

*Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner*

*Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich*

# Vorschläge für eine Harmonisierung der Selbstbehalte für Leistungen im Krankheitsfall

1. Einführung	112
2. ASVG-Versicherte	114
3. Wiedereinführung der Ambulanzgebühr	115
4. Steuerungselemente	117
5. Zusammenfassung	120

*Selbstbehalte sind in Österreich historisch gewachsen und daher je nach Versicherung sehr unterschiedlich. Um eine Harmonisierung und damit eine gerechtere Ausgestaltung zu erreichen, bedarf es einer umfassenden Umgestaltung der Selbstbehalte. Vor allem der 20-prozentige Behandlungsbeitrag einiger Versicherter müsste eine Ausweitung erfahren. Der Beitrag zeigt Möglichkeiten auf, ein kohärentes System zu schaffen und gleichzeitig die Finanzierung einiger derzeit nur schwer sicherstellbarer Bereiche des Gesundheitswesens zu verbessern. Im Zuge der Überlegungen wird auch auf die rechtliche Situation und soziale Bedenken Bezug genommen.*

# 1. Einführung

Selbstbehalte im Rahmen der Gesundheitsversorgung werden sowohl von Gesundheitspolitikern als auch in der Literatur sehr unterschiedlich beurteilt. Die Gegner von Selbstbehalten sehen darin eine sozial unerwünschte Besteuerung der Krankheit und argumentieren damit, dass bei sozial akzeptablen Selbstbehalten auch kein nennenswerter Steuerungseffekt entsteht. Die Befürworter anerkennen auch bei relativ geringen Selbstbehalten steuernde Wirkungen und sehen im Selbstbehalt eine wünschenswerte Maßnahme gegen die im Gesundheitsbereich festzustellende Vollkasko mentalität und eine Chance, der Bevölkerung bewusst zu machen, dass Gesundheitsleistungen auch kosten.<sup>1</sup> Faktum ist jedenfalls, dass es im österreichischen Gesundheitssystem eine ganze Reihe von Selbstbehalten gibt und dass diese jedenfalls deutlich zur Finanzierung beitragen (laut Hofmarcher<sup>2</sup> finanzierten 2010 private Haushalte über Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen 17,7 Prozent der gesamten laufenden Ausgaben für Gesundheit). Faktum ist auch, dass diese Selbstbehalte sehr unterschiedlich konstruiert sind und keinem zusammenhängenden logischen Konzept unterliegen, sondern eher auf historischen Zufälligkeiten basieren.

So gibt es, ohne dass es dafür eine nachvollziehbare logische Begründung gibt, bei den „kleinen Kassen“ von jeher einen Selbstbehalt beim Aufsuchen eines Arztes in Höhe von 20 Prozent, während bei den Gebietskrankenkassen unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten nur ein einmaliges Serviceentgelt von 10,00 pro Jahr als E-Card-Gebühr eingehoben wird. Bei den Versicherten der SVB wurde zwar im Zusammenhang mit der tariflichen Angleichung an die Gebietskrankenkassen der 20-prozentige Selbstbehalt abgeschafft. Stattdessen wird, wenn ein Arzt im jeweiligen Kalenderquartal in Anspruch genommen wird, ein einmaliger Behandlungsbeitrag für dieses Quartal in Höhe von € 9,63 einbehalten (wobei allerdings der Behandlungsbeitrag für Zahnbehandler getrennt ist, sodass bei Inanspruchnahme eines Arztes und eines Zahnbehandlers im Quartal € 19,22 an Behandlungsbeitrag eingehoben werden).

Bei Krankenhausaufenthalten fällt ein (mit einem Tageslimit pro Kalenderjahr begrenzter) Kostenbeitrag in je nach Bundesland unterschiedlicher Höhe an. Dazu kommt, dass für mitversicherte Angehörige zusätzlich ein Kostenbeitrag für die ersten vier Wochen des Krankenhausaufenthaltes zu bezahlen ist, dies allerdings nur bei ASVG- und BSVG-Versicherten.

1 Vgl. z.B. Rebhahn, Gesundheitsreform – systematisch betrachtet, Teil II, SozSi (2010) 126, 128

2 Das österreichische Gesundheitssystem (2013), S. 114

Neben diesen Selbsthalten für ärztliche und Krankenanstaltenleistungen gibt es noch solche für Heilmittel (Rezeptgebühr in der Höhe von 5,85 je Verordnung) sowie für Heilbehelfe und Hilfsmitteln (Selbstbehalt von 10 Prozent mit einem Mindestselbstbehalt von derzeit 33,20 bzw. bei Sehbehelfen 99,60). Schließlich gibt es auch noch wesentliche Selbstbehalte bei zahnärztlichen Leistungen (bei kieferorthopädischen Leistungen, für prothetische Leistungen gibt es nur allenfalls einen Zuschuss). Selbstbehalte bestehen auch für Rehabilitationsaufenthalte und Kuren. Die Selbstbehalte für Heilmittel entfallen bei sogenannten Rezeptgebührenbefreiten (Personen, die eine Ausgleichszulage beziehen oder deren Einkommen die Ausgleichszulagenrichtsätze nicht übersteigt). Außerdem gibt es eine Obergrenze für die Rezeptgebühren von 2 Prozent des Jahresnettoeinkommens des vorangegangenen Kalenderjahres.

Kurzzeitig wurde auch für die Inanspruchnahme einer Spitalsambulanz ein Selbstbehalt in Form einer Ambulanzgebühr eingezogen. Die Ambulanzgebühr wurde am 01. März 2001 eingeführt, allerdings mit 01. April 2003 wieder abgeschafft. In dieser Zeit kam es auch zu einer Novellierung der Ausnahmestimmungen, die in der Praxis als zu aufwändig kritisiert wurden. Vor ihrer endgültigen Beseitigung wurde die Ambulanzgebühr so geregelt, dass es eine Obergrenze (damals Schilling 1.000,00 pro Jahr) gab. Außerdem wurde keine Gebühr für mitversicherte Angehörige eingehoben, für Rezeptgebührenbefreite, für Organspender, in Dialyse- und Onkologieambulanzen sowie dann, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Ambulanzbehandlung eine stationäre Aufnahme in die Krankenanstalt erfolgte. Diese Regelung wurde zwar aus politischen Gründen wieder aufgehoben, allerdings hat sich auch der Verfassungsgerichtshof damit auseinandergesetzt. In seinem Prüfungsbeschluss vom 29. Juni 2002, B9/02-10ua stellte er die sachliche Rechtfertigung der Regelung in Frage. Dies einerseits deshalb, weil der mit der Regelung ausweislich der Materialien beabsichtigte Lenkungseffekt nur dann erreicht werden könnte, wenn die mit den Ambulanzgebühren belasteten Leistungen außerhalb der Spitalsambulanz durch einen niedergelassenen Arzt tatsächlich erbracht würden. Auch gegen die Sachlichkeit einzelner Ausnahmen gab es Bedenken, so wurde in Frage gestellt, weshalb nur Chemotherapien von der Ambulanzgebühr ausgenommen sein sollten, nicht aber Behandlungsleistungen für an vergleichbar schwerwiegenden und therapieintensiven Krankheiten leidende Patienten. Zu betonen ist allerdings, dass es sich dabei nur um einen Prüfungsbeschluss handelte, der Verfassungsgerichtshof also keine endgültige inhaltliche Stellungnahme zur Verfassungskonformität der seinerzeitigen Regelung abgegeben hat.

Im Folgenden sollen Überlegungen dargestellt werden (die die persönliche Meinung des Autors wiedergeben), wie das System der Selbstbehalte homogener und logischer ausgestaltet werden könnte.

## 2. ASVG-Versicherte

Meines Erachtens wäre es durchaus überlegenswert, die Selbstbehalte für die Inanspruchnahme von Kassenärzten für alle Sozialversicherten dahingehend zu harmonisieren, dass auch bei den ASVG-Versicherten – so wie bei den Bundeskassen – ein 20-prozentiger Selbstbehalt eingeführt wird.

Dafür würde Folgendes sprechen:

- Die derzeit bestehende Ungleichheit zwischen ASVG-Versicherten und den Versicherten anderer Kassen, die ohnehin schwer zu rechtfertigen ist, wäre damit beseitigt.
- Der extramurale Bereich leidet unter chronischer Unterfinanzierung. Es besteht praktisch einhelliger Konsens darüber, dass es in Österreich sinnvoll wäre, ambulant erbringbare Leistungen aus den Spitälern auszulagern und in Ordinationen anzubieten, worin neben ökonomischen vor allem der Vorteil gesehen wird, dass damit Patientenbedürfnissen und Erwartungen Rechnung getragen würde und gleichzeitig die ressourcenmäßig völlig überforderten Spitalsambulanzen entlastet werden könnten. Es ist auch evident, dass diese ständig geforderte Auslagerung daran scheitert, dass die Kassen, die den extramuralen Bereich zu bezahlen haben, die für den Ausbau benötigten Mittel nicht zur Verfügung stellen können. Würde man nun auch im ASVG-Bereich einen 20-prozentigen Selbstbehalt einführen und die daraus erzielten Mittel dem Ausbau extramuraler Leistungen widmen, könnte die extramurale Versorgung deutlich verbessert werden. Dabei geht es nicht nur um die Auslagerung neuer und moderner medizinischer Leistungen, sondern vor allem auch darum, ein breiteres Angebot an Kassenärzten, vor allem auch im fachärztlichen Bereich, anbieten zu können, was die immer wieder beklagten Wartezeiten bei Fachärzten deutlich reduzieren und vermutlich auch die Spitalsambulanzen entlasten würde. Selbst wenn man berücksichtigt, dass Patienten mit geringem Einkommen vom Selbstbehalt befreit werden müssten, blieben immer noch beträchtliche Mittel zur Stärkung des Leistungsangebotes.
- Fraglos sind die Selbstbehalte politisch nicht leicht zu kommunizieren. Wenn sie allerdings für die Versicherten mit spürbaren Verbesserungen der Zugänglichkeit zur extramuralen Versorgung verbunden wären, wäre vermutlich für eine solche Maßnahme Akzeptanz zu erreichen.

### 3. Wiedereinführung der Ambulanzgebühr

Zu überlegen wäre auch die Wiedereinführung der 2003 zurückgenommenen Gebühr für das Aufsuchen von Spitalsambulanzen. Auch dafür spricht einiges:

- Es ist nicht einzusehen, weshalb es bei stationären Aufenthalten Selbstbehalte gibt, ebenso wie bei der Nutzung extramuraler Medizin, dass aber gerade die Spitalsambulanzen völlig unentgeltlich aufgesucht werden können. Der Versuch der Einführung von Ambulanzgebühren zwischen 2001 und 2003 ist letztendlich vor allem daran gescheitert, dass die Ausnahmeregelungen zu kompliziert waren und eine aufwändige Bürokratie nach sich gezogen haben. Die Ausnahmeregelungen waren deshalb schwierig zu handhaben, weil nicht nur auf soziale Kriterien Rücksicht genommen wurde, sondern auch auf medizinische Indikationen. Die Berücksichtigung medizinischer Indikationen führt einerseits zu der vom Verfassungsgerichtshof angesprochenen Problematik, dass es ausgesprochen schwierig ist, innerhalb von Indikationen eine sachlich hieb- und stichfeste Grenze zu ziehen. Vor allen Dingen aber ist eine Befreiung aus Indikationsgründen systemfremd, wenn man die derzeit schon bestehenden Selbstbehalte beachtet. Ausnahmen von Selbstbehalten gibt es nach dem derzeitigen System vor allem für Rezeptgebührenbefreite, also im Wesentlichen Ausgleichszulagenbezieher oder Personen, die die entsprechende Einkommensgrenze nicht überschreiten. Diese Ausnahme könnte natürlich sinnvollerweise auch auf die Ambulanzgebühr übertragen werden und wäre leicht handhabbar, weil bei Rezeptgebührenbefreiten ein entsprechender Hinweis auf der E-Card vermerkt ist. Darüber hinaus gibt es schon nach der derzeitigen Systematik aus sozialpolitischen Überlegungen Ausnahmen vom Selbstbehalt bei Leistungen, die im Rahmen des Mutter-Kind-Passes erfolgen. Auch diese Ausnahmeregelung könnte man auf die Ambulanzgebühr erstrecken. Schließlich waren bei der seinerzeit eingeführten Ambulanzgebühr auch Ambulanzbesuche im Zusammenhang mit der Organspende oder der Spende von Blutplasma befreit. Da es sich dabei um aus altruistischen Gründen in Anspruch genommene Ambulanzleistungen handelt, wäre es wohl gut argumentierbar, auch diese Ausnahmeregelung beizubehalten. Dieser sehr eingeschränkte Ausnahmekatalog wäre vermutlich auch administrativ leicht handhabbar, wenn keine weiteren medizinischen Indikationen hinzukommen.

- Allerdings sollte auch für die Ambulanzgebühr gelten, dass deren Einführung dazu genutzt werden muss, gesundheitspolitisch sinnvolle Zielsetzungen zu erreichen. Dabei wären zwei Zielsetzungen vorstellbar: Zum einen könnten sie die gesundheitspolitische Intention unterstützen, das extramurale ambulante Leistungsangebot mit dem Ziel einer wohnortnahen Patientenversorgung und einer Entlastung der Spitalsambulanzen zu unterstützen. Ein Teil der vereinnahmten Mittel könnte daher in den Ausbau des extramuralen Bereiches investiert werden. Zum anderen besteht im Spitalsbereich mittlerweile die Problematik, dass es Spitalsabteilungen gibt, die immer mehr Betten verlieren und bei denen sich der Schwerpunkt immer stärker in das Anbieten ambulanter Leistungen verlagert, weil es der aus Sicht des Patienten und aus ökonomischer Sicht natürlich sinnvolle medizinische Fortschritt für immer gravierendere Behandlungsleistungen möglich macht, diese dem Patienten ohne die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes anzubieten. Bei vielen dieser Leistungen ist es aus unterschiedlichen Gründen allerdings schwer vorstellbar, dass sie in fachärztlichen Praxen erbracht werden könnten (vgl. Dialyseleistungen oder bestimmte onkologische Leistungen), sie bleiben also Spitalsleistungen. Es wird für diese Abteilungen immer schwieriger, genügend qualifiziertes ärztliches Personal zu finden, weil mit dem Wegfall der Bettenstationen auch die Möglichkeiten eingeschränkt sind, Arzthonorare zu erzielen. Ambulanzgebühren an diesen Abteilungen könnten daher dazu verwendet werden, das zunehmende Wegbrechen von Sonderklasseinnahmen zu substituieren.

## 4. Steuerungselemente

Selbstbehalte sollten wohl primär als Finanzierungsquelle aufzufassen sein, wobei der Konnex zur Kostenverursachung auch bei den derzeitigen Selbsthalten durchaus gewollt ist. Gerade hinter den derzeit schon existierenden Selbsthalten steht wohl die Idee, dass das System der sozialen Sicherheit zwar verhindern muss, dass jemandem aus finanziellen Gründen benötigte Behandlungsleistungen verwehrt bleiben. Gerade dann, wenn Selbstbehalte eine sozial verträgliche Größenordnung nicht übersteigen, sieht die Sozialpolitik aber offenbar schon derzeit dieses Ziel zu Recht als ungefährdet an. Selbstbehalte haben daher neben der Finanzierungsfunktion derzeit vor allem den Zweck, eine „Selbstbedienungsmentalität“ zu vermeiden. Hingegen kommen den derzeitigen Selbsthalten kaum steuernde Funktionen zu.

Natürlich wäre es denkbar, durch Staffelung von Selbsthalten neben der Finanzierungskomponente auch ein Steuerungselement einzubauen. Dabei sind allerdings die Bedenken des Verfassungsgerichtshofes aus dem Jahr 2002 (Einleitungsbeschluss vom 29.06.2002, B9, 224-225, 614/02) zu berücksichtigen. Damals war der Verfassungsgerichtshof, wie zuvor ausgeführt, zumindest im Einleitungsbeschluss der Auffassung, dass die Einführung eines Selbsthaltes nur dann mit einem Lenkungseffekt begründet werden kann, wenn tatsächlich alternative Behandlungsangebote zur Verfügung stehen, zu denen der Patient umgelenkt werden könnte.

Es ist daher verfassungsrechtlich konfliktfreier, eine Staffelung von Selbsthalten auf Finanzierungsargumente zu stützen als auf einen Lenkungseffekt.

Für eine Staffelung in Frage kommt zunächst natürlich vor allem ein höherer Selbstbehalt in Spitalsambulanzen als bei der Inanspruchnahme niedergelassener Kassenärzte. Es wäre schon aus Finanzierungsüberlegungen legitim, diese Ambulanzgebühr höher anzusetzen als den Selbstbehalt bei Inanspruchnahme von Kassenärzten. Definitionsgemäß sollen Spitalsambulanzen in der Regel Leistungen anbieten, die gerade wegen ihrer besonderen Spezialisierung oder dem hohen Infrastrukturbedarf nicht im extramuralen Bereich zur Verfügung gestellt werden können. Es ist daher davon auszugehen, dass diese spezialisierten Leistungen auch einen höheren Finanzierungsbedarf haben, was eine über den Kassenarzt-Selbsthalten liegende Ambulanzgebühr rechtfertigen würde.

Von diesem Selbstbehalt sollte auch nur dann abgesehen werden, wenn eine soziale Indikation vorliegt, also etwa bei Erfüllung der Voraussetzungen für die

Rezeptgebührenbefreiung. Auf die Ambulanzgebühr deshalb zu verzichten, weil der Patient von einem niedergelassenen Arzt in die Ambulanz zugewiesen wurde oder weil es sich um einen Notfall handelt, wäre wohl aus verfassungsrechtlichen Gründen problematisch. Ohne soziale Indikation wäre eine derartige Ausnahme nur damit argumentierbar, dass der Ambulanzgebühr insofern steuernde Wirkung zukäme, als sie mit ihrer Staffelung dazu beitragen könnte, den Patienten zur Einhaltung der Abstufungen im Versorgungssystem zu erziehen. Eine Begründung der Ambulanzgebühr mit diesem Lenkungseffekt ist aber, wie wiederholt angeführt, deshalb problematisch, weil dann konsequenterweise immer, wenn Alternativen im ambulanten Bereich nicht zur Verfügung stehen, die Ambulanzgebühr erlassen werden müsste. Dies würde genauso zu einem komplizierten und kaum handhabbaren Befreiungssystem führen, als wenn man sich darauf einließe, aufgrund der medizinischen Indikation von der Ambulanzgebühr abzusehen, wie etwa bei Notfällen. Man würde dann sehr schnell bei der Lösung landen, die den Versuch der Einführung der Ambulanzgebühr im Jahr 2001 stark belastet hat, nämlich der Aufzählung von selbstbehalts-befreienden medizinischen Indikationen (damals war etwa der Aufenthalt in Dialyseambulanzen oder onkologischen Ambulanzen vom Selbstbehalt befreit). Diese Lösung war damals deshalb inkonsistent und hat offenbar auch beim Verfassungsgerichtshof Zweifel hervorgerufen, weil der Begriff der schweren Indikationen kaum abgrenzbar ist. Auch die aktuellen Selbstbehalte, die weitgehend seit Inkrafttreten des ASVG bestehen, sehen keine Befreiungen aus medizinischen Indikationen vor. Der Selbstbehalt bei den Bundeskassen oder auch der generelle Selbstbehalt bei der Anschaffung von Arzneimitteln ist prinzipiell davon unabhängig, ob der Patient unter einer banalen oder unter einer sehr schweren Erkrankung leidet. Natürlich führen gerade schwerere Erkrankungen dazu, dass medizinische Leistungen in einem besonders hohen Ausmaß in Anspruch genommen werden, womit sich neben dem menschlichen Leid in der Regel wesentlich höhere finanzielle Belastungen ergeben. Diese, allenfalls durch schwere Erkrankungen ausgelösten besonderen Belastungen sollen aber nicht über das Anknüpfen an die medizinische Indikation, sondern über das Anknüpfen an die soziale Indikation berücksichtigt werden. So wie derzeit bei den Rezeptgebühren wäre es daher wohl sinnvoll, eine von der Höhe des Einkommens abhängige Gesamtobergrenze für Ambulanzgebühren oder überhaupt eine einkommensabhängige Deckelung aller Selbstbehalte einzuführen.

Eine weitere Variante einer Staffelung wäre die Einhebung eines höheren Selbstbehaltes bei Inanspruchnahme von Leistungen in der Nacht bzw. an Wochenenden. Eine solche Staffelung hätte zwar möglicherweise auch steuernde Wirkungen, sollte aber ebenfalls nicht durch die Steuerung, sondern durch den zu diesen Zeiten höheren Finanzierungsbedarf motiviert sein. Dies insbesondere deshalb, weil auf medizinische Indikationen gestützte Ausnahmeregelungen, wie sie der-

zeit für in der Apotheke besorgte Arzneimittel gelten, für ärztliche Leistungen schwer handhabbar sind. Bei Beschaffung von Arzneimitteln während der Nacht fällt der Nachzuschlag nicht an, wenn der Arzt die Dringlichkeit der Abgabe bestätigt. Da aber bei Selbstbehalten für ärztliche Leistungen, sei es bei Inanspruchnahme von Kassenärzten in der Nacht oder an Wochenenden oder von Ambulanzleistungen, die Diagnose von dem erstellt wird, der die Leistung erbringt, ist ein analoges Vorgehen unpraktikabel.

Fasst man einen Zuschlag für die Inanspruchnahme von kassenärztlichen oder Ambulanzleistungen in der Nacht, bzw. an Wochenenden als reines Finanzierungsinstrument auf, dann hängt die Akzeptanz der Zahler wiederum davon ab, dass die vereinnahmten Mittel auch wieder anlassbezogen ausgegeben werden.

Ein höherer Selbstbehalt für die Inanspruchnahme von Kassenärzten während der Nacht bzw. an Wochenenden sollte daher auch ausschließlich wieder in die ärztlichen Bereitschaftsdienste zu diesen Zeiten investiert werden. Die Aufrechterhaltung der extramuralen Bereitschaftsdienste erscheint zwar sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus ökonomischer Sicht (Vermeidung von unnötigen Spitalsaufenthalten) sinnvoll, allerdings stößt deren Finanzierung zunehmend an eine Grenze. Ein Finanzierungsbeitrag durch Zuführung des erhöhten Selbstbehaltes würde daher vermutlich wesentlich dazu beitragen können, Bereitschaftsdienste in einer für die Patienten zufriedenstellenden Funktionalität organisieren zu können.

Ähnliches würde für einen Ambulanzgebührensuschlag zu diesen Zeiten gelten. Auch dieser Zuschlag sollte dafür verwendet werden, die Übernahme von Nachtdiensten bzw. die Übernahme der Betreuung von Spitalsambulanzen in der Nacht attraktiver zu machen und damit die notwendigen Personalkapazitäten sicherstellen.

## 5. Zusammenfassung

1. Selbstbehalte liefern von jeher einen wesentlichen finanziellen Beitrag zum österreichischen Gesundheitssystem. Anknüpfungspunkt und Höhe der verschiedenen Selbstbehaltsregelungen gründen derzeit allerdings auf historischen Zufälligkeiten und sind daher wesentlich ungerechter, als wenn ein kohärentes System zugrunde liegen würde.
2. Für Selbstbehalte wird man in der Bevölkerung nur dann Akzeptanz finden, wenn sichergestellt ist, dass die Mehreinnahmen tatsächlich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen. Sie müssen daher sinnvoll in das Gesundheitssystem reinvestiert werden.
3. Es ist kaum zu rechtfertigen, dass bei Bundeskrankenkassen für die Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen ein Selbstbehalt eingehoben wird, für ASVG-Versicherte aber nicht. Würde man auch für ASVG-Versicherte einen 20-prozentigen Selbstbehalt einführen, könnte man damit die extramurale Versorgung deutlicher ausbauen. Vom Selbstbehalt ausgenommen werden sollten sozial Schwache, hingegen sollte unerheblich sein, aus welchen Gründen der Kassenarzt aufgesucht wird.
4. Angedacht werden sollte ferner die Wiedereinführung einer Gebühr für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen, zumal nicht erklärbar ist, weshalb gerade Spitalsambulanzen als Gratisleistungen angeboten werden, während schon derzeit für viele andere Leistungen des Gesundheitssystems Selbstbehalte in Rechnung gestellt werden. Auch hier sollte es ausschließlich soziale Ausnahmekriterien geben (Anknüpfung an die Rezeptgebührenbefreiung), nicht aber medizinische Kriterien, weil dies die Verfassungskonformität, aber auch die Praktikabilität in Frage stellen würde. Auch hier gilt, dass eine anlassbezogene Zweckwidmung die Akzeptanz erhöhen würde. Die Mittel sollten daher einerseits für ambulanzentlastende Maßnahmen beim Ausbau der extramuralen Medizin und andererseits für die Aufrechterhaltung von (gesundheitlich als sinnvoll empfundenen) Spezialambulanzen dienen.
5. Bei Selbsthalten sollte der Finanzierungs- und nicht der Steuerungsaspekt im Vordergrund stehen. Trotzdem erschiene eine Staffelung der Selbstbehalte in der Form gerecht, dass in Ambulanzen ein höherer Selbstbehalt eingehoben wird als bei niedergelassenen Kassenärzten und dass ganz generell bei Inanspruchnahme außerhalb der üblichen Betriebszeiten (Nacht, Wochenende) ein höherer Selbstbehalt zum Tragen kommt. Dies weniger aus Steuer-

rungsgründen als deshalb, weil Spitalsambulanzen, wenn sie tatsächlich als Spezialambulanzen geführt werden, einen höheren Infrastrukturbedarf haben. Dasselbe gilt sowohl extra- als auch intramural für die Aufrechterhaltung der Versorgungsstruktur außerhalb der üblichen Betriebszeiten (also in der Nacht oder an Wochenenden).