Selbst dann, wenn Gesundheitsgüter zu Minimalkosten hergestellt werden, wenn sie den Patienten zu Grenzkostenpreisen zur Verfügung stehen, wenn der technische Fortschritt zur Produktivitätsverbesserung optimal genutzt wird, kann eine Fehlentwicklung des Gesundheitssektors insofern bestehen, als der Gesamtumfang der Gesundheitsgüterherstellung "zu groß" ist. Die im Gesundheitssektor gefundenen Ressourcen hätten in der Produktion von Konsumgütern, Investitionsgütern, Kollektivgütern und anderem einen höheren Nutzen gestiftet. Dieser "zu große" Umfang des Gesundheitssektors ver-

glichen mit anderen Produktionssektoren der Volkswirtschaft bedeutet eine Fehlallokation der insgesamt in der Volkswirtschaft zur Verfügung stehenden Ressourcen: Es werden zuviel Ressourcen im Gesundheitssektor gebunden und damit aus den anderen Produktionsverwendungen zuviel Ressourcen abgezogen. Man kann bei dieser Art von Fehlentwicklung von einer Allokationsineffizienz I sprechen.

b) Fehlallokation II: Struktureffizienz des Gesundheitssektors

Selbst dann, wenn der Gesamtumfang verglichen mit der Größenordnung anderer Produktionssektoren als optimal bezeichnet werden kann, selbst dann, wenn die Güterproduktion zu Minimalkosten- und Grenzkostenpreisen erfolgt und der technische Fortschritt optimal zur Produktionsverbesserung genutzt wird, kann sich eine weitere Allokationsineffizienz innerhalb der Struktur der Gesundheitsgüter ergeben. Es ist denkbar, daß Ressourcen in die Produktion von weitgehend wirkungslosen Gesundheitsleistungen gebunden werden (beispielsweise in eine lediglich die Symptome mildernde Behandlung von Erkältungen in relativ wenig wirksame Kuren, Bäder, Bestrahlungen u.ä., während gleichzeitig die Mittel zu anderen, lebensrettenden Behandlungen fehlen, z.B. zur lebensrettenden Behandlung von Nierenleiden, im Unfallrettungssystem etc.). Auch hier kann man von einer Fehlallokation sprechen, von einer Fehlallokation des Typs II.

c) Fehlallokation III: Suboptimale Produktion der Gesundheitsgüter

Selbst dann, wenn die Allokation des Typs I und des Typs II als optimal bezeichnet werden kann, können sich bei der Produktion des Gesundheitssektors Ineffizienzen und damit Fehlsteuerungsfolgen ergeben, wenn die Produktion zu Kosten erstellt wird, die deutlich über den Minimalkosten liegen. Der wichtigste Grund für solche über den Minimalkosten liegenden Produktionsprozesse kann darin gesehen werden, daß der Druck auf die Produzenten, kostensenkenden technischen Fortschritt durchzusetzen, relativ gering ist. Das kann einmal daran liegen, daß der Druck, technischen Fortschritt durchzusetzen, überhaupt relativ niedrig ist; das kann zweitens aber auch daran liegen, daß bei vorhandenem Druck, technischen Fortschritt zu realisieren, die Zielrichtung des technischen Fortschritts fehlgesteuert ist, daß er beispielsweise in überwiegendem Umfang zu Qualitätssteigerungen, nicht aber zu Kostensenkungen genutzt wird und diese Einsatzrichtung des technischen Fortschritts den Konsumenteninteressen nicht entspricht.

d) Ineffizienz durch (falsche) Einkommensverteilung (?)

Schließlich kann eine Ineffizienz darin gesehen werden, daß möglicherweise die Einkommensverteilung nicht den Gerechtigkeitsvorstellungen der Bevölkerung, die überwiegend durch das Leistungsprinzip und das Bedarfsprinzip beschrieben werden können, entspricht. Eine solche Abweichung der Einkommensverteilung von den Leistungs- und Bedarfsprinzipien ergibt sich normalerweise aus monopolistischen (Macht-) Stellungen, die beispielsweise dazu führen, daß Faktoranbieter im Gesundheitssektor monopolistisch überhöhte Entlohnungen und Kapitalrenditen erzielen und Leistungsanbieter bei

monopolistisch überhöhten Absatzpreisen Monopolgewinne machen, die auch den Grenzanbietern in diesem Sektor ein standesgemäßes Einkommen garantieren.

e) Interdependenz der Fehlallokationen

Bei dieser Auflistung möglicher Ineffizienzen und Fehlsteuerungen im Gesundheitssektor handelt es sich selbstverständlich lediglich um eine gedankliche Trennung. Weder lassen sich in der Realität diese einzelnen Ineffizienzen unterscheiden, noch lassen sie sich exakt empirisch messen, noch sind sie voneinander unabhängig. Wie die Wohlfahrtstheorie nachgewiesen hat, hängt die Frage, welche Struktur innerhalb des Gesundheitssektors optimal ist, welche Allokation zwischen Gesundheitssektor und übrigen Produktionssektoren optimal ist, entscheidend von der Frage ab, zu welchen Produktionskosten die Gesundheitsgüter erstellt werden können. Je höher die Produktionskosten des Gesundheitssektors oder in einem Teilbereich des Gesundheitssektors sind, um so niedriger ist ceteris paribus die Gütermenge, die der optimalen Struktur und Allokation entspricht. Im Grunde kann das Problem der optimalen Allokation nur simultan gelöst werden.

4. Gesundheitssektor: System einer Vielfachsteuerung

Wenn sich nun die Ineffizienzen und damit die Fehlsteuerung im Gesundheitssektor empirisch nicht exakt messen und unterscheiden lassen, so entsteht die Frage, inwiefern man überhaupt davon ausgehen kann, daß ein Teil der Ausgabensteigerung als Fehlentwicklung gedeutet werden muß. Um diese Frage zu beantworten, zeigt

die "ökonomische Theorie sozialer Steuerungssysteme" einen anderen Untersuchungsweg. Im Rahmen dieser ökonomischen Theorie sozialer Steuerungssysteme werden vor allem die Steuerungssysteme Markt, Verhandlungen, Wahlen und bürokratische Anweisungen diskutiert. In den dahinterstehenden Markt- und Wettbewerbstheorien (Wohlfahrtstheorien), im Rahmen der Verhandlungstheorien, der Theorie der Wahlen sowie der ökonomischen Theorie der Bürokratie wird versucht zu erklären, unter welchen Bedingungen mit Hilfe dieser Steuerungssysteme optimale Ergebnisse erwartet werden können. Es wird darüber hinaus zu klären versucht, welche Ergebnisse unter den nicht optimalen Bedingungen der Realität zu erwarten sind. Der Nachweis nicht optimaler Steuerungsbedingungen in der Realität ist zugleich der Nachweis auf bestehende Fehlsteuerungen, die zwar als existent behauptet, in ihrem Ergebnis aber empirisch deshalb nicht gemessen werden können, weil der Vergleichszustand, das sog. Wohlfahrtsoptimum, nicht meßbar ist.

Ohne an dieser Stelle auf die systemtheoretische Analyse des Gesundheitssektors näher einzugehen¹⁾, sei lediglich das dort abgeleitete Gesamtergebnis wiederholt: Die Gesamtsteuerung des Gesundheitssektors kann als System einer Vielfachsteuerung interpretiert werden, die sich im wesentlichen aus folgenden Teilsteuerungssystemen zusammensetzt:

1) Vgl. hierzu z.B. E. Knappe: Die Ausgabenexplosion im Gesundheitssektor: Folge einer ordnungspolitischen Fehlsteuerung, erscheint in: Schriften des Vereins für Socialpolitik 1981

- aus dem marktähnlichen Steuerungssystem der Beziehungen zwischen Patienten und Anbietern von Gesundheitsleistungen,
- aus dem verhandlungsähnlichen Steuerungsinstrument in den Beziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Gesetzlichen Krankenversicherungen,
- aus dem marktähnlichen Steuerungsinstrument in den Beziehungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen und den Versicherten,
- aus den Wahlbeziehungen, wie sie sich im Rahmen der Sozialwahlen ergeben,
- aus den demokratisch-bürokratischen Kontrollbeziehungen durch die staatliche Obergrenze über das Gesamtsystem des Gesundheitssektors sowie schließlich im Rahmen der Konzertierte Aktion im Gesundheitssektor.

Im Rahmen der systemtheoretischen Analyse des Gesundheitssektors wird nun nachzuweisen versucht, daß sich die behaupteten Fehlsteuerungen aus Funktionsmängeln im Rahmen aller genannten Teilsysteme ergeben. Akzeptiert man dieses kurzgefaßte Gesamtergebnis, so wird klar, daß im Grunde eine politische Maßnahme zur Behebung der Fehlsteuerungen prinzipiell an jedem der genannten Teilsteuerungssysteme ansetzen könnte.

5. Eingrenzung auf Nachfrageprobleme

Im folgenden sollen lediglich diejenigen Reformpläne diskutiert werden, die darauf abzielen, den Anbieterinteressen stärker, als nach der heutigen Nulltarifregelung der Fall, eine direkte Beschränkung durch die autonome Nachfrage der Patienten nach Gesundheitsleistungen entgegenzusetzen. Derartige Pläne werden unter einer Vielzahl von Stichworten wie "mehr Eigenverantwortung", Rückgriff auf "Marktkräfte", "Preissteuerung", Realisierung von "Selbstbehaltsplänen", "Wahltarife" u.ä. diskutiert.

Wir wollen uns im folgenden mit der Wirksamkeit von Selbstbehaltsplänen, das Ausgabenvolumen des Gesundheitssektors zu begrenzen, beschäftigen. Im Rahmen des Gesundheitssektors werden unter dem Stichwort "Selbstbehalte" eine Reihe alternativer Instrumente diskutiert. Die behandelten Pläne können einmal danach unterschieden werden, ob sie einen generell festgelegten Selbstbehalt, der für alle Versicherten gleichermaßen verbindlich gilt (evtl. gestaffelt nach sozialen Gruppen), vorsehen oder von den einzelnen Versicherten frei wählbare Selbstbehalte (Wahltarife) ins Auge fassen. Generelle, für alle Versicherte gleichermaßen geltende Selbstbehaltspläne können nun danach unterschieden werden, ob es sich um prozentuale oder absolute direkt zu zahlende Beiträge der Versicherten handelt. Prozentuale Selbstbehalte (z.B. 20% der Ausgaben hat der Versicherte selbst zu tragen; coinsurance) sind nun danach zu untergliedern, ob sie unbegrenzt für alle in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen

gelten sollen (was in der Regel aus sozialpolitischen Gründen abgelehnt wird) oder ob sie auf einen bestimmten Höchstbetrag begrenzt werden (z.B. 20% Selbstbehalt bis zu einer Höchstausgabensumme von DM 500,-- pro Jahr; deductible). Auch die absoluten Selbstbehaltspläne sind danach zu untergliedern, ob sie einen absoluten Selbstbehalt (z.B. 100%-ige Zahlungspflicht des Versicherten bis zu einem Betrag von DM 500,-- pro Leistung, pro Versicherungsfall oder für alle Versicherungsfälle einer Periode (in der Regel ein Jahr) vorsehen. Auch die Pläne, die frei wählbare Selbstbehalte ins Auge fassen, können im einzelnen nach denselben Kriterien weiter unterteilt werden.

6. Nutzen-Kosten-Kalküle

Die ökonomische Grundvorstellung über die Wirkungsweise von Selbstbehalten ist im Grunde relativ einfach und aus der generellen Markttheorie übernommen. Bei der heute praktizierten Nulltarifregelung, bei der die Konsumenten von Gesundheitsleistungen (die Patienten) die Kosten nicht sehen und nicht direkt tragen müssen, sind die Patienten bestrebt, Gesundheitsgüter bis zur sog. Sättigungsmenge in Anspruch zu nehmen.

a) Kollektivgutcharakter der Gesundheitsgüter

Wenn man einmal von speziellen Gütergruppen, wie Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsleistungen zur Heilung schwerwiegender Krankheiten etc. absieht,

geht diese Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über das individuelle Nutzen-Kosten-Optimum jedes einzelnen Patienten hinaus. Eine sparsamere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen läge daher im Interesse jedes Patienten wie auch jedes Versicherungsnehmers, da nur auf diese Weise der Gesamtumfang der Beitragszahlungen gesenkt werden kann. Versucht jedoch ein einzelner Patient, durch sparsame, d.h. verminderte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einen Beitrag zur Reduzierung des Gesamtvolumens der Versicherungsbeiträge zu leisten, so stellt dieser Einsparungserfolg ein sog. Kollektivgut dar, für das er persönlich zwar alle Anstrengungen selbst aufbringen müßte, der Vorteil aus diesen Einsparungsanstrengungen verteile sich aber auf die große Gruppe der gesamten Versicherungsgemeinschaft, so daß der auf ihn selbst entfallende Vorteil (die durch seine Sparanstrengungen für ihn selbst bewirkte Beitragssenkung) verschwindend gering wäre. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten wird es daher für sich persönlich als irrational ansehen, durch Privatinitiative derartige Sparanstrengungen zu machen. Die Folge davon ist eine über das Nutzenoptimum hinausgehende Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen durch die Patienten. Dieser Zusammenhang wird in einer Reihe verschieden benannter ökonomischer Theorien diskutiert, so im Rahmen der Kollektivgütertheorie, im Rahmen der Großgruppentheorie von M. Olson, im Rahmen des moral-hazard-Theorems aber auch im Rahmen der Theorie der Grenz-moral von G. Briefts u.a.

b) Individualisierung der Kostentragung

Würde nun durch die Einführung des Selbstbehaltes bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Patient veranlaßt, bis zu einer bestimmten Höchstgrenze die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen nicht indirekt über die Versicherungsbeiträge, sondern direkt durch die Bezahlung der in Anspruch genommenen Leistungen (leistungsproportional) zu tragen, so hätte er ein individuelles Interesse, nur dann Leistungen zu kaufen, wenn er den Nutzen der Leistungen - aus welchen Gründen auch immer - höher bewertet als den zu zahlenden Kaufpreis. Da er in diesem Fall nicht mehr alle Leistungen, die irgend-einen medizinischen Nutzen versprechen, sondern lediglich noch die Leistungen, deren vermuteter medizinischer Nutzen höher ist als der zu zahlende Kaufpreis, in Anspruch nimmt, wird er veranlaßt, auf den Bezug eines Teils von Gesundheitsleistungen zu verzichten (selbstverständlich im Rahmen dessen, was er an eigenen Vorstellungen gegenüber den ärztlichen Vorstellungen durchzusetzen vermag). Dieser "Verzicht" auf einen Teil der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stellt den vermuteten Sparerfolg von Selbstbehaltungsplänen dar. Damit reduziert sich die Frage nach der Wirksamkeit von Selbstbehaltungsplänen scheinbar auf die Frage, ob die Nachfrager nach Gesundheitsleistungen wenigstens in Teilen der Gesundheitsnachfrage auf direkt zu zahlende Preise elastisch reagieren oder nicht.

c) Elastizitäten der Gesundheitsnachfrage

Diese Frage, wie elastisch die Gesundheitsnachfrage, unterteilt nach bestimmten Leistungsgruppen (Vorsorge-

maßnahmen, Heilung schwerer Krankheiten, lebensrettende Operationen, Bagatellfälle etc.), auf direkt zu zahlende Preise reagiert, wirft nun eine Reihe schwerwiegender Probleme der theoretischen Prognose und empirischen Überprüfung auf. Die bestehenden empirischen Untersuchungen, die insbesondere in den USA, Kanada, Großbritannien und der BRD unternommen wurden, lassen keinen einheitlichen Schluß über die Wirksamkeit von Selbsthalten auf den Gesamtumfang der nachgefragten Gesundheitsleistungen zu. Insofern die Ergebnisse überhaupt als einheitlich interpretiert werden können, ergibt sich aus den empirischen Untersuchungen, daß wohl prinzipiell eine Wirksamkeit gegeben ist, daß sie aber insgesamt als relativ schwach beurteilt werden muß. Zudem ist die Wirksamkeit wie nicht anders zu erwarten, je nach Leistungsart unterschiedlich hoch (beispielsweise dürfte sie bei zahnärztlichen Behandlungen und Zahnersatz relativ hoch sein) und sie ist je nach Einkommensklasse von unterschiedlicher Höhe (ärmere Bevölkerungsschichten reagieren auf eine Preissteuerung in der Regel elastischer). Auch eine Klärung der Wirksamkeit von Selbsthalteplänen aus den theoretischen Hypothesen führt zu kontroversen Ergebnissen. So deuten Argumente "Gesundheit sei als das höchste Basisgut anzusehen" oder "die Nachfrage wird ausschließlich von den Ärzten bestimmt" darauf hin, daß eine bei den Patienten ansetzende Preissteuerung weitgehend erfolglos sein wird.

d) Mitverantwortung der Patienten

Letztgesagtem stehen jedoch Argumente gegenüber, die vermuten lassen, daß der Grad, in dem die Nachfrage vom Arzt bestimmt wird, nicht alle Leistungsarten in vollem Umfang umfaßt und zum Teil selbst wiederum Folge der Nulltarifregelung ist - mit anderen Worten: Ein Teil der heute ausgeübten Nachfrage wird auch durch die Patienten determiniert. Der Teil, der durch Entscheidungen der Patienten zustandekommt, wächst, wenn man die Nulltarifregelung zugunsten von Selbstbehaltsplänen aufgibt. Für eine zum Teil autonom durch die Patienten ausgeübte Nachfrage sprechen zudem Untersuchungen, die ausweisen, daß der größte Teil der Ausgabefälle konzentriert ist auf sog. Bagatellfälle. So ergibt beispielsweise eine im Bereich Lindau durchgeführte Prämienerhebung, daß 45 % aller Patienten pro Quartal lediglich Ausgaben von DM 30,-- und weniger verursachen und daß lediglich 14 % der Patienten pro Quartal Beträge über DM 120,-- abrechnen. Es ist zu vermuten, daß bei der Inanspruchnahme relativ geringer Gesundheitsleistungen der Autonomiebereich der Patientennachfrage vergleichsweise groß sein wird. Darüber hinaus wird die Nachfrage - soweit sie vom Gang zum Arzt abhängt - überwiegend durch Entscheidungen der Patienten determiniert. Auch zeigen empirische Untersuchungen über die Verordnungspraxis, daß ca. 60 % aller verordneten Medikamente nicht auf Betreiben des Arztes, sondern primär auf Betreiben der Patienten in Anspruch genommen werden und daß davon etwa 70 % gar gegen die Einsicht des Arztes verschrieben wird.

Wie groß der Autonomiebereich der Patientennachfrage bei einer Selbstbehaltsregelung letztlich sein wird, kann jedoch lediglich auf empirischem Wege geklärt werden.

7. Empirische Testung von Selbstbehaltsplänen

Damit erhebt sich die Frage, auf welchem Wege die Wirksamkeit von Selbstbehaltsplänen empirisch getestet werden kann. Die Wirksamkeit von Selbstbehaltsplänen kann einmal anhand der Erfahrungen im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems abgetestet werden. Als Ansatzpunkte wären hier beispielsweise zu nennen:

- die erhobene Rezeptgebühr, die - allerdings bei absolut geringen Beträgen - im Laufe der Zeit mehrmals geändert wurde;
- die von 1969 bis 1979 gewährte Krankenscheinprämie;
- die geplante Ausgliederung von Bagatellarzneien aus der Erstattungspflicht (was insgesamt einem 100%-igen Selbstbehalt gleichzusetzen ist);
- die seit 1977 eingeführte 20%-ige Selbstbeteiligung bei Zahnersatz.

Die geplante Studie wird sich ausführlich mit dem letzten Problemkomplex befassen. Dabei sollen gezielt die Krankenkassen in die Analyse mit einbezogen werden, deren Zuschußregelungen von der gängigen 20%-igen Selbstbeteiligung abweicht.

Allgemeine Ansatzpunkte für eine empirische Überprüfung könnten sodann in einem Vergleich der GKV-Regelung mit den Regelungen in der privaten Krankenversicherung gesehen werden, die zum Teil mit Selbstbehaltstarifen arbeitet, in einem Vergleich der Ausgabensumme privater Versicherungen mit sowie privater Versicherungen ohne Selbstbehaltspänen, in einem Vergleich der Ausgabensumme einer Privatversicherung bezogen auf Versichertengruppen mit Vollversicherung bzw. bezogen auf Versichertengruppen mit Selbstbehaltsversicherungen. Schließlich könnte man ansetzen bei einem Ländervergleich zwischen Ländern mit und ohne Selbstbehaltsregelung im Gesundheitssektor.

Die geplante empirische Untersuchung konzentriert sich auf folgende Problembereiche:

- (1) Untersuchung der Wirkungen eines absoluten Selbstbehaltes anhand der Erfahrungen der PKV
- (2) Übertragung der Ergebnisse auf Probleme der GKV
- (3) Spezielle Untersuchungen der Selbstbehaltswirkungen beim Zahnersatz, die sich auf Daten der PKV und GKV stützen

8. Zusammenfassung

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte werden eine Reihe alternativer politischer Ansatzpunkte zur Bremsung der Ausgabenentwicklung diskutiert. Im Zentrum

steht unter anderem die Vorstellung, Selbstbehalte und Wahltarife würden die Entwicklung von Leistungsanspruchnahme und Ausgaben bremsen. Während im Rahmen der theoretischen Debatte an der prinzipiellen Wirksamkeit kaum Zweifel erhoben werden, kommen die vorliegenden empirischen Untersuchungen zu den unterschiedlichsten Ergebnissen.

Das Dilemma ist darin zu sehen, daß Theorie und empirische Überprüfung jeweils isoliert erfolgten. In der theoretischen Diskussion scheinen uns eine Reihe von Faktoren unberücksichtigt zu bleiben, die sowohl auf eine stärkere Wirksamkeit als auch auf Wirkungsmängel von Selbstbehaltungsregelungen hindeuten. Letztlich geben jedoch über die Frage der Wirksamkeit von Selbstbehalten lediglich empirische Untersuchungen auf der Basis theoretisch prognostizierter Wirkungszusammenhänge eine zufriedenstellende Antwort.

Die verschiedenen Wirkungszusammenhänge erscheinen uns jedoch in den bisherigen empirischen Untersuchungen nicht genügend berücksichtigt zu sein.

Die Wirkungen von Selbstbehalten und Wahltarifen ergeben sich sowohl aus dem sog. "statischen" wie auch dem sog. "dynamischen" Effekt. Gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich relevant sind vor allem Wirkungen aufgrund verschiedener dynamischer Effekte (Verhaltensänderungen der Versicherten und Patienten). Diese Effekte sind zu einem großen Teil für die privaten Krankenversicherungen unsichtbar, zum Teil treten sie als Veränderung der Rechnungsbetragsprofile in Erscheinung.

Der "unsichtbare Teil" der dynamischen Wirkungen kann unseres Erachtens lediglich mit Hilfe einer Stichprobenuntersuchung von Versicherungsnehmern in Selbstbehaltsklassen ermittelt werden.

Die Abschätzung des "sichtbaren Teils" der dynamischen Wirkungen aus den Veränderungen der Rechnungsbetragsprofile scheiterte bisher an der Tatsache, daß bei Einführung von Selbstbehalten bzw. Wahltarifen eine Vielzahl kompensierender Teilwirkungen zu einer Veränderung der Rechnungsbetragsprofile beitrug: sparsamere Leistungsanspruchnahme, Risikoentmischung, Periodisierung der Inanspruchnahme durch Verschleppung von Krankheiten und "Nachholen" zurückgestauter Nachfrage etc.. Vor allem gelang es nicht, aus dem die Rechnungsbetragsprofile senkenden und den die Rechnungsbetragsprofile erhöhenden Effekten die Wirkung einer sparsameren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen theoretisch zu isolieren und empirisch zu quantifizieren.

Es scheint uns jedoch möglich, diese isolierte Wirkung empirisch abzuschätzen, wenn man die Rechnungsbetragsprofile einzelner Selbstbehaltsklassen analysiert und hier nicht - wie in bisherigen Untersuchungen - auf die Verschiebungen der Rechnungsbetragsprofilkurven, sondern auf deren empirische Abweichungen von einer prognostizierbaren Normalform abstellt.

Ziel des Forschungsprojektes ist es, die verschiedenen Teilwirkungen theoretisch gegeneinander abzugrenzen und den Umfang des dynamischen Effektes - sowohl des für die Versicherung sichtbaren wie des für die Versicherung unsichtbaren Teiles - empirisch abzuschätzen.

Anhang:

PROBLEME DER EMPIRISCHEN TESTUNG

Im folgenden soll auf die Möglichkeiten, die Wirksamkeit absoluter Selbstbehalte empirisch zu testen, und zwar anhand der Erfahrungen, die Privatversicherungen mit absoluten Selbsthalten als Teil von Wahltarifen gewonnen haben, eingegangen werden.

Zum einen verfügen die Privatversicherungen bereits über relativ umfangreiche Erfahrungen mit derartigen Plänen, zum anderen sind relativ euphorische Behauptungen über die Wirksamkeit dieser Pläne, die in den Jahren 1976 ff. veröffentlicht wurden, der Presse weitgehend bekanntgemacht worden, und schließlich weist die Überprüfung der Wirkung absoluter Selbstbehalte im Rahmen von Wahltarifen privater Krankenversicherungen die meisten methodischen Schwierigkeiten auf, auf die im folgenden im einzelnen eingegangen werden soll.

1. Selbstbehaltswirkungen bei Minimalbeträgen

Eine erste generelle Schwierigkeit, die Wirksamkeit von Selbstbehaltsplänen durch Berechnung der Nachfrageelastizität zu prüfen, besteht bereits darin, daß bei der Einführung eines Selbstbehaltes bzw. bei der Änderung von Selbsthalten bei sehr kleinen absoluten Beträgen die resultierende Nachfrageelastizität aus logischen Gründen sehr klein sein bzw. bei 0 liegen muß. Das ergibt sich aus dem Umstand, daß im Bereich der Sättigungsmenge die Preiselastizität der Konsumnachfrage aus formalen Gründen 0 ist. Im Grunde ist dieser Hinweis trivial und

./.

sagt nichts darüber aus, ob die Wirksamkeit von Selbstbehalten groß oder klein ist. Immerhin scheint dieser Hinweis nicht trivial genug zu sein, um nicht gelegentlich als Argument für die Wirkungslosigkeit von Selbstbehalten ins Feld geführt zu werden. So publizierte beispielsweise das englische Gesundheits- und Sozialministerium 1979 aus einer Untersuchung (1975), daß eine 150%ige Erhöhung von Selbstbehalten die Verschreibungen lediglich um 3 % reduzierte. Ausgangspunkt waren dabei absolute Selbstbehaltshöhen zwischen 0 und 2,5 Shilling, insgesamt also außerordentlich niedrige absolute Beiträge.

2. Berücksichtigung der Bezugskosten

Eine zweite generelle Schwierigkeit besteht darin, daß aufgrund von Zeitkosten die Elastizität der Nachfrage bei kleinen absoluten Beträgen der Selbstbehaltsänderung relativ stark unterschätzt wird. Der Bezug ärztlicher Leistungen verursacht für die Patienten eine Reihe von Bezugskosten unterschiedlicher Art. So kann die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durchaus nennenswerte Zeitkosten, Organisationskosten des Arztbesuches und des Fernbleibens vom Arbeitsplatz, Wegekosten etc., verursachen, zu denen monetäre Kosten in Form zu zahlender Preise hinzugerechnet werden müssen. Geht man, um ein Beispiel zu nennen, von folgender Situation aus:

Die Inanspruchnahme einer ärztlichen Dienstleistung vor Erhöhung eines Selbstbehaltes erfordere beispielsweise Zeitkosten im Wert von DM 50,-- sowie einen Geldbetrag von DM 1,--.

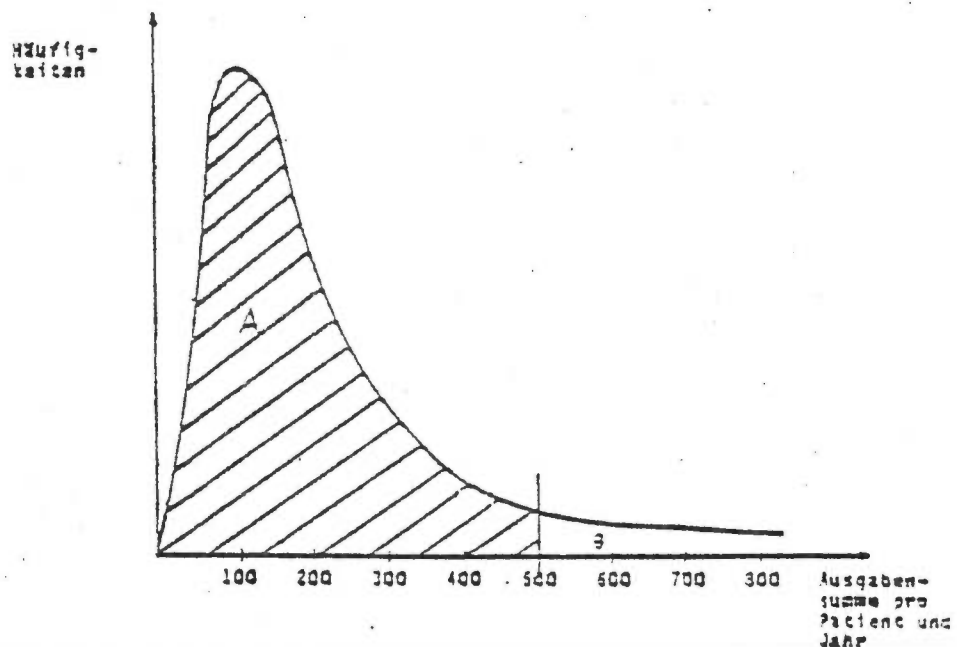
Durch die Erhöhung des Selbstbehaltes von DM 1,-- auf DM 1,50 würde nun eine Mengenreduktion von 5 % erreicht. In diesem Fall ergibt sich, ohne Berücksichtigung der Zeitkosten, folgende Rechnung: Durch eine 50%-ige Erhöhung des Geldpreises (DM 1,-- auf DM 1,50) wird eine 5%-ige Reduktion der Nachfragemenge verursacht, was rechnerisch eine relativ geringe Elastizität von 0,1 ergibt. Unter Einrechnung der Zeitkosten haben sich jedoch die Bezugsbedingungen bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsgutes von DM 50,-- Zeitkosten und DM 1,00 Selbstbehalt auf DM 50,-- Zeitkosten und DM 1,50 Selbstbehalt verändert, was einer Verschlechterung der Bezugsbedingungen nicht um 50%, sondern lediglich um 0,98% entspricht. Diese Verschlechterung der Bezugsbedingungen um 0,98% bewirkte nun insgesamt eine 5%-ige Reduktion der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen. Dem entspräche eine Gesamtelastizität von 5,1%. (Es ist zu beachten, daß eine 5%-ige Reduktion der Nachfrage nur zum Veranschaulichen dieses Zusammenhangs angenommen wurde, also nicht durch empirische Beobachtungen belegt ist.) Elastizitätsberechnungen, die sich beziehen auf relativ geringe Veränderungen der Selbstbehalte bei geringen Ausgangsbeträgen (ein solcher Ansatzpunkt würde beispielsweise die Rezeptgebühr und deren Veränderungen darstellen), führen daher nur dann zu interpretierbaren ökonomischen Ergebnissen, wenn man jeweils die entstehenden Zeitkosten und Organisationskosten der Inanspruchnahme mit einbezieht.

3. Statische und dynamische Entlastungseffekte

Allerdings treten derartige Probleme bei der empirischen Überprüfung der Wirkung von Selbstbehaltsplänen im Rahmen

der privaten Krankenversicherungen nicht auf, da es sich hier um Selbstbehaltssummen handelt, die in der Regel eine nennenswerte Höhe aufweisen. So geht es im Rahmen der privaten Versicherungen in der Regel um Selbstbehaltstarife zwischen DM 100,-- und DM 2.000,--. Wir wollen daher die weitere Diskussion auf einen Selbstbehaltsplan von DM 500,-- beziehen, bei dem die Patienten alle in Anspruch genommenen Leistungen bis zu DM 500,-- voll zahlen müssen und bei dem die Versicherung alle über DM 500,-- hinausgehenden bezogenen Leistungen in voller Höhe erstattet. Es ist zu fragen, ob die Versicherten in einer solchen Versicherungsklasse in nennenswertem Umfang gegenüber einer Vollversicherung reagieren und wie diese Reaktion empirisch getestet werden kann. Solche Selbstbehaltstarife werden von den Privatversicherungen in der Regel zu Beitragsätzen angeboten, die etwa 50% unter den Beitragsätzen einer entsprechenden Vollversicherung liegen. Ein Grund für die mögliche Beitragssenkung um ca. 50% liegt in dem sog. "statischen" Effekt bei der Einführung solcher Selbstbehaltspläne, der sich anhand der Abb. 1 verdeutlichen läßt.

Abb. 1



Auf den Abszissen dieser Abbildung sind Abrechnungsbeträge pro Jahr in Höhe von 100,--, 200,--, 300,--, 400,--, 500,-- DM usw. abgetragen, während auf der Ordinaten die absoluten Häufigkeiten der Patienten, die pro Jahr Abrechnungsbeträge entsprechender Höhe verursachen, eingezeichnet sind. Anhand der typischen Rechnungsbetragsprofile ergibt sich eine linksschiefe Häufigkeitsverteilung, die nachweist, daß relativ niedrige Abrechnungsbeträge pro Jahr relativ häufig vorkommen. Wird nun von einer solchen Versicherung ein 500,--DM-Selbstbehalt eingeführt, so fällt für die Versicherung die Bezahlung aller Abrechnungsbeträge unter DM 500,-- fort, und zwar auch dann, wenn von diesen Patienten nach wie vor exakt dieselben Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden. Ferner zahlt jeder Patient, der mehr als DM 500,-- an Ausgaben verursacht, DM 500,-- aus eigener Tasche. Beides zusammen ergibt den sog. statischen Entlastungseffekt. Es ergibt sich aufgrund dieses statischen Effektes eine Einsparung bei der Versicherung auch dann, wenn gegenüber dem Gesundheitssystem keinerlei Einsparungen wirksam werden. Da bei absoluten Selbsthalten die die Leistungen selbst bezahlende Gruppe bei der Versicherung nicht mehr in Erscheinung tritt, ist es aufgrund des Datenmaterials der privaten Krankenversicherung auch nur möglich, darüber hinausgehende, dynamische Einsparungen derjenigen Versicherten zu überprüfen, die nach wie vor Abrechnungsbeträge oberhalb der Selbstbehaltsgrenze der Versicherung vorlegen. Bei einer Einführung eines 500,--DM-Selbstbehaltes ist daher zu erwarten, daß der größte Teil der Versicherten gegenüber der Privatversicherung keine Abrechnungen mehr vorlegt, sondern die darunter

liegenden Ausgabensummen selbst bezahlt. Gerade dieser Teil der Versicherten ist es jedoch, von dem die höchste Sparreaktion erwartet werden muß. Anhand des bei den Privatversicherungen vorliegenden empirischen Materials kann daher lediglich der geringste Teil der Sparwirkungen erfaßt werden. Um den grösseren Teil der Sparwirkungen erfassen zu können, bedarf es daher einer zusätzlichen empirischen Untersuchung, die vergleicht, welche Gesundheitsleistungen Versicherte in Anspruch genommen haben, als sie Vollversicherungsverträge abgeschlossen hatten und welche Gesundheitsleistungen von denselben Versicherten in Anspruch genommen werden, nachdem sie Selbstbehaltsverträge eingegangen sind. Anhand der bisher veröffentlichten Prognosen der privaten Versicherungen, die sich lediglich auf das bei ihnen auftretende Material beschränken, kann daher aus methodischen Gründen lediglich der kleinste Teil der Sparwirkungen festgestellt werden. (Derartige Erfassungsprobleme tauchen allerdings bei prozentualen Selbstbehaltsplänen, bei denen die Versicherten auch dann gegenüber der Versicherung abrechnen, wenn sie lediglich kleine Ausgabensummen verursachen, nicht auf.)

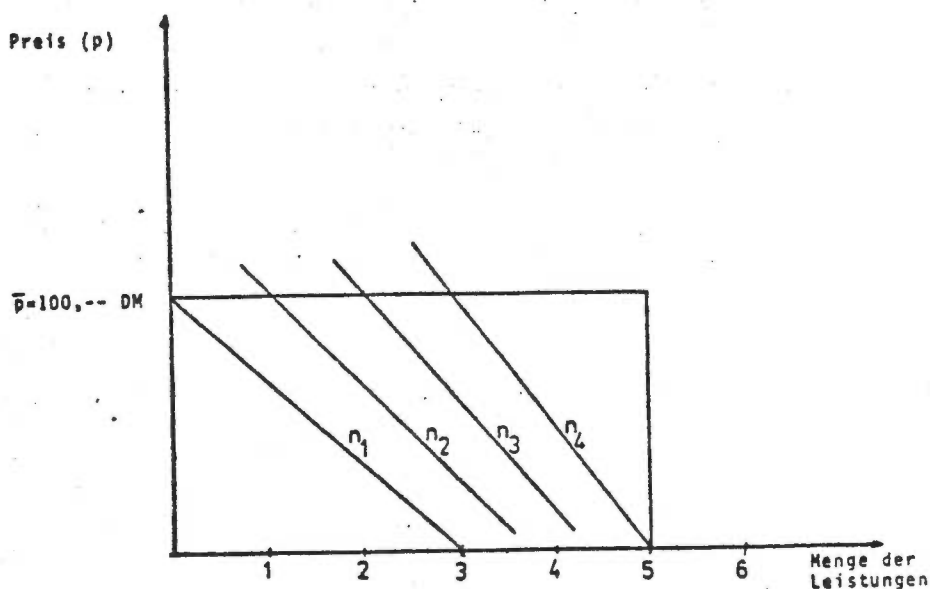
4. Erfassung des "unsichtbaren" Einspareffektes

Wie läßt sich nun dieser kleinere Spareffekt - soweit er durch die Abrechnung gegenüber der Versicherung in Erscheinung tritt - anhand des vorliegenden empirischen Materials der privaten Krankenversicherungen abtesten? Hier taucht zunächst das ganz generelle Problem auf, aus welchen Gründen Versicherungsnehmer, deren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die Selbstbehaltsgrenze von hier angenommenen DM 500,-- hinausgeht, überhaupt im Sinne eines sparsameren

Leistungsbezugs reagieren sollten, wird ihnen doch jede über DM 500,-- hinausgehende Leistung wie bei einer Nulltarifregelung voll ersetzt.

Geht man zur Untersuchung dieses Zusammenhangs von der vereinfachenden Annahme aus, daß der Durchschnittspreis für eine in Anspruch genommene Leistungseinheit DM 100,-- beträgt, so würden im Rahmen eines Selbstbehaltstarifs von DM 500,-- fünf Leistungseinheiten in jedem Falle selbst zu bezahlen sein und lediglich eine darüber hinausgehende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gegenüber der Versicherung abgerechnet werden können (vgl. Abb. 2).

Abb. 2

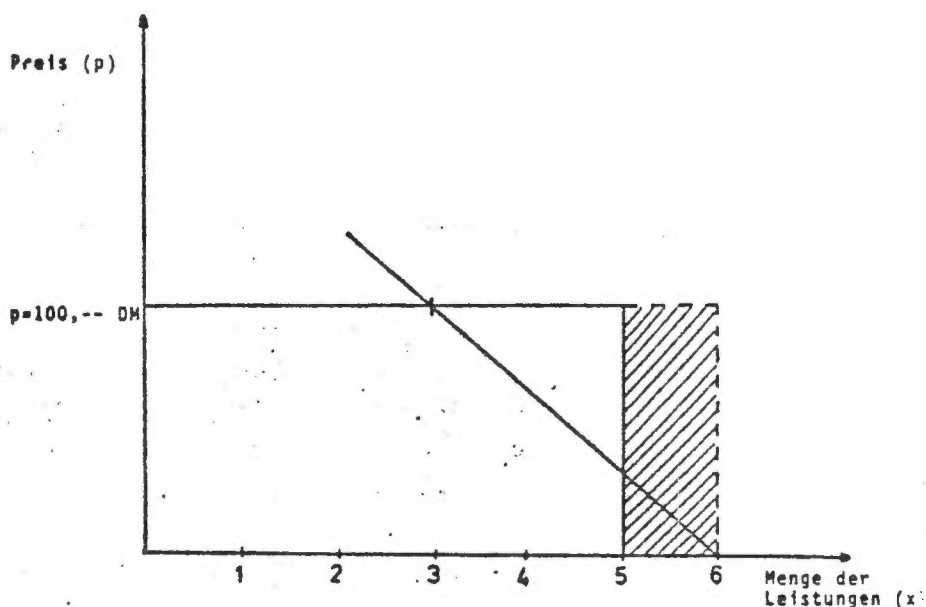


Nun ist davon auszugehen, daß von Versicherten zu Versicherten im Krankheitsfalle die Dringlichkeit von Gesundheitsleistung je nach Art und Schwere des

Krankheitsfalles sowie je nach Art der persönlichen Präferenzen unterschiedlich groß ist. Je größer die Präferenzen eines Patienten für Gesundheitsleistungen - je gravierender seine Krankheit - um so weiter wird seine Nachfragekurve nach Gesundheitsleistungen dann, wenn er krank wird, nach rechts verschoben sein. Man muß also damit rechnen, daß die Versicherten dann, wenn sie krank werden, ganz unterschiedliche Nachfragekurven nach Gesundheitsleistungen aufweisen werden. Bezieht man diese Situation eines Selbstbehalts von DM 500,-- sowie die Tatsache stark unterschiedlicher individueller Nachfragekurven im Krankheitsfall ein, so ergibt sich die folgende Darstellung: Bei einem Durchschnittspreis pro Leistungseinheit von DM 100,-- und einem Selbstbehalt von DM 500,-- stellt die Fläche den 500,-- DM-Selbstbehalt dar, den jeder Versicherte im Krankheitsfall entsprechend des Selbstbehaltstarifs voll selbst zu zahlen hat. Alle Versicherten, deren Nachfragekurve nach Gesundheitsleistungen dann, wenn sie krank werden, beschrieben werden kann durch die Nachfragekurven n_1 - n_4 werden nun gegenüber der Versicherung keinerlei Leistungen mehr in Anspruch nehmen. Ihre Leistungsanspruchnahme wird sich im Rahmen der Selbstbehaltsgrenze bewegen. Aufgrund der Tatsache, daß sie diese Leistungen nun direkt selbst bezahlen müssen, werden sie zu einer sparsameren Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen veranlaßt werden. Bei Abschluß eines Vollversicherungstarifes hätten sie Leistungsmengen zwischen 3 und 5 Einheiten in Anspruch genommen und dafür jeweils Ausgaben in Höhe von DM 300,-- bis zu DM 500,-- gegenüber der Versicherung abgerechnet. Nach Abschluß eines 500,-- DM-Selbstbehaltstarifes reduziert sich die in Anspruch genommene

Leistungsmenge auf 0 bis 3 Einheiten, die selbstgezahlten Ausgaben reduzieren sich daher auf 0 bis DM 300,--. Dieser dynamische Spareffekt, der wie gesagt bei einem 500,-- DM-Selbstbehaltstarif bei vermutlich mehr als 50 % aller Versicherten und Patienten zum Tragen kommen wird, tritt nun zwar gegenüber dem Gesundheitssektor als geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Erscheinung, nicht jedoch gegenüber der Krankenversicherung, da diese Patienten gegenüber der Versicherung nicht länger abrechnen. In Abb. 3 ist nun eine Situation dargestellt, aus der die Reaktionen einer Patientengruppe mit einer dringlicheren Gesundheitsnachfrage abgelesen werden können.

Abb. 3



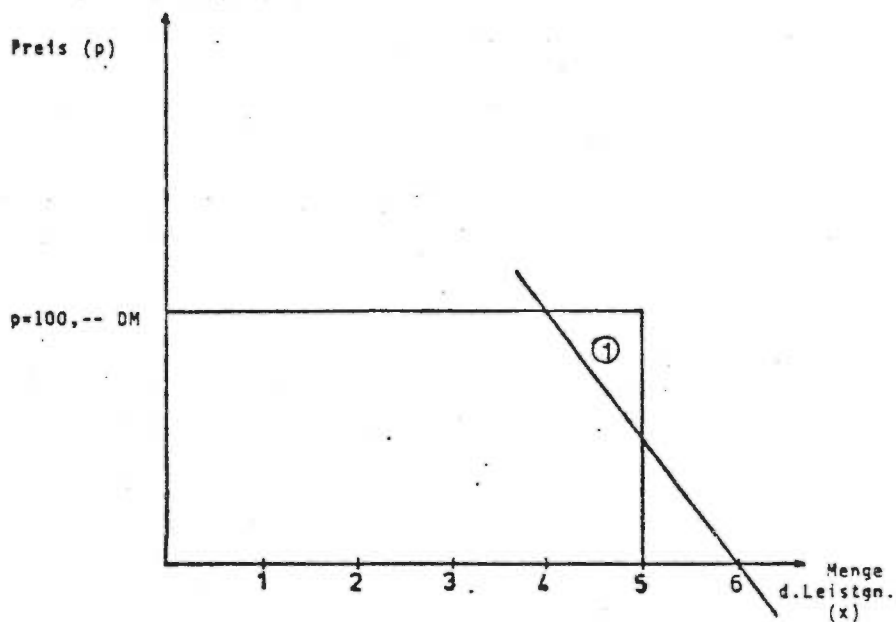
Entsprechend der dort eingezeichneten Nachfragekurve hätten diese Patienten bei einer Nulltarifregelung 6 Leistungseinheiten in Anspruch genommen und damit Ausgaben in Höhe von DM 600,-- getätigt. Nach Einführung eines Selbstbehaltstarifs von DM 500,-- werden diese Patienten ihre Leistungsanspruchnahme auf 3 Leistungseinheiten reduzieren, Gesundheitsausgaben in Höhe von DM 300,-- tätigen, damit gegenüber dem Gesundheitssektor DM 300,-- einsparen, wobei - verglichen mit der Vollversicherung - die Versicherung selbst DM 100,-- spart, der Patient zusätzlich noch einmal DM 200,--. Diese bei der Versicherung eintretende Einsparung von DM 100,-- aufgrund der Verhaltensänderung dieser Patientengruppe stellt nun eine zusätzliche Ausgabenverminderung infolge des dynamischen Verhaltenseffektes dar, der sich bei der Versicherung niederschlägt und auch dort erfaßt werden kann.

In Abb. 4 ist nun eine Patientengruppe und deren Nachfragekurve eingezeichnet, die bei Einführung eines 500,-- DM-Selbstbehaltes indifferent vor folgender Alternative steht: Bei einer Vollversicherungsregelung zum Nulltarif hatte diese Gruppe 6 Leistungseinheiten in Anspruch genommen und damit DM 600,-- Gesundheitsausgaben getätigt: nach Einführung eines 500,-- DM-Selbstbehaltes steht diese Gruppe nun vor folgender Reaktionsmöglichkeit: Sie kann einmal weiterhin 6 Leistungseinheiten an Gesundheitsgütern in Anspruch nehmen oder - was für sie gleich günstig ist - den Bezug von Gesundheitsleistungen auf 4 Einheiten und damit DM 400,-- Ausgabensumme reduzieren. Nimmt diese Gruppe weiterhin 6 Leistungseinheiten in An-

spruch, so verursacht sie damit DM 600,-- an Gesundheitsausgaben, von denen sie DM 500,-- selbst zu tragen hat und DM 100,-- von der Krankenversicherung ersetzt bekommt. Gegenüber der genannten Einschränkung der Inanspruchnahme erhält diese Gruppe nun 2 Leistungseinheiten an Gesundheitsleistungen mehr, von denen sie 1 Einheit - nämlich die fünfte - mit DM 100,-- selbst zu bezahlen hat. Allerdings bewertet sie den Nutzen dieser fünften Leistungseinheit geringer als die zusätzlich zu zahlenden DM 100,--. Dieser Nettoutzenverlust kann graphisch symbolisiert werden durch die Fläche des Dreiecks 1. Diesem Nettoutzenverlust durch die Inanspruchnahme der fünften Leistungseinheit steht jedoch ein Nettogewinn gegenüber, hervorgerufen durch die sechste in Anspruch genommene Einheit an Gesundheitsleistungen, die einen - wenn auch geringen Nutzen (symbolisiert durch das Dreieck 2) bewirkt, jedoch zum Nulltarif bezogen werden kann. Da sich der Nettoutzengewinn der sechsten in Anspruch genommenen Einheit und der Nettoutzenverlust der selbst zu bezahlenden zusätzlichen fünften Leistungseinheit die Waage halten, ist diese Patientengruppe indifferent zwischen der Alternative "Beibehaltung des Leistungsumfanges von 6 Einheiten" und "Einschränkung des Leistungsumfanges auf vier Einheiten". Es ist damit zu rechnen, daß wenigstens ein Teil dieser indifferenten Versichertengruppe sich für eine Reduzierung der Inanspruchnahme entscheiden wird. Jeder dieser Patienten reduziert dann die Gesundheitsausgaben um DM 200,--. Aufgrund dieses Spareffektes spart die Versicherung davon DM 100,--,

was ebenfalls durch das empirische Material ermittelt werden kann. Alle Patienten mit einer dringlicheren als der in Abb. 4 dargestellten Nachfrage hätten keine Veranlassung zu reagieren.

Abb. 4



Man kommt also zu dem ersten vorläufigen Ergebnis, daß das Gros der Einsparungswirkungen als Reaktion auf einen eingeführten Selbstbehalt bei den Patientengruppen auftreten wird, die gegenüber der Versicherung nicht mehr in Erscheinung treten. Dieser Spareffekt ist anhand einer Untersuchung des Materials der Versicherungen auch nicht mehr überprüfbar und kann lediglich durch eine zusätzliche Primärerhebung abgeschätzt werden. Von den Versicherten, die weiterhin auch nach Einführung eines Selbstbehaltes gegenüber

der Versicherung abrechnen, kommt eine dynamische Sparreaktion lediglich bei einem kleinen Teil der Versicherten und Patienten in Frage; dem Teil der Versicherten nämlich, die entsprechend ihrer Nachfragekurve im Krankheitsfalle bei einer Vollversicherung mehr als fünf Leistungen in Anspruch genommen hätten und für die es im Krankheitsfalle nach Einführung eines Selbstbehaltes günstiger ist, den in Anspruch genommenen Leistungsumfang zu reduzieren.

Überträgt man dieses Argument auf die in Abb. 1 dargestellte Häufigkeitsverteilung, so müßte sich folgender bei der Versicherung erfaßbarer zusätzlicher Spareffekt prognostizieren lassen: Die Häufigkeitsverteilungskurve wird in Höhe der Selbstbehaltsgrenze insofern abgeschnitten als alle Versicherten, die niedrigere Ausgaben pro Jahr als DM 500,-- verursachen, gegenüber der Versicherung nicht weiter in Erscheinung treten. Aufgrund der dynamischen Reaktion ist zu vermuten, daß ein Teil der Versicherten, die bei Vollversicherung Ausgabensummen über DM 500,-- verursacht hatten, nun durch Sparanstrengungen ihre Ausgaben unter den Selbstbehalt von DM 500,-- reduzieren und damit teilweise der Versicherung Ausgaben einsparen. Die Häufigkeitsverteilung der Rechnungsbeitragsprofile bei Vollversicherung müßte daher in unmittelbarer Umgebung der Selbstbehaltsgrenze durch die Einführung des Selbstbehaltes nach unten abknicken.

Dieser Effekt der Kurvenveränderung kann nun als Umfang der dynamischen Sparreaktion - soweit er sich anhand des empirischen Materials der Krankenversicherungen feststellen läßt - interpretiert werden. Es wäre jedoch ein Fehler, hieraus den Schluß zu ziehen, daß sich der Spareffekt - soweit er gegenüber der Versicherung wirksam wird - als zusätzliche Gesamteinsparung der Auszahlungen der weiterhin abrechnenden Versicherungsmitglieder insgesamt zu interpretieren ist. Zwar ergibt sich aufgrund der abknickenden Häufigkeitskurve in der Tat ein zusätzlicher Spareffekt bei der Versicherung, doch stehen dem eine Reihe von ausgabenerhöhenden Wirkungen des Selbstbehalts gegenüber, so daß per Saldo nicht mehr gesagt werden kann, ob durch die Einführung eines Selbstbehaltes gegenüber den Ausgangsrechnungsbeitragsprofilen und damit gegenüber der Ausgangskalkulation die Versicherung insgesamt zusätzliche Auszahlungen einsparen wird.

Hier ist einmal darauf zu verweisen, daß in den Fällen der Abb. 2, 3 und 4 die Versicherten dann, wenn sie krank werden, mit einem aufgrund der selbst zu zahlenden Preise verminderten Leistungsbezug reagieren. Zum Teil tritt diese Verminderung des Leistungsbezuges als Spareffekt gegenüber der Versicherung in Erscheinung, zum größten Teil jedoch nicht. Bei diesen Patienten kann es nun vorkommen, daß aufgrund der sparsameren Inanspruchnahme von Leistungen Krankheiten teilweise später erkannt und verschleppt werden und in späteren Perioden deutlich über den Selbstbehalt hinausgehende Ausgabensummen verursachen. Die Häufigkeitsverteilungskurve verschiebt sich dann insgesamt infolge des Verschleppungseffekts und der damit zusätzlich induzierten Ausgaben nach oben.

Hinzu kommt, daß die Gruppe der leistungseinsparenden Patienten logischerweise auf einen Teil prinzipiell erwünschter Gesundheitsleistungen verzichten, weil diese Gesundheitsleistungen von ihnen zwar nützlich bewertet werden, der Nutzen aber nicht ausreicht, um den zu zahlenden Preis zu kompensieren. Werden diese Patienten in späteren Perioden so ernsthaft krank, daß Ausgaben oberhalb der Selbstbehaltsgrenze unvermeidlich sind, besteht die Gefahr, daß sie einen Teil dieser zurückgestauten Nachfrage der Vorperioden nachzuholen suchen. So könnten sie bestrebt sein, Verbandsmaterial, Arzneimittelvorräte, Allgemeinuntersuchungen etc., die sie aufgrund der früher zu zahlenden Preise im Rahmen des Selbstbehalts nicht in Anspruch genommen hatten, nun - da sie diese Leistungen zum Nulltarif erhalten würden - nachzuholen. Auch das führt dazu, daß die Häufigkeitsverteilung der Patienten, die auch bei Selbstbehalt noch gegenüber der Versicherung in Erscheinung treten, sich insgesamt nach oben verschieben könnte.

5. Wachstum: Vollversicherung - Sicherung mit Selbstbehalt

Was schließlich die Wachstumsraten der Gesamtausgaben in einer Vollversicherungsklasse und in einer Selbstbehaltsklasse betrifft, so ist damit zu rechnen, daß die Wachstumsraten in der Selbstbehaltsklasse höher sein werden als die Wachstumsraten in einer Vollversicherung. Die wichtigsten Gründe für ein Wachstum der Gesamtausgaben in einer Vollversicherung bestehen darin, daß bei im Prinzip gleichbleibender Zahl der Abrechnenden einmal die Menge der pro Patient abgerechneten Leistungen zunimmt, weil sich im Wachstumsprozeß des Einkommens die Nachfrage sukzessive in den

Dienstleistungssektor "Gesundheitsgüter" verlagern wird. Darüber hinaus steigt die Ausgabensumme auch deshalb, weil die Preise der in Anspruch genommenen Leistungen sich erhöhen.

Diese ausgabensteigernden Effekte treten in jeder Selbstbehaltsklasse zwar auf jeweils niedrigerem Niveau - im Prinzip jedoch in gleicher Weise - auf. In den Selbstbehaltsversicherungsklassen tritt nun jedoch ein dritter zusätzlicher ausgabensteigernder Effekt hinzu. Bei positivem Wachstum, zunehmender Verlagerung der Nachfrage in den Dienstleistungssektor und steigenden Preisen der Gesundheitsgüter nimmt auch die Zahl derer zu, die aus der Gruppe der Selbstzahler in die Gruppe der abrechnenden Versicherungsnehmer hinüberwechseln. Mit anderen Worten, die Wirksamkeit eines nominell absolut gleichbleibenden Selbstbehaltes nimmt im Zeitablauf bei Preissteigerungen und Einkommenswachstum sukzessive ab. Dieser dritte Effekt führt dazu, daß die Wachstumsraten in einer Selbstbehaltsklasse höher sein werden als im Rahmen einer Vollversicherung. Lediglich bei dynamisierten Selbstbehaltsgrenzen kann dieser dritte zusätzliche Effekt ausgeschlossen werden.

Die genannten Gründe deuten darauf hin, daß summa summarum zwar eine Versicherung bei Einführung von Selbstbehaltstarifen eine finanzielle Entlastung in Höhe des sog. "statischen Effektes" erfährt. Die darüber hinausgehenden dynamischen Einsparungseffekte, die sich aus einer Verhaltensreaktion der Versicherten auf die Selbstbehaltstarife ergeben, werden bei einer

Versicherung vermutlich keine zusätzlichen Einsparungen bewirken. Dennoch kann man nicht sagen, daß die Einführung von Selbstbehaltstarifen keinen volkswirtschaftlichen bzw. keinen den Gesundheitssektor insgesamt betreffenden Spareffekt haben wird. Nur wird der Spareffekt ganz überwiegend bei denjenigen auftreten, die nach Einführung von Selbstbehaltstarifen nicht weiter gegenüber der Versicherung abrechnen. Dynamische Spareffekte schlagen sich daher volkswirtschaftlich und auf die Inanspruchnahme des gesamten Gesundheitssektors, nicht aber gegenüber der Versicherung selbst nieder.

6. Risiko-Entmischung

Die letztgenannten Argumente deuteten darauf hin, daß die Einführung von Selbstbehaltstarifen zwar einen volkswirtschaftlichen Einspareffekt nach sich ziehen wird, für die Versicherung jedoch keine zusätzlichen, über den statischen Effekt hinausgehenden Spareffekte auslösen wird. Bezieht man sich nun auf den speziellen Fall von Wahltarifen, so ist hier ein weiterer dynamischer Einspareffekt zu berücksichtigen, der umgekehrt zwar für die Versicherung zusätzliche Einsparungen in den Selbstbehaltstarifen nach sich ziehen wird, demgegenüber keine volkswirtschaftliche Einsparung im Gesundheitssektor darstellt. Hier sind die Probleme der sog. "Risikoentmischung" angesprochen, die sich daraus ergeben, daß sich diejenigen Versicherungsnehmer mit objektiv relativ geringem Krankheitsrisiko in den hohen Selbstbehaltsklassen konzentrieren werden (junge Männer), während sich umgekehrt diejenigen Versicherungsnehmer mit objektiv relativ hohem Krankheitsrisiko in den Vollversicherungsklassen sammeln werden (Ältere, Frauen, Versicherungsnehmer mit Vorleiden).

Das führt dazu, daß im Ausmaß der Risikoentmischung in den Selbstbehaltssklassen einer Versicherung, insbesondere in den hohen Selbstbehaltssklassen, die Ausgaben-summe vor allem deswegen zurückgehen wird, weil sich dort Versicherungsnehmer mit unterproportionalem Risiko sammeln werden. Dieser "zusätzliche dynamische Effekt" stellt nun rechnerisch für die Versicherung eine zusätzliche Einsparung in den Selbstbehaltssklassen dar, volkswirtschaftlich und in bezug auf den gesamten Gesundheitssektor ergibt sich daraus jedoch lediglich eine Ausgabenverlagerung aus den Selbstbehaltssklassen in die Vollversicherungsklassen hinein.

Zusammenfassung: Meßprobleme in der PKV

Die wichtigsten Probleme einer empirischen Ermittlung der Wirkungen eines Selbstbehaltstarifs im Rahmen der privaten Krankenversicherungen lassen sich daher folgendermaßen zusammenfassen:

- (1) Aus einer Reihe von Gründen dürfte ein dynamischer, d.h. den sog. statischen Effekt übersteigender Einsparungseffekt in bezug auf die Ausgaben einer Privatversicherung in Selbstbehaltssklassen nicht zu erwarten sein.
- (2) Der sicherste Ansatzpunkt für eine Feststellung eines dynamischen Einspareffektes dürfte nicht in einer Verschiebung der Ausgabenkurve in alternativen Selbstbehaltssklassen zu sehen sein, sondern in der Veränderung der Kurvengestalt.

- (3) Sofern sich im Rahmen von Selbstbehaltsklassen einer Versicherung Einspareffekte dynamischer Art in den Selbstbehaltstarifen feststellen lassen, so können diese auf den Effekt der sog. Risikoentmischung zurückzuführen sein, was zwar eine "Einsparung" in den Selbstbehaltstarifen darstellt, insgesamt jedoch lediglich das Resultat einer Ausgabenverlagerung von den Selbstbehaltstarifen in die Vollversicherungstarife wiedergibt. Allerdings dürfte das Risikoentmischungsargument in der allgemeinen Form diesen Effekt überschätzen.
- (4) Der volkswirtschaftlich und in bezug auf das gesamte Gesundheitswesen wirksamste dynamische Einspareffekt dürfte dagegen bei denjenigen Versicherungsnehmern auftreten, die nach Einführung von Selbstbehaltstarifen nicht länger gegenüber der Versicherung abrechnen. Diese Einsparwirkung läßt sich jedoch nicht anhand des Datenmaterials der die Selbstbehalte einführenden Versicherungen überprüfen, sondern erfordert in jedem Falle eine zusätzliche Untersuchung im Rahmen einer Stichprobenbefragung derjenigen Versicherungsnehmer, die von einer Vollversicherung in eine Selbstbehaltsklasse hinübergewechselt sind.