ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Kaiser, Arvid

Working Paper

Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung: Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU

Arbeitspapiere für Staatswissenschaft, No. 6

Provided in Cooperation with:
University of Hamburg, Department of Socioeconomics

Suggested Citation: Kaiser, Arvid (2003) : Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung: Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU, Arbeitspapiere für Staatswissenschaft, No. 6, Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik (HWP), Hamburg

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/27074

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Arbeitspapiere für STAATSWISSENSCHAFT

Nr. 6

Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung
Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU

von

Arvid Kaiser

Dezember 2003

Working Papers on ECONOMIC GOVERNANCE

Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik
HWP

Die Arbeitspapiere für STAATSWISSENSCHAFT/ Working Papers on ECONOMIC GOVERNANCE' werden in unregelmäßiger Folge vom Lehrstuhl ‚Finanzwissenschaften' an der HWP – HAMBURGER UNIVERSITÄT FÜR WIRTSCHAFT UND POLITIK ausschließlich in elektronischer Form herausgegeben:

Prof. Dr. Arne Heise
HWP
Von-Melle-Park 9

20146 Hamburg

Tel.: -49 40 42838 2209
e-mail: HeiseA@hwp-hamburg.de

Verzeichnis aller Arbeitspapiere und anderer Veröffentlichungen/ List of all working papers and other publications:
www.hwp-hamburg.de/fach/fg_vwl/DozentInnen/heise/Materials/heise-downlds.htm

Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung – Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU*

1. Einleitung

1.1. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit schließt an eine theoretische Erörterung zur Verteilungswirkung, Effektivität und Effizienz finanzieller Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung (*Kaiser* [2003]) an. Diese Arbeit stand unter der Fragestellung, ob Selbstbeteiligung ein geeignetes Instrument zur Kostendämpfung sein könne. Zunächst ist nach der Zielsetzung des Einsatzes von Selbstbeteiligung zu differenzieren. Eine Steuerungswirkung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird durch die Reduzierung des so genannten ‚Moral Hazard', einer durch den Versicherungsschutz induzierten nicht notwendigen Nachfrage, erhofft. Andererseits ist mit der Verlagerung der Kosten von der kollektiven (Versicherung bzw. Staat) auf die individuelle (Patienten) Ebene die Aussicht auf die Gewinnung zusätzlicher Einnahmen für das Gesundheitssystem verbunden. Obwohl Nachfrage- und Einnahmeeffekt häufig in einem Zusammenhang genannt werden, stehen beide Ziele zueinander in Konflikt: Je stärker die Nachfrage reduziert wird, desto geringer wird auch die Basis für Einnahmen durch Selbstbeteiligung.
Insofern das Ziel der Nachfragesteuerung angesprochen ist, entstehen Schwierigkeiten einerseits durch die Anforderung, dass die Selbstbeteiligungshöhe eine Spürbarkeitsschwelle in Relation zum verfügbaren Einkommen der Patienten überschreiten muss, andererseits durch den angesichts von Informationsdefiziten und Anbieterdominanz besonders bei sekundären Leistungen wie Arzneimitteln, fachärztlicher oder stationärer Behandlung nur begrenzt vorhandenen Einfluss der Patienten auf ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Sehr wahrscheinlich betrifft die Einschränkung der Nachfrage zuerst diejenigen Patienten, die einen hohen Anteil ihres Einkommens für die Selbstbeteiligung aufwenden müssen – Arme und Kranke. Wenn es um den Einnahmeeffekt geht, kann Selbstbeteiligung vermittels erhöhter Preise und Einkommen der Leistungsanbieter effizient sein[1], wirkt aber als „Krankensteuer"[2] auch bei geringer Höhe schon sozial selektiv. Daher lautete das Fazit dieser Arbeit, Selbstbeteiligung sei als Instrument der Kostendämpfung entweder unwirksam oder sozial schädlich. Im zweiten Fall ist auch die Effizienz des Versorgungssystems gefährdet. Wenn die Nachfrageminderung auch notwendige Leistungen betrifft, kann sich als Effekt der Selbstbeteiligung der Gesundheitsstatus der betroffenen Patientengruppen verschlechtern – möglicherweise mit der Folge langfristig steigender Gesundheitsausgaben bzw. gesamtwirtschaftlicher Einbußen[3].
Gleichzeitig wurde jedoch auch die Notwendigkeit einer Differenzierung bezüglich der konkreten Wirkung einzelner Selbstbeteiligungsmechanismen, unterschieden beispielsweise nach Anreizstruktur, nach Zielgruppe oder nach betroffenen Leistungsarten, angemerkt. Zudem führt, unabhängig vom wissenschaftlichen Urteil über deren Angemessenheit, bei einer Betrachtung der in Europa vorhandenen Gesundheitssysteme kein Weg an der Realität der Existenz von Selbstbeteiligungsmechanismen, ob zur Kostenbegrenzung motiviert oder nicht, vorbei. Die vorliegende Arbeit nun soll klären, wie sich diese existierenden Regelungen

---

* Diese Arbeit ist im Projekt „Gesundheitspolitik in Europa" an der Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik, Projektleiter: Prof. Dr. Leonhard Hajen, im Sommersemester 2003 entstanden.

[1] vgl. Towse (1999), S. 27f.

[2] Robinson (1999), S. 24 – Ü.d.A.

[3] vgl. Dawson (1999), S. 31

in den skizzierten theoretischen Rahmen einordnen lassen, und insbesondere ob sich für den zweiten Fall, der sozialen Schädlichkeit von Selbstbeteiligung mit negativen gesundheitlichen Folgen, in Europa Beispiele finden lassen.
In diesem Fall sollen Bestimmungsfaktoren für die Wirksamkeit und die Verteilungseffekte verschiedener Selbstbeteiligungsmechanismen ausfindig gemacht werden. Im Sinne einer Handlungsempfehlung lassen sich dann verschiedene Variationen der Selbstbeteiligung auf ihre Wirkung vergleichen. In diesem Zusammenhang sollen auch der Einfluss anderer Systemmerkmale und Alternativen zur Selbstbeteiligung erörtert werden.

1.2. Methodik

So reich die gesundheitsökonomische Literatur an theoretischen Diskussionen über die Wirkung von Selbstbeteiligung ist, so spärlich sind systematische empirische Untersuchungen gesät. Die wichtigste Referenz in diesem Bereich bleibt das auch in der ersten Projektarbeit zitierte Health Insurance Experiment der RAND Corporation (kurz: RAND-Experiment), bei dem in den 70er- und 80er-Jahren die Wirkungen stark unterschiedlicher Versicherungstarife auf eine Testpopulation in verschiedenen Orten der USA untersucht wurden. Wesentliche Aussagen stützen sich auf die Ergebnisse des RAND-Experiments. Unter realweltlichen Bedingungen sind derartige Beobachtungen schwerlich möglich, da so starke Variationen der Selbstbeteiligung in der Realität nicht vorkommen und kaum eine Regressionsanalyse unter Isolierung korrelierender Faktoren vorgenommen werden kann. Das Interesse der vorliegenden Arbeit liegt in der Klärung von tatsächlichen Auswirkungen in den europäischen Gesundheitssystemen. Ein besonderes Problem bei der Übertragung der Ergebnisse des Experiments liegt darin begründet, dass Personen über 65 Jahren nicht einbezogen waren[4]. Aus diesen Gründen kann nicht ausschließlich auf das RAND-Experiment zurückgegriffen werden.
Im Wesentlichen sind zwei Typen von nicht-experimentellen Untersuchungen verfügbar: zum einen Zeitreihenanalysen, die Nachfrageaggregate vor und nach der Einführung bzw. Erhöhung einer Selbstbeteiligung, teilweise durch Einbeziehung einer nicht davon betroffenen Kontrollgruppe, vergleichen (und meist in der Berechnung der spezifischen Preiselastizität der Nachfrage als Indikator des Nachfrageeffekts der Selbstbeteiligung gipfeln), zum anderen Befragungen zur subjektiven Einschätzung der Auswirkungen von Selbstbeteiligung, in einigen Fällen ergänzt durch statistische Daten. Befragungen sind vor allem bei der Ermittlung von sozioökonomischen Unterschieden und Verteilungseffekten brauchbar. Zur Verwertbarkeit der verwendeten Quellen sind vorweg noch einige Anmerkungen hilfreich: Insofern bei der Wahl des Versicherungsschutzes eine freiwillige Komponente besteht, kann der so genannte Selektionseffekt auftreten. Dieser besteht darin, dass Versicherte mit einem hohen Gesundheitsrisiko eine höhere Neigung zu umfangreichem Versicherungsschutz haben. Dadurch kann der Zusammenhang zwischen Ausmaß des Versicherungsschutzes und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überbewertet werden. Eine Unterbewertung der Elastizitäten wiederum kann auftreten, wenn die politische Entscheidung für Selbstbeteiligung endogen durch die Nachfrage- und Kostenentwicklung bestimmt ist, aber nicht in die Untersuchung mit einbezogen wird. Weitere Messprobleme können durch die Abdeckung der Selbstbeteiligung durch private Zusatzversicherung oder durch weitere unbeobachtete, mit der Selbstbeteiligung korrelierte Variablen bzw. unbeobachtete Effekte auftreten. Schließlich kann bei Zeitreihenanalysen nicht ohne Zweifel davon ausgegangen werden, dass der vor Veränderung der Selbstbeteiligung beobachtete Nachfragetrend bei Ausbleiben dieser

[4] vgl. Lexchin, Grootendorst (2002), S. 14

Änderung fortgesetzt würde. Auch der Vergleich mit Kontrollgruppen bietet letztlich keine größere Sicherheit als die der Plausibilität[5].
Im Anschluss an diese Einleitung wird die Fragestellung der Arbeit durch systematische Eingrenzung der aus theoretischer Sicht für die Identifizierung schädlicher Effekte von Selbstbeteiligung relevanten Personengruppen, Leistungsarten und Selbstbeteiligungsformen sowie einen Überblick der in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union vorhandenen Regelungen präzisiert. Es folgt der 3. Abschnitt, in dem ausgewählte Untersuchungen zu den Auswirkungen der Selbstbeteiligung in einzelnen Ländern sowie zu Indikatoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ländervergleich vorgestellt werden. Die dort gewonnenen Erkenntnisse werden unter 4. zusammengefasst und mit Blick auf die Fragestellung der Arbeit bewertet, um zu den Schlussfolgerungen für den politischen Umgang mit Selbstbeteiligungsregelungen in Europa überzuleiten.
Die Definitionen aus der ersten Arbeit werden wieder verwendet. Selbstbeteiligung bezeichnet den Oberbegriff für von den Patienten direkt (und nicht über den Umweg eines kollektiven Sicherungssystems) zu leistende Zahlungen für von ihnen in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen. Zuzahlungen sind eine spezifische Form der Selbstbeteiligung, entweder als prozentualer oder fixer Betrag. Selbstbehalte sind eine Form der Selbstbeteiligung, wobei der volle Betrag unterhalb eines festgelegten Ausgabenmaximums innerhalb einer Periode vom Patienten getragen werden muss. Zu unterscheiden ist ferner zwischen Zugang als der Möglichkeit der medizinischen Versorgung und Inanspruchnahme als tatsächlichem Konsum von Gesundheitsleistungen. Letztere umfassen alle entgeltlichen Dienste von Anbietern im Gesundheitssystem (Ärzte, Krankenhäuser,...) und in der Gesundheitsversorgung eingesetzte Produkte wie z. B. Arzneimittel. Als notwendig gelten solche Gesundheitsleistungen, deren Nichtinanspruchnahme eine Verschlechterung des Gesundheitsstatus bewirkt.

2. Eingrenzung des Beobachtungsgegenstands

2.1. Bestimmung relevanter Einflussfaktoren

Im RAND-Experiment wurden die Probanden zufällig auf Versicherungstarife mit voller Kostendeckung, 25 Prozent, 50 Prozent oder 95 Prozent Zuzahlung und einen Tarif mit einem individuell berechneten Selbstbehalt verteilt. Die Beobachtung über einige Jahre erbrachte als wichtigste Feststellung, dass tatsächlich mit dem Versicherungsschutz auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt, allerdings nicht stetig. Der wesentliche Unterschied in der Nachfrage besteht zwischen dem Tarif mit voller Absicherung und den übrigen Zuzahlungstarifen. Zudem wird durch die Selbstbeteiligung lediglich die Anzahl der Arzt- oder Krankenhausbesuche beeinflusst, nicht jedoch deren Intensität, die sich in Qualität oder Kosten niederschlagen würde. Der größte Teil des Unterschieds zwischen den verschiedenen Tarifen als messbare Reaktion auf Selbstbeteiligung besteht in einer unterschiedlichen Wahrscheinlichkeit der Versicherten, überhaupt medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen – die Variation lag zwischen 68 Prozent für diejenigen mit 95 Prozent Zuzahlung und 87 Prozent für diejenigen mit vollem Versicherungsschutz[6]. Bei Arzneimitteln lässt sich die Variation der Ausgaben zwischen den verschiedenen Tarifen im Wesentlichen auf eine unterschiedliche Frequenz der Arztbesuche zurückführen, nicht auf ein unterschiedliches Ausgabenniveau pro Besuch[7]. Einkommen und mit Einkommen korrelierte

[5] vgl. ebenda, S. 12ff.

[6] vgl. Newhouse et al. (1993), S. 42f.

[7] vgl. ebenda, S. 168

Variablen wurden als wesentlicher die Nachfrage bestimmender Faktor identifiziert – mit einer positiven Wirkung auf ambulante, einer negativen Wirkung auf stationäre Versorgung, wobei der Einkommenseffekt (mit einer Einkommenselastizität der Nachfrage zwischen +0,2 und +0,4) in dem zuzahlungsfreien Tarif am geringsten ausfiel[8]. Auch die Preissensitivität hängt, besonders im ambulanten Bereich, vom Einkommen ab. Am stärksten fällt der Unterschied in der Reaktion auf Selbstbeteiligung zwischen armen und nicht armen Kindern auf[9].

Nur in einem Fall bestätigte sich die Annahme einer selektiven Wirkung von Selbstbeteiligung, die zu einer Abnahme primär der weniger dringenden und effizienten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen würde. Bei der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen gibt es eine Differenzierung nach Dringlichkeit. Bei (nach RAND-Definition) weniger dringenden Diagnosen nimmt die Inanspruchnahme durch Selbstbeteiligung um 47 Prozent ab, bei dringenden Diagnosen allerdings auch immerhin um 23 Prozent. Auch Notaufnahmen, die zu einer Krankenhauseinweisung führen, als ernste Probleme betrachtete Fälle also, werden durch Selbstbeteiligung reduziert[10]. Nach der Effektivität der Behandlung wurde kaum eine differenzierte Wirkung festgestellt, bei armen Kindern nimmt die Inanspruchnahme auch als „hoch effektiv“ bezeichneter Behandlung durch Selbstbeteiligung ab[11]. Obwohl die Aufnahmeraten stark von Selbstbeteiligung abhängen, wird die Proportion der medizinisch angemessenen und unangemessenen Einweisungen nicht berührt. Das Resümee lautet, Selbstbeteiligung reduziere „angemessene und unangemessene Behandlung [...] im selben Maße“[12]. Es wurde keinerlei Effekt der Selbstbeteiligung auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten entdeckt[13]. Selbstbeteiligung reduziert auch die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen, doch nur in geringem Umfang – von einem ohnehin als zu gering eingestuften Ausgangsniveau bei voller Kostendeckung[14].

Wenn die Nachfragereaktion (wie im RAND-Experiment gezeigt) unspezifisch ist, besteht die Gefahr der Einschränkung notwendiger Gesundheitsleistungen mit gesundheitlichen Folgen. Direkte Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus wurden bei der RAND-Untersuchung kaum festgestellt. Lediglich bezogen auf Blutdruck und Sehfähigkeit wurden insgesamt signifikant bessere Ergebnisse bei den Versicherten ohne Selbstbeteiligung beobachtet. Der Nutzen konzentrierte sich bei diesen Symptomen stark auf die Hoch-Risiko-Patienten mit geringen Einkommen, eine Gruppe von weniger als 10 Prozent des Samples. Dennoch schlug sich der Effekt bei der Blutdruckkontrolle sogar in einer deutlichen Verringerung des Sterblichkeitsrisikos in der Gesamtbetrachtung nieder. Dass es summa summarum nicht zu messbaren Verbesserungen bei weiteren Symptomen kam, begründen RAND-Autoren damit, dass mit zunehmender medizinischer Versorgung auch das Risiko schädlicher Nebeneffekte zunehme[15]. Bei Antibiotika beispielsweise ist die Nachfrage reduzierende Wirkung von Selbstbeteiligung besonders gravierend, vor allem unter armen Erwachsenen, die jedoch auch bei voller Kostendeckung noch weniger Antibiotika konsumieren als Reiche. Da angemessene wie unangemessene Verschreibungen gleichermaßen betroffen sind, führt der Konsumverzicht zwar zu weniger gesundheitlichen Verbesserungen, aber auch zu weniger

---

[8] vgl. ebenda, S. 45ff.

[9] vgl. ebenda, S. 160

[10] vgl. ebenda, S. 154ff.

[11] vgl. ebenda, S. 162ff.

[12] ebenda, S. 180 – Ü.d.A.

[13] vgl. ebenda, S. 208

[14] vgl. ebenda, S. 178

[15] vgl. ebenda, S. 201ff.

unerwünschten Nebenwirkungen[16]. Zum Abschluss des Experiments waren ernste Symptome bei den 40 Prozent mit den niedrigsten Einkommen konzentriert, vor allem unter den Probanden in den Selbstbeteiligungstarifen[17].

Nur sehr wenige nicht-experimentelle Studien, und diese ausschließlich aus nicht-europäischen Ländern, sind angesichts der Schwierigkeit, Ursache und Wirkung eindeutig zuzuordnen, in der Lage, Angaben über eine Verschlechterung des Gesundheitsstatus infolge durch Selbstbeteiligung induzierter Konsumminderung und ggfs. die Höhe der Folgekosten für das Gesundheitssystem zu machen. So fanden *Soumerai et al.* (1994) heraus, dass die Einführung einer Obergrenze für Arzneimittel-Kostenerstattung bei Schizophrenie-Patienten von Medicaid in New Hampshire zu einer starken Zunahme der Nutzung psychiatrischer Notfalleinrichtungen und der Einweisungen in Krankenhäuser führte, mit der Folge von 17-fach über den Arzneiersparnissen liegenden Zusatzkosten[18]. *Tamblyn et al.* (1999) beobachteten bei einer Zuzahlungserhöhung um Can-$ 2,- für Medikamente unter älteren Patienten in Québec eine Abnahme des Konsums lebensnotwendiger Arzneien um 9 % (bei Patienten mit niedrigem Einkommen um 14 %) und eine Zunahme der Notaufnahmen um nahezu die Hälfte[19]. Eine jüngere israelische Studie, die auf einer Befragung in der stark von Arbeitslosigkeit und Armut betroffenen Stadt Kiryat Gat beruht, kommt zu dem Ergebnis, dass 20,7 Prozent der Kinder mit akuten Infektionen ein verschriebenes Antibiotikum nicht bekamen, wovon in einem Drittel der Fälle, in Haushalten mit niedrigen Einkommen, schlechter Wohnsituation und einer großen Anzahl von Verschreibungen, zu hohe Kosten der Grund waren[20].

Aus einer Synopse von 54, allerdings zumeist nordamerikanischen, Studien über die Wirkung von Selbstbeteiligung auf den Arzneimittelkonsum (*Lexchin, Grootendorst* [2002]) geht als Resümee hervor, dass Zuzahlungen bei allen Patientengruppen zu einer Reduzierung des Konsums von Arzneimitteln führen, besonders aber ältere Patienten und solche mit niedrigen Einkommen betroffen sind. Vor allem in diesen Risikogruppen betreffe der Nachfragerückgang notwendige und diskretionäre Medikamente ohne Unterschied, mit der Folge einer Verschlechterung des Gesundheitsstatus und vermuteter Zusatzkosten in anderen Versorgungsbereichen[21]. *Remler* und *Atherley* (2003) weisen nach, dass die Ausgaben mindernde Wirkung von Selbstbeteiligung bei bereits schlechtem Gesundheitsstatus schwächer ausfällt[22].

In Einklang mit den Standard-Voraussagen ökonomischer Theorie steht die durchgängige Beobachtung, dass die Reagibilität der Versicherten auf Selbstbeteiligung mit dem relativen Gewicht der Gesundheitsausgaben zu ihrem Einkommen zunimmt, also ein negativer Zusammenhang sowohl zwischen Einkommen als auch Gesundheitsstatus einerseits und Preiselastizität andererseits besteht[23]. Aus älteren Untersuchungen starker Selbstbeteiligungserhöhungen in Belgien und Québec ist bekannt, dass ältere Patienten mit hohen Einkommen, in großem Unterschied zu Älteren mit niedrigen Einkommen, praktisch keine Reaktion auf Preisänderungen zeigen. Die Gruppe mit der geringsten Preissensitivität sind die Gesunden mittleren Alters und hohen Einkommens[24].

---

[16] vgl. ebenda, S. 169f.

[17] vgl. ebenda, S. 219

[18] vgl. Lexchin, Grootendorst (2002), S. 31

[19] vgl. ebenda, S. 49f.; S. 53f.

[20] vgl. Reuveni et al. (2002), S. 1

[21] vgl. Lexchin, Grootendorst (2002), S. 4

[22] vgl. Remler, Atherley (2003), S. 278

[23] vgl. Lexchin, Grootendorst (2002), S. 28

[24] vgl. ebenda, S. 16ff.

Welche Form der Selbstbeteiligung am ehesten angemessen ist, hängt von der damit verfolgten Zielsetzung im Trade-off zwischen Nachfrage- und Einnahmeeffekt ab. Unter der Maßgabe, Moral Hazard zu begrenzen und die Gesundheitsausgaben zu senken, ohne den Gesundheitsstatus zu gefährden, entwirft *Starmans* (1998) unter Berufung auf die Ergebnisse des RAND-Experiments und anderer Untersuchungen eine aus seiner Sicht ideale Selbstbeteiligung. Er empfiehlt eine für alle, außer ältere, Patienten verpflichtende Selbstbeteiligung von etwa 50 Prozent primär auf ambulante Leistungen oder auch jede Art von Gesundheitsleistungen, mit einem einkommensabhängigen Maximum zwischen 5 und 15 Prozent des jährlichen Haushaltseinkommens, und ohne die Möglichkeit der Rückversicherung[25]. *Osterkamp* (2003) empfiehlt unterschiedliche Zuzahlungsraten für verschiedene Einkommens- und Risikogruppen, die für alle Versicherten durch Beitragsreduzierung infolge verminderter Gesamtausgaben eine Wohlfahrtssteigerung bringen könnten[26].
Selbstbeteiligung als Instrument der Einnahmengewinnung kann eher dann erfolgreich sein, wenn sie den von den Patienten selbst initiierten Teil der Nachfrage, also vor allem die Entscheidung über einen Erstbesuch beim (Haus-)Arzt nicht tangiert, und auch die niedrigen Einkommen ausnimmt. Soll hingegen die Nachfrage reduziert werden (was ceteris paribus die Einnahmen senkt), ist ein genau gegenteiliges Design sinnvoll. Ein Effekt auf anbieterinduzierte Nachfrage ist höchstens indirekt zu erwarten.

2.2. Selbstbeteiligung in Europa

Die in Mitgliedsländern der Europäischen Union angewendeten Selbstbeteiligungsregelungen beinhalten, verglichen mit denen anderer OECD-Staaten wie Israel, der Schweiz oder den USA, eine relativ geringe finanzielle Belastung der Versicherten oder zumindest ein differenziertes System von Ausnahmeregeln nach sozioökonomischen Kriterien wie Einkommen, (chronische) Erkrankung oder Alter (zumeist für Kinder und Jugendliche). Allerdings unterscheiden sich die Systeme der Mitgliedsländer untereinander stark, insbesondere in der Höhe der Selbstbeteiligung, der Art der Selbstbeteiligung (fixe oder prozentuale Zuzahlung, Selbstbehalt), der von Selbstbeteiligung betroffenen Leistungsarten und dem Umfang der von Selbstbeteiligung ausgenommenen Personengruppen. Wesentliche Systemmerkmale sind vereinfacht in Tab. 1 dargestellt.
Bezüglich der bestehenden Ausnahmeregeln ist Tab. 1 nicht unbedingt vollständig. Verbreitet sind Befreiungen aller unter 18- oder 20-Jährigen von sämtlichen Selbstbeteiligungen, in einigen Ländern sind größere Bevölkerungsgruppen nach verschiedenen sozialen Kriterien (in Belgien VIPO: Witwen, Invaliden, Rentner, Waisen) oder Einkommen (in Irland etwa ein Drittel der Bevölkerung in Kategorie 1) befreit. Teilweise sind die Selbstbeteiligungsraten oder Zuzahlungsbeträge nach Einkommen oder Bedürftigkeit abgestuft.
Insgesamt ist in den EU-Mitgliedsländern ein der Annahme, dass als Motiv für Selbstbeteiligung die Nachfragesteuerung vor der Einnahmengewinnung rangiert, widersprechendes Muster zu erkennen: Nur in einer Minderheit der Länder werden die Erstkontakte mit dem Hausarzt mit einer Selbstbeteiligung belegt, verbreiteter sind Zuzahlungen bei stationärer Behandlung (wo der Patienteneinfluss auf Konsumentscheidungen am geringsten ist), und überall unterliegen Arzneimittel einer Zuzahlung. Auch die Gestaltung der Ausnahmeregelungen widerspricht zumeist dem Ziel einer Nachfragesteuerung (d.h. -begrenzung)[27]. Die Konzentration der Selbstbeteiligung auf den Arzneimittelsektor verspricht insofern wenig Effizienz, als die Patienten hier einem

[25] vgl. Starmans (1998), S. 34

[26] vgl. Osterkamp (2003), S. 84

[27] vgl. Towse (1999), S. 27f.

besonders starken Informationsdefizit unterliegen und ihre Nachfrage kaum nach Kriterien wie Notwendigkeit, Angemessenheit, Effektivität und Effizienz bestimmen können[28]. Interessant ist unter diesem Gesichtspunkt die in mehreren Ländern verbreitete Differenzierung von Selbstbeteiligungsraten bei Arzneimitteln nach deren Wirksamkeit oder Notwendigkeit, sodass die Entscheidung darüber den Patienten administrativ abgenommen wird.

Tabelle 1: Selbstbeteiligungssysteme in der EU

	Selbstbeteiligung bei				Ausnahmegründe			
	Arznei-mitteln	ambulanter Behandlung	stationärer Behandlung	Zahnbe-handlung	Ein-kommen	Krank-heit	Alter	andere
Belgien	0-60 % (nach Kategorie)	8-40 % (nach Einkommen)	€ 12-34,- (nach Dauer)	bis zu 100 %	Ermäßig.		x	x
Dänemark	0-100 % (nach Ausg.)	-	-	35-100 %		x	x	x
Deutsch-land	€ 4,10-5,10 (nach Packungsgröße)	-	€ 8,70 pro Tag	0-50 % (n. Behandlungsart)	x	x	x	x
Finnland	€ 8,40 plus 50 %	kommunal geregelt	€ 21,- für Kurzaufenth.	10-40 % (n. Behandlungsart)	Ermäßig.		x	x
Frankreich	0-100 % (nach Kategorie)	30 %	20 % plus Zuzahlung	30-80 % (n. Behandlungsart)	x			x
Griechen-land	10-100 % (nach Kategorie)	-	-	25-95 %		x	x	x
Groß-britannien	£ 6,- pro Stück	-	-	80 %, bis zu £ 325,-	x	x	x	x
Irland	€ 0-114,- pro Quartal (nach Eink.)	€ 0-25,- pro Besuch (nach Eink.)	€ 0-25,- pro Tag (nach Eink.)	-	x	x	x	
Italien	€ 1,50-100 % (nach Kategorie)	€ 36,20 für Facharztbesuche	-	i.d.R. 100 %	x	x	x	x
Luxemburg	0-60 % (nach Kategorie)	35 %	€ 5,30 pro Tag	€ 29,70 plus 20 %		x		x
Nieder-lande	preisabhängig	-	€ 3,60 pro Tag	100 %	x		x	
Österreich	€ 3,10 pro Verschreib.	20 %	rund € 4,- pro Tag	i.d.R. 20 %			x	x
Portugal	0-60 % (nach Kategorie)	€ 1,50-3,- pro Besuch	-	i.d.R. 100 %	x		x	x
Schweden	SKr 900-1800,-/Jahr	SKr 60-260,-	SKr 80,- pro Tag	ca. 50 %		x	x	
Spanien	40 %	-	-	0-100 %	x	Ermäßig.	x	x

Quelle: Robinson (2002)

Über das Gesamtausmaß der Selbstbeteiligung und ihre Verteilungswirkung (sowie, daraus resultierend, mögliche nach Einkommenshöhe unterschiedliche Anreizwirkungen) gibt Tab. 2 Auskunft. Wenngleich Vorsicht bezüglich der Standardisierung und Vergleichbarkeit geboten

[28] vgl. Dawson (1999), S. 31

ist, geben die Zahlen doch wesentliche Anhaltspunkte für die Beurteilung des Ausmaßes und Verteilungseffekts der Selbstbeteiligung in den einzelnen Ländern.
Auffallend sind die extrem hohen Selbstbeteiligungsquoten in Portugal und Griechenland, im Falle Portugals mit einem starken Umverteilungseffekt belegt, obwohl die Selbstbeteiligung in beiden Ländern pro forma nicht überdurchschnittlich hoch angesiedelt ist, und auch eine Reihe von Ausnahmegründen besteht. Dies wird teilweise erklärt durch die verbreitete Nutzung privater Gesundheitsleistungen, die nicht vom Nationalen Gesundheitsdienst finanziert werden[29]. Damit wird zwar auf Systemmängel mit gravierenden sozialen Folgen – beinahe die Hälfte der Gesundheitsausgaben müssen die Patienten direkt aus eigener Tasche bezahlen, in Portugal mehr als 3 Prozent des Haushaltseinkommens – verwiesen, die Zahlen liefern jedoch keinen brauchbaren Hinweis für die Analyse der gesetzlichen Regelungen bezüglich Selbstbeteiligung.

Tabelle 2: finanzielle Belastung durch Selbstbeteiligung in der EU.

	Selbstbeteiligungsquote[30]			Progressivität der Selbstbet.[31]	Progressivität des Systems[32]	Umverteilungs-Effekt[33]	Einkommensbe-lastung[34]
	ca. 1985	ca. 1990	ca. 1995				
Belgien	k.A.	k.A.	17 %	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Dänemark	13,0 %	13,8 %	16,5 %	-0,2654	-0,0047	-0,0021	0,0077
Deutschland	k.A.	10,2 %	11,9 %	-0,0963	-0,0452	-0,0014	0,0098
Finnland	k.A.	14,0 %	19,8 %	-0,2419	0,0181	-0,0039	0,0150
Frankreich	15,1 %	20,1 %	10 %	-0,3396	0,0012	-0,0033	0,0091
Griechenland	k.A.	k.A.	40,4 %	k.A.	k.A.	k.A	k.A.
Großbritannien	8,7 %	9,0 %	10,8 %	-0,2229	0,051	-0,0021	0,0079
Irland	k.A.	14,9 %	12,3 %	-0,1472	k.A.	-0,0015	0,0093
Italien	20,0 %	20,9 %	23,5 %	-0,0807	0,0413	-0,0023	0,0201
Luxemburg	k.A.	k.A.	7,4 %	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Niederlande	9,4 %	7,7 %	5,9 %	-0,0377	-0,0703	-0,0005	0,0095
Österreich	k.A.	k.A.	18,3 %	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Portugal	28,2 %	37,4 %	44,6 %	-0,2424	-0,0445	-0,0111	0,0336
Schweden	8,1 %	10,3 %	16,9 %	-0,2402	-0,0158	-0,0005	0,0018
Spanien	21,3 %	19,3 %	16,9 %	-0,1801	0,0004	k.A.	k.A.

Quellen: Robinson (2002), Wagstaff et al. (1999), van Doorslaer et al. (1999)

Fast überall, besonders in den nordischen Ländern, hat das Gewicht der Selbstbeteiligung im Beobachtungszeitraum zugenommen, lediglich für die Niederlande und Spanien ist ein deutlich negativer Trend festzustellen. Im Falle Frankreichs gibt es keine belegte Erklärung für die starke Abnahme der Selbstbeteiligungsquote zwischen 1989 und 1999. Möglicherweise wurde die Angabe der zweiten Quelle um die Erstattung geleisteter Selbstbeteiligung durch Zusatzversicherungen bereinigt. Trotz der Dominanz des Trends einer Zunahme ist keine Konvergenz zwischen den Mitgliedsländern der EU bei der Höhe der Selbstbeteiligung erkennbar. Die relative Ähnlichkeit in der Höhe der

[29] vgl. Robinson (2002), S. 167; Mateus (1996), S. 22

[30] Anteil der Selbstbeteiligung an den gesamten Gesundheitsausgaben. Erste Spalte: Angaben zwischen 1980 und 1987 nach Wagstaff et al. (1999). Zweite Spalte: Angaben zwischen 1987 und 1993 nach ebenda. Dritte Spalte: Angaben zwischen 1992 und 1999 nach Robinson (2002)

[31] Kakwani-Index der Progressivität (negative Werte: Regressivität) der Selbstbeteiligung, Angaben zwischen 1987 und 1993 nach Wagstaff et al. (1999)

[32] Kakwani-Index der Finanzierung der Gesundheitsversorgung, Angaben zwischen 1987 und 1992 nach Wagstaff et al. (1999)

[33] Umverteilungseffekt (negative Werte: vom unteren zum oberen Ende der Einkommensskala) der Selbstbeteiligung, Angaben zwischen 1987 und 1992 nach van Doorslaer et al. (1999)

[34] Anteil der Aufwendungen für Selbstbeteiligung am durchschnittlichen Haushaltseinkommen, Angaben zwischen 1987 und 1992 nach van Doorslaer et al. (1999)

Selbstbeteiligungsquoten (fast überall im Bereich zwischen 10 und 20 Prozent) spiegelt nicht annähernd die Unterschiedlichkeit der einzelnen Regelungen in Art der Selbstbeteiligung oder betroffenen Leistungsarten wieder. Das Gesundheitssystem der Niederlande, ebenso wie das deutsche, ist trotz des äußerst geringen Gewichts der Selbstbeteiligung und deren geringer Regressivität, insgesamt stark regressiv finanziert. Dies liegt in der einkommensbezogenen Trennung zwischen privat und gesetzlich Versicherten begründet[35].
Für die folgende Untersuchung sind besonders die Auswirkungen unterschiedlicher Niveaus der Selbstbeteiligung sowie der Unterschiede in den Ausnahmeregimes von Belang. Das Hauptaugenmerk sollte, da tatsächliche Nachfragereaktionen und nicht die bloße finanzielle Umverteilungswirkung im Mittelpunkt des Interesses stehen, auf den Bereichen mit hohem Einfluss der Patientenentscheidungen, dem Arzneimittelkonsum und dem Erstkontakt mit dem Hausarzt, liegen.

3. Empirische Untersuchungen

3.1. Länderstudien

3.1.1. Großbritannien

Im britischen *National Health Service* (NHS) spielt Selbstbeteiligung eine vergleichsweise geringe Rolle. Eine bedeutende Ausnahme stellt der Arzneimittelsektor dar, wo Zuzahlungen seit dem Amtsantritt der Regierung Thatcher 1979 drastisch, und ab 1982 jährlich in Raten oberhalb der allgemeinen Preissteigerung erhöht wurden. Diese Politik ist ein seltenes Beispiel für explizit mit Effizienz- und Gerechtigkeitserwägungen begründeten gezielten Einsatz von Selbstbeteiligung[36]. Die Auswirkungen dieser Erhöhung sind Gegen-stand einer Anzahl von empirischen Studien, deren Ziel vorrangig in der Ermittlung von Preiselastizitäten der Nachfrage besteht.
Ryan und *Birch* (1991) berechnen, dass der Arzneimittelkonsum durch eine gegebene Erhöhung der Zuzahlung kurzfristig um 10,9 Prozent und langfristig um 9 Prozent gesenkt wird. Dieses Ergebnis wird durch das Ausbleiben signifikanter Nachfragereaktionen bei der Kontrollgruppe der von Zuzahlungen Ausgenommenen (Kinder, Alte, Schwangere, Sozialhilfeempfänger und auf Antrag Geringverdiener) bestätigt. Eine Differenzierung der Reaktion nach Einkommen oder anderen Merkmalen der Patienten bzw. nach gesundheitlicher Effektivität der verzichteten Medikamente ist nicht Gegenstand der Studie, doch wird unter Verweis auf die Ergebnisse des RAND-Experiments eine Warnung bezüglich der sozialen Folgen der Zuzahlungserhöhung ausgesprochen und auf effizientere Alternativen für eine Kostensenkung hingewiesen[37].
O`Brien (1989) kommt in seiner Zeitreihenanalyse zu erheblich stärkeren Auswirkungen. Die Preiselastizität der Arzneimittelnachfrage für den Zeitraum von 1969 bis 1986 gibt er mit -0,33 an, für die relevante Subperiode nach 1978 sogar mit -0,64. Eine Erhöhung der Zuzahlung würde sich also zu 64 Prozent in einer Reduzierung des Konsums wiederfinden. Gleichzeitig findet er eine positive Kreuzpreiselastizität für Over-the-counter-Präparate von +0,22. Die Zuzahlungserhöhung wirke sich also zu 22 Prozent in einer Steigerung der Nachfrage nach frei verkäuflichen Substituten aus[38].

---

[35] vgl. Wagstaff, van Doorslaer (1997), S. 514

[36] vgl. Lavers (1989), S. 1043

[37] vgl. Ryan, Birch (1991), S. 685f.

[38] vgl. O`Brien (1989), S. 109

Lavers (1989) untersucht den Zeitraum zwischen 1971 und 1982 und ermittelt eine Preiselastizität zwischen -0,15 und -0,20. Lavers bestreitet, dass die Zuzahlungserhöhung in einer Verschreibung größerer Packungen oder teurerer Medikamente resultiere. Andere Faktoren als die Zuzahlungserhöhung fließen in die Erklärung des Nachfrageeffekts ein: die gestiegene Arbeitslosigkeit mit der Folge zunehmender Ausnahmeberechtigung, Veränderungen bei der Arzneimittelwerbung und eine Abnahme der Anzahl der Apotheken, sowie durch veränderte Zusammensetzung der Ärzteschaft nach Alter und Geschlecht bedingte Veränderung des Verschreibungsverhaltens der Ärzte. Letzteres enthält noch das Moment der Substitution medikamentöser Behandlung durch Arztbesuche[39].
Hughes und *McGuire* (1995) verwenden im Unterschied zu den anderen Studien jährliche statt monatliche Daten. Der von ihnen geschätzte Wert der Preiselastizität liegt mit -0,32 nah an dem von O'Brien. Sie beobachten den Einnahmeeffekt der Zuzahlungserhöhung um 50 Pence pro Packung (oder rund 13 %) zum Jahreswechsel 1992-93 für den NHS. Zusätzlichen Einnahmen von £ 17,3 Millionen stehe ein Verbrauchsrückgang von 2,3 Millionen verschriebenen Medikamenten gegenüber. Sie betonen, dass damit noch keine Aussage über den Netto-Wohlfahrtseffekt getroffen ist, äußern jedoch die Befürchtung, dass „manche der vom Gebrauch verschreibungspflichtiger Medikamente abgehaltenen Patienten einen ernsteren Krankheitszustand bekommen könnten, und diese Krankheitskosten wahrscheinlich dem NHS zu Lasten fallen"[40] würden.

3.1.2. Schweden

Schweden ist ein Beispiel für einen staatlichen, universellen Gesundheitsdienst mit im Verlauf der 90er-Jahre stark gestiegener Bedeutung der Selbstbeteiligung. Die Patienten müssen eine absolute Zuzahlung von SKr 100,- je Allgemeinarzt- und SKr 200,- bis 250,- je Facharztbesuch bezahlen, bei einem Krankenhausaufenthalt SKr 80,- am Tag. Seit 1998 ist eine für alle Patienten einheitliche Zuzahlungsregelung für Arzneimittel in Kraft, der zufolge die ersten SKr 900,- ihrer Verschreibungen vollständig als Selbstbehalt von den Patienten getragen werden müssen, weitere Ausgaben bis SKr 4300,- mit gestaffelten niedrigeren Selbstbeteiligungssätzen belegt sind, und alle darüber hinaus gehenden Kosten vom Staat getragen werden. Dies folgt der Logik eines Schutzes vor hohen Kosten, der verhindern soll, dass ein Patient innerhalb eines Jahres mehr als SKr 900,- für Arzt- oder Krankenhausleistungen und mehr als SKr 1800,- für Medikamente ausgeben muss. Dass viele Ältere und chronisch Kranke diese Obergrenzen schnell erreichen und für den Rest des Jahres keine Selbstbeteiligung leisten müssen, entspricht der Intention des Systems. Der Hochkostenschutz bewirkt eine Umverteilung von den Gesünderen zu den Kranken, nicht jedoch zwischen den Einkommensschichten. Der Selbstbehalt zielt eher auf die Vermeidung von Erstbesuchen bzw. Konsumentscheidungen ab. Verschiedene Untersuchungen in der Provinz Stockholm ergaben, dass zwischen 20 und 25 Prozent der Bevölkerung wenigstens ein Mal in einem Jahreszeitraum auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen verzichteten. Landesweit wurde 1997 ermittelt, dass 8 Prozent aller Haushalte, die Medikamente verschrieben bekamen, wenigstens ein Mal aus Kostengründen auf den Kauf verzichteten[41]. Gravierende Auswirkungen hatte die 1999 durchgeführte Reform zur Finanzierung der Zahnbehandlung. Den Zahnärzten wurde die Festsetzung der Preise überlassen, während die Erstattungsbeträge konstant gehalten wurden. Damit bleibt, ungeachtet der Idee des Hochkostenschutzes, die gesamte Differenz zwischen staatlicher Honorierung der Zahnärzte und deren Preisen von den Patienten zu tragen. In der Folge nahm die

[39] vgl. Lavers (1989), S. 1050

[40] Hughes, McGuire (1995), S. 220 – Ü.d.A.

[41] vgl. Anell, Svensson (1999), S. 25f.

Wahrnehmung von Kontrolluntersuchungen und Zahnbehandlungen außer Notfällen stark ab[42]. Alle diese Daten enthalten keine Informationen darüber, welche Bevölkerungsgruppen von dieser Nachfrageeinschränkung betroffen waren. Der Verweis auf finanzielle Gründe legt jedoch nahe, dass es sich primär um Einkommensschwache handelt.
Gerdtham (1997) untersucht schwedische Daten über Arzt- und Krankenhausbesuche mit Hilfe eines Hürdenmodells, das zwischen der Entscheidung über den Erstbesuch (die ‚Hürde', ob überhaupt medizinische Versorgung in Anspruch genommen wird) und der Häufigkeit bzw. Intensität weiterer Inanspruchnahme medizinischer Versorgung unterscheidet. Somit sind Aussagen über unterschiedliche Reaktionen des Gesundheitssystems auf verschiedene sozioökonomische Variablen getrennt von der individuellen Nachfrageäußerung möglich. Die Untersuchung ergab, dass gesunde Beschäftigte entgegen den Erwartungen eher zu Arztbesuchen neigen als gesunde Arbeitslose, dass mit größerer Anzahl der Familienangehörigen sowohl die Wahrscheinlichkeit als auch die Häufigkeit der Inanspruchnahme abnimmt, und dass das Bildungsniveau keinen messbaren Einfluss ausübt. Bemerkenswert ist im hier diskutierten Zusammenhang vor allem, dass die Wahrscheinlichkeit, überhaupt einen Arzt zu besuchen, positiv vom Einkommen abhängt. Dies gilt besonders für Personen mit schlechtem Gesundheitsstatus. Auch die Wahrscheinlichkeit von Krankenhausbesuchen hängt positiv mit der Einkommenshöhe zusammen, während die Dauer des Aufenthalts mit zunehmendem Einkommen abnimmt. Trotz eingestandener Begrenzungen der Aussagefähigkeit dieser Studie schließt Gerdtham, die Hypothese der Abwesenheit sozioökonomischer Ungleichbehandlung im schwedischen Gesundheitswesen müsse abgelehnt werden[43].
Die in der Provinz Uppsala durchgeführte Umfrage von *Lundberg et al.* (1998) untersucht nicht nur die reale Differenzierung von Gesundheitsstatus, Lebensqualität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach sozioökonomischen Gruppen sondern auch die Reaktion auf eine hypothetische Erhöhung der Medikamentenzuzahlung um unterschiedliche Beträge. Sie stellt einen negativen Zusammenhang zwischen den Faktoren Alter, Einkommen, Bildungsstand, Beschäftigung sowie Gesundheitsstatus und der Preissensitivität fest. Interessant ist die Differenzierung nach unterschiedlichen Arten von Arzneimitteln. Die stärkste Reaktion auf eine 100-prozentige Erhöhung der Zuzahlung wurde bei Hustenmitteln festgestellt. 40 Prozent der Patienten gaben an, sie würden ihren Verbrauch einschränken. Bei Blutdruck senkenden und bei klimakterischen Arzneien lag die Quote der Preissensitivität unter 15 Prozent der Befragten[44].

3.1.3. Niederlande

Die Niederlande liefern das außergewöhnliche Beispiel eines Landes mit tendenziell rückläufiger Bedeutung der Selbstbeteiligung, und sogar einer kurzfristigen Rücknahme eines politischen Beschlusses zu deren Stärkung. Die 1997 in Kraft getretene *Algemene Eigenbijdrageregeling* (AEB) für die gesetzliche Krankenversicherung, mit 20-prozentiger Zuzahlung unter Ausnahme von Hausarzt-, Zahnarztleistungen und Geburtshilfe bei einem Maximum von NLG 100,- bzw. NLG 200,- pro Haushalt und Jahr, wurde bereits 1999 wieder ausgesetzt. Hauptgrund für diese Entscheidung war ein Kostenproblem der Krankenkassen, die mit der Einführung der AEB die Beitragssätze hatten senken müssen, aber nicht die erhofften Einnahmen durch Selbstbeteiligung wieder hereinbekamen[45]. Dennoch ließ sich auf Makroebene auch kein relevanter Nachfrageeffekt erkennen. Besonders die Erwartung einer

---

[42] vgl. Socialstyrelsen (o. J.), S. 1

[43] vgl. Gerdtham (1997), S. 312ff.

[44] vgl. Lundberg et al. (1998), S. 131

[45] vgl. Delnoij et al. (2000), S. 44

gesteigerten Effizienz durch selektiven Rückgang relativ unnötiger Überweisungen zum Facharzt oder Medikamenten-Verschreibungen wurde nicht erfüllt – dafür aber auch nicht die Befürchtung eines unbeabsichtigten Rückgangs von Behandlungen ernster Beschwerden. Zwar nahmen die Kosten für Facharztbehandlungen insgesamt ab, dies wurde jedoch nicht als Effekt der AEB gewertet, da diese Entwicklung gleichzeitig auch bei, gar nicht von der AEB betroffenen, privat Versicherten auftrat[46]. Völlig entgegen Absicht und Erwartungen nahm die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen deutlich zu[47]. Der Evaluationsbericht verweist auf den geringen Einfluss der Patienten auf die von der AEB betroffenen Leistungsarten, die in der Regel vom Hausarzt initiierten Folgekonsum darstellen. Der einzige signifikante Effekt bestand in einer Abnahme des Arzneimittelverbrauchs durch die unteren Einkommensschichten, ausgehend von einem zuvor über dem der Bezieher höherer Einkommen liegenden Niveau[48]. Bemerkenswert ist auch, dass das Erreichen des Selbstbeteiligungsmaximums offenbar keine Veränderung im Nachfrageverhalten im Sinne eines „Hamstereffekts“[49] bewirkte. Allerdings gaben bei einer Umfrage 13 Prozent die Einschätzung ab, die AEB verwehre ihnen den Zugang zu notwendiger Versorgung. Diese Personengruppe gehörte auch zu denjenigen mit einem messbaren Rückgang der Inanspruchnahme[50].
Starmans (1998) stellt richtig fest, dass die AEB nicht der von ihm entworfenen idealen Selbstbeteiligung zur Reduzierung von Moral Hazard entspricht[51]. Bereits die Untersuchung der Einführung einer fixen Zuzahlung zu Facharztleistungen im Jahr 1988 ergab nur einen vernachlässigbaren Nachfrageeffekt. Ein tatsächlicher Rückgang der Überweisungen vom Hausarzt ging damals auf einen Honorarkonflikt der Fachärzte mit den Krankenkassen zurück[52]. Starmans et al. (1994) untersuchen die Wirkung der Einführung einer Arzneimittel-Zuzahlung von NLG 2,50 pro Verschreibung bis zu einem Maximum von NLG 125,- jährlich pro Haushalt im Jahr 1983 – und einer administrativen Regulierung der Verschreibungen in einer zweijährigen Vorlaufphase – auf den Konsum Blutdruck senkender Mittel in der Provinz Limburg. Erwartungsgemäß nahm die Zahl der Verschreibungen gegenüber der Basisperiode ab, wurde aber durch eine zunehmende Arzneimittelmenge je Verschreibung kompensiert. Während der Vorlaufphase zeigte sich ein entgegengesetzter Trend, mit häufigeren Verschreibungen kleinerer Dosen. Beide Maßnahmen erbrachten im Endeffekt keine Trendveränderung in der Menge der verkauften Arzneien gegenüber dem Zeitraum ohne diese Art der Regulierung[53].

3.1.4. Frankreich

Das französische Sozialversicherungssystem ist durch eine hohe Selbstbeteiligung im Rahmen eines Kostenerstattungs- statt Sachleistungssystems gekennzeichnet. In der Regel müssen die Patienten die in Anspruch genommenen Leistungen voll bezahlen, und erhalten einen Teil von der Krankenkasse erstattet – im Jahre 1996 insgesamt 71,3 Prozent[54]. Nur auf Antrag kann bei Zahlungsunfähigkeit auf die Krankenkasse, Versicherung oder kommunale Hilfe als *tiers*

---

[46] vgl. Hutten, Ros, Delnoij (1998), S. 42

[47] vgl. Delnoij et al. (2000), S. 42

[48] vgl. Ros et al. (1998), S. 30

[49] ebenda, S. 51

[50] vgl. Hutten, Ros, Delnoij (1998), S. 55f.

[51] vgl. Starmans (1998), S. 131f.

[52] vgl. ebenda, S. 61

[53] vgl. Starmans et al. (1994), S. 200f.

[54] vgl. Haut Comité de la Santé Publique (1998), S. 138

payant zurückgegriffen werden. In allen übrigen Fällen bekommen die Patienten die finanzielle Belastung durch die von ihnen in Anspruch genommenen Dienste direkt zu spüren. Allerdings wird die extrem hohe direkte Belastung weitgehend von der üblichen freiwilligen Zusatzversicherung – entweder durch *Mutuelles* mit Umlageverfahren oder eine private Versicherung – abgemildert, die in den meisten Fällen den Restbetrag der Selbstbeteiligung erstatten. Jedoch blieb in diesem System bis 1999 eine Gruppe von etwa 9 Millionen Personen oder 16 Prozent der Bevölkerung ohne Zusatzversicherung – hauptsächlich diejenigen, die zu reich für die Sozialhilfe sind, aber zu arm, um sich eine eigene Versicherung leisten zu können. Eine Untersuchung ergab, dass neben den niedrigen Einkommensgruppen besonders Jugendliche in dieser Gruppe überrepräsentiert waren. Einkommensschwache hatten einen Anspruch auf die kommunale *Aide Médicale Gratuite*, aus Einkommens- oder Krankheitsgründen ist eine progressiv gestaffelte Ermäßigung der Selbstbeteiligung möglich. Etwa drei Viertel der Nicht-Zusatzversicherten hatten jedoch keinerlei solcher Ansprüche, von denen wiederum rund die Hälfte, immer noch 3,5 Millionen Personen, zu den Haushalten mit Einkommen unter FF 8000,- pro Monat gehörten[55]. Dementsprechend gab auch etwa die Hälfte in einer Befragung an, aus Kostengründen auf die Zusatzversicherung zu verzichten, während weitere 35 Prozent auf andere Weise vor zu hoher Selbstbeteiligung geschützt waren[56]. Der als unzureichend betrachtete Versicherungsschutz bei durch sukzessive Einsparungen der Krankenkassen steigender Selbstbeteiligung als „wahrscheinlich abschreckend wirkende Kosten"[57], verbunden mit „Zonen des Nicht-Zugangs"[58] infolge geografisch konzentrierter Niederlassung von Ärzten des ‚Sektors II' ohne Bindung an die Gebührenordnung, war Anlass für eine Gesundheitsreform, mit der zu Jahresbeginn 2000 die *Couverture Maladie Universelle* (CMU), eine obligatorische Zusatzversicherung, eingeführt wurde.

Dass die Last der Selbstbeteiligung bei den Nicht-Zusatzversicherten tatsächlich eine Barriere zum Zugang zu Gesundheitsleistungen darstellte, ist durch die Studie *‚Santé et Protection Sociale'* belegt. Per Umfrage wurden erwachsene Personen ermittelt, die angaben, im Laufe des Jahres 1998 wenigstens ein Mal aus finanziellen Gründen auf medizinische Versorgung verzichtet zu haben. Als starker Bestimmungsfaktor bei dieser Entscheidung erwies sich neben der Relation Einkommen-Verbrauch (26 % der Personen mit Einkommen unter FF 2000,- pro Verbrauchseinheit gaben Verzicht an, nur 7 % mit Einkommen über FF 8000,- pro Einheit) und der Beschäftigung (29 % bei Arbeitslosen, 14 % bei Beschäftigten) tatsächlich der Versicherungsstatus: 28 % der Nicht-Zusatzversicherten gegenüber 12 % der Zusatzversicherten äußerten Verzicht auf Versorgung aus finanziellen Gründen. Zwar fand die Behandlung in der Mehrzahl der Fälle trotzdem verzögert und/oder unentgeltlich statt, in etwa 20 Prozent der Fälle blieb der Verzicht jedoch definitiv. Etwas aussagekräftiger als die Angaben über Verzicht sind die Zahlen über tatsächliche Inanspruchnahme. Während im Durchschnitt 32 Prozent der Probanden während eines Monats einen Arzt besuchten, waren es bei den Nicht-Zusatzversicherten lediglich 16 Prozent. Dieselbe Proportion, eine um die Hälfte geringere Inanspruchnahme, zeigte sich mit entsprechend geringeren Werten auch bei Differenzierung nach Allgemein-, Fach- und Zahnarztkonsultationen sowie Hausbesuchen. Die Arzneimittelausgaben pro Kopf lagen, unter stärkerem Rückgriff auf den tiers payant, bei den Nicht-Zusatzversicherten insgesamt um 26 Prozent, in der niedrigsten Einkommensgruppe um 38 Prozent unter denen der Gesamtbevölkerung. Nicht weiter quantifiziert ist die Aussage, dass das Fehlen einer Zusatzversicherung zu einer Abnahme der Compliance und des tatsächlichen Kaufs verschriebener Medikamente führt. Über die

---

[55] vgl. Haut Comité de la Santé Publique (1998), S. 134ff.

[56] vgl. Bocognano et al. (1999), S. 3

[57] Haut Comité de la Santé Publique (1998), S. 142 – Ü.d.A.

[58] ebenda, S. 136 – Ü.d.A.

gesundheitliche Wirkung dieser Zugangsbarriere ist damit jedoch weiterhin nichts bekannt, lediglich, dass die betroffenen Personen einen vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand hatten. Bei gleicher Alters- und Geschlechtsstruktur sei das Sterblichkeitsrisiko der Nicht-Zusatzversicherten um 10 bis 50 Prozent erhöht[59].
Nach Einführung der CMU wurden verschiedene Versuche der Evaluation unternommen. Immer noch gut ein Drittel der CMU-Berechtigten verzichtete (ohne Differenzierung nach finanziellen oder anderen Gründen) im Jahr 2000 wenigstens ein Mal auf medizinische Versorgung, zumeist waren nach wie vor mit hoher Selbstbeteiligung belegte Leistungen von Zahnärzten oder Optikern betroffen. Allerdings gaben 69 Prozent an, die CMU habe den Zugang zu Gesundheitsleistungen in finanzieller Hinsicht erleichtert; 65 Prozent meinten, sie könnten sich dadurch vorzeitiger in Behandlung begeben, und so eine Verschlechterung ihres Zustandes vermeiden[60].

3.1.5. weitere Einzelergebnisse

van de Voorde, van Doorslaer und *Schokkaert* (2001) haben eine der wenigen Untersuchungen zur Wirkung von Selbstbeteiligung auf die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen vorgelegt. Die Auswahl ihres Untersuchungsfelds in Belgien begründen sie mit der Hypothese, dass anbieterinduzierte Nachfrage unter nicht-experimentellen Bedingungen die im RAND-Experiment festgestellte Wirkung von Selbstbeteiligung konterkarieren könnte, und die Bedingungen hierfür in diesem Land mit einer hohen Ärztedichte und ausschließlicher Honorierung per Einzelleistungsvergütung (bei gleichzeitig hoher und steigender Selbstbeteiligung für den Großteil der Bevölkerung) besonders günstig seien[61]. Die ermittelten Reaktionen auf eine Erhöhung der Selbstbeteiligung im Jahr 1994 mit Preiselastizitäten von -0,39 bis -0,28 für Hausbesuche, -0,16 bis -0,12 für Hausarztpraxisbesuche und -0,10 für Facharztbesuche bei geringeren bzw. nicht signifikanten Reaktionen der von Selbstbeteiligung weitgehend ausgenommenen Gruppen (die ‚VIPO' – Witwen, Invaliden, Rentner, Waisen) bestätigen jedoch die Ergebnisse des RAND-Experiments. Die Hypothese der Aufhebung von Selbstbeteiligungseffekten durch Anbieterreaktion wird also zurückgewiesen – allerdings mit der Beschränkung auf die kurze Frist, da die zu Grunde liegenden Daten keinen langen Zeitraum nach der Selbstbeteiligungserhöhung umfassen. Die Autoren halten eine solche Wirkung langfristig weiterhin für möglich, und halten sich mit Politikempfehlungen als Schlussfolgerung aus ihrer Arbeit zurück. Ebenso wie über die Notwendigkeit der durch Selbstbeteiligung verminderten Arztbesuche nichts gesagt werden könne, sei nicht klar, ob Anbieteranreize nicht wirksamer sein könnten als eine Selbstbeteiligung der Patienten[62].
Eine Befragung gesetzlich Krankenversicherter in Deutschland ergab, dass ein großer Anteil, bis zu zwei Drittel, der Anspruchsberechtigten auf eine Befreiung oder eine teilweise Erstattung von Zuzahlungen nach den gesetzlichen Härtefallregelungen (so genannte Sozialklausel und Überforderungsklausel im Sozialgesetzbuch) nicht oder nur unzureichend über diese Regeln informiert ist[63]. Bislang nicht untersucht ist die sich hieraus ergebende Vermutung, dass entsprechend viele die Härtefallregeln trotz ihrer Berechtigung nicht in Anspruch nehmen, also trotz ihrer finanziellen Überlastung Zuzahlungen leisten – oder eben unnötiger Weise auf Leistungen verzichten.

---

[59] vgl. Bocognano et al. (1999), S. 1ff.

[60] vgl. Boisguerin (2002), S. 52ff.

[61] vgl. van de Voorde, van Doorslaer, Schokkaert (2001), S. 457f.

[62] vgl. ebenda, S. 470

[63] vgl. Eller, Baumann, Mielck (2002), S. 571

3.2. Makroanalyse

Unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit bemisst sich der Erfolg eines Gesundheitssystems daran, ob der Gesundheitsstatus aller Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen oder anderen sozioökonomischen Merkmalen gleich gut gesichert wird. Die Qualität des Versorgungssystems selbst, also auch der Effekt von Selbstbeteiligung, schlägt sich jedoch nicht direkt in Ergebnissen nieder. Messbar ist die Performance eines Gesundheitssystems in Form von Zugang zu und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Hier ist größtmögliche Verteilungsgerechtigkeit gegeben, wenn alle Menschen – entsprechend ihren Bedürfnissen, um in Rechnung zu stellen, dass beispielsweise Arme ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben – das gleiche Maß an Leistungen erhalten. Auf diesen Aspekt haben *van Doorslaer, Koolman* und *Puffer* (2002) mit Hilfe des *European Community Household Panel* den Zugang zu ärztlicher Versorgung in der EU untersucht. Sie korrigierten die Verteilung der Frequenz von Allgemein- und Facharztbesuchen um verschiedene Indikatoren für medizinischen Bedarf. Bei diesem hohen Aggregationsgrad der Daten Effekte von Selbstbeteiligung zu isolieren, ist praktisch nicht möglich. Gleichwohl können die in Tab. 3 dargestellten Ergebnisse Anhaltspunkte zum Vergleich mit den bereits gewonnenen Erkenntnissen über die Rolle der Selbstbeteiligung liefern.

Tabelle 3: Indizes für horizontale Ungleichbehandlung (inequity) bei ambulanten Leistungen[64]

	HI_{WV} Arztbesuche insgesamt	HI_{WV} Allgemeinarztbesuche	HI_{WV} Facharztbesuche
Belgien	-0,0009	-0,0198	0,0358
Dänemark	0,0163	-0,0045	0,0725
Deutschland	0,0118	-0,0188	0,0587
Griechenland	0,0273	-0,0109	0,0767
Großbritannien	0,0094	-0,0145	0,0830
Irland	-0,0112	-0,0430	0,1496
Italien	-0,0083	-0,0277	0,0621
Luxemburg	-0,0159	-0,0324	-0,0041
Niederlande	0,0127	-0,0034	0,0372
Österreich	0,0403	0,0178	0,0807
Portugal	0,0635	0,0146	0,1904
Spanien	-0,0084	-0,0437	0,0763

Quelle: van Doorslaer, Koolman, Puffer (2002)

Während international große Unterschiede bei der Höhe der Arztbesuchsraten bestehen, zieht sich durch alle Länder ein ähnliches Muster in der Verteilung. Die Gemeinsamkeiten im Einfluss von Einkommen, Bildungsstand etc. auf die Inanspruchnahme überdecken den Effekt systembedingter Unterschiede, die gleichwohl groß genug sind, um sich in gesundheitlicher Ungleichheit niederschlagen zu können. Die höhere Inanspruchnahme der Leistungen von Allgemeinärzten durch untere Einkommensschichten entspricht in etwa deren höherem Bedarf. Eine relative Bevorzugung der Armen lässt sich in Spanien, Irland, Belgien und Luxemburg durch deren weit gehende Ausnahme von Selbstbeteiligung erklären. Eine Bevorzugung der Reichen ist in diesem Sektor nur in Österreich und Portugal zu beobachten. Fachärzte hingegen sind generell, außer in Luxemburg, eher eine Domäne der höheren Einkommensgruppen. Der Unterschied fällt in Irland und Portugal besonders stark aus. Zum Teil, besonders in Irland, ist dies durch den Einfluss privater Zusatzversicherung mit erleichtertem Zugang zu Fachärzten erklären. Signifikante Ungleichbehandlung zu Gunsten

[64] HI_{WV}: Index für horizontale Ungleichbehandlung, gemessen als Variation der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung, standardisiert nach Alter, Geschlecht, selbst empfundenem Gesundheitsstatus und chronischen Krankheiten; negative Werte: Ungleichbehandlung zu Gunsten der niedrigen Einkommensgruppen; Angaben für 1996

der Reichen lässt sich bezogen auf Arztbesuche insgesamt in Griechenland, Portugal und Österreich feststellen, wobei sich in Griechenland systematische regionale Unterschiede stark auswirken und im Falle Österreichs trotz der großen Ungleichheit das Niveau der Inanspruchnahme auch für niedrige Einkommensgruppen im europäischen Vergleich sehr hoch ist, also keinen Grund für die Annahme relativer Unterversorgung liefert[65].
Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse ist insofern geboten, als die Daten keine Auskunft über mögliche Unterschiede in der Versorgungsqualität geben. Auch könnte die Bestimmung des Leistungsbedarfs (hier sind eine Selbsteinschätzung des Gesundheitsstatus und Daten über die Prävalenz chronischer Krankheiten eingeflossen) noch präzisiert werden. In einer früheren Studie bewirkte jede weitere Präzision der Bedarfsgröße eine Verschiebung des Ungleichbehandlungs-Index in Richtung Bevorzugung der Reichen[66]. Immerhin lässt sich aus dem Grad der Konzentration der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen auf höhere Einkommensgruppen ein Unterschied in der Versorgungsqualität ableiten. Bezogen auf die hier nicht untersuchten aggregierten Gesundheitsausgaben liefern US-Untersuchungen den Hinweis, dass eine Einbeziehung aller tatsächlich geleisteten Ausgaben (und nicht, wie hier, aus Arztbesuchshäufigkeit oder aus der Verweildauer im Krankenhaus abgeleiteter Inanspruchnahme des Systems) eher auf eine Bevorzugung der hohen Einkommensgruppen deutet[67].

4. Diskussion der Ergebnisse

Die vorgestellten länderspezifischen Untersuchungen behandeln sowohl steuerfinanzierte als auch Sozialversicherungssysteme. Die spezifischen Probleme eines Kostenerstattungssystems fließen ebenso ein wie Implikationen eines Hausarztmodells. Und – quer zu den allgemeinen Systemcharakteristika – lässt sich ein Vergleich zwischen den Wirkungen relativ hoher und relativ niedriger Selbstbeteiligung anstellen. Politische Entscheidungen zur Reduzierung der Selbstbeteiligung aus Kostengründen (in den Niederlanden) oder mit dem Ziel einer größeren Verteilungsgerechtigkeit (in Frankreich) zeugen von der Relevanz der Fragestellung bei den ausgewählten Länderbeispielen. Die vorliegenden und ausgewerteten Quellen behandeln, sofern spezifische Sektoren untersucht werden, überwiegend den Arzneimittelsektor. Dies ist auch insofern sinnvoll, als hier eine effiziente Nachfragesteuerung über souveräne Patientenentscheidungen besonders fragwürdig erscheint, gleichzeitig aber dieser Bereich das primäre Anwendungsgebiet für Selbstbeteiligung in Europa darstellt. Wegen der Schlüsselbedeutung für die Nachfragesteuerung im Gesamtsystem sind aber auch die wenigen Untersuchungen zum ambulanten Sektor von großer Bedeutung. Das völlige Fehlen von Studien zur Wirkung von Selbstbeteiligung im stationären Bereich, in der Regel der größte Ausgabenposten, hängt möglicherweise mit der Hypothese zusammen, dass hier ohnehin keine Wirkung erwartet werden könne, muss aber als Mangel betrachtet werden.
In keinem der vorgestellten Beispiele gibt es einen Nachweis schädlicher Gesundheitseffekte der Minderinanspruchnahme durch Selbstbeteiligung, oder gar eine quantitative Bestimmung der dadurch entstandenen volkswirtschaftlichen Verluste wie in der Studie von Soumerai et al. Überall jedoch, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß, liegen Hinweise auf eine solche Wirkung vor. Besonders stark fallen die großen Volumina des Konsumverzichts aus finanziellen Gründen in den beiden Ländern mit insgesamt hohem Selbstbeteiligungs-Niveau, Frankreich (zumal vor Einführung der CMU) und Schweden, ins Auge.

---

[65] vgl. van Doorslaer, Koolman, Puffer (2002), S. 240f.

[66] vgl. van Doorslaer et al. (2000), S. 566

[67] vgl. ebenda, S. 570

In Schweden gibt es deutliche Hinweise auf die Einschränkung auch notwendiger Versorgung. Zwar weist die Befragung von Lundberg et al. auf eine nach Dringlichkeit verschiedener Arzneimittel differenzierte Reaktion der schwedischen Patienten auf eine Zuzahlungserhöhung hin, doch bleibt auch bei den notwendigen Mitteln (darunter bemerkenswerter Weise Blutdruck senkende Arzneien, die im RAND-Experiment eine prominente Rolle beim Nachweis der gesundheitsschädlichen Wirkung des Konsumverzichts durch Selbstbeteiligung spielten) noch eine bedeutende Marge für Nachfragereaktionen. Zieht man zusätzlich die Ergebnisse von Gerdtham zu sozioökonomischen Bestimmungsfaktoren der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowie des Gesundheitsstatus in Betracht, so liegt die Vermutung nahe, dass diese Reaktion vor allem von den Patienten mit niedrigen Einkommen ausgeht, und wenig mit der Dringlichkeit der Behandlung zu tun hat. In dieses Bild passt auch, dass ein Teil der Konsumeinschränkung nachgewiesenermaßen in der Nicht-Einnahme verschriebener Medikamente besteht (wobei allerdings nichts über die Dringlichkeit dieser Verschreibungen ausgesagt werden kann). Gleiches gilt für die Nichtwahrnehmung der zahnärztlichen Routineuntersuchungen. Hier sind zwar keine akuten Fälle betroffen, es kann aber als sicher gelten, dass durch eine Vernachlässigung der Behandlung Folgekosten entstehen.

Die vor Einführung der CMU bestehende Versicherungslücke in Frankreich liefert das deutlichste Beispiel für durch Selbstbeteiligung verminderte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die messbaren Unterschiede in der tatsächlichen Inanspruchnahme gegenüber den Zusatzversicherten fallen noch deutlicher aus als die subjektiv empfundene Einschränkung aus Kostengründen durch die Nicht-Zusatzversicherten. Dies kann bezüglich der Notwendigkeit der verzichteten Leistungen in zweierlei Weise interpretiert werden: Entweder nehmen die Zusatzversicherten (die allerdings immer noch eine spürbare Belastung durch Selbstbeteiligung tragen müssen) überflüssige Leistungen im großen Stil in Anspruch, oder der Konsumverzicht der Nicht-Zusatzversicherten betrifft tatsächlich auch zahlreiche notwendige Leistungen. Die letztgenannte Antwort gewinnt durch das erhöhte Sterblichkeitsrisiko an Plausibilität, wenngleich dieses theoretisch auch die ‚normale' Einkommensabhängigkeit des Gesundheitsstatus abbilden könnte. Angesichts der nach wie vor bestehenden Konsumlücke besonders bei Zahn- und Augenbehandlungen ist die Bewertung der CMU als erfolgreiche Beseitigung eines Zugangshindernisses nicht ganz überzeugend.

Die britischen Studien zur Auswirkung der Zuzahlungserhöhungen im Arzneimittelbereich weisen mit ihren sehr unterschiedlichen Ziffern für die Preiselastizität der Nachfrage auf ein grundsätzliches Problem bei der Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit hin. Wenn es schon schwierig ist, den Nachfrageeffekt der Selbstbeteiligung zuzuordnen, wird die sehr viel indirekter vermittelte gesundheitliche Wirkung (und Folgekosten als letztes Glied der Kausalkette) als Resultat dieses Nachfrageeffekts umso schwieriger zuzuordnen sein. Da ausschließlich verschreibungspflichtige Medikamente Gegenstand der beobachteten Nachfragereaktionen sind (und die Zulassung von Medikamenten im NHS sehr strikten Kontrollen unterliegt), liefern jedoch auch diese Studien brauchbare Hinweise. Die gesundheitlichen Folgen der Konsumminderung sind auch hier nicht untersucht, aber der Vermutung von Ryan/Birch sowie Hughes/McGuire, dass solche Folgen jedenfalls zu erwarten sind und auch Kosten für den NHS mit sich bringen, kann vor diesem Hintergrund gefolgt werden.

Die niederländische AEB ist in dieser Auswahl das schwächste Beispiel für schädliche Auswirkungen von Selbstbeteiligung. Insgesamt stellt sie einen außergewöhnlichen Fall dar. Auf Makroebene ist weder ein Finanzierungs- noch ein Nachfrageeffekt in spürbarer Höhe, also überhaupt kein Gesamtnutzen der Selbstbeteiligung feststellbar. Insofern widerspricht die AEB der Hypothese, Selbstbeteiligung sie entweder unwirksam oder schädlich mit dem Resultat ‚weder sozial schädlich noch finanziell nützlich' (was sie allerdings auch nicht als

empfehlenswerte Variante erscheinen ließe). Dieses Urteil relativiert sich jedoch bei genauerer Betrachtung. Selbst bei dieser vergleichsweise harmlosen Selbstbeteiligungsregelung ist schon ein in begrenztem Umfang merklicher sozial schädlicher Effekt durch die Reduzierung des Arzneimittelverbrauchs der Bezieher niedriger Einkommen zu beobachten. Offenbar war die Spürbarkeitsschwelle für diese Gruppe schon erreicht. Die vor der AEB bestehenden Zuzahlungsregelungen in den Niederlanden hingegen erweisen sich als Paradebeispiel für den Fall unwirksamer Selbstbeteiligung – da auch hier wieder das Beispiel der Blutdruck senkenden Mittel auftaucht, wahrscheinlich vorteilhaft für den gesundheitlichen Effekt.

Das belgische Beispiel ist geeignet, die getroffenen theoretischen Aussagen über die Rolle der Anbieterdominanz bei der Bestimmung der Nachfrage ins rechte Licht zu rücken. Zum einen muss bei der Betrachtung des ambulanten Sektors natürlich die Entscheidungsmacht der Patienten bei der Primärnachfrage, vor allem bei Hausarztbesuchen, in Betracht gezogen werden. Zum anderen kann eine finanzielle Überlastung der Versicherten durch die Selbstbeteiligung aber auch ärztliche Entscheidungen und Empfehlungen in einem gewissen Ausmaß überlagern – ebenso wie bei den schon aufgeführten Beispielen der Verweigerung verschriebener Medikamente eben auch im Fall von Folgebehandlungen oder Überweisungen zum Facharzt. Dabei bleibt jedoch noch die Frage offen, ob langfristig eine Reaktion der Anbieter auf die damit verbundenen Einnahmeverluste zu erwarten ist.

Zu beachten ist besonders im britischen und im französischen Fall, dass bereits in gewissem Umfang Ausnahmeregelungen für die niedrigsten Einkommensgruppen greifen, sodass die von der Nachfrageeinschränkung betroffenen Gruppen eher in der zweituntersten Schicht angesiedelt sind. Die deutsche Untersuchung zum Bekanntheitsgrad der Härtefallregelungen wirft die interessante Frage auf, ob trotz institutioneller Regelungen immer noch Zugangsbarrieren für die ausgenommenen Patientengruppen bestehen. Durch extensive Ausnahmeregeln kann auch eine nominell hohe Selbstbeteiligungsquote wie in Belgien oder Italien mit einem relativ gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen einhergehen. Andererseits zeigen die Beispiele Deutschlands und der Niederlande, dass selbst vergleichsweise moderate Selbstbeteiligung verbunden mit Härtefallregeln nicht den selektiven Effekt einer grundsätzlichen Trennung des Systems in öffentliche und private Versorgung ausgleichen kann. Analog gilt für die besonders starken Nachfragehindernisse in Portugal und Griechenland, dass der notwendige Rückgriff auf private Versorgung außerhalb des Systems (der hier allerdings schon in die zitierten Selbstbeteiligungsquoten eingerechnet ist) eine sozial ausgleichende Steuerung des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen unmöglich macht.

5. Schlussfolgerungen

Wenn finanzielle Anreize für die Patienten die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steuern sollen, erhält immer das Kriterium der Zahlungsfähigkeit Vorrang vor dem medizinischen Bedarf. Das Resultat ist eine nicht dem Bedarf entsprechende Verteilung der Gesundheitsleistungen, und damit eine Verstärkung der gesundheitlichen Ungleichheit. Die von Osterkamp geäußerte Hoffnung, diesen Effekt durch niedrige Selbstbeteiligung zu vermeiden, trägt nicht. Das Beispiel der Niederlande zeigt, dass die Schwelle für diesen sozial schädlichen Effekt von Selbstbeteiligung wegen der nach dem Anteil der Gesundheitsausgaben am Einkommen differenzierten Spürbarkeitsschwellen sogar vor einem für das Gesamtsystem spürbaren Steuerungseffekt erreicht werden kann. Allerdings bestehen länderspezifische Unterschiede im Ausmaß des Verteilungseffekts der Selbstbeteiligung.

Ein Best-practice-Vergleich der Selbstbeteiligungsregeln in Europa wird dadurch erschwert, dass keine existierende Regelung in Bezug auf Verteilungs- oder Effizienzziele als erfolgreich

bewertet werden kann. Allenfalls ist eine Suche nach der am wenigsten schädlichen Lösung als Erfolg versprechend anzusehen, was jedoch unter dem Gesichtspunkt von Handlungsempfehlungen höchstens aus Opportunitätsgründen in Frage kommt. Als ‚worst practice' können jedenfalls diejenigen Systeme betrachtet werden, in denen ein Großteil der Gesundheitsversorgung außerhalb des kollektiven Sicherungsrahmens, und damit unter 100-prozentiger Selbstbeteiligung, geleistet wird. Offenbar ist neben der Höhe der Selbstbeteiligung vor allem das Ausmaß der Befreiungsmöglichkeiten für Bezieher niedriger Einkommen und Personen mit hohem Behandlungsbedarf der entscheidende Faktor, um den Nachfrageeffekt und damit die soziale Selektion abzumildern. Dafür sprechen die relativ niedrigen Ausschlussquoten in Ländern mit generösen Ausnahmeregeln wie Belgien, Irland, Italien, Luxemburg oder Spanien. Eine irische Untersuchung bestätigt das Ergebnis, dass insbesondere die von Selbstbeteiligung befreiten Kategorie-1-Patienten einen starken Anreiz zur Inanspruchnahme von Leistungen der Allgemeinärzte erhalten, und schlägt aufgrund der erzielten gesundheitlichen Verbesserungen und Effizienzgewinne durch Umleitung von stationärer zu ambulanter Behandlung vor, bei gleichzeitiger Kostenkontrolle auf der Anbieterseite die Selbstbeteiligung für alle Bevölkerungsgruppen abzuschaffen[68]. Denn auch unter extensiven Ausnahmeregelungen hängt die Nachfragereduzierung durch Selbstbeteiligung vom Einkommen ab[69]. Jedenfalls innerhalb der Gruppe der nicht Ausgenommenen kommt der Selektionseffekt der Selbstbeteiligung zum Tragen. Dies wirkt sich umso deutlicher aus, je enger die Ausnahmekriterien gefasst sind, wie das Beispiel Frankreich zeigt. Der schwedische Versuch, die Funktion der Abmilderung der Zugangsschranken durch den so genannten Hochkostenschutz in einem Selbstbehaltsystem anstelle durch Ausnahmeregeln zu erreichen, muss als misslungen betrachtet werden. Dieses System ist äußerst erfolgreich bei der Verhinderung von Erstnachfrage – aber dieses Ziel kollidiert eben mit dem des ungehinderten Zugangs. Der Hochkostenschutz verhindert allerdings die sonst durch Selbstbeteiligung bedingte starke Belastung chronisch Kranker (zumindest derjenigen mit höheren Einkommen).

Lediglich ein Vorschlag von *Anell* und *Svensson* zielt auf eine gesundheitlich effektive Steuerungswirkung durch Selbstbeteiligung ab: eine generelle Differenzierung der Selbstbeteiligungssätze nach zuvor ermittelter Effektivität der Leistungen anstelle des nicht funktionierenden Marktmechanismus[70]. Ähnlich den in einigen europäischen Ländern existierenden Regelungen mit differenzierten Arzneimittel-Zuzahlungen würde den Patienten die Allokationsentscheidung abgenommen. Zur Auswirkung dieser Differenzierung auf die Gesamteffektivität des Gesundheitssystems liegen keine Erkenntnisse vor. Dies wäre ein lohnendes Feld für weitere Untersuchungen. Bislang fehlen die Grundlagen, um die Idee für das gesamte Gesundheitssystem sinnvoll zu operationalisieren (und mit der bleibenden ungerechten Verteilungswirkung gegenüber alternativen Methoden zu rechtfertigen). Deshalb wird auch in mehreren Quellen eher auf Alternativen bei der Kostendämpfung verwiesen, als eine Verbesserung der Selbstbeteiligungsregeln angestrebt. In der Regel liegt das Hauptaugenmerk, in Anbetracht des Problems der anbieterinduzierten Nachfrage, auf Anreizen die beim Anbieterverhalten ansetzen, beispielsweise effizienzorientierte Vergütungssysteme anstelle von Einzelleistungsvergütung[71]. Es gibt jedoch auch in diesem Rahmen Optionen, direkt das Patientenverhalten im Sinne einer größeren Kosten-Effektivität des Gesundheitssystems zu steuern. Der prominenteste Ansatz in diesem Sinne sind Hausarztsysteme, auch bekannt als ‚Gatekeeping'-Modelle, bei denen die Arztwahl der Patienten so weit eingeschränkt ist, dass sie nur mit einer Überweisung ihres zuständigen

---

[68] vgl. Nolan (1993), S. 168

[69] vgl. Dawson (1999), S. 31

[70] vgl. Anell, Svensson (1999), S. 26

[71] vgl. Nolan (1993), S. 168

Hausarztes weitere (teurere) Gesundheitsleistungen, beispielsweise von Fachärzten oder Krankenhäusern, in Anspruch nehmen können. Dieses „Sieb“[72] wurde bei der Evaluation der niederländischen AEB auch als Grund benannt, warum eine solche Zuzahlung nicht nur ineffizient sondern im niederländischen System auch unnötig sei. ‚Gatekeeping‘-Modelle existieren tendenziell auch eher dort, wo der Zugang zum Hausarzt für die Patienten nicht durch Selbstbeteiligung beschränkt ist[73]. Damit ist eine klare Alternative bei der Begrenzung unnötiger Nachfrage benannt (die jedoch ebenso auf ihre Verteilungswirkung und Effizienz überprüft werden müsste).

Bevor diese Alternative gestellt wird, bleibt allerdings zu fragen, ob unnötige Nachfrage überhaupt das Problem bei der Kostenentwicklung in Europas Gesundheitssystemen darstellt. Gemessen an dem Ziel einer effizienten Gesundheitsversorgung kann auch die Annahme formuliert werden, dass die effektive Nachfrage durch die Ressourcenbegrenzung (infolge Budgetierung und/oder Selbstbeteiligung) aktuell zu niedrig ist, um allen Patienten eine nach Kosten-Nutzen-Kriterien optimale Versorgung zu gewährleisten[74]. Die hier vorgestellten Hinweise auf die Wirkung der Selbstbeteiligung als finanzielle Barriere zum Zugang zu – auch notwendigen oder angemessenen – Gesundheitsleistungen stärken die Plausibilität dieser Vermutung.

Politisch wird das Thema Selbstbeteiligung innerhalb der EU dennoch möglicherweise durch den Beitritt mittel- und osteuropäischer Staaten größere Bedeutung erlangen. Dort ist Selbstbeteiligung inzwischen verbreitet zur Hauptfinanzierungsquelle der Gesundheitsversorgung geworden – weniger aus Erwägungen einer Nachfragesteuerung heraus, denn mangels einer ausreichenden Basis für die Erhebung von Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen[75]. Ein Harmonisierungsdruck durch den Binnenmarkt hat sich auf diesem Gebiet bislang nicht bemerkbar gemacht, könnte aber durch die Freigabe der grenzüberschreitenden Leistungserbringung ins Spiel kommen.

---

[72] Delnoij et al. (2000), S. 44

[73] vgl. Ros, Groenewegen, Delnoij (2000), S. 8

[74] vgl. Towse (1999), S. 28

[75] vgl. Robinson (2002), S. 174f.; S. 181f.

6. Literatur

Anell, A., Svensson, M. (1999): User charges in health care: the Swedish case. In: Eurohealth, vol. 5, no. 3, S. 25-26

Bocognano, A. et al. (1999): Santé, soins et protection sociale en 1998. In: Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé, no. 24

Boisguerin, B. (2002): Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (novembre 2000). Principaux résultats. DREES Document de travail, no. 41. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Dawson, D. (1999): Why charge patients, if there are better ways to contain costs, encourage efficiency and reach for equity? In: Eurohealth, vol. 5, no. 3, S. 29-31

Delnoij, D. M. J. et al. (2000): Die Zuzahlungsregelung im niederländischen Krankenkassengesetz: eine Evaluation der Effekte. In: Gesundheitswesen, 62, S. 39-44

Eller, M., Baumann, F., Mielck, A. (2002): Bekanntheitsgrad der Härtefallregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Gesundheitswesen, 64, S. 565-571

Gerdtham, U.-G. (1997): Equity in health care utilisation: Further tests based on hurdle models and Swedish micro data. In: Health Economics, 6, S. 303-319

Haut Comité de la Santé Publique (1998): La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: ENSP

Hughes, D., McGuire, A. (1995): Patient charges and the utilisation of NHS prescription medicines: Some estimates using a cointegration procedure. In: Health Economics, 4, S. 213-220

Hutten, J. B. F., Ros, C. C., Delnoij, D. M. J. (1998): Evaluatie Algemene Eigen-bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Eindrapport: Effecten van de Algemene Eigenbijdrageregeling. Utrecht: NIVEL

Kaiser, A. (2003): Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung – Verteilungswirkungen, Effektivität und Effizienz. Hamburg: unveröff. Manuskript

Lavers, R. J. (1989): Prescription charges, the demand for prescriptions and morbidity. In: Applied Economics, 21, S. 1043-1052

Lexchin, J., Grootendorst, P. (2002): The effects of prescription drug user fees on drug and health services use and health status: a review of the evidence. Hamilton/Ontario: Centre for Evaluation of Medicines

Lundberg, L. et al. (1998): Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. In: Health Policy, 44, S. 123-134

Mateus, M. do Céu (1996): Vertical and horizontal equity in the finance of health care services: A comparative study of user charges in Denmark, Portugal and United Kingdom.

APES Documento de Trabalho 2/96. Lissabon: Associação Portuguesa de Economia da Saúde

Newhouse, J. P. and the Health Insurance Experiment Group (1993): Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge/Massachusetts, London: Harvard University Press

Nolan, B. (1993): Economic incentives, health status and health services utilisation. In: Journal of Health Economics, 12, S. 151-169

O'Brien, B. (1989): The effect of patient charges on the utilisation of prescription medicines. In: Journal of Health Economics, 8, S. 109-132

Osterkamp, R. (2003): Public health insurance. Pareto-efficient allocative improvements through differentiated copayment rates. In: European Journal of Health Economics, vol. 4, no. 2, S. 79-84

Remler, D. K., Atherley, A. J. (2003): Health status and heterogeneity of cost-sharing responsiveness: how do sick people respond to cost-sharing? In: Health Economics, 12, S. 269-280

Reuveni, H. et al. (2002): The effect of drug co-payment policy on the purchase of prescription drugs for children with infections in the community. In: Health Policy, 62, S. 1-13

Robinson, R. (2002): User charges for health care. In: Mossialos, E. et al. (eds.): Funding health care: options for Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press

Robinson, R. (1999): Perspectives on cost sharing. In: Eurohealth, vol. 5, no. 3, S. 24

Ros, C. C., Groenewegen, P. P., Delnoij, D. M. J. (2000): All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. In: Health Policy, 52, S. 1-13

Ros, C. C. et al. (1998): Deelrapport V: Effecten van de invoering van de Algemene Eigen-bijdrageregeling op zorggebruik van ziekenfondsverzekerden. Utrecht: NIVEL

Ryan, M., Birch, S. (1991): Charging for health care: Evidence on the utilisation of NHS prescribed drugs. In: Social Science & Medicine, vol. 33, no. 6, S. 681-687

Socialstyrelsen (o. J.): Patient charges and demand for care. Stockholm: Socialstyrelsen. [http://www.sos.se/sos/publ/refereng/0003008e.htm], 30. Juni 2003

Soumerai, S. B. et al. (1994): Effects of limiting Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. In: New England Journal of Medicine, 331, S. 650-655

Starmans, B. (1998): The effects of patient charges on medical utilisation, expenditure, and health. Dutch investigations and international evidence. Maastricht: Universiteit Maastricht

Starmans, B. et al. (1994): The effect of a patient charge and a prescription regulation on the use of antihypertension drugs in Limburg, The Netherlands. In: Health Policy, 26, S. 191-206

Tamblyn, R. et al. (1999): Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments (résumé). Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Towse, A. (1999): Could charging patients fill the cash gap in Europe's health care systems? In: Eurohealth, vol. 5, no. 3, S. 27-29

van de Voorde, C., van Doorslaer, E., Schokkaert, E. (2001): Effects of cost sharing on physician utilisation under favourable conditions for supplier-induced demand. In: Health Economics, 10, S. 457-471

van Doorslaer, E., Koolman, X., Puffer, F. (2002): Equity in the use of physician visits in OECD countries: Has equal treatment for equal need been achieved? In: OECD: Measuring Up: Improving the Performance of Health Systems in OECD Countries. Paris: OECD

van Doorslaer, E. et al. (2000): Equity in the delivery of health care in Europe and the US. In: Journal of Health Economics, 19, S. 553-583

van Doorslaer, E. et al. (1999): The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. In: Journal of Health Economics, 18, S. 291-313

Wagstaff, A. et al. (1999): Equity in the finance of health care: some further international comparisons. In: Journal of Health Economics, 18, S. 263-290

Wagstaff, A., van Doorslaer, E. (1997): Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands. In: Journal of Health Economics, 16, S. 499-516

Bisher erschienene Arbeitspapiere

Nr. 1 Arne Heise: EMU, Coordinanted Macroeconomic Policies and a Boost to Employment in the European Union, September 2002

Nr. 2 Arne Heise: Makroökonomisches Economic Governance: Makro-Dialoge auf nationaler und EU-Ebene, Februar 2002

Nr. 3 Arne Heise: Das Ende der Sozialdemokratie? Konstruktiv-kritische Anmerkungen zu einer dramatischen Entwicklung, Mai 2003

Nr. 4 Arne Heise: Optimale Verschuldung, Konsolidierungstrajektorien und Makroeffekte, Oktober 2003

Nr. 5 Arne Heise: Polit-ökonomische Betrachtung zur Sozialdemokratie. Die Wirtschaftspolitik der ‚Neuen Mitte' im Lichte von Public Choice- und Agenda-Theorie, November 2003