

Zuzahlungen wirken wie ein Bumerang

Von Jens Holst

Eine Auswertung wissenschaftlicher Literatur der letzten vier Jahrzehnte liefert keinen Beleg 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.

Eine klare Einschätzung der Sachlage auf diesem umstrittenen Feld (...) erschien (lange) kaum möglich. Nun liegt erstmals eine gesundheitswissenschaftliche Auswertung von annähernd 1500 Studien zu diesem Thema vor. (...) 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 Umfang der Zuzahlungen im Krankheitsfall hat über die Jahre deutlich zugenommen, in Deutschland allein zwischen 1980 und 2001 von 8,1 auf 12,3 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.

Es herrscht die Annahme, dass Patienten ihren materiellen Vorteil maximieren wollen

Heute argumentieren Befürworter von Zuzahlungen in erster Linie mit deren Potenzial, das Verhalten der 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. Eigenbeteiligungen wie die vor drei Jahren in Deutschland eingeführte Praxisgebühr und weltweit anzutreffende 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 mittlerweile auch die Sozialpolitik. Nach dieser in den akademischen Wirtschaftswissenschaften vorherrschenden Auffassung 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 amerikanischen Ökonomen Mark Pauly vor 40 Jahren angebliche Wohlfahrtsverluste durch umfangreiche soziale Sicherung ins Feld führte, ordnen viele seiner Kollegen jegli-

Praxis- und Rezeptgebühren sollen „Verschwendung“ im Gesundheitswesen verhindern. Oft führen sie aber zu Mehrkosten, weil Kranke Behandlungen einsparen



Leere Wartezimmer – der Gipfel der Kostenminimierung

DDP

che 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 (...).

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 „Vollkaskotalität“ und „Stärkung der Eigenverantwortlichkeit“.

Schon nach kurzer Zeit verschlechtern sich Blutdruck und Zahnstatus

Dabei konnte das fünfjährige Rand-Experiment langfristige gesundheitliche Folgen überhaupt nicht erfassen, und eingehende Analysen kamen zu ganz anderen Schlussfolgerungen: Zuzahlungen verschlechterten schon nach

DER AUTOR

Jens Holst, Jahrgang 1958, ist Internist, Gesundheitswissenschaftler, Dozent und Publizist. Er arbeitet als selbstständiger

Gutachter und Berater in der Entwicklungszusammenarbeit und ist Kooperand am Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsschwerpunkt Gesundheitsfinanzierung und soziale Gerechtigkeit.

Vollständig findet sich der hier gekürzt abgedruckte Beitrag in den WZB-Mitteilungen des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung: <http://www.wzb.eu/publikation/pdf/wm120/35-37.pdf>

kurzer Zeit die Blutdruckeinstellung, die Versorgung mit Brillen und den Zahnstatus der Betroffenen (...).

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.

Viel dramatischer ist eine andere Erkenntnis: Der Versuch der Kostendämpfung durch Patientenzuzahlungen erweist sich häufig als Bumerang. Viele Studien und Experimente haben mittlerweile aufgezeigt, dass Selbstbeteiligungen allzu oft die Kosten in die Höhe treiben. Viele betroffene Patienten reagieren auf Selbstbeteiligungen subjektiv sehr rational, indem sie Arztbesuche vermeiden oder verschieben, Medikamentenpackungen strecken oder Therapien ganz abbrechen. Dies führt allenfalls kurzfristig zu Einsparungen, mittel- und langfristige aber zu erheblichen Kosten durch vermeidbare Komplikationen.

Die Zahl empirischer Belege für solche unerwünschten Wirkungen von Zuzahlungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. 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 Verdoppelung 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 un schwer 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.

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 rheumatischen Arbeitnehmern. Selbstbeteiligungen können also unerwünschte externe Wirkungen auf Arbeitsmarkt und Volkswirtschaft entfalten (...).

Nur wer eine Kaskotalität unterstellt, kann auch Belege dafür erkennen

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 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.

Die (...) hier vorgestellte Literaturrecherche (...) kann zur längst überfälligen Umkehrung der Beweislast beitragen: In Zeiten von „evidence-based health policy“ sollte es eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, von Befürwortern der Zuzahlungsidee belastbare Belege für die angeblich positiven Steuerungswirkungen dieses Instruments zu verlangen. Und die stehen bisher aus.