

Stellungnahme zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten (BT-Drs. 17/241)

Jens Holst*

Patientenzuzahlungen: Gesundheitsschädigend, sozial ungerecht und Kosten treibend

Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen treiben die Kosten in die Höhe und schaden der Gesundheit

Kaum ein gesundheitspolitisches Thema ist derart umstritten wie Zuzahlungen im Krankheitsfall. Während die Einen darin einen wesentlichen und unerlässlichen Schritt zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesens sehen, betrachten die Anderen sie als kontraproduktiv und gefährlich. Diese Kontroverse zieht sich auch durch die gesundheitswissenschaftliche und –ökonomische Forschung, die dieser Frage seit vielen Jahren an Hand von Einzelstudien nachgeht. Lange widmete sich die Ökonomie diesem Thema intensiver als andere Fachrichtungen und nichtmedizinische Ansätze bestimmten vielfach die Debatte.

Eine klare Einschätzung der Sachlage auf diesem umstrittenen Feld unter Abwägung der Argumente erschien kaum möglich. Nun liegt erstmals eine gesundheitswissenschaftliche Auswertung von annähernd 1.500 Studien zu diesem Thema vor. Besonders bemerkenswert ist der interdisziplinäre Ansatz dieser umfangreichen Literaturrecherche, die Publikationen der verschiedenen beteiligten Wissenschaftsrichtungen wie Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Ökonomie, Medizin, Verhaltensforschung, Psychologie und Soziologie einbezieht.

Der Streit um Selbstbeteiligungen ist so alt wie die Kostenübernahme medizinischer Leistungen durch die soziale Krankenversicherung. Der Umfang der Zuzahlungen im Krankheitsfall hat über die Jahre deutlich zugenommen, in Deutschland allein seit 1980 von 8,1 auf etwa 13 Prozent der Gesundheitsausgaben. Stand bis in die 1970er Jahre die Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten überwiegend unter dem erklärten Ziel, die Kostenträger zu entlasten, hat sich die Begründung in den letzten Jahrzehnten verschoben.

De facto liefern zwar die direkten Einnahmen und die finanzielle Entlastung der Kostenträger die entscheidenden Beweggründe für das Festhalten an Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Befürworter von Zuzahlungen argumentieren allerdings gerne mit deren Potenzial, das Verhalten der

* Internist und Gesundheitswissenschaftler, selbständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit, Dozent an der Hochschule Magdeburg, Kooperationspartner der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin: drjensholst@web.de, <http://www.jens-holst.de>.

Verbraucher am Gesundheitsmarkt sinnvoll zu steuern. Wer für einen Teil der Behandlungskosten selber aufkommen muss, werde sich genauer überlegen, ob er einen Arzt aufsucht bzw. andere Versorgungsleistungen in Anspruch nimmt. Selbstbeteiligungen wie die Praxisgebühr und die hierzulande wie weltweit anzutreffenden Arzneimittelzuzahlungen sollen ungerechtfertigter Inanspruchnahme entgegenwirken und die Effizienz des Gesundheitswesens erhöhen.

Dahinter steht der Glaube, dass Versicherte und Patienten in erster Linie danach trachten, ihren materiellen Vorteil zu maximieren. Das Bild vom Homo oeconomicus bestimmt seit vielen Jahren die Sozialpolitik in Deutschland und anderswo. Nach diesem in den akademischen Wirtschaftswissenschaften vorherrschenden Menschenbild ist das Gesundheitswesen zuallererst ein Markt, auf dem es keineswegs primär um Gesundheit, Krankheit oder Menschen geht, sondern um die Interaktion von Marktteilnehmern. Seit der amerikanische Ökonom Mark Pauly vor gut 40 Jahren angebliche Wohlfahrtsverluste durch umfangreiche soziale Sicherung ins Feld führte, ordnen viele seiner Kollegen jegliche Mehrnutzung medizinischer Versorgungsangebote vornehmlich dem Moral-Hazard-Phänomen zu. Danach wollen Menschen alles in Anspruch nehmen, was es umsonst oder erheblich günstiger gibt, als wenn jeder selbst dafür aufkommen müsste. Wer Versicherungsschutz genießt, nehme nicht nur jede erdenkliche Gesundheitsleistung in Anspruch, sondern kümmere sich auch ungenügend um Vorbeugung. Diese Vorstellung ist übrigens keineswegs so neu und wissenschaftlich wertfrei, wie viele Ökonomen Glauben machen wollen, sondern bestimmt die sozialpolitische Debatte im Kernland der sozialen Krankenversicherung schon länger, als den meisten bewusst sein dürfte. „Die Krankenversicherung führt nicht nur zu körperlicher Verweichlichung, sondern auch zu moralischer Entartung“, schrieb der deutsch-nationale Danziger Arzt Erwin Liek schon 1927. Zweifel an der Wertfreiheit ihrer Wissenschaft sind folglich angebracht, wenn einflussreiche Ökonomen gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsverluste durch die vermeintlich hemmungslose Inanspruchnahme von versicherten Leistungen unterstellen.

Wesentliche Nahrung erhielt die Moral-Hazard-Idee aus dem Krankenversicherungsexperiment der privaten Beratungsfirma RAND aus Kalifornien. Der Vergleich ergab zwischen verschiedenen Versicherungsverträgen vordergründig einen schlichten Zusammenhang: Je höher die finanzielle Belastung der Patienten, desto geringer die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – und das ohne Einbußen beim Gesundheitszustand. Die Lösung des vor allem in den Industrieländern und in besonderem Maße in den USA zu beobachtenden Problems stetig anwachsender Gesundheitsausgaben schien somit auf der Hand zu liegen. Seither gelten Zuzahlungen als Mittel zur nachfrageseitigen Kostendämpfung, im Zuge des wirtschaftsliberalen Umbruchs zunehmend unterlegt mit ideologischen Begriffen wie „Vollkasko-Mentalität“ auf der einen und „Stärkung der Eigenverantwortlichkeit“ auf der anderen Seite.

Dabei konnte das fünfjährige RAND-Experiment langfristige gesundheitliche Folgen überhaupt nicht erfassen, und eingehende Analysen kamen zu ganz anderen Schlussfolgerungen: Zuzahlungen verschlechterten schon nach kurzer Zeit die Blutdruckeinstellung, die Versorgung mit Brillen und den Zahnstatus der Betroffenen. Seither haben hunderte Untersuchungen gezeigt, dass unerwünschte Wirkungen die angestrebten Steuerungseffekte vielfach auf- und sogar überwiegen. Selbstbeteiligungen gefährden die medizinische Versorgung vor allem von chronisch Kranken, belasten in besonderem Maße untere soziale Schichten und verursachen vielfach erhebliche Folgekosten.

Bei genauerer Betrachtung weckt bereits die Analyse der theoretischen Grundlagen Zweifel an der postulierten Steuerungswirkung von Zuzahlungen im Krankheitsfall, die auf den üblichen Annahmen aus Lehrbüchern der Nachfrage-theorie beruht. Um rationale Konsumententscheidungen

treffen zu können, müssten Verbraucher über ausreichende Information verfügen, vorwiegend vernunftgesteuert handeln und sich stets der Konsequenzen ihrer Entscheidung bewusst sein. Weiterhin müssten die Handlungsweisen der Individuen vollständig ihren Vorlieben entsprechen, jeder am besten selbst über seine eigene Wohlfahrt entscheiden können und gesellschaftliche Wohlfahrt die bloße Summe individueller Nutzenmaximierung sein, die wiederum ausschließlich am Konsum von Gütern und Leistungen hängt.

Sind diese Annahmen schon auf „normalen“ Märkten zweifelhaft, stehen sie in klarem Widerspruch zu den Bedingungen im Gesundheitswesen, das sich durch Informationsasymmetrie und weitgehende Unkenntnis auf Seiten der Versicherten und Patienten auszeichnet. Erst 2007 belegte eine Untersuchung aus der Schweiz die allgemeine Unwissenheit selbst über häufige Krankheiten; nur ein kleiner Teil der Befragten kannte Risikofaktoren und Symptome eines Herzinfarktes, eines Schlaganfalls, von chronischem Asthma oder HIV/AIDS. Von Nichtmedizinern kann man schwerlich qualifizierte Entscheidungen darüber erwarten, ob sich die Ausgaben für Arztbesuche oder Medikamente „rentieren“. Die Folgen einer „Konsumententscheidung“ im Gesundheitswesen können allenfalls Experten mit entsprechendem Fachwissen abschätzen.

Die Befürworter von Zuzahlungen im Krankheitsfall unterstellen, dass die Steuerung in die erwünschte bzw. richtige Richtung zielt und zur Vermeidung von Verschwendung beiträgt. Diese Annahme erweist sich allerdings nicht allein wegen der unzureichenden medizinischen Kompetenz der Bevölkerung als realitätsfremd. Sie beruht zudem auf der Annahme, eine klare Unterscheidung zwischen „sinnvoller“ und „überflüssiger“ Inanspruchnahme wäre möglich. Nimmt man als Maßstab für die Sinnhaftigkeit die medizinische Indikation von Leistungen, so verringern Selbstbeteiligungen medizinischen Unsinn und indizierte Maßnahmen gleichermaßen. Nirgends auf der Welt ist es bisher gelungen, Zuzahlungsformen zu entwickeln, mit denen sich zuverlässig zwischen indizierter und „leichtfertiger“ Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen trennen ließe – das zeigen die ausgewerteten Studien.

Insgesamt liefert die wissenschaftliche Literatur der letzten vier Jahrzehnte keine überzeugenden Belege für die weit verbreitete Annahme, dass Versicherte medizinische Leistungen übermäßig ausnutzen, wenn diese kostenfrei sind (Moral-Hazard-These). Im Gegenteil: Die Einführung von Patienten-Zuzahlungen scheint eine angemessene Versorgung zu untergraben, denn Patienten verzichten eher auf notwendige Maßnahmen und lassen sich davon abhalten, rechtzeitig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Damit erweist sich der Versuch der Kostendämpfung durch Patientenzuzahlungen allzu oft als Bumerang. Viele Studien und Experimente haben mittlerweile gezeigt, dass Selbstbeteiligungen letztlich die Kosten in die Höhe treiben. Gerade liberal gesonnene Zeitgenossen, für die sonst die wirtschaftliche Freiheit des Subjekts höchste Priorität genießt, sollten erkennen können, dass betroffene Patienten auf anfallende Selbstbeteiligungen subjektiv sehr rational reagieren: Sie vermeiden oder verschieben Arztbesuche, strecken Medikamentenpackungen oder brechen Therapien ganz ab. Dies kann zwar kurzfristig zu Einsparungen oder zumindest ausbleibenden Ausgabenanstiegen führen, verursacht mittel- und langfristig aber erhebliche Kosten durch vermeidbare Komplikationen.

Die Zahl empirischer Belege für solche unerwünschten Wirkungen von Zuzahlungen ist in den letzten Jahren beständig angewachsen. Neu sind derartige Erkenntnisse allerdings keineswegs. So kam die Begrenzung der Kostenübernahme für Psychopharmaka bei Schizophrenie-Kranken die US-Sozialkasse Medicaid Anfang der 1990er Jahre teuer zu stehen: Zusätzliche Arztbesuche und stationäre Aufnahmen verursachten Pro-Kopf-Ausgaben, die 17-mal so hoch waren wie die erzielten Einsparungen. In die gleiche Richtung weisen die Befunde einer groß angelegten Studie aus der kanadischen Provinz Québec, die den Auswirkungen von Medikamentenzuzahlungen.

Mitte der 1990er Jahre nachging. „Geringfügige“ Rezeptgebühren führten zu einem Rückgang der Einnahme essenzieller Arzneimittel bei älteren Menschen um 9,1 und bei Sozialhilfeempfängern sogar um 14,4 Prozent. Die verminderte Tabletteneinnahme verursachte allerdings bei beiden Gruppen eine Verdopplung der behandlungswürdigen Zwischenfälle und Notfalleinweisungen. Auch wenn in diesem Fall keine explizite Ausgabenberechnung möglich war – die vergleichsweise kostspieligen Arzt- und Krankenhausbehandlungen dürften die Einsparungen bei den relativ preiswerten Arzneimitteln unschwer kompensiert haben.

Die vorübergehende Abschaffung einer geringfügigen Rezeptgebühr in Italien am 1. Januar 2001 verbesserte die Therapietreue von Bluthochdruckpatienten und verringerte die Zahl der Krankenhauseinweisungen, aber nach der Wiedereinführung der Arzneimittelzuzahlungen am 1. März 2002 stieg die Zahl der stationären Behandlungen dieser Patientengruppe wieder an. Eine 2006 veröffentlichte Meta-Analyse wies nach, dass Patienten mit Herzschwäche, Fettstoffwechselstörungen, Zuckerkrankheit und psychiatrischen Krankheiten nach Erhöhung der Medikamentenzuzahlungen zwar weniger Tabletten einnahmen, dafür aber vermehrt teurere medizinische Versorgungsleistungen benötigten. Eine Metaanalyse von 2008, die 173 Studien aus 15 Industrieländern auswertete, zeigte einen vermehrten Bedarf an Arztbesuchen, Notfallbehandlungen und stationären Aufnahmen bei verminderter Arzneimitteleinnahme. Das Fazit der Wissenschaftlicher ist eindeutig: Zuzahlungen taugen nicht zur Kostendämpfung und verringern die Effizienz des Gesundheitswesens.

Berechnungen aus den USA lassen vermuten, dass die zuzahlungsfreie Abgabe von Blutfett senkenden Mitteln an betroffene Patienten das US-System um mehr als eine Milliarde Dollar entlasten würde. Und nach einer Studie aus Kalifornien von 2007 verursachen höhere Arzneimittelzuzahlungen nicht nur mehr Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte, sondern auch einen höheren Krankenstand bei rheumakranken Arbeitnehmern. Selbstbeteiligungen können also auch unerwünschte externe Wirkungen auf Arbeitsmarkt und Volkswirtschaft entfalten. Für die unterstellten Wohlfahrtsverluste aufgrund umfangreichen sozialer Absicherung spricht auch dieser Befund nicht.

Auch aus medizinischer und epidemiologischer Sicht spricht wenig für Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Bekanntermaßen vermindern Kostenbeteiligungen der Patienten die Therapietreue insbesondere bei Medikamenten. Dass die Verschlechterung der so genannten *Adherence* den klinischen Verlauf insbesondere chronischer Erkrankungen verschlechtert und damit vermeidbares Leid, unnötige Komplikationen und nicht zuletzt auch höhere Gesamtkosten verursacht, zeigen nicht nur pharma-geförderte, sondern auch eine Vielzahl unabhängiger Studien.

Eine der immer wieder benannten Schwachpunkte des deutschen Gesundheitswesens liegt in dem konsequent unzureichenden Bemühen um Abbau sozialer Ungleichheiten. Diese Problematik geht selbstverständlich über den Rahmen der direkten Gesundheitspolitik hinaus, allerdings sollten gesundheitspolitische Ansätze die Mindestanforderung erfüllen, soziale Ungleichheiten nicht noch zu verstärken. Genau das aber haben Gesundheitsreformen der letzten Jahre getan, zuletzt durch die Bestätigung fixer, also einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge und die Anhebung der Belastungsgrenze. Auch Zuzahlungen sind grundsätzlich regressiv, belasten also Bezieher geringerer Einkommen relativ höher als Besserverdienende. In der Tat liegen international mannigfaltige und auch für Deutschland einzelne Untersuchungsergebnisse vor, die auf eine stärkere Negativbelastung der unteren Sozialschichten durch Eigenbeteiligungen hinweisen. Die zunehmend diskutierte Idee von „optimalen Zuzahlungen“ hat bisher über die Elfenbeintürme wirtschaftswissenschaftlicher Fakultäten hinaus keine Relevanz und hat eher das Zeug, alle Versuche um „Bürokratieabbau“ zu torpedieren, als praxisrelevant zu werden.

Es bleibt festzuhalten, dass der aktuelle Forschungsstand gängige theoretische Annahmen in Frage stellt, auf denen heute viele gesundheitspolitische Entscheidungen beruhen. Seine wesentliche Begründung zieht das Moral-Hazard-Theorem aus der Beobachtung des Einflusses aktuell und individuell anfallender Kosten auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dass eine höhere Nutzung bei niedriger finanzieller Belastung tatsächlich auf Moral Hazard beruht und nicht Ausdruck eines realen Bedarfs bzw. einer vorherigen Unterversorgung ist, konnte allerdings bisher niemand überzeugend nachweisen. Die Analyse vor allem der ökonomischen Literatur hat vielmehr gezeigt, dass es sich vielmehr um eine „self-fulfilling prophecy“ handelt: Nur wer Moral Hazard im Gesundheitswesen unterstellt, kann auch Belege dafür erkennen. Aktuelle Befunde aus der klinischen Epidemiologie und der Versorgungsforschung zeigen jedoch, dass der Mensch nicht vorwiegend als Homo oeconomicus agiert und medizinische Leistungen nur deswegen in Anspruch nimmt, weil sie umsonst sind.

Trotz erdrückender, widersprechender Materialfülle sind eingefleischte Denkgewohnheiten und gängige Mythen nur schwer außer Kraft zu setzen. Zu tief ist es in den Köpfen der meisten Entscheidungsträger verankert, bei Reformen des Gesundheitswesens zuallererst vom möglichen Missbrauch durch Versicherte bzw. Patienten auszugehen und damit alternative, sinnvollere Regulierungen außer Acht zu lassen. Dabei ist eine Umkehrung der Beweislast längst überfällig: Wo berechtigterweise die berechnete Forderung nach Evidenz allerorten laut wird, sollte es eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, von Befürwortern der Zuzahlungsidee belastbare Belege für die angeblich positiven Steuerungswirkungen dieses Instruments zu verlangen. Die stehen allerdings bisher aus.

Ausgewählte Literatur:

Atella, Vincenzo; Peracchi, Franco; Depalo, Domenico; Rossetti, Claudio (2006). Drug compliance, co-payment and health outcomes: evidence from a panel of Italian patients. *Health Econ* 15 (9), S. 875-892 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112664983/PDFSTART>; http://www.rand.org/labor/adp_pdfs/2006_peracchi.pdf).

Choudhry, Niteesh (2010). Relationship Between High Cost Sharing and Adverse Outcomes: A Truism That's Tough to Prove. *Am Journal Man Care* 16 (4), S. 287-289 (http://www.ajmc.com/media/pdf/AJMC_10aprChoudhryEdt_287to89.pdf).

Gebhardt, Birte (2005). Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit - eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten. In: Boecken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie; Amhof, Robert (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2005. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 11-31.

Gemmill, Marin; Thomson, Sarah; Mossialos, Elias (2008). What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *Int J Equity Health* 7:12 (<http://www.equityhealthj.com/content/7/1/12>).

Goldman, Dana; Joyce, Geoffrey; Zheng, Yuhui (2007). Prescription Drug Cost Sharing. Associations With Medication and Medical Utilization and Spending and Health. *JAMA* 298 (1), S. 61-69 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/298/1/61>).

Ho, Michael; Magid, David; Shetterly, Susan; Olson, Karl; Maddox, Thomas; Peterson, Pamela; Masoudi, Frederick; Rumsfeld, John (2008). Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* 155 (4), S. 772-779.

Holst, Jens; Laaser, Ulrich (2003). Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. Dt Ärztebl 100 (51-52), S. 3358-3361 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=39869>).

Holst, Jens (2008). Kostenbeteiligungen für Patienten - Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern. Discussion Paper SP I 2008-305, FG Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2008/i08-305.pdf>).

Jens Holst: »Zuzahlungen im Krankheitsfall – ein taugliches Instrument für mehr Gesundheit? Ein Literaturüberblick« (Cost-sharing in health – a suitable tool for more health?). Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA) 84 (2), S. 58-66 (Abstract: <http://www.thieme-connect.de>; Full Text: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/zfa/doi/10.1055/s-2007-1022544.pdf> oder <http://www.jens-holst.de/serveDocument.php?id=20&file=f/6/24d0.pdf>).

Rasmussen, Jeppe; Chong, Alice; Alter, David (2007). Relationship Between Adherence to Evidence-Based Pharmacotherapy and Long-term Mortality After Acute Myocardial Infarction. JAMA 297 (2), S. 177-186 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/297/2/177>).

Reiners, Hartmut; Schnee, Melanie (2007). Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung? Die Praxisgebühr – ein Kernstück des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG). In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert. Gesundheitsmonitor 2007, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, S. 133-154.

Robinson, Ray (2002). User charges for health care. In: Mossialos, Elias; Dixon, Anne; Figueras, Josep; Kutzin, Joseph (Eds). Funding Health Care: Options for Europe, pp. 161-183 (<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).

Rückert, Ina-Maria; Böcken, Jan; Mielck, Andreas (2008). Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. BMC Health Serv Res 8: 232 (www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-232.pdf).

Tamblyn, Robyn; Laprise, Rejean; Hanley, James; Abrahamowicz, Michael; Scott, Susan; Mayo, Nancy; Hurley, Jerry; Grad, Roland; Latimer, Eric; Perreault, Robert; McLeod, Peter; Huang, Allen; Larochelle, Pierre; Mallet, Louise (2001). Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA 285 (4), S. 421-429 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/4/421>).