

## Unsozial, diskriminierend und ineffektiv

**Zuzahlungen im Gesundheitswesen haben nicht die von Politikern erhoffte oder vorgegaukelte Wirkung / Von Ulrich Laaser und Jens Holst**

**Seit Beginn des Jahres müssen viele Bundesbürger für ihre Gesundheit tiefer in die Tasche greifen und wissen nicht, ob dadurch wirklich etwas bei den Krankenkassenbeiträgen eingespart werden kann. Die beiden Autoren legen noch eins drauf und analysieren, wie gesundheitspolitisch kontraproduktiv Zuzahlungen überhaupt sind.**



Fass ohne Boden (FR)

Mit dem "Gesundheitsmodernisierungsgesetz" (GMG) reagiert die Politik in Deutschland auf das zunehmende Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und steigende Beitragssätze. "Modern" bedeutet heutzutage vor allem eins: Mehr "Eigenverantwortlichkeit", sprich Individualisierung und Entsolidarisierung sozialer Dienste und Risiken. Folgerichtig müssen Patientinnen und Patienten seit Januar 2004 für ihre Gesundheit erheblich tiefer in die Tasche greifen. Neben der Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog soll vor allem die Erhöhung bzw. Ausweitung von Zuzahlungen die gesetzlichen Krankenkassen entlasten und Beitragssenkungen möglich machen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitsministerium beziffert die jährlichen Mehreinnahmen durch Zuzahlungen auf neun bis zehn

Milliarden Euro.

Steuernde Effekte erwarten Ökonomen von Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen durch Eindämmung der adversen Selektion und vor allem des Moral-hazard-Verhaltens der Versicherten. Demnach sollen Eigenanteile die GKV-Mitglieder zu größerer Sorgfalt und Vorsicht bei der Inanspruchnahme der versicherten Leistungen veranlassen, den Verbrauch an "überflüssigen" Behandlungen und damit die Ausgaben einer Krankenversicherung senken. Dahinter steckt die Vorstellung, Patienten missbrauchten das Gesundheitswesen und frönten unnötigen und teuren medizinischen Behandlungen allein auf Grund der Tatsache, dass sie kostenlos sind.

Andere Länder haben schon seit langem die Forderung nach stärkerer Einbeziehung der Nutzer in die Finanzierung der Gesundheitsversorgung umgesetzt. Unter Druck von Weltbank und Internationalem Währungsfonds bitten Polikliniken und Hospitäler selbst in den ärmsten Entwicklungsländern ihre Patienten zur Kasse. Die Ergebnisse von Direktzahlungen im Krankheitsfall sind indes ernüchternd: Sie führen weder zu nennenswerten Einnahmen noch zu einer rationaleren Nutzung des Gesundheitssystems, dafür aber zu einer klaren Benachteiligung der sozial schwachen gesellschaftlichen Gruppen. Die einkommensabhängige Staffelung von Zuzahlungen ist für viele arme Länder zu kompliziert, die entstehenden Verwaltungskosten fressen 40-60 Prozent der durch Kostenbeteiligung der PatientInnen generierten Einnahmen auf.

### Die Bürokratie füttern

Auch in den meisten Industriestaaten müssen Patienten seit einigen Jahren aus eigener Tasche zuzahlen, vor allem für Arznei- und Hilfsmittel sowie für Zahnbehandlung. Eigenbeteiligungen machen in fast allen Ländern den größten Teil der privaten Gesundheitsausgaben aus. Reichhaltige Erfahrungen liegen in den USA und in Kanada vor, wo sich in zwei unterschiedlichen Systemen gleichartige Effekte beobachten lassen. Des Weiteren können Australien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Neuseeland und Schweden auf langjährige und teilweise systematisch ausgewertete Erfahrungen mit Zuzahlungen zurückblicken. Die jüngsten parteiübergreifenden Beschlüsse zur Reform des Gesundheitswesens in Deutschland lassen eine eingehendere Betrachtung der vorliegenden internationalen Erfahrungen als dringend geboten erscheinen. Zwar finden evidenzbasierte Entscheidungen nur schwer Eingang in die Sozialpolitik, doch kann die Analyse empirischer Erfahrungen helfen, die Konsequenzen und den Nachbesserungsbedarf frühzeitig zu erkennen.

In den Industriestaaten verfolgen Selbstbeteiligungen nicht primär eine Ressourcenerhöhung, sondern sollen vor allem zur Kostendämpfung beitragen. So tragen Direktzahlungen von Patienten in den OECD-Staaten nicht zu einer spürbaren Entlastung des Budgets bei, zumal die Zuzahlungsbeträge dort im Vergleich zur Kaufkraft niedrig sind. Eine effektive Steuerung sowie eine relevante Verbreiterung der Finanzierungsbasis durch Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall ist nur durch hohe, subjektiv spürbare Zuzahlungen zu erzielen: "Zuzahlungen müssen richtig weh tun, wenn sie Wirkung zeigen sollen", meint etwas sarkastisch Rolf Rosenbrock aus dem Sachverständigenrat des BMG. Eine Metaanalyse von jeweils einer Studie in Australien, Kanada und den USA kommt zu dem Ergebnis, dass Eigenbeteiligungen im Umfang von 25 bis 30 Prozent der Behandlungskosten die Nachfrage nach medizinischen Leistungen um 25 bis 28 Prozent verringern.

Einen Großteil der zusätzlichen Einnahmen fressen allerdings die Verwaltungskosten auf, die für die Erhebung, Weiterleitung und Kontrolle der Gebühren und vor allem für das Management der üblicherweise bestehenden Ausnahme- und Befreiungsregelungen anfallen. Darum wollen Ministerium und Krankenkassen denn auch die bürokratische Mehrbelastung weitgehend den niedergelassenen Ärzten aufbürden, doch zeigen diese geringere Bereitschaft als abhängig beschäftigte Klinikangestellte, den Mehraufwand durch Freizeitverlust und Reduzierung des Patientenkontakts zu kompensieren. Trotz der kostenneutralen Zusatzbelastung von Medizinern wird auch in Deutschland nur ein Teil der vorgesehenen Praxisgebühr von zehn Euro wirklich im System ankommen, und einen Euro pro Sozialhilfeempfänger und Quartal vertilgt die Bürokratie mühelos.

Die erwarteten Mehreinnahmen durch die erweiterten Zuzahlungen setzen voraus, dass die Menschen genauso viel zum Arzt gehen wie bisher. Die Erfahrung anderer Länder zeigt aber, dass die Nutzung medizinischer Dienstleistungen nach Einführung von Zuzahlungen zunächst zurückgeht. Allerdings nicht in dem angestrebten Sinne eines "vernünftigeren" Gebrauchs medizinischer Leistungen. Vielmehr halten höhere Selbstbeteiligungen, selbst wenn sie nach dem herrschenden Verständnis und im Vergleich zur durchschnittlichen Kaufkraft eher geringen Umfangs sind, vor allem ärmere und ältere Personen vom Arztbesuch ab. In den

Industrieländern bestehen zwar Zuzahlungsbefreiungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen und Leistungen, um die sozialen und epidemiologischen Folgen abzumildern. So sind auch in Deutschland maximale jährliche Zuzahlungsgrenzen im Umfang von 2 Prozent (chronisch Kranke nur 1 Prozent) des Jahreseinkommens festgelegt.

Dennoch sind Nutzergebühren prinzipiell regressiv, sie treffen also die Bezieher niedrigerer Einkommen stärker als die Besserverdienenden. Dass ältere Menschen und sozial Schwache selbst von "geringfügigen" Selbstbeteiligungen am stärksten betroffen sind, belegt eindrücklich eine große Studie aus der kanadischen Provinz Québec. Nach der Einführung von Zuzahlungen im Jahr 1996 sank die Einnahme essenzieller Arzneimittel bei älteren Menschen um 9,12 und bei SozialhilfeempfängerInnen um 14,42 Prozent, und die der nicht als notwendig eingeschätzten Medikamenten sogar um 15,14 bzw. 22,39 Prozent. Im Beobachtungszeitraum verdoppelte sich die Häufigkeit von Zwischenfällen, die mit der verminderten Einnahme im Zusammenhang standen, bei den älteren PatientInnen von 5,8 vor Einführung der Zuzahlungspflicht auf 12,6 und bei SozialhilfeempfängerInnen sogar von 14,2 auf 27,6 pro 10 000 Personen-Monate. Die Zahl notärztlicher Akutbehandlungen auf Grund ausbleibender Versorgung mit notwendigen Medikamenten erhöhte sich dabei von 8,5 auf 19,9 pro 10 000 Personen-Monaten bei älteren Menschen und bei Sozialhilfeempfängern von 69,6 auf 123,8. Dieser Effekt wird mit zunehmender Einnahmedauer relevanter, in den ersten 30 Tagen nach stationärer Entlassung ist er bei essenzieller kardialer Medikation ( $\beta$ -Blocker, ACE-Hemmer und Lipidsenker) nach akutem Myokardinfarkt nicht zu beobachten.

Da Zuzahlungen am stärksten und nachhaltigsten auf Medikamente zur Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen und Bluthochdruck sowie Psychotherapeutika wirken, die PatientInnen in aller Regel langfristig einnehmen müssen, haben selbst relativ geringe Eigenbeteiligungen relevante Folgen für die Gesundheit einer Bevölkerung und negative Auswirkungen auf die gesamten Gesundheitsausgaben. So führte die Steigerung des Eigenanteils für Psychopharmaka bei einkommensschwachen schizophreniekranken Versicherten der US-Sozialkasse Medicaid zu verminderter Medikamenteneinnahme und deutlich gesteigerter Inanspruchnahme akuter psychiatrischer Versorgungseinrichtungen, was neben dem offenkundig erhöhten subjektiven Leidensdruck der Betroffenen auch zu höheren Gesamtausgaben für diese Patientengruppe führte. Auch aus der kanadischen Studie ergibt sich das Fazit erhöhter Gesamtausgaben für die untersuchten Kohorten.

## **Benachteiligung der Armen**

Überhaupt unterschätzen Ökonomen und politische Entscheidungsträger oftmals auf beängstigende Weise die externen Effekte gesundheitspolitischer Maßnahmen, wie nicht zuletzt die jüngste Debatte über Altersrationierung in Deutschland zeigte, wo interessierte Kreise leichtfertig die Folgekosten von Nicht- und Unterversorgung übersahen. Die individuellen wie volkswirtschaftlichen Folgen verschleppter Krankheiten sind in Ländern mit hohen Zuzahlungsbelastungen besonders spürbar, wo ein großer Anteil Versicherter auf frühzeitige Behandlung verzichtet (Petty 1998; Holst 2001, S. 100).

Davon ist auch in dem "Musterland" Schweiz auszugehen, das die WHO in ihrem Jahresbericht 2003 wegen der ruinösen Krankheitsfolgen für die Familienhaushalte auf den vorletzten Platz in Westeuropa verweist. Die dort geltenden hohen Eigenbeteiligungen haben mehr als jeden 40. eidgenössischen Haushalt krankheitsbedingt verarmen lassen. Zudem birgt die durch Nutzergebühren verursachte Aufschiebung oder gar Unterlassung medizinischer Maßnahmen potenziell die Gefahr, Krankheiten zu verschleppen, was später aufwendigere, teurere Therapien erforderlich macht, die wiederum erhebliche individuelle Verdienstaufschläge und gesellschaftliche Einkommensverluste nach sich ziehen können. Je größer die Belastung der Einzelnen bei Nutzung der medizinischen Versorgungseinrichtungen, desto ausgeprägter ist außerdem die unvermeidliche soziale Benachteiligung der ärmeren Bevölkerungsgruppen und der Kranken. Das Fazit der britischen Gesundheitsökonomin Margaret Whitehead ist eindeutig: "Zuzahlungen führen zu schlechterer Gesundheit und zunehmenden Gesundheitsausgaben, hohe Nutzergebühren sind ineffizient und ungerecht."

Wenn ihre Patienten wegen der Zuzahlungen wegbleiben, tendieren Ärzte dazu, die Einbußen durch mehr Leistungen bei anderen Patienten oder durch ein erweitertes Angebotsspektrum zu kompensieren. Damit machen sie die gewünschten Einspareffekte der Eigenbeteiligungen oftmals zunichte. Grundsätzlich entscheiden Zuzahlungen allein über den Erstkontakt mit dem Gesundheitswesen und haben nur geringen Einfluss auf die weitere Nutzung von Gesundheitsleistungen, ihr potenzieller Einspareffekt ist folglich gering.

Wichtigster kostentreibender Faktor im Gesundheitswesen ist die Intensität der medizinischen Leistungen, und die sind wesentlich stärker angebots- als nachfrageabhängig, da sich PatientInnen in hohem Maße nach Informationen der Anbieterseite richten. Gerade die kostenintensiven Leistungen erfolgen auf Veranlassung des Fachpersonals, also unabhängig von den Zuzahlungsbedingungen, wobei im Übrigen Fachärzte stärkeren Einfluss auf den Umfang und vor allem die Komplexität der in Anspruch genommenen Leistungen nehmen als Praktische bzw. Hausärzte.

"Medizinische Behandlungen sind keine Pfannkuchen", meint dazu der kanadische Gesundheitsökonom Robert Evans, "die Leute stehen nicht für eine Herztransplantation an, nur weil jemand dafür bezahlt." Entscheidungen über derart kostspielige Eingriffe und über die meisten stationären Aufnahmen entziehen sich weitgehend dem Einfluss der PatientInnen. Darüber befinden vor allem die handelnden ÄrztInnen, deren Empfehlungen sich im Prinzip nach medizinischen Kriterien und oftmals auch nach den eigenen Honorierungsanreizen richten; ihr Verordnungs- und Verschreibungsverhalten machen sie allerdings kaum von der Zuzahlungshöhe für die PatientInnen abhängig. Insgesamt zeigt die Erfahrung anderer Länder, dass die Erhebung von Nutzergebühren tendenziell keinen hemmenden Einfluss auf die Kostenentwicklung des gesamten Gesundheitssystems hat.

Relativ niedrige, fixe Eigenanteile, wie sie nun die informelle "große Koalition" aus Regierung und größter Oppositionspartei dem deutschen Gesundheitssystem verordnet hat, bergen sogar die Gefahr, kostentreibend zu wirken. Denn anstatt das Moralhazard-Verhalten der Versicherten zu kontrollieren, dürften sie diesen Effekt verstärken: Wer schon einmal im Quartal die Praxisgebühr bezahlt hat, wird möglichst viele weitere Leistungen ohne erneute Zuzahlung in Anspruch nehmen. Derweil reißen die niedrigeren Beiträge der Gesunden, die keinen Arzt brauchen und somit weniger zur Finanzierung des Gesundheitswesens beitragen, Löcher in die Versicherungskasse. Das Argument der Kostenersparnis steht auf tönernen Füßen. "Nutzergebühren verringern nicht die Kosten,

sie erhöhen die Ungerechtigkeit", so der britische Gesundheitsökonom Andrew Creese.

## **Versicherungsprinzip gebrochen**

Im Hinblick auf den postulierten Steuerungseffekt von Zuzahlungen erweist sich die Unterscheidung zwischen "nützlichen" und "überflüssigen" Leistungen im Gesundheitswesen medizinisch als unsinnig und aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive als problematisch. Patienten sind hoffnungslos überfordert, ihre Beschwerden adäquat einzuordnen, selbst für Ärzte ist oftmals nicht sofort zu erkennen, wie gerechtfertigt eine Konsultation ist. Vor allem aber hat sich in Industrieländern immer wieder gezeigt, dass Zuzahlungen eben nicht bloß die Inanspruchnahme von unangebrachten oder kaum wirksamen Maßnahmen senken, sondern auch die der notwendigen und hoch-effizienten Behandlungen. Zuzahlungsfreier Zugang zu Medikamenten kann den Gebrauch von Antibiotika bis zu 85 Prozent erhöhen im Vergleich zu Personen, deren Krankenkassenpolice eine Eigenbeteiligung vorsehen. Allerdings erfolgt diese Steigerung sowohl bei bakteriellen Erkrankungen als auch bei viralen oder gemischten Infektionen. Eigenbeteiligungen reduzieren also die sinnvolle und nicht sinnvolle Anwendung der Antibiotika gleichermaßen.

Schließlich widersprechen Zuzahlungen grundsätzlich dem Versicherungsprinzip, das darauf beruht, dass Menschen unabhängig von einem Ereignis und im Voraus für einen eventuellen Schadensfall bezahlen, um sich gegebenenfalls gegen die finanziellen Folgen abzusichern. Zuzahlungen im Krankheitsfall werden aber immer und grundsätzlich beim Eintritt eines Gesundheitsproblems fällig, diese Finanzierungsquelle beschränkt sich also auf Kranke und verschont Gesunde. Auch wirken Selbstbeteiligungen von Patienten antagonistisch zu einem Grundelement des Solidarprinzips, nach dem die Gesunden für die medizinische Behandlung der Kranken aufkommen. Als nicht einkommensabhängige Zahlungsform untergraben Zuzahlungen im Krankheitsfall die Solidarität und widersprechen den Vorstellungen von sozial gerechter Gesundheitsfinanzierung. Denn die Fairness eines Gesundheitssystems steigt mit der Unabhängigkeit der Beitrags- oder Gebührenerhebung vom Krankheitseintritt bzw. von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

## **Die Gesundheitsreform im Dossier [Wie viel Staat braucht der Mensch?](#)**

### **Die Autoren**

Jens Holst, Jahrgang 1958, ist freier Mitarbeiter des Sektorprojekts "Soziale Krankenversicherungen in Entwicklungsländern der deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)". Der Internist und Gesundheitswissenschaftler arbeitet zudem als Arzt bei einem Verein für Drogenhilfe, als Dozent an verschiedenen Hochschulen und als freier Publizist für die Frankfurter Rundschau und andere Zeitungen. Prof. Dr. med. Ulrich Laaser, Jahrgang 1941, leitet die Abteilung Internationale Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Außerdem ist er Vorstandsmitglied des Deutschen Verbandes für Gesundheitswissenschaften und Herausgeber der "Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften". Seine laufenden Forschungsprojekte: Szenario-Analyse zur Entwicklung der Schlaganfallmortalität und -morbidity (gefördert durch die DFG), Schlaganfallfrüherkennung, Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe u. a. Der dokumentierte Beitrag ist zuerst im "Deutschen Ärzteblatt" (Nr. 51/52) erschienen. ber

[ document info ]

Copyright © FR online 2006

Dokument erstellt am 06.01.2004 um 15:36:01 Uhr

Letzte Änderung am 06.01.2004 um 16:05:19 Uhr

Erscheinungsdatum 07.01.2004