



Zuzahlungen

Zur Kasse, bitte!

Weltweit müssen sich Patienten in unterschiedlicher Form direkt an ihren Krankheitskosten beteiligen. Doch Zuzahlungen können dazu führen, dass Versicherte auch auf sinnvolle medizinische Leistungen verzichten. Zudem belasten sie ärmere und alte Patienten über Gebühr, zeigt Jens Holst.

Kaum ein Gesundheitsthema ist so alt und gleichzeitig so lebendig wie das der Zuzahlungen im Krankheitsfall. 1923 verlangte die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland erstmalig Selbstbeteiligungen. Damals war es die Inflation, heute sind es steigende Gesundheitskosten, die zur stärkeren finanziellen Beteiligung der Patienten führen. Eine eingehende Betrachtung der Effekte von Direktzahlungen der Patienten offenbart indes Mängel in Theorie und Praxis. Wie eine kürzlich vom Wissenschaftszentrum Berlin veröffentlichte Studie über internationale Erfahrungen nachweist, ist größte Vorsicht bei der Anwendung von Eigenbeteiligungen angeraten (Holst 2007, siehe „Lesetipps“).

Informationsdefizit erschwert rationales Entscheiden. Zuzahlungen im Krankheitsfall sollen zusätzliches Geld in das Gesundheitssystem bringen und das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten steuern. Beide Effekte hemmen sich aber gegenseitig: Je höher die Eigenbeteiligung, desto stärker sinkt die Nutzung der Gesundheitsleistungen, was wiederum die Einnahmen verringert. Je niedriger die Patientenzahlungen sind, desto geringer ist andererseits die Steuerungswirkung, die Nachfrager auf dem Gesundheitsmarkt zur „vernünftigen“ Inanspruchnahme des Versorgungsangebots bewegen und damit zur Ausgabensenkung beitragen soll.

Wie der US-amerikanische Wirtschaftswissenschaftler Thomas Rice in seiner lesenswerten kritischen Bestandsaufnahme zeigt (siehe „Lesetipps“), beruht die zugrunde liegende ökonomische Theorie auf Glaubenssätzen und vor allem auf der Vorstellung, Menschen verhielten sich rational, verfügten über ausreichende Information und wären sich aller Folgen ihrer Entscheidungen bewusst. Sind diese Annahmen schon auf anderen Märkten zweifelhaft, stehen sie in klarem Widerspruch zu den Bedingungen im Gesundheitswesen. Kenn-

zeichnend ist dort ein Ungleichgewicht an Information und Wissen. Erst kürzlich belegte eine Untersuchung aus der Schweiz nachdrücklich die allgemeine Unwissenheit der medizinischen Laien selbst über häufige Krankheiten (Bachmann et al. 2007). Auch individuelles Expertenwissen chronisch Kranker ist kein Garant für rationales Handeln. Die Folgen einer Entscheidung für oder gegen bestimmte Gesundheitsleistungen können allenfalls Experten mit entsprechendem Fachwissen abschätzen, oft erst nach entsprechenden Untersuchungen. Hinzu kommt, dass Patienten häufig gar nicht wissen, wohin sie sich bei Krankheit am besten wenden sollen.

Neue Nahrung erhielt die Selbstbeteiligungs-idee vor rund 30 Jahren durch das Krankenversicherungs-Experiment des

Lesetipps

- Bachmann, L.; Gutzwiller, F.; Puhon, M.; Steurer, J.; Steurer-Stey, C.; Gigerenzer, G. (2007): **Do citizens have minimum medical knowledge? – A survey.** BMC Medicine 5 (14) (www.biomedcentral.com/1741-7015/5/14)
- Holst, J. (2007): **Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz!** Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern. Discussion Paper SP I 2007-304, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin (<http://skylla.wzb.eu/pdf/2007/i07-304.pdf>)
- Rice, T. (2004): **Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung.** KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn.
- Jinnett, K.; Parry, T.; Lu, Y. (2007): **A Broader Reach for Pharmacy Plan Design. The Disability Effects of Cost Shifting.** Integrated Benefit Institute, San Francisco (www.ibiweb.org/publications/download/637)

Vollständige Literaturliste beim Verfasser: drjensaholst@web.de

nordamerikanischen Beratungsunternehmens RAND. Der Vergleich zwischen verschiedenen Versicherungsverträgen in den USA ergab: Je höher die finanzielle Belastung der Patienten, desto geringer die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Seither gelten Zuzahlungen als Mittel der Wahl zur nachfrageseitigen Kostendämpfung – obwohl die RAND-Studie weniger als 6.000 Versicherte umfasste, ältere Menschen ausschloss, die Anbieterseite vernachlässigte und anfangs kurzfristige Effekte überbewertete.

Eingehende Datenanalysen offenbarten, dass Zuzahlungen zu einer schlechteren Blutdruckeinstellung, Unterversorgung mit Brillen und schlechtem Zahnstatus führten – wobei das fünfjährige Experiment langfristige Folgen gar nicht erfasste. Hunderte Studien haben seither gezeigt, dass unerwünschte Wirkungen die angestrebten Steuerungseffekte vielfach auf- und überwiegen. Selbstbeteiligungen führen immer zu den gleichen Problemen. So ist es nirgends auf der Welt gelungen, mit Hilfe von Zuzahlungen zwischen sinnvoller und überflüssiger Inanspruchnahme zu unterscheiden. Es ist hinlänglich bewiesen, dass Selbstbeteiligungen medizinischen „Unsinn“ und angezeigte Leistungen gleichermaßen verringern.

Zuzahlungen steigern die Gesundheitskosten. Vielfach entpuppen sich Zuzahlungen gar als Milchmädchenrechnung. Um zu sparen, vermeiden oder verschieben Patienten Arztbesuche, strecken Medikamentenpackungen oder brechen Therapien ab. Dies führt letztlich zu erheblichen Kosten durch vermeidbare Komplikationen: Amerikanische Gesundheitsexperten berechneten, dass die zuzahlungsfreie Abgabe von blutfettsenkenden Mitteln an Risikopatienten das US-Gesundheitssystem um mehr als eine Milliarde Dollar entlasten würde. Und die Begrenzung der Kostenübernahme für Psychopharmaka bei Schizophrenie-Patienten kam die US-Sozialkasse Medicaid einst teuer zu stehen: Zusätzliche Arztbesuche und stationäre Aufnahmen steigerten die Pro-Kopf-Ausgaben auf das 17-Fache der Einsparungen.

Die vorübergehende Abschaffung einer geringfügigen Rezeptgebühr in Italien verbesserte das Einnahmeverhalten von Hochdruckpatienten und verringerte die Krankenhauseinweisungen – allerdings nur bis zur Wiedereinführung der Zuzahlung. Eine Studie aus Kalifornien zeigte, dass höhere Arzneimittelzuzahlungen nicht nur zu mehr Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten, sondern auch zu vermehrten krankheitsbedingten Arbeitsausfällen bei rheumakranken Arbeitnehmern führten (Jinnett et al. 2007).

Einzelne Gruppen benachteiligt. Selbstbeteiligungen laufen wesentlichen gesundheitspolitischen Zielen zuwider, denn sie treffen nicht nur chronisch Kranke, sondern auch ärmere und alte Menschen am stärksten. So beeinflussten geringfügige Erhöhungen der Arzneimittelzuzahlung in Kanada die Gesundheit von älteren Menschen und Sozialhilfeempfängern negativ – spürbar an der Steigerung von ambulanten und vor allem stationären Behandlungen. Ähnliche Ergebnisse liegen aus Italien, den USA und anderen Ländern vor. Befreiungsregelungen können diese Benachteiligung allenfalls teilweise und nachholend korrigieren.

Die Politik bescherte auch den Deutschen wiederholte Zuzahlungserhöhungen und Anfang 2004 die Praxisgebühr (siehe Beitrag auf S. 30 bis 33 in diesem Heft). Eine systematische Erfassung zuzahlungsbedingter Probleme ist nicht erfolgt, aber eine aktuelle Erhebung des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors belegt, dass untere Einkommensgruppen häufiger aufgrund der Praxisgebühr auf Arztbesuche verzichten als andere (Reiners/Schnee 2007, siehe Seite 31). Eine dauerhafte Verringerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist indes nicht eingetreten.

Fraglos stellt das geringe Ausmaß der Zuzahlungen in Deutschland den besten Schutz gegen schlimmere Auswirkungen dar. Ansonsten spricht nichts dafür, dass die Bürger hierzulande anders auf erhöhte Selbstbeteiligung reagieren als die Menschen in Kanada, Italien und anderswo. ■

Dr. Dr. Jens Holst ist freier Journalist, Arzt, Gesundheitswissenschaftler und arbeitet in der Entwicklungshilfe, unter anderem für die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

Kontakt: drjensaholst@web.de

Formen der Selbstbeteiligung		
DEUTSCHE BEZEICHNUNG	ENGLISCHER BEGRIFF	DEFINITION
Selbstzahlung	Direct payment	Patienten zahlen aus der eigenen Tasche für nicht durch die Versicherung abgedeckte Leistungen (z.B. Individuelle Gesundheitsleistungen, IGeL).
Selbstbeteiligung	Cost sharing/ User charge	Versicherten übernehmen einen Teil der Kosten in Anspruch genommener Leistungen
Fixe Zuzahlungen pro Leistung/Paket	Co-payment	Patienten tragen einen meist geringen, festen Anteil der Behandlungskosten (z.B. Praxisgebühr)
Proportionale Zuzahlung pro Leistung/Paket	Co-insurance	Die Versicherten müssen für einen bestimmten Prozentsatz der Kosten ihrer Behandlung selber aufkommen (üblich in US-amerikanischen Verträgen).
Absolute Selbstbeteiligung, Abzugs- und Integralfranchise	Deductible	Versicherte tragen ihre Gesundheitsausgaben immer bis zu einem bestimmten Betrag selber, oberhalb dessen der Versicherungsschutz erst greift.
Indemnitätsregelung	Extra billing	Patienten müssen alle über einen festgesetzten Kostenübernahmesatz hinaus gehenden Ausgaben selber übernehmen
Inoffizielle Zahlung, Schwarzgeld	Under-the-table payment	Inoffizielle Zahlungen für (bevorzugten Zugang zu) Gesundheitsleistungen, die im Prinzip aus Steuermitteln oder von den Krankenkassen zu finanzieren wären (üblich z.B. in Osteuropa)

Quelle: Holst