



## **Kap 7. Der Traum vom eigenverantwortlichen Patienten - das Märchen vom freien Gesundheitsmarkt**

*Die Seitennummerierung ist identisch mit jener in der Buchveröffentlichung*

## **7. Der Traum vom eigenverantwortlichen Patienten - das Märehen vom freien Gesundheitsmarkt**

Seit Mitte der 80er Jahre setzt sich die Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen in der öffentlichen Debatte immer stärker durch. Was in der Volkswirtschaft insgesamt erfolgreich sei, so die Vertreter dieser Position, könne auch im Wirtschaftszweig Gesundheitswesen nicht verkehrt sein. Hinter dieser Option stehen nicht nur ökonomische, sondern auch gesellschaftspolitische Überzeugungen. Angestrebt wird eine Gesellschaft, in der jeder für sich selbst verantwortlich ist und der Wohlstand des einzelnen sich nur über Marktbeziehungen zu anderen erhalten oder vermehren läßt. Dem hat sich auch die Sozialpolitik unterzuordnen. Diese marktwirtschaftliche Doktrin stößt im Gesundheitswesen an bestimmte Grenzen. Sind reine Marktbeziehungen und damit die individuelle Zahlungsfähigkeit das alleinige Kriterium für den Zugang zur medizinischen Versorgung, kollidiert dies unweigerlich mit der hippokratischen Ethik, jeden Menschen ohne Ansehen seiner Einkommensverhältnisse zu behandeln. Das ist aber für die Verfechter einer marktwirtschaftlichen Ordnungspolitik kein Grund, ihre Überzeugung zu revidieren. Sie gestehen zwar zu, daß im Gesundheitswesen aus sozialen und ethischen Gründen kein völlig freies Spiel der Kräfte von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage möglich ist. Dennoch ließen sich marktkonforme Steuerungstechniken der privaten Versicherungswirtschaft einsetzen, nämlich

- die verstärkte »Individualisierung der Bedarfsdeckung auf dem Gesundheitsmarkt« (SVR), d.h. private Zahlungen und andere Anreize für die Versicherten sowie
- dem Wettbewerb unter Krankenkassen und Leistungserbringern. Beides sorgt für Kostenbewußtsein, angemessene Inanspruch-

nähme und patientenorientiertes Verhalten von Ärzten und Krankenhäusern.

Die Begeisterung für einen freien Gesundheitsmarkt muß sich rasch dämpfen, wenn die möglichen Akteure und die bereits vorhandenen Erfahrungen mit privaten Versicherungen und Steuerungsmechanismen in Betracht gezogen werden. Gerade im Gesundheitsbereich ist es irreführend, auf Seiten der Patienten von autonom handelnden Individuen auszugehen. Das »soziale Dilemma« zeigt vielmehr, daß ein großer Teil der Angehörigen der Mittel- und Unterschicht ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko besitzt als andere Bevölkerungsteile. Gleichzeitig verfügen diese Gruppen auch über geringere Ressourcen und Chancen, ihr Risiko zu mindern oder zu beseitigen. Unabhängig davon, fehlt es bisher an Belegen, daß private Krankenversicherungen eine bessere Kostenstruktur aufweisen als ihre gesetzlichen Pendanten. Privat Versicherte erscheinen genauso »anspruchsvoll« wie gesetzlich Versicherte, und auch der Verwaltungsaufwand, den sie verursachen, ist keineswegs geringer. Der Versuch, mit Selbstbeteiligungen, Beitrags- und Kostenerstattung den Versicherten mehr Eigenverantwortung einzuräumen, hatte bis jetzt ebenfalls noch keinen großen Erfolg. Die Betroffenen fühlen sich häufig von diesen Aufgaben überfordert, und finanzielle Vorteile für die Kassen lassen sich ebenfalls nicht nachweisen.

### **Das soziale Dilemma des autonomen Versicherten**

Die Forderung, die vermeintliche »Vollkasko mentalität« im Gesundheitswesen durch mehr Eigenverantwortung des einzelnen Versicherten abzulösen, ist mehr als ein rhetorischer Appell. Mit ihm wird eine Vorstellung von Gesellschaft transportiert, die die Hauptursachen von Erkrankungen in schädlichen Verhaltensweisen wie falscher Ernährung, Mangel an körperlicher Ertüchtigung, zuviel Alkohol und Tabak sowie falschen Sozialbeziehungen sieht. Ein derart charakterisiertes Erkrankungsrisiko läßt sich nur durch tiefgreifende Änderungen des »Lebensstiles« verringern, d.h. durch Jogging, Gewichtsreduktion, weniger Alkohol, Erlernen von

Streßreduktion oder die Teilnahme an medizinischen Vorsorgeuntersuchungen (Kühn 1993). Eine Vorstellung des Krankheitsgeschehens, die die Rolle der sozialen und physischen Umwelt bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten betont, wird dadurch in der Regel konzeptionell und praktisch verdrängt.

Diese Sichtweise birgt eine Fülle von stillschweigenden und weitreichenden Annahmen über die persönliche und gesellschaftliche Situation derjenigen in sich, die hier motiviert und bewegt werden sollen. Mit den wichtigsten muß sich auseinandersetzen, wer Zweifel an der Machbarkeit und dem Ergebnis der vorgeschlagenen Verhaltensänderung hegt. Dazu gehören u.E. die Annahmen, daß

- die Mehrheit der Krankenversicherten sich in einer vergleichbaren gesundheitlichen Lage befinden bzw. über ein ähnliches Ausgangsrisiko im Hinblick auf eine Erkrankung verfügen,
- die Mehrheit der Krankenversicherten in hohem Maße und kurzfristig in der Lage ist, autonom zu handeln und
- die Chancen, durch eine Verhaltensänderung seine Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, für die Mehrheit der Krankenversicherten vorhanden sind.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, muß ein Appell zu mehr Eigenverantwortung sein Ziel verfehlen. Tatsächlich steht die Gesundheitspolitik hier vor einem »sozialen Dilemma«: Dieselben Gruppen und Schichten der Bevölkerung, die das größte Risiko tragen zu erkranken, behindert zu sein oder vorzeitig zu sterben, verfügen zugleich über die geringsten Möglichkeiten der Kontrolle ihrer Lebensumstände und der Selbsthilfe im wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Sinne. Sie haben

- die geringsten Einkommen,
- den geringsten Bildungsstand,
- die geringsten Gestaltungsmöglichkeiten,
- die schwächste soziale Unterstützung durch kleine soziale Netze (social support) und
- den geringsten politischen Einfluß, sei es individuell oder als Gruppe.

Nur eine Bevölkerungsminderheit ist also überhaupt in der Lage, im geforderten Ausmaß eigenverantwortlich zu handeln und damit die

erwünschten Wirkungen zu erzielen. Darüber hinaus besteht die Gefahr einer doppelten Diskriminierung: Erstens können den Betroffenen diese unbefriedigenden Ergebnisse als individuelle Verhaltensschwächen angelastet werden und zweitens wird von den Gründen der ungleichen Verhaltensbedingungen, Risiken und Bewältigungschancen abgelenkt.

In Deutschland liegen im Vergleich (z. B. mit England und Wales sowie den skandinavischen Ländern) bisher nur wenige Untersuchungen über soziale und persönliche Bedingungen von Gesundheit vor. Dennoch bieten sie zahlreiche empirische Belege für eindeutige Abhängigkeiten zwischen gesundheitlichem Status und sozialer Lage.

In einer Sekundäranalyse praktisch aller über westdeutsche Verhältnisse durchgeführten Studien (Mielck/Helmert 1994), sammeln, systematisieren und bewerten die Autoren die Ergebnisse nach den Themenkomplexen Mortalität/Morbidität, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und individuelle Gesundheitsrisiken. Ihr Hauptaugenmerk richten sie auf den belegbaren Einfluß der sozialen Merkmale schulische oder berufliche Bildung, Stellung im Beruf, Einkommen sowie von Kombinationen dieser Faktoren. Die 65 Studien enthalten 72 unterscheidbare Ergebnisse für die Bereiche Mortalität und Morbidität. Davon belegen 85 % eine höhere Mortalität und Morbidität für eine Fülle von gesundheitlichen Störungen bei Personen mit niedrigerem sozialen Status.

Zwei weitere Einzelstudien belegen ebenfalls den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und sozialen Bedingungen: - Eine Untersuchung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Bf A) (Klosterhuis, Müller-Fahrnow 1994) zu Zusammenhängen von Einkommen und Mortalität bei männlichen Angestellten, erstellt mit eigenen Routinedaten, förderte erhebliche einkommensabhängige Unterschiede beim Sterblichkeitsrisiko zutage. Das Sterblichkeitsrisiko ist über alle Altersgruppen hinweg in der untersten Einkommensgruppe am höchsten und nimmt mit zunehmendem Einkommen relativ gleichförmig ab. In Zahlen ausgedrückt ist das Sterblichkeitsrisiko in der unteren

Einkommensgruppe (27000 bis 34000 DM/Jahr) zwischen 5,7mal (für 35- bis 39jährige) und 1,7mal (für 50- bis 59jährige) höher als in der oberen Einkommensgruppe (mehr als 64000 DM/Jahr), ( Mielck, Helmert; o. J., 12).

- Helmert und Shea (1997) haben mit Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) untersucht, ob einkommen schwache Personen einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen. Nimmt man den allgemeinen Gesundheitszustand und die Behinderung bei täglichen Aktivitäten durch schlechten Gesundheitszustand als Maßstab, ist die Morbidität in den unteren Einkommensgruppen 1,6mal bis 2,8mal höher als in den oberen. Dieses Ergebnis wird auch krankheitsspezifisch bestätigt (zitiert nach Mielck/Helmert o. J., 14).

International gesehen gibt es eine erdrückende Fülle sozialepidemiologischer und gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse über die Existenz und das Ausmaß des »sozialen Dilemmas«. Sie enthalten eine Vielzahl von Hinweisen auf die geringe positive, aber gewaltige negative Wirkung einer Gesundheitspolitik, die sich auf Appelle zu mehr Eigenverantwortung konzentriert.

Als Quintessenz einer aktuellen Untersuchung über soziale Ungleichheit bei gesundheitlichen Risiken in 14 industriell entwickelten Ländern<sup>1</sup> heben ihre britischen Verfasser (Benzeval u. a. 1995) dreierlei hervor:

- Erstens zeigen alle von ihnen ausgewerteten Studien aus industrialisierten Ländern, daß ein schlechter Gesundheitszustand eng mit nachteiligen sozialen Umständen zusammenhängt.
- Zweitens weisen sie darauf hin, daß diese Resultate unabhängig davon sind, wie der soziale Status in den verschiedenen Studien gemessen wird.
- Drittens weisen sie empirisch nach, daß auch das Verhalten sozial bestimmt ist, also auch im Hinblick auf diesen Aspekt die Le-

<sup>1</sup> Es handelt sich um Australien, Belgien, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Niederlande, Norwegen, Spanien, Schweden, Schweiz, USA und Westdeutschland und Mortalitäts- wie Morbiditätsstudien mit den unterschiedlichsten Studiendesigns und Indikatoren für die soziale und individuelle Lage (vgl. die Ergebnissübersicht in Benzeval 1995, 2-3).

bensumstände der Personen die wichtigsten Determinanten von Gesundheit sind.

In einer amerikanischen Studie (zitiert nach: Kühn 1993) am Survey Research Center der Universität Michigan wurde hochdifferenziert der sozialökonomische und gesundheitliche Status von 3617 Personen im Alter über 25 Jahre erhoben. Die beteiligten Personen wurden nach vier sozialökonomischen Schichten und zwei Klassen unterschieden.<sup>1</sup> Ein Index für chronische Krankheitsbedingungen, für den funktionalen Status (z. B. Bettlägrigkeit und Fähigkeit, schwere Arbeit außer Haus verrichten zu können) und für Begrenzungen bzw. Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten stellten die Hauptindikatoren für die gesundheitliche Lage der untersuchten Personen dar.

Die altersspezifischen Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen verdeutlichen exemplarisch lebenslange, sozial bestimmte gesundheitliche Benachteiligung. Die Bedingungen sind für Angehörige der unteren sozialen Schicht in keinem Altersabschnitt gleich oder gar besser als für Angehörige höherer sozialer Schichten. Auf der Basis geringer, aber bereits deutlicher Startnachteile nimmt die Existenz von Multimorbidität der Angehörigen der sozioökonomischen Unterschicht mit höherem Alter noch kräftig zu. Bis zum Alter von 75 öffnet sich die Schere beim Risiko chronischer Erkrankung zwischen den Schichten immer weiter. Danach nähert sich der Grad der Betroffenheit zwar an, Unterschiede existieren aber in einem nennenswerten Umfang bis zum Tode fort.

Bei etwas genauerer Betrachtung zeigt sich, daß die beiden unteren sozialen Schichten bereits im mittleren Lebensalter unter erheblichen Beeinträchtigungen durch Multimorbidität und funktionale Einschränkungen zu leiden haben (mehr als eine chronische Bedingung). Während erst die über 65jährigen Oberschichtangehörigen mehr als eine chronische Einschränkung aufweisen, über-

1 Diese Einteilung spiegelt nur bedingt die real existierenden Unterschiede, daß beim Einkommen nur zwei Klassen - Verdienst unter oder über 20 000 \$ - unterschieden wurden. Auch die übrigen Differenzierungskriterien sind relativ grob. So gehörte dieser Einteilung zufolge z.B. jeder akademisch ausgebildete Mensch schon zur »Oberklasse«.

schreiten Unterschichtszugehörige diese Grenze zur Multimorbidität bereits im Alter von 35 bis 44 Jahren. Auch der Zusammenhang von Alter und gesundheitlicher Beeinträchtigung erweist sich als sozialer und damit politisch beeinflussbarer Zusammenhang.

Entgegen der Erwartung, biologische Faktoren wirkten sich nivellierend aus, wird das Gesundheitsrisiko auch im Alter durch soziale Faktoren beeinflusst. Das belegt auch eine sog. Longitudinal Study, die seit 1971 in England und Wales durchgeführt wird. Diese Studie gehört zu den gründlichsten ihrer Art, indem sie für 1 % der dortigen Bevölkerung im Zeitverlauf eine Fülle unterschiedlichster Informationen erhebt. Die Ergebnisse unterstreichen zum einen erneut den allgemeinen Zusammenhang von Sterberisiko und sozialer Schicht. Zum anderen weist die Studie detailliert nach, daß dieser Unterschied praktisch in allen Altersgruppen existiert, d. h. sich keineswegs im Alter gravierend verringert. Selbst bei den über 75jährigen liegt die standardisierte Sterblichkeitsrate bei den Angehörigen der untersten sozialen Gruppe über 50 % höher als bei den Angehörigen der obersten sozialen Schicht (Benzeval u. a. 1995,13/14).

So wichtig die Erkenntnis ist, daß die gesundheitlichen Risiken in der Bevölkerung ungleich verteilt sind, und zwar abhängig von den sozialen Bedingungen, muß dies noch nicht bedeuten, daß mehr eigenverantwortliches Verhalten sinnlos bzw. unwirksam ist. Die Wirksamkeit eines bewußten gesundheitsbezogenen Verhaltens hängt entscheidend davon ab, ob die Mehrheit der Bevölkerung überhaupt in der Lage ist, autonom Entscheidungen für oder gegen ein bestimmtes Verhalten zu treffen. Dabei lautet unsere These: Auch die Möglichkeiten, sich eigenverantwortlich zu verhalten und damit die Chancen, gesundheitliche Störungen zu bewältigen, sind entlang der sozialen Bedingungen ungleich verteilt. Selbst wenn Individuen Zugang zu identischen Leistungen haben und sich für das gleiche gesundheitsschädliche oder -förderliche Verhalten entscheiden, fallen die Resultate je nach sozialer Herkunft unterschiedlich aus. Salopp formuliert: Der reiche Raucher lebt länger als der arme Paffer!

Je besser also die Lebensbedingungen sind, desto größer ist der Effekt gesunden Verhaltens. Mehr noch: Die Gesundheitseffekte unterschiedlichen Verhaltens sind geringer als die unterschiedlicher



Lebensumstände. Dieser Umstand läßt sich an verschiedenen Untersuchungen belegen:

- Eine US-amerikanische Untersuchung zeigt, daß es bei gleichem und ungehindertem Zugang von Patientinnen im gleichen Brustkrebsstadium zu einer qualitativ identischen Therapie deutlich unterschiedliche Überlebenschancen gab: Die Fünf-Jahres-Überlebensrate betrug für Frauen aus höheren sozialen Schichten 50 %, während nur 10 % der Frauen aus unteren sozialen Schichten diesen Zeitraum überlebten. Diese Risikounterschiede sind »fast mit Sicherheit nicht die Folge unterschiedlicher Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung« (Sagan 1992, 270).
- Die Behauptung, Lebensstilveränderungen im bereits genannten Bereich wirkten lebensverlängernd, wurde für die Prävention koronarer Herzkrankheiten (KHK) in den USA am gründlichsten in einer umfangreichen Studie, der sog. »Multiple Risk Factor Intervention Trial« (MR FIT) überprüft. Sie konnte diese Behauptungen nicht bestätigen. Nach acht Jahren war in der Interventionsgruppe, d.h. der Gruppe, die ihren Lebensstil beträchtlich veränderte, die KHK-Sterblichkeit leicht geringer als in der Kontrollgruppe, die sich wie zuvor verhielt. Die Gesamtsterblichkeit war aber in der Interventionsgruppe sogar leicht höher als in der Kontrollgruppe. Vor allem Krebskrankheiten, die verstärkt in der Interventionsgruppe auftraten, haben den leichten Rückgang der KHK-Sterblichkeit mehr als ausgeglichen (MRFIT 1982).
- Die relative Relevanz der subjektiven Risikofaktoren bzw. Verhaltensweisen zeigt sich u. a. in einer Studie bei britischen öffentlich Bediensteten, die die Abhängigkeit koronarer Herzerkrankungen vom beruflichen Status untersuchte (Marmot u. a. 1978). Nachdem die Beschäftigten in fünf sozial unterschiedliche Gruppen eingeteilt wurden, war die Rate der KHK der hierarchisch niedrigsten Gruppe viermal so hoch wie in der obersten sozialen Gruppe. Um die möglichen Wirkungen von Verhaltensfaktoren vollends bestätigen oder evtl. anteilmäßig quantifizieren zu können, haben die Forscher die dem Lebensstil zuschreibbaren Risikofaktoren Blutdruck, Cholesterin, Rauchen, soziale Unterstützung, Bewegung, Übergewicht und Blutzuckerspiegel statistisch

korrekt für die weitere Analyse neutralisiert. Hätten diese in hohem Maße individueller Veränderung zugänglichen Faktoren die entscheidende Rolle beim KHK-Risiko gespielt, hätten sich die Erkrankungsraten der verschiedenen sozialen Gruppen unter den öffentlich Bediensteten weitestgehend annähern müssen. Statt dessen stellte sich aber heraus, daß die Unterschicht der öffentlich Bediensteten noch immer dreimal so häufig an einer koronaren Herzkrankheit litt wie die Oberschicht.

- In der sog. Alameda-Studie wurden für die verschiedenen gesundheitlichen Risiken die Wirkung wichtiger Verhaltensfaktoren wie Rauchen, Schlafgewohnheiten, Alkoholtrinken und Gesundheitserziehung rechnerisch »ausgeschaltet«. Danach war die standardisierte Mortalitätsrate in der ärmsten Gruppe immer noch 1,5mal so hoch wie die in der reichsten Gruppe (Haan et al. 1987). Zuvor betrug dieser Wert das 2,1 fache (Kühn 1993, 99).
- Wie wichtig und letztlich bestimmend die sozialen Lebensverhältnisse der Individuen gerade auch für ihr Verhalten, dessen Freiheitsgrade und Wirkungen sind, zeigt die Tatsache, daß selbst gleiches Verhalten je nach sozialer Lage zu verschiedenen Ergebnissen führt. Die entsprechenden Ergebnisse der britischen Studie »Health and Lifestyle Survey« (1990) bestätigen dies: »Daher führt beispielsweise das Rauchen zu größeren Fitneß-Unterschieden in der >non-manual-class< als in der >manual class<. Für Männer, die leichte Arbeit verrichten, >lohnt< sich das Nichtrauchen gesundheitlich mehr als für Schwerarbeiter. >Gute Ernährung< reduzierte die Erkrankungsraten zwar bei den Frauen der >non-manual-class<, aber nicht bei denen der >manual class<. [...] Nicht nur das Gesundheitsverhalten, sondern auch dessen Wirkungen hängen von den sozialökonomischen Lebensbedingungen ab.« (Kühn 1993, 98/99).

Aus allen gesicherten Erkenntnissen über die Rolle von Verhalten bei der Vermeidung und Bewältigung gesundheitlicher Risiken folgt eindeutig: Der Appell an »mehr Eigenverantwortung« suggeriert einen Grad an Freiheit, über den große Teile der Bevölkerung nicht verfügen, und weckt falsche Erwartungen, was die Wirkung

eines gesundheitsbewußten Verhaltens angeht. Die Ausgangssituationen, vor allem die gesundheitlichen Risiken der zur »Eigenverantwortung« aufgerufenen Personen, unterscheiden sich gewaltig. Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung ist lediglich dazu geeignet, von der beherrschenden Rolle der sozialen und damit politisch beeinflussbaren Bedingungen abzulenken. Letztere sorgen maßgeblich dafür, daß gleiche individuelle Handlungen zu ungleicher Gesundheitslage und Handlungsfähigkeit führen.

### **Vorbild mit Schönheitsfehlern: die privaten Kassen**

Der Gedanke, die Krankenversicherungen zu privatisieren, ist nicht neu. Ein kleiner Teil der Bevölkerung - Besserverdienende, Beamte und Selbständige - nutzt bereits seit vielen Jahren das Angebot privater Kassen. In ihrem System sehen viele Reformer des Gesundheitswesens ein Vorbild für die GKV. Die derzeitige Politik im Gesundheitswesen läuft darauf hinaus, Mechanismen und Regelungen der PKV für die GKV zu übernehmen. Die PKV, so die Annahme, arbeite wirtschaftlicher und mithin kostengünstiger. Dadurch, daß die Privatversicherten einen Teil der Kosten selbst tragen und nicht so umfassend abgesichert seien wie die Versicherten der GKV, entstünden weniger Ausgaben. Im wesentlichen werden den PKV drei große Vorteile zugeschrieben:

- geringere Inanspruchnahme von Leistungen und Kostenstabilität,
- größere Wahlfreiheit für die Versicherten und
- weniger Verwaltungsaufwand.

Tatsächlich lassen sich diese Annahmen empirisch nicht belegen. Die Versicherten der PKV nehmen die medizinische Versorgung in gleichem Umfang in Anspruch wie die Versicherten der GKV; die Wahlfreiheit endet spätestens beim Wechsel in eine andere Kasse, und auch der Verwaltungsaufwand liegt keineswegs unter dem der GKV.

*Patt bei der Inanspruchnahme*

Eine der wenigen Quellen, die einen Vergleich zwischen der Inanspruchnahme von GKV- und PKV-Versicherten zuläßt, ist der sog. Sozioökonomische Panel (SOEP). Exemplarisch erfolgt eine genauere Betrachtung der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen in den Jahren 1983, 1988 und 1994, in der alle deutschen PKV-Mitglieder sowie die Pflicht- und freiwilligen Mitglieder der GKV in Westdeutschland und den alten Bundesländern berücksichtigt sind. In der *Tabelle 7.1* sind die Anzahl der Arztbesuche (ohne Differenzierung nach Allgemein- und Fachärzten) und der Krankenhausaufenthalte sowie die jeweilige Versicherungsart zusammengestellt. Bei der Zahl der Arztkontakte gibt es bei allen Versicherten - egal ob in der GKV oder der PKV - von 1983 bis 1988 eine deutliche Zunahme. Seitdem hat sich praktisch nichts mehr verändert. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte steigt zwar in den ersten fünf Jahren des Beobachtungszeitraums, ist aber danach bis 1994 wieder auf seinen Ausgangswert zurückgefallen. Medizinische Leistungen wurden also nicht über die Sättigungsgrenze hinaus in Anspruch genommen, weder in der PKV noch in der GKV. Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten lassen sich selbst bei den Leistungsdetails nicht finden, eher das Gegenteil der Behauptungen. Die Vollmitglieder der PKV nehmen rein quantitativ betrachtet eher häufiger Ärzte und Krankenhäuser in Anspruch als die GKV-Mitglieder, Dies gilt insbesondere für den Vergleich mit den freiwilligen GKV-Mitgliedern, die in ihrer sozialen Stellung mit den PKV-Mitglieder vergleichbar sind.

Die PKV steht auch bezüglich der Ausgabendynamik nicht besser da als die GKV, teilweise sogar schlechter. Dies zeigt ein Blick auf die Zuwachsraten der Aufwendungen für sog. Vollversicherte<sup>1</sup> in der PKV seit Mitte der 80er Jahre, die denjenigen in der GKV sehr ähneln oder sogar über ihnen liegen.

<sup>1</sup> Unter den sieben Millionen »Vollversicherten« befinden sich viele Personen (insb. Beamte mit Beihilfe), die nur einen Teil ihrer Krankheitskosten über die PKV absichern. Dies verbietet einen uneingeschränkten Vergleich mit den Mitgliedern oder Versicherten der GKV und deren Krankheitsaufwendungen.

**Tabelle 7.1**

Anzahl der Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte durch westdeutsche Befragte in den Jahren 1983, 1988 und 1994								
Jahr	Anzahl der Arztbesuche				Anzahl der Krankenhausaufenthalte			
	alle Befragten	GKV-Pflichtversicherte	GKV freiwillig Versicherte	PKV Vollversicherte	alle Befragten	GKV-Pflichtversicherte	GKV freiwillig Versicherte	PKV Vollversicherte
1983	3,59	3,34	2,81	2,83	1,37	1,3	1,36	1,66
1988	4,57	4,35	3,93	4,25	1,65	1,78	1,26	2,22
1994	4,58	4,34	3,68	4,51	1,48	1,54	1,34	1,79
Anmerkung zu den im Jahre 1983 befragten PKV-Versicherten: Damals wurde noch nicht nach Voll- und Zusatzversicherten unterschieden								

*Quelle: eigene Berechnungen mit den beim Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung erhältlichen Daten des S O EP*

Auch aktuelle Finanzzahlen aus der PKV (FAZ vom 12. 6. 1997) signalisieren keine Trendwende. Zwischen 1995 und 1996 sind z. B. trotz der angeblich so erfolgreich und zur Nachahmung empfohlenen Eigenverantwortung der Versicherten in der PKV die ambulanten Arztkosten dort besonders stark, d. h. um 8,9 %, gestiegen. Die Ausgaben für Arzneimittel und Verbandsmittel, wo Zuzahlungen in der PKV zumeist besonders hoch sind, stiegen 1996 immerhin um 8,6 % an. Die leichte Senkung der Krankenhausausgaben um 0,8 % beruht nahezu ausschließlich auf einer in diesem Umfang einmaligen Senkung der Chefarzthonorare. Die Probleme der PKV mit wachsenden Ausgaben für die medizinisch-ärztliche Versorgung hielten auch 1997 auf dem erreichten hohen Niveau an. Im ersten Halbjahr 1997 stiegen die Gesamtausgaben der privaten Krankenversicherungen um 9,6 %, was nach Mitteilung ihres Verbandes vor allem auf den unvermindert hohen Ausgaben für ambulante Behandlung beruht (SZ31.10./1.11. 1997). "

In der ambulanten Versorgung haben die privaten Krankenversi-

cherer in den letzten Jahren deutlich über dem Niveau der GKV liegende Steigerungsraten zu verzeichnen. So erhöhten sich die Arzthonorare für ambulante Behandlung in der GKV zwischen 1984 und 1992 um 53,6 %, in der PKV um 109,3 %. Alle neueren Daten weisen darauf hin, daß sich an dieser scherenförmigen Entwicklung nichts geändert hat. Die Erklärung des PKV-Verbandes, Ärzte kompensierten Honorareinbußen bei GKV-Patienten zu Lasten der PKV, ist zwar plausibel, ändert aber nichts an dem Sachverhalt. Dieser Hinweis zeigt auch, daß nur mit einer Steuerung des Anbieterverhaltens die Ausgaben im Gesundheitswesen in den Griff bekommen werden können und nicht durch eine wie auch immer geartete Orientierung auf die Eigenverantwortung der Patienten.

Von einer Überlegenheit der PKV im Bereich der Ausgabensteuerung ist also nichts zu bemerken. Sie erzielt trotz einer Fülle immer wieder als wirksam beschworener Regulative wie dem komplizierten System von »Teilkaskotarifen« keinen wirksameren Erfolg bei der Ausgabendämpfung als die GKV; teilweise steht sie sogar schlechter da. Der gelegentlich gemachte Einwand, die PKV habe geringere Pro-Kopf-Ausgaben der Versicherten - 1995: 3656 DM in der GKV und 2185 in der PKV -, geht an der Sache vorbei, da zwei völlig verschiedene Tarifsysteme miteinander verglichen werden. Diese Differenz erklärt sich vor allem daraus, daß die PKV im Unterschied zur GKV bei den meisten Versicherten nur einen Teil der Behandlungskosten trägt. Ihre Klientel besteht zu einem erheblichen Teil aus Beamten, die 50 % ihrer Behandlungskosten bei Ärzten und Krankenhäusern vom Staat über die Beihilfe erstattet bekommen und daher bei der PKV nur einen 50%-Tarif abgeschlossen haben. Hinzu kommen noch eine Reihe von GKV-Leistungen, die in der PKV nicht oder nur mit Zusatztarifen gewährt werden, wie z.B. Schwangerschaftsabbrüche, Sehhilfen, Hörgeräte, Entziehungskuren oder andere stationäre Kurbehandlungen.

### *Wahlfreiheit mit Grenzen*

Die Behauptung, die PKV biete ihren Versicherten mehr Wahlfreiheit als die GKV, stützt sich auf zwei Argumente:

- Die PKV sei keine Zwangsversicherung, sondern beruhe auf freiwillig abgeschlossenen Verträgen.
- Die PKV biete keinen einheitlichen Leistungskatalog, sondern die Wahl zwischen verschiedenen Tarifen.

Richtig ist daran nur, daß die GKV für knapp 88 % ihrer Mitglieder eine Pflichtversicherung ist; in Ostdeutschland liegt dieser Anteil sogar bei 95%. Ca. 12% sind freiwillige Mitglieder (Ostdeutschland: knapp 5 %), d. h. ihr Einkommen liegt zumeist über der Versicherungspflichtgrenze.<sup>1</sup> Insgesamt sind ca. 90 % der Bevölkerung in der GKV gegen finanzielle Krankheitsrisiken geschützt. Die restlichen 10 % sind in der PKV bzw. über den Staat (Beihilfe, Sozialhilfe) abgesichert. Ohne dauerhaften Krankenversicherungsschutz sind in Deutschland nur einige tausend Personen, eine prozentual kaum meßbare Größenordnung. Insofern ist die Unterscheidung in »Pflicht-« oder »freiwillige« Versicherung völlig irrelevant. Eine Krankenversicherung ist in einer zivilisierten Gesellschaft ebenso ein »Muß« wie die Rentenversicherung, egal ob sie öffentlich oder privat organisiert ist. Außerdem würde auch eine Umwandlung der GKV in eine private Volksversicherung nicht ohne Versicherungszwang auskommen, wenn der Anspruch besteht, daß jedem eine medizinische Behandlung zukommen soll, der sie benötigt. Das konzedieren auch die Verfechter einer Privatisierung der GKV. Alles andere würde nämlich wie in den USA, wo 15 % der Bevölkerung ohne jeden Krankenversicherungsschutz sind, zu unsinnigen Selektions- und Verteilungseffekten führen.<sup>2</sup>

1 Zu den freiwillig Versicherten gehören rein statistisch auch einige Gruppen von Selbständigen sowie Sozialhilfeempfänger, die nicht zu den Versicherungspflichtigen gehören, aber oft von den Sozialämtern bei einer Krankenkasse versichert werden.

2 In den USA ist es in vielen Hospitälern insbesondere im Süden, wo viele keinen Krankenversicherungsschutz haben, an der Tagesordnung, daß sie die Behandlungskosten von einem Teil ihrer Patienten wegen fehlender Zahlungsfähigkeit gar nicht oder nur teilweise eintreiben können. Also werden die Pflegesätze von vornherein so kalkuliert, daß dieser Verlust von zahlungsfähigen Patienten mit abgedeckt wird.

Das »Freiheitliche« der PKV liegt vor allem darin, daß ihre Mitglieder in der jeweiligen Versicherung unter hochdifferenzierten Leistungspaketen auswählen zu können. Eine wirklich freie Wahl des Versicherungsunternehmens gibt es jedoch nur zeitlich begrenzt. Je länger man Mitglied ein und derselben Versicherung ist, desto mehr negative materielle Folgen bringt es mit sich, in ein anderes Versicherungsunternehmen überzuwechseln. In der Regel kann man seine private Krankenversicherung nur einmal auswählen, nämlich als junger Mensch. Jeder danach folgende Wechsel, insbesondere ab dem 40. Lebensjahr, wird teuer. Dies hängt mit der spezifischen Vorfinanzierungsform der auch bei Privatversicherten im Alter zunehmenden Gesundheitsausgaben zusammen, dem sog. Anwartschaftsdeckungsverfahren. Im Laufe ihrer Versicherungszeit legt ihr Versicherungsunternehmen für jeden jüngeren Versicherten bzw. eine Versicherten-Alterskohorte einen Teil der Beiträge zurück, um damit zu verhindern, daß die Beiträge älterer Versicherter, wie in der jüngsten Vergangenheit geschehen, immer höher werden und mitunter ein Mehrfaches der Beiträge für gesetzlich versicherte Ältere betragen. Diese »Altersrücklage« verliert aber eine Person komplett, die ihre Versicherung wechselt. Dies bedeutet, daß sie in dem neuen Versicherungsunternehmen hinsichtlich der Sicherung gegen eine Beitragsexplosion im Alter am Nullpunkt beginnt. Es kann sogar passieren, daß man wegen der faktisch zu kurzen Versicherungs- und »Deckungszeit« überhaupt nicht mehr von einer anderen Versicherung aufgenommen wird. Sicher ist, daß die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Versicherungsunternehmen einen hohen und evtl. nicht bezahlbaren Preis hat: Je älter eine Person ist, welche die Wahlfreiheit zwischen Privatversicherungen nutzt, desto höher ist ihr Beitrag.

In den GKV kann jedes Mitglied zum Jahresende in eine andere Kasse wechseln, die günstigere Beiträge für die gleichen Leistungen bietet oder sich mehr um ihre Versicherten kümmert.<sup>1</sup> Ein versicher-

<sup>1</sup> Diese Möglichkeit gibt es für alle Versicherungsberechtigten erst seit dem Gesundheitsstrukturgesetz, das die freie Kassenwahl seit 1996 ermöglicht. Es gibt allerdings



tenorientierter Wettbewerb ist daher in der gegliederten GKV mit freier Kassenwahl sehr viel besser möglich als in der PKV, die ihre Versicherten durch die Altersrückstände regelrecht an sich kettet. Und noch einen Vorteil bietet die GKV. Während in der PKV eine Familiengründung z. T. erheblich höhere Beiträge zur Folge hat, bleiben die GKV-Beiträge in diesem Fall wegen der automatischen Mitversicherung von Familienangehörigen konstant. Für junge, gutverdienende Singles ist der Wechsel von der GKV zur PKV mittelfristig nicht immer lukrativ. Die kurzfristig erzielten Einsparungen bei den für Jüngere günstigen PKV-Tarifen sind spätestens dann dahin, wenn Kinder mitzuversichern sind. Die müssen nämlich auch bei Elternteilen, die nicht beide in der PKV bzw. GKV sind, immer bei der PKV mitversichert werden. Und wer sich einmal in einer PKV versichert hat, kann nie wieder in die GKV zurückkehren, es sei denn, das Einkommen sinkt unter die Versicherungspflichtgrenze.

### *Mehr Aufwand in der Verwaltung*

Gerade im internationalen Vergleich kann sich der Aufwand für die Verwaltung der deutschen Gesundheitsversorgung durchaus sehen lassen (Schwartz/Busse 1994,15). Während in den USA 1989/1990 nach Abzug aller Verwaltungskosten der Versicherungen und der Krankenhäuser von 100 US \$ Krankenhausaussgaben noch 66 US \$ für die eigentliche Versorgung verbleiben, waren dies in Deutschland zum selben Zeitpunkt 88 US\$. Diese Zahlen werden in ihrer Tendenz auch durch eine internationale Vergleichsstudie der Unternehmensberatungsfirma McKinsey bestätigt (Leiter 1997). Mit anderen Worten: die Bürokratie ist im privatwirtschaftlichen System der USA fast dreimal so teuer wie im sozialen Versicherungssystem Deutschlands. Interessant ist, daß der enorm große Verwaltungskostenanteil in den USA hauptsächlich in den Krankenhausverwaltun-

immer noch Personengruppen bzw. Kassen mit Pflichtmitgliedschaft, die nicht gewechselt werden kann: die Bergleute bzw. Bundesknappschaft, Landwirte und Seeleute, die in der Landwirtschaftlichen bzw. See-Krankenkasse Zwangsmitglieder sind.

gen entsteht, die 22 % der Gesundheitsausgaben schlucken, weniger bei den Krankenversicherungen. Aber auch bei den Krankenversicherungen verzeichnet Deutschland mit 7 % einen geringeren Verwaltungskostenanteil als die USA mit 12%. Die höheren Verwaltungskosten im amerikanischen Gesundheitssystem hängen nicht zuletzt mit den unter privatwirtschaftlichen Bedingungen höheren Ausgaben für Haftpflichtversicherungen und juristische Hilfe zusammen, aber auch mit den höheren Akquisitionskosten der privaten Versicherungen.

In Deutschland hat die GKV bei den Verwaltungskosten deutlich günstigere Werte als die PKV. Der Anteil der Verwaltungsausgaben an ihren Gesamtausgaben bewegt sich in der GKV seit Beginn der 80er Jahre zwischen 4,6 % und 5,1 %, ohne daß es einen linear steigenden Trend gibt. Lediglich im Zusammenhang mit der deutschen Vereinigung haben sich vorübergehend überproportionale Erhöhungen der administrativen Kosten ergeben. Die PKV veröffentlicht als ihren vergleichbaren Wert einen Prozentsatz, der sich zwischen 3,8 % und knapp 5 % bewegt. Es scheint also zumindest ein Verwaltungskosten-Patt mit leichten Vorteilen für die PKV zu geben. Die Daten der Geschäftsberichte einzelner PKV-Unternehmen, in denen aus gesetzlichen Gründen alle Kostenbestandteile aufgeschlüsselt werden müssen, ändern das Bild schlagartig. In ihrem Geschäftsbericht für das Jahr 1996 gibt die Deutsche Krankenversicherung (DKV), die größte private Krankenversicherung, zwar eine unveränderte Verwaltungskostenquote von 3,9 % an, muß dem aber eine sog. Abschlußkostenquote in Höhe von 9,7 % hinzufügen. Da diese Ausgaben für Agenturen, Vertreter und Außendienstmitarbeiter aber eindeutig Bestandteil der Verwaltungsausgaben sind, beträgt der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an allen Ausgaben bei der DKV 1996 insgesamt mindestens 14,6 % (*Handelsblatt* v. 15. 5.1997). Da nichts dagegen spricht, daß die DKV-Aufwendungen aus dem Rahmen fallen, kann davon ausgegangen werden, daß die Bürokratie in der PKV fast dreimal so teuer ist wie der in der GKV. Auf jeden Fall gibt die GKV einen deutlich größeren Anteil ihrer Beitragseinnahmen für die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder aus als die PKV.

## **Die überforderten Kostenkontrolleure**

Den Versicherten wird mit der Privatisierung von Krankheitsrisiken die wesentliche Verantwortung für die Steuerung von Ausgaben im Gesundheitswesen zugeschoben. Ziel soll es sein, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken. Dafür werden Steuerungsinstrumente empfohlen, die aus der Praxis der PKV bereits bekannt sind:

- Selbstbeteiligung bzw. Zuzahlung der Patienten,
- Kostenerstattung statt Sachleistungen sowie
- Beitragsrückzahlungen.

Diese Maßnahmen verbessern jedoch weder die Wirtschaftlichkeit noch die Qualität im Gesundheitswesen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht haben sie nur negative Effekte: Alles wird per saldo teurer, ohne daß dem auch nur ansatzweise Qualitätsverbesserungen gegenüberstehen.

### *Wirkungslose Selbstbeteiligungen*

Die Behauptung, durch Selbstbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten könnten Ressourcen im Gesundheitswesen rational gesteuert werden, hat eine lange Tradition. Bereits Ende der 50er Jahre wurde dieses Konzept von der Adenauer-Regierung erwogen, aber wegen zu starker Proteste auch in den eigenen Reihen wieder aufgegeben. Das wiederholte sich in den 60er Jahren unter der Erhard-Regierung. Danach hat - insbesondere ab der zweiten Hälfte der 70er Jahre - jede Bundesregierung dieses scheinbare Patiententrezept zur Kostendämpfung aktualisiert. Die Vorschläge zur Form der Direktzahlung bzw. Selbstbeteiligung der Patienten als auch die Begründungen für diese Maßnahmen sind weitgehend standardisiert.

Die verschiedenen Selbstbeteiligungs- bzw. Zuzahlungsregelungen lassen sich auf drei Grundformen reduzieren:

- *Die absolute Selbstbeteiligung:* Die Versicherten bezahlen bis zu einem vorgegebenen Betrag alle Kosten, bevor die Versicherung

die Ausgaben erstattet. Dieses Modell funktioniert ähnlich wie die Kfz-Kasko-Versicherung und wird in der GKV im Arzneimittelbereich praktiziert. Hier müssen die Patienten je nach Pакkungsgröße 9 DM, 11 DM oder 13 DM selbst tragen.

- *Der Festzuschuß der Krankenversicherung:* Die Kasse übernimmt einen festen, vorher festgelegten Betrag für bestimmte Leistungen; der Rest der Zahlung wird zwischen den Leistungserbringern und Versicherten abgewickelt. Dies galt bisher etwa für Brillengestelle und ist mit der »3. Stufe der Gesundheitsreform« bei Zahnersatzleistungen eingeführt worden (siehe Kapitel 6).
- *Die prozentuale Selbstbeteiligung:* Der Patient bzw. Versicherte hat einen bestimmten Anteil der Behandlungskosten zu zahlen, z. B. 15 % bei Physiotherapie.

Der Selbstbeteiligung werden in der gesundheitsökonomischen Literatur folgende positive Eigenschaften zugeschrieben:

- *Senkung der Überinanspruchnahme:* Die Selbstbeteiligung gebe einen starken Anreiz, nur noch die wirklich erforderlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- *Dämpfung des Preisanstiegs für medizinische Leistungen:* Durch kostenbewußtes Verhalten der Patienten würden die Leistungserbringer gezwungen, ihre Dienste zu möglichst günstigen Preisen anzubieten.
- *Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens:* Bereits 1966 behauptete die von der Erhard-Regierung eingesetzte Sozialenquete-Kommission: »Wäre das Kranksein mit wirtschaftlichem Schaden verbunden, so würde ein Appell an den verzagten Menschen ausgelöst, der gesunde Gegenkräfte auslöst« (1966, 220).
- *Mitarbeit am Behandlungserfolg:* Die Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten enthalte einen Anreiz zur Mitarbeit am Behandlungserfolg. Die gesamte Einstellung zur ärztlichen Behandlung verbessere sich, wenn ein finanzieller Anreiz für die schnelle Beendigung des Behandlungsanlasses vorhanden sei.
- *Senkung der Verwaltungskosten:* Indem bei Bagatellfällen entweder der Arzt gar nicht erst aufgesucht oder die Behandlung aus eigener Tasche bezahlt werde, verringerte sich der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen.

Empirisch belegen lassen sich diese Effekte nicht. Insbesondere die Behauptung, es gäbe bessere Behandlungserfolge und gesundheitsgerechtes Verhalten werde gefördert, zeugen von wenig Sachkenntnis. Es ist unwahrscheinlich, daß sich auch nur eine Bagatellerkrankung wie eine Grippe dadurch schneller heilen läßt, daß der Patient bei den Behandlungskosten zuzahlt. Zu einer solchen Auffassung kann nur kommen, wer die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten ganz ins Belieben des Patienten stellt und überdies davon ausgeht, daß Patienten kein Interesse an einer möglichst schnellen Heilung ihres Leidens haben.

Auch die Vorstellung, die Patienten könnten durch Selbstbeteiligung dazu angehalten werden, sich den möglichst kostengünstigsten Arzt auszusuchen, ist reichlich bizarr. Hier wird den Patienten ein Verhalten unterstellt, das vielleicht beim Kauf von Konsumgütern üblich ist, aber kaum bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Herzattacken, Autounfälle und Zahnschmerzen kündigen sich nicht so rechtzeitig an, daß Patienten sich vorab über die Ärzte und Krankenhäuser informieren könnten, die gut und preiswert behandeln.

Ein wirkliches Märchen ist auch die durch Zuzahlungen angeblich zu bewirkende Senkung der Verwaltungskosten in der GKV. Das Gegenteil ist vielmehr die Regel. Der bürokratische Aufwand der Krankenkassen wächst, da sie nicht nur mit den Ärzten und Krankenhäusern, sondern auch mit den Patienten abrechnen müssen. Dieser erhöhte Aufwand findet auch dann statt, wenn die Zuzahlungen - wie etwa im Arzneimittelbereich oder im Krankenhaus - direkt an die Leistungserbringer gehen. Mitunter sind sogar die Verwaltungskosten höher als die mit der Selbstbeteiligung verbundenen Einsparungen der Krankenkassen. Ein aktuelles Beispiel dafür ist das sog. »Notopfer« von 20 DM, das die Versicherten für die Instandhaltung von Krankenhäusern als Folge des 2. GVK-Neuordnungsgesetzes zahlen müssen. Die Krankenkassen haben schon überlegt, diesen Betrag aus der eigenen Tasche zu zahlen, weil die Verwaltungskosten den einzutreibenden Betrag deutlich übersteigen.

Selbstverständlich können Selbstbeteiligungen der Patienten die

Krankenkassen kurzfristig entlasten. Diese Wirkung ist nach jedem Kostendämpfungs- oder Gesundheitsreformgesetz zu beobachten, das mit diesem Instrument operierte. Für die gesamten Gesundheitsausgaben haben Zuzahlungsregelungen jedoch den gegenteiligen Effekt: sie steigen. So monierte etwa der Hauptgeschäftsführer der CDU-Sozialausschüsse im *Handelsblatt* vom 23. 3. 1992 den Effekt der mit der Gesundheitsreform von 1989 beschlossenen drastischen Erhöhung der Zuzahlungen bei Zahnersatzleistungen: »Dort ist die Selbstbeteiligung am höchsten, aber auch die Leistungsausweitung am stärksten. Warum? Weil die Zahnärzte in diesem Bereich die Kontrolle der Kassen nicht mehr fürchten müssen, da die Versicherten zahlungspflichtig sind. Deshalb langen sie gnadenlos zu.« Das Gesundheitswesen ist eben ein Anbietermarkt, wo die Selbstbeteiligung per saldo Ausgabensteigerungen zur Folge hat. Die Anbieter sehen in der kurzfristigen Entlastung der GKV-Haushalte ein Signal für größere finanzielle Spielräume, die es über Mengenausweitungen bzw. Preiserhöhungen auszuschöpfen gilt. Das erklärt auch, weshalb die Pharmaindustrie oder die konservative Ärztevereinigung »Hartmannbund« sich schon immer für die Selbstbeteiligung ausgesprochen haben.

Ein Widerspruch in sich ist das Schlagwort von der »sozial verträglichen Selbstbeteiligung«. Seit Jahren wird von verschiedenen Wissenschaftlern für die Begründung der These, Selbstbeteiligung habe eine positive, auch in sozialer Hinsicht nicht abträgliche Steuerungswirkung, eine Untersuchung aus den USA herangezogen, das »RAND Health Insurance Experiment«<sup>1</sup>. An dieser zwischen 1974 und 1982 durchgeführten Studie waren 5814 Personen in 2005 Familien beteiligt. Diese Personen konnten in einem Auswahlverfahren zwischen verschiedenen Selbstbeteiligungstarifen für eine Reihe gesundheitlicher Versorgungsleistungen wählen. Diese reichten von einem Tarif ohne jede Zuzahlung bis zu einem Tarif mit nahezu völliger Selbstbeteiligung. Auf den ersten Blick scheinen die Ergebnisse dieses Experiments eine positive Wirksamkeit der Selbstbeteiligung zu belegen. Die gesamten Gesundheitsausgaben, und nicht

1 Vgl. hierzu Newhouse 1983 und 1987 sowie zusammenfassend Rau 1992.

nur die der Krankenversicherung, waren bei einer Selbstbeteiligung von z. B. 25 % um 19 % niedriger als bei 100 %igem Versicherungsschutz. Dabei handelt es sich jedoch um Durchschnittszahlen, die nichts über die sozialen Bezüge aussagen. Berücksichtigt man die Einkommensstruktur der Teilnehmer dieses Experiments, dann zeigt sich deutlich, daß die Kosteneinsparungen in erster Linie bei den sozial Schwachen erzielt wurden, hier also ein eindeutiger Selektionseffekt vorliegt. Es zeigt sich, daß die Selbstbeteiligung dem Versuch gleichkommt, den Teufel - d.h. Überinanspruchnahme und Mengenausweitungen - mit dem Beelzebub auszutreiben, d. h. Unterinanspruchnahme mit entsprechenden gesundheitlichen Risiken.

Daran ändern auch die im Leistungsrecht der GKV vorgesehenen Härtefallregelungen nichts, die Einkommensschwache ganz und chronisch Kranke teilweise von Zuzahlungen befreien. Da die dadurch für Krankenkassen entstehenden Kosten nicht über den Risikostrukturausgleich (RSA) kompensiert werden, führt dies zu hohen Belastungen für Kassen mit einer sozial schwachen und/oder gesundheitlich problematischen Versichertenstruktur. Die AOK, die im Westen 65 % und im Osten sogar 79 % der Härtefälle zu tragen haben, könnten ihre Beitragssätze deutlich niedriger gestalten, wenn die Härtefallregelung ein Ausgleichstatbestand im RSA wäre.

Alles in allem ist also die Selbstbeteiligung ein denkbar ungeeignetes Instrument, um die wirtschaftlichen Probleme des Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen. Diese Erkenntnis hat bereits vor fast 20 Jahren der damalige Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen Ulrich Geißler (1980, 55) treffend zusammengefaßt:

- »1. Geringe Kostenbeteiligungen weisen - außer dem statistischen Entlastungseffekt der GKV - keine weiteren nennenswerten Effekte auf.
2. Hohe Kostenbeteiligungen haben einen - zumindest kurzfristigen - Kostendämpfungseffekt, dafür aber problematische gesundheitliche und verteilungspolitische Wirkungen.
3. Die Kostenbeteiligung setzt am Patienten an, obgleich die Kostenexpansion gegenwärtig primär von Kostenfaktoren getra-

gen wird, die dem Sachverstand und Einfluß des Patienten nur begrenzt zugänglich sind.«

Das weiß auch Gesundheitsminister Seehofer, der im Mai 1995 auf dem Deutschen Ärztetag in Stuttgart noch verkündete: »Ich halte die Selbstbeteiligung der Versicherten für ausgereizt. Selbstbeteiligung hat keine Steuerungswirkungen, sondern ist eine reine Einnahmehbeschaffung. Wenn jemand Einnahmen beschaffen will, ist es zu tiefst unsozial, daß er die Kranken und chronisch Kranken belastet.«

### *Undurchsichtige Kostenerstattung*

Das Instrument der Kostenerstattung bedeutet, daß der Arzt mit dem Patienten persönlich abrechnet, letzterer sich von der Krankenkasse den entsprechenden Betrag erstatten läßt. Dies ist ein in der PKV und dem Beihilfesystem für Beamte übliches Verfahren. Die GKV hingegen basiert im wesentlichen auf dem Sachleistungsprinzip, d.h. die Versicherten erhalten medizinische Behandlung ohne eigene Abrechnung; letztere ist alleinige Angelegenheit zwischen Arzt bzw. Krankenhaus und der Kasse bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung.

Mittlerweile hat dieses Instrument aber auch als Wahlleistung oder normales Verfahren (bei Zahnersatz) Eingang in die GKV gefunden. Viele erhoffen sich von einer breiteren Anwendung der Kostenerstattung positive Effekte, u.a. mehr Transparenz über Art und Kosten für die Patienten.

Damit wird der Patient jedoch in die Rolle des Kostenkontrolleurs gedrängt, die ihn völlig überfordert. Wenn schon der Staat und die Krankenkassen Probleme haben, für Kostentransparenz zu sorgen, wie soll das der Versicherte bewältigen? Wer ist schon in der Lage zu beurteilen, ob der Arzt wirklich die richtige Gebührensatznummern für seine Leistungen notiert hat, von denen es in der Gebührenordnung für Privatpatienten (GOÄ) 6018, in dem für die GKV geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sogar 7239 gibt? Woher soll außerdem ein Patient wissen, ob die vom Arzt in Rechnung gestellte Zusammenstellung der Leistungen überhaupt



statthaft ist, wo es doch Gebührenpositionen gibt, die nur einmal in einem bestimmten Zeitraum oder nicht in zeitlichem Zusammenhang mit anderen Positionen abgerechnet werden dürfen? Wer, außer Experten der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, weiß, was sich hinter der »Ordinationsgebühr« oder einer »Konsiliarpauschale« verbirgt?<sup>1</sup>

Hinzu kommt noch ein weiterer in verschiedenen Untersuchungen bestätigter Effekt. Mangels anderer Maßstäbe halten Patienten eher die Leistung für die beste, die am teuersten ist. Die herrschenden Gebührenordnungen wirken da sogar noch verstärkend, da es sich bei den einzelnen Gebühren um recht niedrige Beträge handelt und erst in der Summe die tatsächlichen Behandlungskosten sichtbar werden.

Interessant ist, daß die PKV immer mehr auf dem Wege ist, das bei ihr geltende Kostenerstattungsprinzip durch ein Quasi-Sachleistungsprinzip zu ersetzen. Die PKV-Versicherten werden zunehmend mit einer Chipkarte ausgestattet, die ihnen - wie bei der Chipkarte der GKV - die direkte Abrechnung mit den Ärzten erspart und dieses mühselige Geschäft ihrer Versicherung überläßt.

### *Aufwendige Beitragsrückzahlung*

In verschiedenen Kassenarten der GKV wurde das Instrument der Beitragsrückzahlung zunächst modellhaft, nunmehr als Wahlleistung eingeführt. Bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen wird maximal ein Monatsbeitrag erstattet. Die Modellversuche wurden wissenschaftlich begleitet, so daß über die Effekte der Beitragsrückzahlung gesicherte Ergebnisse vorliegen. Und die sehen wie folgt aus (Schmidt, Malin 1996):

<sup>1</sup> Die »Ordinationsgebühr« ist eine Art Grundpauschale, die je Behandlungsfall gezahlt wird. Sie ist bei Rentnern in der Regel höher als bei den anderen Versicherten. Außerdem unterscheidet sie sich bei den einzelnen Fachdisziplinen. Die »Konsiliarpauschale« wird ebenfalls je Behandlungsfall gezahlt. Mit ihr werden u. a. Dokumentationen, Befundmitteilungen bzw. Arztbriefe oder Besprechungen der Untersuchungsergebnisse mit dem überweisenden Arzt abgegolten.

148 Eigenverantwortliche Patienten?

- Es gab keine meßbaren Veränderungen des Versichertenverhaltens und damit keine finanziellen Einsparungen. Weder ging die Anzahl von sog. Bagatell-Inanspruchnahmen zurück noch stieg der Anteil der Versicherten, die überhaupt keine oder nur in geringem Umfang Leistungen beanspruchten.
- Die Verwaltungskosten stiegen um umgerechnet 0,2 Beitragssatzpunkte.
- 36 % der Mitglieder dieser Kassen konnten in den fünf Jahren des Projektverlaufes mindestens in einem Jahr profitieren. Nur 4 % kamen in jedem Jahr in den Genuß der Beitragsrückzahlung.
- Unter den Nutznießern befinden sich in erster Linie gutverdienende, alleinstehende und jüngere Männer, äußerst selten Mitglieder mit Familie, Geringverdiener, ältere und weibliche Versicherte.

Die Beitragsrückzahlung hat vor allem negative Effekte für die GKV, die zu einer Entsolidarisierung der Versicherten führen. Kosten werden dadurch in keiner Weise gespart. Im Gegenteil, es drohen höhere Beiträge durch den Verlust von Einnahmen von den Gutverdienenden, die auch nicht annähernd durch erhoffte, aber nicht eingetretene Verringerung von Leistungsausgaben kompensiert werden konnten. Die GKV lebt von einem solidarischen Ausgleich von Gesunden zu Kranken. Die Beitragsrückzahlung sägt an diesem ordnungspolitischen Eckpfeiler.