
Zur ökonomischen Effizienz des Selbstbehaltes in der Krankenversicherung

Dieter Bichlbauer

I. Steuerungsdefizite in der sozialen Krankenversicherung

Betrachtet man die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der sozialen KV nach dem ASVG¹ (siehe Tab. 1), so zeigt sich, daß die Ausgaben trotz korrigierender Eingriffe – vorwiegend auf der Einnahmenseite – den Einnahmen wieder davonlaufen.

Tab. 1

	Einnahmen			Ausgaben	
1965	5,932.204	100.00		5,763,761	100,00
1966	6,301.627	106.22		6,180.615	107.23
1967	6,653.379	112.15		6,705.810	116.34
1968	7,593.908	128.01		7,486.782	129.89
1969	8,495.585	143.21		8,382.859	145.44
1970	9,038.037	152.35		9,074.739	157.44
1971	10,597,644	178.64		10,202.495	177.01
1972	11,494.801	193.76		11,392.658	197.66
1973	13,436.462	226.50		12,727.554	220.82
1974	15,783.137	266.05		15,748.504	273.23
1975	17,393.614	293.20		17,803.786	308.89
1976	19,508.329	328.85		20,437.698	354.58
1977	22,244.173	374.97		22,090.403	383.26
1978	25,313.077	426.70		24,776.886	429.87

Folgende Beispiele verdeutlichen die kurzfristige Wirksamkeit der Steuerungsmaßnahmen auf der Einnahmenseite:

So wurde nach einem Defizit im Jahr 1967 (Einnahmen : Ausgaben = 0,99) die Höchstbeitragsgrundlage um 20 Prozent (von 3000 auf 3600) erhöht. Bereits im Jahr 1970 ergab sich die nächste defizitäre Gebahrung (0.995), die 1971 wiederum mit einer Anhebung der Beitragsgrundlage um 20 Prozent (von 4050 auf 4800) beantwortet wurde.

Die Erhöhung des Beitragssatzes von 7,3 auf 7,5 Prozent für Arbeiter und von 4,8 auf 5 Prozent für Angestellte mit Wirkung 1. Jänner 1974 (29. Novelle ASVG) und die Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes² konnte die defizitäre Gebahrung in den Jahren 1975 und 1976 nicht verhindern, an der vor allem die starke Dynamik der Ausgabenentwicklung einen bedeutenden Anteil hatte.

Insgesamt wurden lediglich in den Jahren 1961, 1962, 1964, 1970 und 1972 keine Änderungen der Beitragshöhe (Prozentsatz der Beitragsgrundlage) und der Höchstbeitragsgrundlage vorgenommen³.

Auf dem Gebiet des Leistungswesens stehen folgende Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung:

1. Änderungen im Leistungsrecht:

- durch Änderung bestehender gesetzlicher Bestimmungen (z. B. Wegfall der zeitlichen Begrenzungen für Anstaltspflege, 18. Novelle ASVG);
- durch Aufnahme neuer Leistungen (z. B. Gesundenuntersuchung, 29. Novelle ASVG)
- und Wegfall von Leistungen⁴ (z. B. Krankengeld durch EFZG).

Tatsächlich hat das Leistungsrecht seit der Wirksamkeit des ASVG keine wesentlichen Änderungen erfahren, so daß hier von Steuerungsmaßnahmen nicht gesprochen werden kann.

2. Einflußnahme auf die Erbringung von Leistungen durch die Anbieter. Während im stationären Gesundheitswesen die KV hier keinen Einfluß hat, sind die Einflußmöglichkeiten im ambulanten Gesundheitswesen durch Verträge der KV mit den Vertragspartnern (Ärzte, Apotheker, Hebammen etc.) gegeben.

Im Mittelpunkt dieses Beitrages werden die Ausgaben für die niedergelassenen Vertragsärzte stehen, deren Leistungserbringung durch Gesamtvertrag (zwischen GKK und Landesärztekammer), Einzelvertrag (zwischen GKK und Arzt) und der Honorarordnung (zwischen GKK und Landesärztekammer) geregelt ist.

3. Einflußnahme auf den Konsum von Leistungen durch Kostenbeteiligung, Kontrolle (z. B. durch chefürztl. Dienst der KV) und durch sekundäre Prävention (Früherkennung durch Gesundenuntersuchung).

Eine Kostenbeteiligung gibt es in der KV nach dem ASVG lediglich in den Medikamentengebühren (15 Schilling pro Medikament) und bei der Spitalspflege für Mitversicherte (10 Prozent).

Insgesamt herrscht gerade auf dem Gebiet der Leistungserbringung und des Leistungskonsums ein Informationsdefizit, sodaß kaum Steuerungsstrategien entwickelt werden können. Dieses Informationsdefizit läßt sich sicherlich aus der paradoxen Situation erklären, daß die KV zwar einen immensen Einfluß auf die Verteilung von Gütern und

Leistungen im Gesundheitswesen hat, sich aber um die gesundheitspolitische und ökonomische Effizienz dieser Verteilung nie ernsthaft gekümmert hat. Es soll hier keineswegs behauptet werden, daß dies in den Instituten nicht erkannt wird. So hatte Dr. Weißenberg als Präsident des Hauptverbandes 1970 anlässlich des Beginns der Krankenversicherungsenquête betont, daß es in Wahrheit nicht um „die Reform der Krankenversicherung, sondern die zeitgemäße Neuordnung unseres Gesundheitsdienstes“, geht⁵.

Nur leider hatte die Erkenntnis nicht die entsprechenden Konsequenzen, nämlich die Effizienz von Produktion und Konsum von Gesundheitsgütern untersuchen zu lassen. Dies hängt sicherlich auch damit zusammen, daß das Selbstverständnis der KV weitgehend juristisch und fiskalisch und nicht so sehr gesellschafts-(gesundheits-)politisch orientiert ist.

II. Produktion und Konsum im Bereich der ärztlichen Dienstleistungen

Die Bestimmung und damit die Abgrenzung von Produktion und Konsum im Bereich der ärztlichen Dienstleistungen ist insofern problematisch, als hier das „*uno actu*“-Prinzip gilt. Dies bedeutet, daß die Erbringung der Dienstleistung immer nur in Anwesenheit, verbunden mit einer gewissen Zusammenarbeit mit dem Konsumenten, erbracht werden kann.

In der Güterproduktion, in der Produktion und Konsum unabhängig voneinander erfolgen, hat der Käufer die Chance, aufgrund seines Wissens bzw. mittels zu Rate gezogener Expertise, seine Entscheidung zu treffen.

Eine völlig andere Situation ist gegeben, wenn der Konsument als Patient ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen möchte.

Eine Vorinformation über das Produkt ist nicht möglich, da

- a) dieses ja erst an Ort und Stelle erbracht wird und
- b) der Patient in den allermeisten Fällen wohl die Symptome, nicht aber die Ursachen kennt.

Eine Ausnahme bilden in diesem Fall jene Patienten, die wegen einer chronischen Krankheit immer wieder zum Arzt gehen müssen.

In der Literatur zur Ökonomie des Gesundheitswesens wird daher übereinstimmend von einer Konsumentenunwissenheit („*consumer ignorance*“) gesprochen. Fast alle Wissenschaftler teilen die Auffassung, daß der Patient wohl für die *Inanspruchnahme*, also für den Arztbesuch, nicht aber für das *Leistungsvolumen* pro Inanspruchnahme verantwortlich ist. Das Letztere ist voll der Produktionsseite zuzurechnen, da es eindeutig vom Arzt bestimmt wird⁶.

III. Operationalisierung, Bestimmung der Maßgrößen, Methodik

Versucht man nun den Einfluß von Produktion und Konsum, deren begriffliche Abgrenzung im vorigen Abschnitt erfolgt ist, zu berechnen, so sind folgende Zwischenschritte notwendig:

- a) Festlegung der Indikatoren
- b) Festlegung der methodischen Vorgangsweise für die Berechnung des Einflusses

ad a) Die jährlichen Ausgaben der KV für die niedergelassenen Vertragsärzte werden in einem Formular veröffentlicht, das eine Zusammenfassung der Formulare K 30 a der KV-Träger nach dem ASVG (Ärztelkostenstatistik) ist⁷. Dieses Formular enthält in seiner Fassung

- a) die Zahl der Fälle (Krankenscheine) im Jahr
- b) die abgerechneten Beträge (das sind die Ausgaben für die Vertragsärzte)
- c) den Betrag pro Fall (Krankenschein)
- d) Betrag pro Arzt

Sämtliche Posten sind nach Bundesländer und Ärztegruppen (Praktischer Arzt, Facharzt, Sonstige Fachärzte [d. s. Röntgenärzte, Physikal-Therapien und Laboratorien] gegliedert. Die abgerechneten Beträge (b) lassen sich aus der Multiplikation aus a) und c) gewinnen.

Als Indikator für die *Produktionskosten* kann nun der *Betrag pro Fall* (Pkt. c) herangezogen werden. Dieser ist der Aufwand, den die KV für das *durchschnittliche Leistungsvolumen* pro Inanspruchnahme zu bezahlen hat. Der Indikator entspricht daher weitgehend der Definition und kann eine hohe Gültigkeit beanspruchen.

Die Zahl der Fälle ist die Summe, die aus der Häufigkeit der Inanspruchnahme (besagt nur die Anzahl der abgegebenen Krankenscheine) und der Anzahl der Überweisungsscheine errechnet wird.

Da im Sinne der Definition des Konsums als Inanspruchnahme die Überweisungsscheine nur bedingt dem Konsum zuzurechnen sind, handelt es sich hier um eine Überschätzung des Konsums. Unter Berücksichtigung dieser Verzerrung hat der Indikator „Zahl der Fälle“ trotzdem im Rahmen dieser Fragestellung Gültigkeitsanspruch.

Die Berechnung des Produktions- und Konsumeffektes soll nun an Hand der Zahlen für das gesamte Bundesgebiet im Zeitraum 1965 bis 1979 veranschaulicht werden.

Tabelle 2:

Österreich			
	Betrag	Zahl der Fälle	Betrag pro Fall
1965	1,133,131.785	15,529.385	72.97
1979	4,855,360.073	19,596.719	247.76
Steigerungsrate (1979 : 1965)	4.2849	1.2619	3.3953
Logarithmus der Steigerungsrate	0.6319	0.1010	0.5308
Produktionseffekt: $0.5308 : 0.6319 = 84$ Prozent			
Konsumeffekt: $0.1010 : 0.6319 = 15.98$ Prozent			

Da zwischen dem Produktions- und Konsumeffekt eine additive, zwischen den Steigerungsraten aber eine multiplikative Beziehung besteht (das Produkt der Steigerungsraten der Zahl der Fälle und des Betrags pro Fall ist gleich der Steigerungsrate des Betrags), müssen die Logarithmen der Steigerungsraten gebildet werden, zwischen denen ebenfalls eine additive Beziehung besteht. Aus den Logarithmen kann dann der Produktions- und Konsumeffekt errechnet werden.

IV. Der Selbstbehalt als Steuerungsinstrument im Bereich der ambulanten ärztlichen Dienstleistungen

Derzeit werden in der gesetzlichen KV ambulante ärztliche Dienstleistungen im Versicherungsfall der Krankheit auf folgendem Wege gewährt:

- a) als Sachleistung (KV nach dem ASVG)
- b) als Sachleistung mit Kostenbeteiligung (z. B. VA der öffentlich Bediensteten)
- c) Kostenerstattung (KV der gewerblichen Selbständigen, KV der Bauern)

Die drei Methoden unterscheiden sich nicht nur in der Selbstbeteiligung durch den Versicherten, sondern auch in der Art und Weise, wie der Versicherte mit dem Preis für die ärztlichen Dienstleistungen konfrontiert wird. Während er beim Sachleistungssystem mit der Bezahlung der ärztlichen Dienstleistung nicht konfrontiert wird und daher den Preis nicht kennt, bekommt er beim Kostenbeteiligungssystem die Abrechnung für einen bestimmten Zeitraum mit einer Zahlungsvorschreibung von ca. 20 Prozent des Betrages zugeschickt. Im Kostenerstattungssystem bezahlt der Versicherte selbst und erhält dann einen Teil zurück.

Ziel der Selbstbeteiligung ist nicht so sehr, dem Versicherungsinstitut zusätzliche Einnahmen zu verschaffen, sondern Ausgaben zu vermeiden. Die Selbstbeteiligung soll das Verhalten des Versicher-

ten dahingehend steuern, daß ungerechtfertigte Inanspruchnahmen bzw. Bagatellfälle vermieden werden.

Der Einsatz der Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument beruht auf dem ökonomischen Grundgedanken des Zusammenhanges zwischen Preis und Nachfrage. Demzufolge führt die Kostenfreiheit eines Gutes zu einer Erhöhung der Nachfrage, während sie sich verringert, wenn der Preis des Gutes steigt.

Es läßt sich allerdings nachweisen, daß im Gesundheitswesen diese ökonomischen Modellannahmen kaum zutreffen. So betrug 1977 die Beteiligung an der Gesundenuntersuchung bundesweit lediglich 6,7 Prozent der Zielpersonen (Frauen ab 30, Männer ab 45 Jahren), obwohl es sich hier um eine kostenfreie Dienstleistung handelt⁸. Auch in der BRD wurde eine niedrige Beteiligung registriert⁹.

Im folgenden Abschnitt soll an Hand der Daten der Ärztekostenstatistik untersucht werden, welcher Einflußspielraum für den Selbstbehalt für vertragsärztliche Leistungen vorhanden ist. Zu diesem Zweck wurde der Produktionseffekt und insbesondere auch der Konsumeffekt quantitativ bestimmt, da ja gerade der letztere das potentielle Wirkungsfeld des Selbstbehaltes darstellt.

V. Ergebnisse

In Tabelle 2 wird der Produktions- und Konsumeffekt und die Zunahme der Zahl der Fälle von 1965 auf 1979 für Österreich und die Bundesländer dargestellt:

Tab. 3:

	Produktions- effekt	Konsum- effekt	Fallzahl- zunahme in Prozent
Österreich	84.92	15.98	26
Wien	88.83	11.16	17
NÖ	86.94	13.05	21
Bgld.	79.66	20.34	34
OO	81.58	18.41	30
Stmk.	85.95	14.04	19
Kärnten	84.56	15.43	27
Salzburg	71.36	28.63	57
Tirol	75.39	24.60	46
Vorarlberg	75.35	24.65	49

Aus der Tabelle sind zwei Ergebnisse zu entnehmen:

1. Der Produktionseffekt ist selbst in den Bundesländern wesentlich höher, in denen der Konsumeffekt relativ hoch ist (z. B. Vorarlberg)
2. Der Konsumeffekt ist natürlich in jenen Bundesländern besonders

hoch, die eine hohe Fallzahlzunahme aufweisen. Hier ist ein starkes West-Ost-Gefälle festzustellen.

Nun ist aber im Sinne des Selbstbehaltes als Steuerungsinstrument eine Zunahme des Konsums aufgrund der Zunahme der Anspruchsberechtigten keineswegs abzulehnen. Der Konsumeffekt ist daher von dem Effekt zu bereinigen, der von der Zu- oder Abnahme der Versichertenzahl ausgeht. Denn der Selbstbehalt zielt ja auf das Verhalten des Versicherten, nicht aber auf den Konsumanstieg, der durch die Erhöhung der Versichertenzahl entsteht.

Korrigiert¹⁰ man nun für das Bundesgebiet den Konsumeffekt um den Anstieg der Versichertenzahl¹¹ (von 1965 auf 1979), so wird der Konsumeffekt von 15.98 auf 5.80 verringert. Dies bedeutet eine Reduktion um 63 Prozent. Damit ist bewiesen, daß die globale Entwicklung des Konsumeffektes in erster Linie vom Anstieg der Versichertenzahl und nicht von der verstärkten Inanspruchnahme abhängt.

Es wurde bereits erwähnt, daß der Indikator „Zahl der Krankenscheine“ insofern den Konsum überschätzt, als er auch die Anzahl der Überweisungsscheine miteinbezieht, die nicht auf der unmittelbaren Inanspruchnahme durch den Versicherten, sondern auf der Entscheidung des Arztes beruhen. In der Tab. 3 werden daher Produktions- und Konsumeffekt nach den drei Ärzteguppen – praktische Ärzte, Fachärzte und techn. Fachärzte – (Röntgenologen, Physiotherapeuten, Laborärzte) für das Bundesgebiet berechnet.

Tab. 4:

Praktische Ärzte		Fachärzte (allgem.)		Fachärzte (techn. Fächer)	
Prod.	Eff. Konsumeff.	Prod.	Eff. Konsumeff.	Prod.	Eff. Konsumeff.
91.78	8.18	69.03	30.97	65.35	34.64

Aus der Tabelle geht deutlich hervor, daß der Konsum bei den technischen Fachärzten am höchsten ist, bei den praktischen Ärzten am geringsten. Dies bedeutet aber, daß der Konsum dort am höchsten ist, wo er vom Patienten am geringsten beeinflußt werden kann. Denn der Versicherte kann die Leistungen dieser Ärzte nur über Entscheidung des praktischen Arztes oder des Facharztes beanspruchen. Dieser Konsum, der eigentlich nach der Definition im Abschnitt II gar keiner ist, ist einer direkten Steuerung durch den Selbstbehalt entzogen.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. In der Krankenversicherung der unselbständig Erwerbstätigen nach dem ASVG beträgt der durchschnittliche jährliche Produktionseffekt das Fünffache des Konsumeffektes (84 gegenüber 15.98).
2. Der Konsumeffekt wird von der Entwicklung der Versichertenzahl im wesentlich stärkeren Ausmaß beeinflusst als durch die Inanspruchnahme seitens der Versicherten. Nach Bereinigung vom Effekt, der von der Entwicklung der Versichertenzahl ausgeht, nimmt der Konsumeffekt um 63 Prozent ab.
3. Untersucht man den Konsum- und Produktionseffekt bei den drei Ärzteguppen, so zeigt sich, daß der Konsumeffekt bei den Ärzten der technischen Fächer am höchsten ist. Dieser Konsum wird aber nur zum geringsten Teil vom Patienten selbst beeinflusst, sondern beruht auf der Entscheidung des Arztes.

Aus den Punkten 1 und 2 folgt, daß der Steuerung des Konsums durch den Selbstbehalt sehr enge Grenzen gesetzt sind. Nach den vorliegenden Zahlen über die letzten 15 Jahre könnte durch Selbstbehalt lediglich ca. 6 Prozent der Gesamtausgaben für vertragsärztliche Leistungen beeinflusst werden. Damit würde der Selbstbehalt die Aufwandssteigerung verhindern, die durch die verstärkte Inanspruchnahme entsteht.

Es steht daher fest, daß selbst, wenn der Selbstbehalt das Versicherungsverhalten in der intendierten Form beeinflusst, was noch keineswegs bewiesen ist, der ökonomische Effekt jedoch sehr gering wäre. Außerdem ist zu bedenken, daß auch die 6 Prozent noch eine Überschätzung des Konsumeffektes darstellen, da auch der korrigierte Konsumeffekt nicht von den Überweisungsscheinen bereinigt ist. Um ökonomisch wirksam zu werden, müßte durch den Selbstbehalt auch die Kostensteigerung großteils kompensiert werden, die durch die Entwicklung der Versichertenzahl entsteht, was aber auch von der Intention des Selbstbehaltes her nicht erwünscht ist.

Aus den Ergebnissen geht eindeutig hervor, daß das Steuerungsinstrumentarium vor allem im Produktionsbereich auszubauen wäre. Dem stehen allerdings zwei Schwierigkeiten entgegen:

- a) Es gibt zu wenig Informationen, aus denen Steuerungsstrategien abgeleitet werden könnten;
- b) Konsequente Steuerungsstrategien im Produktionsbereich würden höchstwahrscheinlich auf heftigsten Widerspruch seitens der Interessenvertretung der Ärzte stoßen.

Da in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Interesse an einem derartigen Konflikt besteht, wird auch in der nächsten Zeit kaum eine radikale Änderung der Honorarpolitik angestrebt werden.

Das wesentliche Ergebnis der Studie ist nicht so sehr die Tatsache, daß der Produktionseffekt höher als der Konsumeffekt ist. Erstaunlich ist vielmehr das Faktum, daß der korrigierte Konsumeffekt derart gering ist, daß er kaum ein Steuerungspotential bietet.

Anmerkungen

- 1 Gebiets- und Betriebskrankenkassen und Versicherungsanstalt des österr. Bergbaus
- 2 Dieses bewirkte eine Verminderung des Beitragssatzes für die betroffenen Arbeiter auf 6,3 Prozent.
- 3 Mit der Dynamisierung der Höchstbeitragsgrundlage (19. Novelle ASVG) ergibt sich automatisch eine Erhöhung nach dem Lohnniveau.
- 4 Einen wesentlichen Eingriff auf der Ausgabenseite stellt das Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) dar, das die KV von der Krankengeldzahlung für den weitaus größten Teil der Versicherten enthebt.
- 5 „Somit komme ich wieder zur gesellschaftspolitischen Bedeutung der Krankenversicherung zurück. Worum es nach meiner Auffassung heute in Wahrheit geht, ist nämlich nicht die Reform der Krankenversicherung, sondern die zeitgemäße Neuordnung unseres Gesundheitsdienstes. Angefangen von den Krankenanstalten bis zur ärztlichen und medikamentösen Versorgung der Bevölkerung müssen zunächst den heutigen Verhältnissen angepaßte neue Wege gefunden werden, und dann gilt es, dieses System auf die bestmögliche, aber auch billigste Art den Versicherten durch die Krankenversicherung zugänglich zu machen.“ (Stenographisches Protokoll der Enquete über die soziale Krankenversicherung, veranstaltet vom Bundesministerium für soziale Verwaltung, 16. Nov. 1970, S. 53 f.)
- 6 Siehe dazu: Weißenböck H., Studien zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssystemen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1974; Radner A., Strukturprobleme der Krankenversicherung, Linz 1979; Griesewell G., Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, H. 4, Jg. 1977
- 7 Sofern nicht ausdrücklich andere Quellen angeführt sind, basieren sämtliche Berechnungen auf den Daten der Ärztekostenstatistik.
- 8 Gesundenuntersuchung der österr. Sozialversicherung, in Schriftenreihe des Forschungsinstitutes für Soziale Sicherheit, Nr. 6, S. 43
- 9 Griesewell, a. a. O.
- 10 Für die Berechnung des korrigierten Konsumeffektes wird die gleiche Rechenmethode wie für den Produktions- und Konsumeffekt verwendet. Es wird lediglich der Betrag durch die Zahl der Fälle, die Zahl der Fälle durch die Zahl der Fälle pro Versicherten und die Kosten pro Fall durch die Versichertenzahl ersetzt.
- 11 Eigentlich müßte auch die Zahl der Mitversicherten berücksichtigt werden, da ja auch diese anspruchsberechtigt sind. Es gibt keine Angaben über die Zahl der Mitversicherten im Statistischen Handbuch der österr. Sozialversicherung.