

Carola A. Huber

# Kostenbeteiligung: mehr Schaden als Nutzen?

Menschen aus tieferen Sozialschichten verzichten fallweise auf den Arztbesuch

**In einer aktuellen Studie wurde untersucht, wie sich die Beanspruchung von medizinischen Leistungen im Verhältnis zur Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten verändert. Dabei wurde festgestellt, dass vor allem ärmere und gering gebildete Patienten von einem Arztbesuch ferngehalten werden, wenn sie einen Anteil selbst bezahlen müssen. Ein Aspekt, dem bei der Einführung zusätzlicher Kostenbeteiligungen vermehrt Beachtung geschenkt werden muss.**

Steigende Gesundheitskosten stellen Politiker und Gesundheitsexperten zunehmend vor die Frage, wie ein optimales Gesundheitssystem gestaltet werden müsste, um Erkrankungshäufigkeiten und medizinische Kosten zu senken. Politische Diskurse tendieren vermehrt dazu, anfallende Behandlungskosten verstärkt mittels Eigenbeteiligungen (Selbstbehalt oder Selbstbeteiligung) der Versicherten zu finanzieren. Kostenbeteiligungen sollen die Eigenverantwortung am Gesundheitszustand der Versicherten stärken und ein bedarfsgerechteres Inanspruchnahmeverhalten bewirken (Moral-Hazard-Theorem) [1]. Doch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist nicht nur durch ökonomische Determinanten erklärbar, sie ist vielmehr eine komplexe Funktion aus medizinischen, ökonomischen und (psycho-)sozialen Einflussfaktoren. Insbesondere der soziale Status spielt in diesem Kontext eine zentrale Rolle. So können Versicherte mit einem tiefen sozialen Status und einer Zuzahlungspflicht an den entstehenden Behandlungskosten von einem Arztbesuch abgehalten werden. Die zusätzliche finanzielle Last trägt im Falle von gesundheitlichen Problemen zur Vermeidung von Konsultationen bei.

## Einfluss der Kostenbeteiligung

In dieser Forschungsarbeit wurde der Einfluss von Kostenbeteiligungen auf das Inanspruchnahmeverhalten in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus untersucht. Dazu diente eine vergleichende Analyse zwischen der Schweiz und Deutschland. Die Länder eignen sich besonders für einen entsprechenden Vergleich, da sie sich zwar hinsichtlich Soziodemographie und -ökonomie ähneln, sich jedoch markant in der Art des Krankenversicherungssystems unterscheiden. Durch den Einsatz eines künstlich geschaffenen Experiments wird die Frage nach der Wir-

kung von Kostenbeteiligungen auf das Inanspruchnahmeverhalten beantwortet.

Die vorgestellte Studie zeigt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Krankenversicherungsstatus und der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen existiert. Versicherte mit Kostenbeteiligung konsultieren seltener einen Haus- oder Spezialarzt als Versicherte ohne Kostenbeteiligung. Dieser so genannte Kostenbeteiligungseffekt wirkte sich jedoch nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich aus. Insbesondere Personen mit tiefem sozialen Status und (sehr) schlechtem Gesundheitszustand werden davon benachteiligt. Die Frage, ob Kostenbeteiligungen Hilfe suchende Individuen von notwendigen Konsultationen oder lediglich von Bagatell-Arztbesuchen abhalten, kann anhand der Resultate nicht endgültig geklärt werden. Sie geben aber deutliche Hinweise, dass Kostenbeteiligungen eine geringere medizinische Versorgung von besonders deprivierten Personengruppen (sozial Schwächergestellte und Erkrankte) hervorrufen. Gesundheitspolitiker und Public-Health-Experten sind bei der Gestaltung des Krankenversicherungssystems daher angehalten, in ihren Debatten über einen Ausbau von Kostenbeteiligungen zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu differenzieren.



Carola A. Huber

## Gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument

Bei welchen Personengruppen sollen finanzielle Anreize zur Senkung von nicht notwendigen Arztkonsultationen wirken und bei welchen nicht?

Gemäss des Moral-Hazard-Theorems sowie in einigen gesundheitsökonomischen Diskursen werden Kostenbeteiligungen als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument aufgefasst. Denn damit lassen sich Anreize für ein gesundheitsrelevantes Verhalten schaffen und den steigenden Anteil privater Kosten legitimieren [2]. Doch diese Argumentation ist nur teilweise richtig. In der Tat können durch Kostenbeteiligungen Einsparungen für den öffentlichen Sektor erzielt und auch das Kostenbewusstsein gegenüber Gesundheitsleistungen gestärkt werden. Ins-

besondere für Deutschland, wo die meisten Bürgerinnen und Bürger eine gesetzliche nahezu kostenfreie Vollversicherung (GKV) beziehen, erscheint der Gedanke, Patienten einen Einblick in die Vergütung von Arztrechnungen zu geben, als sinnvoll. Bei deutschen GKV-Versicherten wäre dies ein anzustrebender Zustand, da diese Gruppe kaum eine Sensibilität gegenüber den Kosten medizinischer Behandlungen zeigt. Aus der hausärztlichen Praxis in Deutschland ist hinreichend bekannt, dass einige Patienten keinen sparsamen Umgang mit dem Bezug von Gesundheitsleistungen pflegen und aufgrund von Bagatellen leichtfertig den Hausarzt konsultieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit lassen ferner darauf schliessen, dass Versicherte, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einschätzten, medizinische Leistungen dank dem Kostenbeteiligungseffekt seltener in Anspruch nehmen. Das grosse amerikanische RAND-Experiment [3] konnte ebenfalls nachweisen, dass Versicherte mit einer kostenlosen Vollversicherung ein höheres Inanspruchnahmeverhalten zeigten – unabhängig davon, ob es sich um eine angemessene oder unangemessene Konsultation handelt – als entsprechende Versicherte mit Kostenbeteiligungen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass eine Zuzahlungspflicht an den entstehenden Behandlungskosten das Inanspruchnahmeverhalten (sinnvoll) steuert oder sogar die Eigenverantwortung im Sinne einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme gestärkt wird.

### Falsches Signal

Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass Kostenbeteiligungen insbesondere bei bedürftigen Bevölkerungsgruppen, stark Erkrankten oder Personen mit tiefem sozialen Status ein falsches Signal bei der Inanspruchnahme setzen können. Zuzahlungspflichten an den entstehenden Behandlungskosten halten in erster Linie ärmere und gering gebildete Personen von einem Arztbesuch ab. Zudem führen Direktzahlungen im Krankheitsfall nur zu geringen Einnahmen des Gesundheitssystems, aber zu einer deutlichen Benachteiligung der sozial schwächer Gestellten [4, 5].

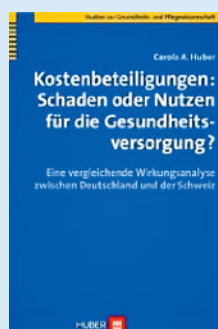
Befunde aus den Subgruppenanalysen, die in dieser Arbeit getrennt für besonders privilegierte und deprivierte Personengruppen durchgeführt wurden, zeigten, dass der Kostenbeteiligungseffekt vorwiegend in der besonders deprivierten Gruppe mit schlechtem Gesundheitszustand und geringer Bildung sowie tiefem Einkommen wirkt. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Untersuchung des Statistischen Bundesamts [6], welches festgestellt hat, dass jeder fünfte Armutsgefährdete aus Kostengründen auf notwendige Arztkonsultationen verzichtet. Weitere Resultate aus internationalen Studien, wie zum Beispiel

die Studie von van Doorslaer et al. [7] belegen zudem, dass schichtspezifische Ungleichheiten durch das Vorhandensein von «Out-of-pocket-Zahlungen» entstehen. Es ist folglich zu beachten, dass die Reduktion der Inanspruch-

**Direktzahlungen führen im Krankheitsfall  
nur zu geringen Einnahmen des Gesundheitssystems, aber zu einer deutlichen Benachteiligung der sozial schwächer Gestellten.**

nahme gerade bei sozial deprivierten Schichten (niedriges Einkommen, geringe Bildung, Erwerbslosigkeit) auch nachteilige Effekte haben kann. Bedingt durch die im Mittel höhere Risikolast, resultierend aus einer ungesünderen Ernährungsweise, einer höheren Raucherprävalenz usw., trägt diese Personengruppe per se ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Dieses kann signifikant erhöht werden, wenn präventive, sekundärpräventive Massnahmen oder auch proaktive Interventionen – etwa im Rahmen der Betreuung chronischer Erkrankungen – durch eine Kostenbeteiligung verhindert werden.

Eine zusätzliche Kostenbeteiligung kann sicher positive Steuerungseffekte erzielen, muss aber zwingend differenziert implementiert werden. Denkbar wäre einerseits etwa ein Entfall der Eigenbeteiligung bei präventiven Massnahmen (inkl. Impfungen) oder bei der kontinuierlichen Teilnahme an Chronikerprogrammen. Andererseits könnte die Eigenbeteiligung bei eigeninitiierten, unkoordinierten Konsultationen von Spezialisten und Spitalbesuchen, insbesondere bei unnötigen Notfallkonsultationen, erhöht werden. Insgesamt zeigt die aktuelle Diskussion, ebenso wie die Themen «Praxislabors» oder «Selbstdispensation», wie dringend es der Schaffung einer validen Datenbasis durch eine eigenständige Schweizer Versorgungsforschung braucht.



Der Text ist ein Auszug aus dem Buch «Kostenbeteiligungen: Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung? Eine vergleichende Wirkungsanalyse zwischen Deutschland und der Schweiz». Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber 2009.

152 S., 17 Abb., 47 Tab., 49.90 Schweizer Franken.  
ISBN 978-3-456-84733-7.

**Literatur**

- 1 Pauly MV. The Economics of Moral Hazard: Comment. *Am Economic Rev.* 1968;58:531–7.
- 2 Bauer U. Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. Bundeszentrale für politische Bildung; 2006. Available: <http://www.Bpb.de/publikationen> (Stand: 2. 11. 2006).
- 3 Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health Insurance and Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *Am Economic Rev.* 1987;77:251–78.
- 4 Jens H, Laaser U. Zuzahlungen im Gesundheitswesen: Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. *Deutsches Ärzteblatt.* 2003;100,Heft 51–52:A3358–61.
- 5 Crees A. User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity. Editorial, *BMJ.* 1997;315:202.
- 6 Statistisches Bundesamt. Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus Leben in Europa für Deutschland 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2006.
- 7 Doorslaer E van, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet.* 2006;368:1357–64.

**Korrespondenz:**

Dr. Carola A. Huber  
 Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich  
 Universitätsspital  
 Sonneggstrasse 6, 8091 Zürich  
[carola.huber@usz.ch](mailto:carola.huber@usz.ch)  
[www.hausarztmedizin.uzh.ch](http://www.hausarztmedizin.uzh.ch)



Hochschule  
Gesundheit

**WE'G**

**Hochschule.  
Und praxisbezogen.**

Mühlemattstrasse 42  
 CH-5001 Aarau  
 Telefon +41 62 837 58 90  
 Telefax +41 62 837 58 60  
 E-Mail [info@weg-fh.ch](mailto:info@weg-fh.ch)  
 Web [www.weg-fh.ch](http://www.weg-fh.ch)

**Berufsbegleitende modulare Studiengänge**

**Master of Advanced Studies (MAS) in Care Management**  
**Diploma of Advanced Studies (DAS) in Care Management**  
**Certificate of Advanced Studies (CAS) in Case Management**

**Start: ab Januar 2010, Einzelmodule im 2009**

**Informationsveranstaltungen**

**31.08./04.11.2009 in Aarau,  
jeweils um 17 Uhr**

**07.10./02.12.2009 in Zürich,  
jeweils um 17 Uhr**

**Detaillierte Informationen  
unter [www.weg-fh.ch](http://www.weg-fh.ch)**

**Gerne beraten wir Sie  
persönlich.**

Teil der

Part of

**FH**  
**UAS**

Kalaidos Fachhochschule  
Schweiz

Kalaidos University of Applied Sciences  
Switzerland

Departement  
Gesundheit

Department of  
Health Sciences