

Michael Schlander:

Möglichkeiten und Grenzen der Patientenselbstbeteiligung

Wirtschaftliche und medizinisch-ethische Aspekte der Selbstbeteiligung von Patienten an den Kosten des Gesundheitssystems

Zusammenfassung	1
Einleitung	2
Das "ethische Argument"	3
Das "ökonomische Argument"	4
Patientenselbstbeteiligung in Deutschland	5
Das RAND-Health-Care-Experiment in den Vereinigten Staaten	9
Die Qualität von Patientenentscheidungen	13
Die existentielle Herausforderung durch Krankheit	14
Das Versicherungsprinzip	16
Wirtschaftliche Aspekte und soziale Gerechtigkeit	17
Schlußfolgerung	18
Literatur	19

Originalpublikation in: W. Braun, R. Schaltenbrand (Hrsg.)

Gesundheitswesen 2010 - Prognosen, Trends und Chancen.

Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft, 1998.

S. 82 - 103.

Möglichkeiten und Grenzen der Patientenselbstbeteiligung

Wirtschaftliche und medizinisch-ethische Aspekte der Selbstbeteiligung von Patienten an den Kosten des Gesundheitssystems

Michael Schlander

Zusammenfassung

Weltweit steigen die Gesundheitsausgaben schneller als die Wirtschaftsleistung. Eine alternde Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt und die prinzipiell unlimitierten Ansprüche an "Gesundheit" als oft auch so apostrophiertes "höchstes Gut" haben diesen Trend bewirkt. Diese Faktoren werden auch in der Zukunft fortgesetzten Kostendruck innerhalb des Gesundheitssystems verursachen. Die Belastungsgrenze der Sozialsysteme ist, je nach Sichtweise, abzusehen, bereits erreicht oder sogar schon überschritten.

Vor diesem Hintergrund hat die Diskussion um die Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbeteiligung der Patienten an den von ihnen verursachten Gesundheitskosten an Dringlichkeit gewonnen. Neben dem vordergründigen Wunsch, zusätzliche Mittel für die Finanzierung der wachsenden Ansprüche an das Gesundheitssystem durch eine direkte Kostenbeteiligung der Patienten bereitzustellen, wird von entsprechenden Maßnahmen insbesondere eine bessere Steuerung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Patienten selbst erhofft. Im Ergebnis soll dies zu einer geringeren Nachfrage nach nicht notwendigen Leistungen und damit zu einer Kostentlastung führen.

In der vorliegenden Übersicht werden zunächst die grundsätzlichen Argumente für eine direkte Beteiligung der Patienten an den von ihnen verursachten Kosten dargelegt. Sie werden dann vor dem Hintergrund der vorliegenden empirischen Erfahrungen auf ihre praktische Bewährung und Tragfähigkeit untersucht. Abschließend wird eine Betrachtung der spezifischen Situation des Krankseins herangezogen, um die Grenzen des Konzeptes der "Eigenverantwortung" des Patienten auszuloten.

Keywords: Patienten, Kostenbeteiligung, Kostendämpfung, Ethik, RAND Health Care Experiment

Die aktuelle Diskussion um eine stärkere Eigenbeteiligung der Patienten hat ihren Ursprung in den intensiven Bemühungen um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen, nachdem das Wachstum der Gesundheitsausgaben jahrzehntelang das des Bruttoinlandsproduktes übertroffen hat (vgl. Abb. 1). Dabei geht es nicht (nur) darum, die traditionellen Kostenträger durch eine vermehrte Beteiligung der Patienten zu entlasten, sondern vielmehr sollen die Patienten selbst stärker in die Entscheidung über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einbezogen werden.

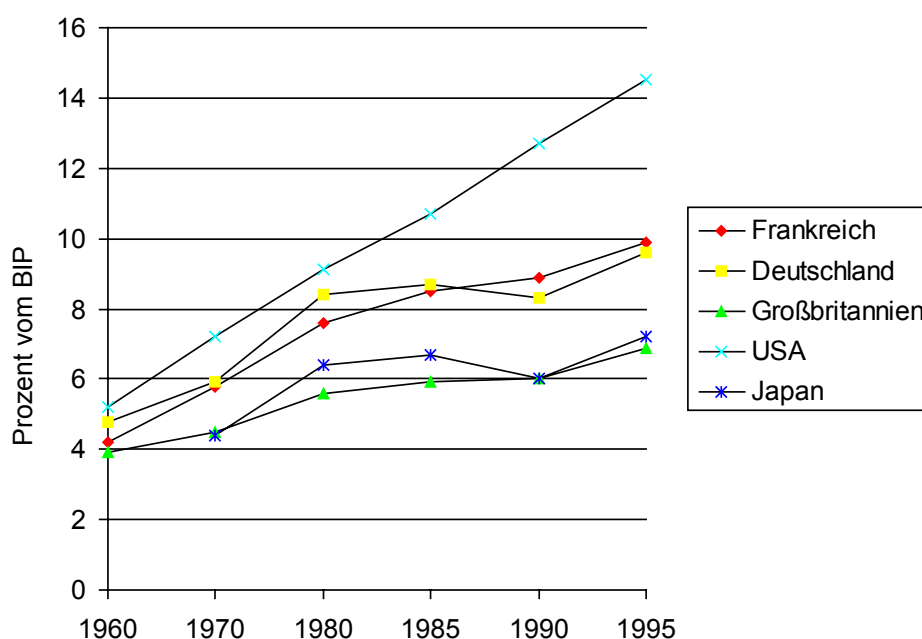


Abb.1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in ausgewählten Industrienationen.

Ausgabenentwicklung von 1960 bis 1995 für das Gesundheitswesen in Frankreich, Deutschland, Großbritannien, den Vereinigten Staaten und Japan, bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP), Quelle: OECD Health Data, 1996.

Im Kern lassen sich zwei Argumentationslinien für eine höhere "Selbstverantwortung" der Patienten, also für die Entscheidung über konkrete medizinische Aufwendungen durch die Patienten selbst, unterscheiden: das "ethische Argument" und das "ökonomische Argument".

Das "ethische Argument"

Die liberalen Befürworter marktwirtschaftlicher Reformen des Gesundheitssystems setzen Selbstbestimmung und individuelle Freiheit gegen die bürokratische Fremdbestimmung durch Krankenkassen und andere "Third Party Payers". Das - vor allem in den Vereinigten Staaten - gelegentlich mit großem Pathos vorgetragene Argument beruht auf dem Glauben an den freien Markt, welcher Transparenz hervorbringe, indem er die wahren Kosten von medizinischen Dienstleistungen sichtbar und wirksam mache. Ganz im Sinne von Friedrich Hayek wird das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit angeführt, demzufolge die Teilnehmer am Gesundheitsmarkt für diejenigen Leistungen honoriert werden sollen, für die eine tatsächliche Nachfrage durch die Patienten besteht - im rhetorischen Gegensatz zu (administrativ oder ärztlich) "verordneten" Leistungen.

Die Anhänger einer liberalisierten, marktwirtschaftlich verfaßten Arzt-Patienten-Beziehung sehen die Rolle des Arztes in der des fachkundigen Beraters des Patienten. Dem Arzt obliegt es dann, dem Patienten diejenigen Informationen zugänglich zu machen, um über die ihn betreffenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eigenverantwortlich und aufgeklärt zu entscheiden. Dem Gegenargument, medizinische Dienstleistungen seien nicht mit Konsumgütern vergleichbar, begegnen die Marktanhänger mit der Erwiderung, auch andere primäre Bedürfnisse wie etwa Nahrung und Wohnung seien dem freien Markt unterworfen. Die Tatsache allein, daß medizinische Entscheidungen mit besonderer Sorgfalt zu treffen sind, bedeutet noch nicht, daß sie nicht vom Patienten getroffen werden könnten.

Im Vergleich zu bürokratischen Richtlinien jedweder Provenienz bietet eine Entscheidung unmittelbar durch den Patienten den unbestreitbaren prinzipiellen Vorteil der optimalen Anpassung an die jeweilige individuelle Situation. Selbst sorgfältig ausgearbeitete Empfehlungen und Richtlinien für angemessene medizinische Maßnahmen können nicht so detailliert sein, um der spezifischen persönlichen Situation aller Patienten gleichermaßen gerecht zu werden. Beispielsweise kann eine Empfehlung, ob eine teure kernspintomografische Untersuchung in einer bestimmten Situation angemessen ist, nur "ja" oder "nein" lauten; die tatsächlich "richtige" Entscheidung für einen am Kniegelenk verletzten Patienten wird aber unterschiedlich ausfallen, je nachdem, ob es sich um einen Berufssportler, eine Ballettänzerin, einen Amateurfußballspieler oder einen "normalen" Patienten handelt, für den eine den weiteren Krankheitsverlauf abwartende Diagnostik sehr viel angemessener sein kann. Die im Einzelfall "beste" medizinische Versorgung ist offensichtlich abhängig von den Bedürfnissen

und Präferenzen des betroffenen Patienten. Als weitere Gesichtspunkte treten die Verfügbarkeit weiterer (alternativer oder komplementärer) Ressourcen und die Qualifikation des behandelnden Arztes hinzu.

Es kann hier durchaus eine Analogie zum Kauf eines Automobils hergestellt werden, wenn man einmal davon absieht, daß die Tragweite einer Kaufentscheidung für einen Pkw geringer zu veranschlagen ist als diejenige einer Entscheidung etwa über einen chirurgischen Eingriff. Es kann erwartet werden, daß die Wahlmöglichkeit durch den Patienten zu einem nuancierteren, den individuellen Patientenwünschen besser entsprechenden Angebot führen wird - so wie beim Automobil der Käufer ganz selbstverständlich zwischen verschiedenen Herstellern, Fahrzeugtypen, deren Merkmalen wie Fahrleistung, Komfort und Ausstattung - sowie deren Anschaffungspreis und Unterhaltskosten - auswählt.

Es besteht somit Grund zu der Annahme, daß ein marktwirtschaftliches System mehr objektiven und subjektiven Nutzen produziert als ein zentralistisch organisiertes Gesundheitswesen. Es ist kein Zufall, daß der Philosoph John Stuart Mill, zusammen mit Jeremy Bentham der Begründer des Utilitarismus, ein Liberaler war; vielmehr rechtfertigte er die von ihm vertretene Maxime größtmöglicher individueller Freiheit primär damit, daß sie zu besseren Ergebnissen führe, nicht jedoch aufgrund genuiner moralischer Überlegenheit.

Das "ökonomische Argument"

Größere Selbstverantwortung der Patienten führt fraglos zu einer gesteigerten Kostensensitivität und damit insgesamt niedrigeren Ausgaben für das Gesundheitssystem. Umgekehrt erscheint die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen "auf Krankenschein" im idealtypischen System der Vollversicherung dem einzelnen Patienten tendenziell zu "billig", überdies besteht keine Motivation zur Beschränkung der eigenen Ansprüche zulasten der Solidargemeinschaft der Versicherten; es kommt zum Phänomen des "Trittbrettfahrens". Die zwingende Konsequenz ist die Ineffizienz des Systems mit überhöhten und nicht im Wettbewerb kontrollierten Preisen, der sinnlosen Duplikation diagnostischer und oft auch therapeutischer Maßnahmen, sowie der Erbringung und "Abrechnung" medizinisch nicht notwendiger, wenn nicht im Einzelfall fragwürdiger oder auch schlicht nutzloser Maßnahmen.

Maßnahmen zur Qualitätskontrolle können dem nach Auffassung maßgeblicher Ökonomen nur sehr eingeschränkt entgegenwirken. Sie sind zwar geeignet, hochgradig von der Norm abweichendes Verhalten aufzudecken, können aber die inflationäre Wirkung des Versicherungsprinzips nicht außer Kraft setzen.

Diese und ähnliche Überlegungen haben vor dem Hintergrund der "Kostenexplosion" und der zunehmenden Belastung der Wirtschaft aufgrund steigender Versicherungsbeiträge (in Deutschland der "Lohnnebenkosten", in den Vereinigten Staaten der Kosten der direkt Arbeitgeber-abhängigen Krankenversicherungen) dazu geführt, zielgerichtete Schritte zu einer größeren Patientenselbstbeteiligung zu unternehmen.

In zahlreichen Ländern sind unterschiedliche Formen der Selbstbeteiligung eingeführt worden (vgl. Tab. 1); die getroffene Auswahl ist im Einzelfall nur vor dem Hintergrund der Besonderheiten des jeweiligen Gesundheitssystems, der jeweils dominanten politischen Willensbildung und der unterschiedlichen kulturellen Rahmenbedingungen zu verstehen.

Tab. 1: Formen der Kostenbeteiligung

In Deutschland, Großbritannien, Schweden und den Vereinigten Staaten wurden verschiedene Formen der Patientenselbstbeteiligung realisiert. Nach Chalkley und Robinson, 1997. ("fest": feste Zuzahlung unabhängig von inanspruchgenommener Menge)

Land	Arzneimittel	ambulante Versorgung	stationäre Versorgung
Deutschland	proportional (nicht-linear)	diverse	linear (mit oberer Kappungsgrenze)
Großbritannien	fest	keine	keine
Schweden	linear	linear	linear
USA	diverse	diverse	proportional (nicht-linear)

Patientenselbstbeteiligung in Deutschland

In Deutschland wurde - im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), welche rund 90 Prozent der Bevölkerung umfaßt - seit Mitte der achtziger Jahre schrittweise ein komplexes System der Patientenselbstbeteiligung eingeführt. Es besteht aus einer Mischung fester Zuzahlungen (für Arzneimittel, gestaffelt zwischen DM 9,- und DM 13,- je nach der Packungsgröße; für Krankenhausbehandlung sowie Anschlußrehabilitation DM 14,- bis DM 17,- je Tag; für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen DM 20,- bis DM 25,-), variabler Kostenbeteiligungen (zum Beispiel 15 Prozent der Kosten für Heilmittel, 20 Prozent für Hilfsmittel und kieferorthopädische Behandlung) und der Kostenübernahme

durch die Krankenkassen bis zu definierten Maximalbeträgen, zum Beispiel für Zahnersatz (vgl. Tab. 2).

Tab. 2 Patientenselbstbeteiligung in Deutschland (im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, GKV; nach Malcherczyk, 1998)

Leistungen (Beispiele)	Zuzahlungen	Befreiungsmöglichkeiten
Arzneimittel	DM 9,-, DM 11,-, DM 13,- je Medikament, nach Packungsgrößen	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Verbandmittel	DM 9,- je Mittel	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Fahrtkosten	DM 25,-	Sozialklausel Überforderungsklausel
Heilmittel	15% der Kosten	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Hilfsmittel	20% der Kosten	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Krankenhausbehandlung	DM 14,- bis DM 17,- je Tag für maximal 14 Tage (Kappungsgrenze)	Sozialklausel
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen	DM 20,- bis DM 25,- je Tag	Sozialklausel Kinder bis 18 Jahre
Ambulante Rehabilitations- Maßnahmen	DM 14,- bis DM 17,- je Tag	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Zahnersatz	alle Kosten, die den Festzuschuß übersteigen	Sozialklausel; <i>gleitende</i> Überforderungsklausel

Diese Nachfrage-orientierten Steuerungsversuche werden in Deutschland ergänzt von einer breiten Palette an Budgetierungs- und Reglementierungsmaßnahmen, welche direkt auf die Leistungsanbieter abzielen. Sie sind somit Teil umfassender Kostendämpfungsmaßnahmen, welche unter anderem feste Budgets für Arzthonorare und Arzneimittelverordnungen ebenso umfassen wie den vollständigen Ausschluß von der Kostenerstattung von Behandlungsmaßnahmen für bestimmte als geringfügig eingestufte Gesundheitsstörungen.

Die makroökonomische Wirksamkeit der Maßnahmen zur Selbstbeteiligung der Patienten kann keinem Zweifel unterliegen. Sie ist besonders evident im

Falle der Zuzahlungen für Medikamente. So war die vorerst letzte Erhöhung der Zuzahlungen im Juli 1997 von deutlichen Vorzieheffekten in den vorangehenden Monaten ebenso gekennzeichnet wie von einem Rückgang der Arzneimittelausgaben unmittelbar nach ihrem Inkrafttreten. Diese eher als anekdotisch zu bewertende Beobachtung wird untermauert von zahlreichen Studien - überwiegend aus den Vereinigten Staaten -, welche übereinstimmend zeigen, daß die Einführung von Maßnahmen zur Patientenselbstbeteiligung mit reduzierter Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch die Patienten einhergeht.

Es besteht jedoch durchaus die Möglichkeit, daß die bisweilen drastischen akuten Effekte nach der Einführung beziehungsweise Verschärfung bestehender Regelungen zur Kostenbeteiligung zu einer gewissen Überschätzung ihrer makroökonomischen Wirksamkeit veranlassen könnten. In diesem Zusammenhang verdient es festgehalten zu werden, daß die einschlägigen Reformversuche in Deutschland überwiegend nur temporäre Entlastungswirkungen auf die Entwicklung der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen nach sich zogen (vgl. Abb. 2). Entsprechende Erfahrungen liegen auch für andere Länder wie zum Beispiel Frankreich vor. Da in den betreffenden Ländern Systeme der sektoralen Budgetierung mit spezifischen Eingriffen in die Angebotsseite bestehen und diese mindestens teilweise gleichzeitig mit den Veränderungen der Selbstbeteiligungsregeln vorgenommen wurden, lassen sich insbesondere keine direkten Rückschlüsse zur Kausalität der beobachteten Effekte treffen.

Diese bemerkenswerten Beobachtungen sind daher nicht geeignet, die dargelegte und vielfach dokumentierte makroökonomische Wirksamkeit einer Selbstbeteiligung der Patienten an den von ihnen beanspruchten medizinischen Leistungen grundsätzlich in Zweifel zu ziehen. Sie verweisen vielmehr auf prinzipielle Mängel des Versuches, mittels sektoraler Budgetierung nachhaltige positive Effekte auf die Ausgabenentwicklung für das Gesundheitswesen zu erzielen. Es mehren sich stattdessen die Hinweise, daß sektorale Eingriffe zu Kostenverlagerungen von einem Teilbereich zu einem anderen führen können, mit möglicherweise gesamthaft quantitativ und qualitativ negativen Konsequenzen. So zeigten Untersuchungen aus Deutschland und den Vereinigten Staaten übereinstimmend, daß isolierte restriktive Eingriffe in das Verordnungsverhalten von Ärzten mit vermehrten Krankenhauseinweisungen einhergehen können.

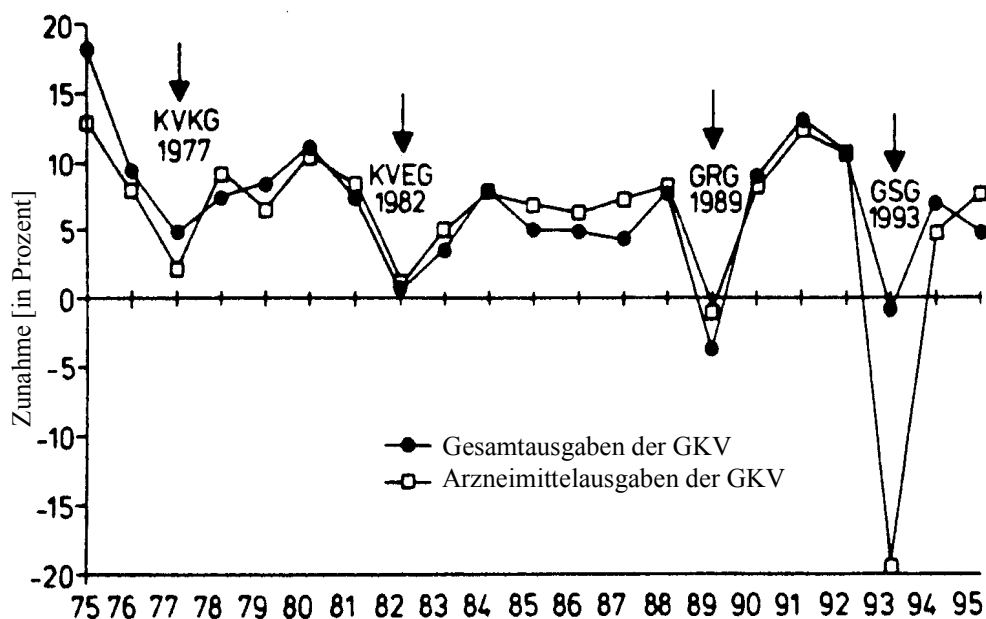


Abb. 2: Ergebnisse von 20 Jahren "Kostendämpfung" im deutschen Gesundheitswesen.

Kostendämpfungsmaßnahmen (KVKG, KVEG, GRG, GSG) in Deutschland hatten bisher nur vorübergehenden Effekt (aus Roberts, 1997, mit freundlicher Genehmigung).

Auch wenn die Frage nach dem erwünschten makroökonomischen Effekt einer höheren Selbstbeteiligung der Patienten, wie diskutiert und in zahlreichen überwiegend nordamerikanischen Studien belegt, wohl bejaht werden kann, so stellt sich wie für andere Systemeingriffe auch hier die Frage nach den Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung. Es ist zu überprüfen, inwieweit einerseits tatsächlich eine spezifische Reduktion "nicht notwendiger" oder im konkreten Fall fragwürdiger medizinischer Leistungen erreicht wird, andererseits das mit der angestrebten ökonomischen Effizienz in Konkurrenz tretende Ziel der sozialen Gerechtigkeit (vgl. unten) gewahrt wird.

Es ist in der Tat diese Sorge, welche zu zahlreichen Ausnahmeregelungen wie Sozial- und Überforderungsklauseln (vgl. Tab. 2) in Deutschland geführt hat, mit der Folge eines enormen bürokratischen Aufwandes für die mit der

Durchführung betrauten Krankenkassen - welcher geeignet ist, einen im Einzelfall unterschiedlich großen Teil des erhofften Einspareffektes wieder aufzuzehren.

Die Überlegungen bis zu diesem Punkt beruhen nahezu ausschließlich auf der deskriptiven Untersuchung und der Interpretation der beobachteten Auswirkungen nach Veränderungen wie zum Beispiel erhöhten Zuzahlungen. Neben dieser im Bereich der "makroökonomisch" orientierten Gesundheitsökonomie meist angewandten Methode der unkontrollierten Beobachtung steht als Erkenntnisquelle das quasi-naturwissenschaftliche "Experiment", die gezielte Untersuchung der Effekte ausgewählter Einflußvariablen. Mit dem RAND-Health-Care-Experiment liegt eine herausragende prospektive Studie zur Frage der Auswirkungen unterschiedlicher Modelle der Patientenselbstbeteiligung vor.

Das RAND-Health-Care-Experiment in den Vereinigten Staaten

Von November 1974 bis Februar 1977 wurden insgesamt 7.708 Versuchspersonen in bestimmten Regionen der amerikanischen Bundesstaaten Massachusetts, Ohio, South Carolina und Washington in das RAND-Health-Care-Experiment aufgenommen. Ihnen wurde nach einer Randomisierungsschlüssel die Teilnahme an der Studie unter einem von fünfzehn verschiedenen Krankenversicherungsmodellen (vgl. Tab. 3) angeboten; sie konnten dies für sich und ihre Familien akzeptieren oder die Teilnahme an der Studie ablehnen. Die Studienteilnehmer, welche zum Zeitpunkt des Untersuchungsbeginns jünger als 62 Jahre und gesund sein mußten, wurden für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren beobachtet.

Die untersuchten Krankenversicherungsvarianten unterschieden sich primär durch eine unterschiedlich hohe prozentuale Selbstbeteiligung der Probanden an den von ihnen in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen und verschiedenen hoch angesetzte Kappungsgrenzen, bei deren Überschreitung keine weitere Kostenbeteiligung mehr entstehen würde.

Im Rahmen der RAND-Studie wurden über drei bis fünf Jahre Daten gesammelt über den Verbrauch medizinischer Leistungen, einschließlich Zahl der Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und die daraus entstandenen Gesamtausgaben (Kosten); ferner wurden die auf ein Personenjahr bezogene Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme irgendeiner medizinischen Leistung und diejenige einer stationären Behandlung berechnet (Tab. 4). Die Angemessenheit erbrachter medizinischer Leistungen wurde, unter anderem im Rahmen eines "Appropriateness Evaluation Protocol" (AEP) für 1.132 der 1.268 dokumentierten Krankenhausaufnahmen, nach vorbestimmten Kriterien von einem unabhängigen Ärzteteam bewertet.

Zusätzlich wurde der Gesundheitszustand vor, während und nach der Studie ("Health Outcomes") anhand vorgegebener Parameter bestimmt.

Als unabhängige Variablen wurden die Anzahl der Krankheitsepisoden und die Wahrscheinlichkeit, die definierten Kappungsgrenzen zu überschreiten, erfaßt. Als weitere Variablen dokumentiert wurden Alter, Geschlecht, Familiengröße und -einkommen und die geografische Zuordnung.

Tab. 3: Versicherungsmodelle im RAND-Experiment

IDP: "Indirect Deductible Plan", HMO: Health Maintenance Organization

Plan (Anzahl, Art)	Zuzahlung bzw. Selbstbeteiligung (Prozent der Kosten)	Kappungsgrenze (Prozent des Einkommens)
1 "Vollversicherung"	keine	entfällt
3 "25"	25 %	5, 10 oder 15 %
3 "25/50"	25 %; <i>außer</i> ambulante, psychologische und Zahnbehandlung (50 %)	5, 10 oder 15 %
3 "50"	50 %	5, 10 oder 15 %
3 "95"	95 %	5, 10 oder 15 %
1 "95/0" oder "IDP"	95 % für ambulante, 0 % für stationäre Maßnahmen	150 US-\$ je Person, 450 US-\$ je Familie
1 "HMO"	keine; "Managed Care"-Modell	entfällt

Damit ist die RAND-Studie eine einzigartige Datenquelle, deren Bedeutung für die vorliegende Fragestellung kaum überschätzt werden kann. Ihre wesentlichen Ergebnisse können wie folgt zusammengefaßt werden.

Auf der Ebene makroökonomischer Betrachtung bestätigt die Studie zunächst die Resultate anderer Untersuchungen dahingehend, daß eine erhöhte Patientenselbstbeteiligung zu geringerer Inanspruchnahme der Angebote des Gesundheitssystems und im Ergebnis zu insgesamt niedrigeren Kosten führt (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im RAND-Experiment in Abhängigkeit von Einkommen und Versicherungsmodell

p (med): Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (jedweder Art);

p (stat): Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme stationärer Versorgung

Plan	Unteres Einkommensdrittel		Mittleres Einkommensdrittel		Oberes Einkommensdrittel	
	p (med)	p (stat)	p (med)	p (stat)	p (med)	p (stat)
Voll	84%	11%	87%	10%	89%	10%
25	72%	10%	79%	8%	86%	7%
50	68%	8%	74%	5%	88%	8%
95	58%	9%	70%	9%	75%	6%
95/0	65%	9%	72%	10%	80%	10%

Von besonderem Interesse sind die Daten der RAND-Studie hinsichtlich des Einflusses des jeweiligen Krankenversicherungsmodells auf den einzelnen Patienten. Im Vordergrund steht die Frage nach der Qualität der erzielten Einspareffekte, insbesondere bezüglich des erhofften selektiven Verzichtes auf nicht notwendige oder fragwürdige medizinische Leistungen. Hinzu tritt in der direkten Folge die Fragestellung, inwieweit eine höhere Patientenselbstbeteiligung möglicherweise zu ungünstigeren Ergebnissen - "Health Outcomes" - führt und, sollte dies der Fall sein, die beobachteten Effekte mit der wirtschaftlichen Situation der betroffenen Personen korrelieren.

Unterschiede der Inanspruchnahme wurden nicht nur in Abhängigkeit vom Versicherungsplan gefunden, sondern auch in positiver Korrelation mit der Einkommenshöhe, wobei sich die beiden Effekte gegenseitig verstärkten (vgl. Tab. 4). Ebenso bestand eine Altersabhängigkeit in der Weise, daß die Quantität der medizinischen Versorgung von Kindern tendenziell weniger von der Höhe der Eigenbeteiligung abhing; jedoch war in den Plänen mit höherer Selbstbeteiligung eine nachhaltig geringere Utilisation des Gesundheitssystems durch die Kinder armer Familien zu beobachten. Dieser Effekt einer Einkommensabhängigkeit war bemerkenswerterweise für Kinder ausgeprägter als für Erwachsene.

Hinsichtlich der qualitativen Auswirkungen der unterschiedlichen Selbstbeteiligungsmodelle lassen sich folgende Feststellungen treffen:

Für medizinisch nicht indizierte oder unangemessene ("inappropriate") Hospitalisationen wurde kein Unterschied in Abhängigkeit von der Höhe der

Eigenbeteiligung gefunden. Das heißt in anderen Worten, daß nicht medizinisch indizierte Hospitalisationen in gleicher Weise vermindert wurden mit höherer Eigenbeteiligung wie nicht notwendige Krankenhausaufnahmen. Die Verschreibung von Antibiotika war deutlich abhängig von der Höhe der Selbstbeteiligung; die Reduktion der Nutzung von Antibiotika betraf medizinisch sinnvollen Gebrauch gleichermaßen wie fragwürdige oder ungemessene Antibiotikaeinnahme, etwa bei viralen Erkrankungen. Auch die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen war geringer bei Personen in Versicherungsplänen mit höherer Zuzahlung. Insgesamt ging höhere Selbstbeteiligung zwar durchgängig mit geringerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher, doch betraf dies in undifferenzierter Weise sowohl notwendige als auch überflüssige und unangemessene Inanspruchnahme.

Die letztendlich maßgeblichen Health Outcomes schließlich waren bei höherer Selbstbeteiligung in mehreren Parametern signifikant schlechter als bei niedrigen Zuzahlungen. So hatten Personen in den Versicherungsplänen mit höheren Zuzahlungen im Durchschnitt höheren diastolischen Blutdruck, eine schlechter korrigierte Seh- und Hörleistung, häufiger Anämie und ein höheres Mortalitätsrisiko am Ende der Studie ("Risk of Dying Index").

Die beschriebenen Beobachtungen waren durchweg ausgeprägter in den niedrigeren Einkommensgruppen.

Die RAND-Health-Care-Studie wirft folglich eine Reihe von Fragen auf, anhand derer sich die Argumente für eine sich in deutlich spürbarer Kostenbeteiligung niederschlagender "Eigenverantwortung" der Patienten einer kritischen Überprüfung unterziehen lassen müssen.

Zwei diesbezügliche Kernbefunde der RAND-Studie sind die offensichtliche Unfähigkeit der Patienten, selbst adäquat zu entscheiden, wann ein Arztbesuch angezeigt ist (notwendige wie unangemessene Konsultationen waren gleichermaßen verringert mit höherer Selbstbeteiligung), sowie die Tatsache, daß keine signifikanten Unterschiede in der medizinischen Versorgung mehr gefunden werden konnten, sobald die Patienten sich erst einmal in ärztliche Obhut begeben hatten.

Die Qualität von Patientenentscheidungen

Die letztgenannte Beobachtung muß die Qualität von Patientenentscheidungen mit einem Fragezeichen versehen. Es ist jedoch eine der Grundannahmen des "ökonomischen Arguments", daß Patienten als autonome Subjekte und informierte Konsumenten dem Arzt als ebenbürtige (um

das mißverständliche Wort "gleichwertige" zu vermeiden) Vertragspartner gegenüber treten.

Eine entscheidende Rolle spielt in diesem Zusammenhang das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient. Der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt ist so rasch, die fachliche Differenzierung und Spezialisierung sind so weit gediehen und viele medizinische Probleme sind zugleich so komplex, daß selbst Ärzte üblicherweise Schwierigkeiten haben, außerhalb des eigenen Fachgebietes fundierte Entscheidungen zu treffen.

Gewiß ist die Aufklärung der Bevölkerung über und ihr Interesse an medizinischen Fragestellungen größer denn je; und zweifellos entwickeln zahlreiche Patienten ein beachtliches Fachwissen über ihre Erkrankung, besonders wenn diese chronisch ist und zu wiederholter Auseinandersetzung zwingt. Dies darf jedoch nicht den Blick dafür verstellen, daß es sich hierbei um eine zahlenmäßig kleine Minderheit wirklich gut informierter Patienten handelt; die weit überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung hingegen ist dazu nicht in der Lage - und wohl auch nicht willens. Selbst an medizinischen Sachverhalten interessierte, überdurchschnittlich qualifizierte und akademisch gebildete Bürger haben Schwierigkeiten, aus der Masse der pseudowissenschaftlichen Informationsflut in den Medien die verlässlichen Nachrichten herauszufiltern.

Manche liberalen Ökonomen halten dem entgegen, dies sei das zu erwartende typische Ergebnis eines faktisch nicht existierenden Marktes im Gesundheitswesen. Sie argumentieren, einschlägiges Wissen fehle vor allem auch deshalb, weil es in der gegenwärtigen Realität des fehlenden Marktes gar nicht benötigt werde. Würde hingegen das Versicherungssystem so strukturiert (oder im theoretischen Grenzfall ganz abgeschafft), daß Patienten für die Konsequenzen ihrer medizinischen Entscheidungen selbst die Verantwortung übernehmen müßten, so schaffe dies eine starke Motivation, sich relevante Informationen zu beschaffen. Umgekehrt wäre es in dieser Sichtweise ein Wettbewerbsvorteil für die Leistungsanbieter, dem Patienten adäquate Informationen verfügbar oder doch zumindest besser zugänglich zu machen.

Es sei dann keineswegs für den Patienten erforderlich, erst ein Medizinstudium zu absolvieren, um eigenverantwortlich fundierte Entscheidungen zu treffen. Auch im Falle der Kaufentscheidung etwa für ein Automobil verlasse sich der Konsument auf Kriterien wie die Reputation des Herstellers, wesentliche Leistungsdaten des Fahrzeugs sowie unabhängige Referenzen Dritter, zum Beispiel durch Lektüre einschlägiger Testberichte. Es sei für eine individuell angemessene Entscheidung jedenfalls nicht erforderlich, sämtliche komplexen technischen Details der Fahrzeugkonstruktion zu verstehen.

Die empirische Erfahrung aus der RAND-Studie, aber auch aus anderen unkontrollierten Beobachtungen, ist - wie oben dargelegt - nicht geeignet, diese Argumentation zu unterstützen. Es lassen sich prinzipielle Überlegungen anführen, warum dies nicht der Fall ist, oder in anderen Worten, weshalb medizinische Entscheidungen grundsätzlich different zu bewerten sind im Vergleich zu durchaus komplexen Kaufentscheidungen in anderen Lebensbereichen.

Dafür ist nicht primär ausschlaggebend, daß viele medizinische Entscheidungen offenkundig von weit größerer unmittelbarer Bedeutung für den betroffenen Patienten sind als auf anderen Gebieten zu treffende Entscheidungen.

Der bedeutsame Unterschied liegt vielmehr darin, daß die meisten wichtigen medizinischen Entscheidungen nur einmal im Leben des jeweiligen Patienten getroffen werden müssen, und wenn, dann nicht selten überdies in einer krisenhaften persönlichen Situation.

Die Einmaligkeit der typischen medizinischen Entscheidungssituation beraubt den Patienten im Effekt der Möglichkeit, durch "Versuch und Irrtum" zu lernen und Erfahrung zu gewinnen. Im Gegensatz dazu funktionieren Märkte genau dann am besten, wenn direkte Konsumentenscheidungen mit großer Häufigkeit wiederholt werden, wie das zum Beispiel bei Nahrungsmitteln und Kleidung der Fall ist. Folgerichtig stellte schon John Stuart Mill, einer der größten Verfechter persönlicher Autonomie, fest, daß die utilitaristische Begründung individueller Wahlmöglichkeiten dann hinfällig wird, wenn dem Individuum keine Erfahrungsbasis für die zu treffende Entscheidung zur Verfügung steht¹.

Die existentielle Herausforderung durch Krankheit

Der krisenhafte Charakter vieler wichtiger medizinischer Entscheidungssituationen sollte nicht unterschätzt werden. Das gilt ausdrücklich nicht nur für den akuten Notfall - es ist zum Beispiel schwer vorstellbar, wie der Patient mit akutem Myokardinfarkt, der mit dem Notarztwagen zum nächsten intensivmedizinisch ausgerüsteten Krankenhaus transportiert wird, sich noch auf dem Weg dorthin in einem kardiologischen Lehrbuch über die geeigneten diagnostischen Maßnahmen, die Technik der Koronaraangiografie einschließlich der Ballondilatation sowie die relativen Vor- und Nachteile einer thrombolytischen Therapie sachkundig machen soll, um dann sine ira et

¹ "The presumption in favour of individual judgment is only legitimate where the judgment is grounded on actual, and especially on present, personal experience; not where it is formed antecedently to experience, and not suffered to be reversed even after experience has condemned it..." (Mill, 1929, 960).

studio eine Entscheidung über die zu treffenden Maßnahmen zu verantworten.

Auch jenseits solcher Nottfallsituationen ist die "hyperrationale" Sicht des kranken Individuums nur allzu oft grob inadäquat. Der kranke Mensch, infragegestellt in seiner Identität von Körper und Geist (oder "Leib und Seele"), ist nicht ein kühl kalkulierendes, seine konkrete Lage abstrahierendes Wesen. Er sieht sich vielmehr einer völlig ungewohnten Herausforderung gegenüber, nämlich der - die implizite Annahme seines täglichen Lebens, nämlich seiner fortdauernden Existenz, zur Disposition stellende - Erfahrung seiner Verletzlichkeit und Endlichkeit. Von der Relevanz dieser Feststellung legen ungezählte Berichte von Kranken Zeugnis ab; dem praktizierenden Arzt ist sie unmittelbar evident.

Hinzu tritt regelmäßig die Erfahrung der Abhängigkeit von den behandelnden Ärzten, denen in ansonsten unvorstellbarer Weise die eigene Lebensgeschichte und der eigene Körper zugänglich gemacht werden muß. Sie geht nicht selten einher mit regressiven Wünschen nach Fürsorge. Fraglos ist dies nicht exakt die Lage eines autonom handelnden Subjekts, das die Angebote des medizinischen Marktes evaluiert und sich dann unter persönlichen Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten frei und rational entscheidet.

Die Krankengeschichten der wohl am besten informierten Patienten, nämlich der Ärzte selbst, zeigen überdies, daß auch die Verfügbarkeit von relevantem Fachwissen die existentielle Herausforderung nicht zu überwinden vermag. Bekannt ist der Fall von Professor Franz Ingelfinger, des langjährigen Herausgebers des *New England Journal of Medicine*, eines Spezialisten für Erkrankungen der Speiseröhre, der an einem Oesophagus-Karzinom litt. Die ihn behandelnden Ärzten überließen, in bester Absicht und voller Respekt vor der Expertise ihres berühmten Patienten, ihm selbst die Entscheidung über die einzuschlagende Behandlungsstrategie. Das Ergebnis war die vollständige Überforderung Ingelfingers und seiner Angehörigen, bis hin zur völligen Fixierung auf das gestellte Problem, ohne daß er eine Entscheidung zu treffen vermocht hätte. Schließlich empfahl ihm ein befreundeter Kollege, er solle sich einem Arzt anvertrauen - ein Rat, welchen Ingelfinger befolgte, was ihn sofort von einer schweren Bürde befreite².

Es besteht Grund zu der Annahme, daß Ingelfingers Lage noch komplizierter und unerträglicher gewesen wäre, hätte er sich zusätzlich mit den finanziellen Konsequenzen seiner Behandlung auseinandersetzen müssen. Während

² "... As a result, not only I but my wife, my son and daughter-in-law (both doctors), and other family members became increasingly confused and emotionally distraught. Finally, when the pangs of indecision had become nearly intolerable, one wise physician friend said, "What you need is a doctor." When that excellent advice was followed, my family and I sensed immediate and immense relief" (Ingelfinger, 1980).

hieraus keinesfalls abgeleitet werden kann, daß Patienten nicht über ihre Behandlung, bestehende Alternativen und ihre wahrscheinlichen und möglichen Konsequenzen informiert werden wollten (Prinzip des "informed patient consent"), so darf doch festgestellt werden, daß es vermessen und geradezu grausam wäre, dem Patienten die uneingeschränkte Last der Entscheidung und ihrer (auch ökonomischen) Konsequenzen aufzuerlegen.

Es ist überdies zu beachten, daß es - abgesehen von der Realitätsferne des "hyperrationalen" Ansatzes - darüber hinaus sogar dem Wunsch des Patienten entsprechen kann, nicht rational entscheiden zu müssen. Hierin liegt zweifellos einer der wesentlichen Gründe für die Attraktivität des Prinzips der Krankenversicherung aus der Sicht der Bevölkerung.

Verfechter des Prinzips der maximalen Eigenverantwortung halten diesen Beobachtungen entgegen, daß der Mehrzahl medizinischer Entscheidungen nicht eine solch schwerwiegende Bedeutung zukomme. Während dies sicherlich richtig ist, muß dennoch bedacht werden, daß die subjektive Erfahrung von Krankheit und ihre psychologischen Implikationen eben durchaus nicht immer der objektiven Schwere des Krankheitszustandes entsprechen. Selbst eine Grippe, ein chronisches Schmerzsyndrom oder eine schwere Nahrungsmittelvergiftung können die Funktionsfähigkeit und das rationale Denken massiv beeinträchtigen, und dies in einem individuell und situativ sehr unterschiedlichen Ausmaß.

Das Versicherungsprinzip

Die Möglichkeit, den zusätzlichen Stress finanzieller Probleme im Krankheitsfalle abgenommen zu bekommen, ist nur einer der Faktoren, welche die Präferenz der Bevölkerung für eine Versicherung gegen das Krankheitsrisiko erklären.

Hinzu tritt der allgemeinere Aspekt der Absicherung des Risikos wirtschaftlichen Ruins im Falle schwerwiegender Erkrankung. Dies kann durchaus rasch eintreten, bedenkt man, daß die gesamten Behandlungskosten nach Unfallverletzungen, Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen, nicht zu denken an weitreichende Eingriffe wie Organtransplantationen, die mit wiederholten längeren Hospitalisierungen einhergehen, ohne weiteres 100.000 DM überschreiten können. Selbst die Behebung vergleichsweise kleinerer medizinische Probleme mit Krankenhausaufenthalten von wenigen Tagen verursacht leicht Kosten von mehreren 1.000 DM. Es liegt im Wesen vieler Erkrankungen, daß sie völlig unvorsehen auftreten. Genau dies ist aber das Prinzip eines jeden vernünftigen Versicherungsschutzes: die Absicherung gegen unverhersehbare, unkalkulierbare Risiken, welche potentiell die

Grundlagen der eigenen ökonomischen Existenz zu zerstören imstande wären.

Es mag selbstverständlich erscheinen, doch es ist von grundlegender Bedeutung, den hohen Stellenwert des Versicherungsprinzips zu verstehen. Denn im Kern bedeutet jede Maßnahme hin zu einer direkten Beteiligung des Patienten an seinen Krankheitskosten eine partielle Abkehr von diesem Prinzip.

Wirtschaftliche Aspekte und soziale Gerechtigkeit

Es erscheint mit dem oben dargestellten Versicherungsprinzip jedoch durchaus vereinbar, den Deckungsumfang der Krankenversicherung auf die Absicherung gegen schwerwiegendere wirtschaftliche Konsequenzen ("Ruin") zu beschränken. Entsprechende Modelle einer nach oben begrenzten Eigenbeteiligung werden im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland angeboten. Die komplizierten Zuzahlungsregelungen mit zahlreichen nach sozialen Gesichtspunkten gestaffelten Ausnahmetatbeständen (zum Beispiel Sozial- und Überforderungsklausel; s.o., Tab. 2) im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechen dem Bemühen, die erwarteten positiven makroökonomischen Effekte einer Patientenselbstbeteiligung von ihren im RAND-Experiment dokumentierten negativen "mikroökonomischen" Auswirkungen zu entkoppeln.

Die zu erwartenden Einspareffekte sollten hierbei realistisch eingeschätzt werden. Selbst wenn eine Mehrzahl von Patienten Zuzahlungen leistet, ohne einen der Befreiungstatbestände gemäß der - in ihrer Durchführung mit beachtlichem bürokratischem Aufwand verbundenen - Ausnahmeklauseln für sich in Anspruch zu nehmen, so betrifft dies doch nur einen geringen Teil der gesamten Krankenkassenausgaben. Denn ein erheblicher Anteil der Ausgaben (verschiedenen Quellen zufolge verursachen zehn Prozent der Versicherten mehr als zwei Drittel der gesamten Kosten!) entsteht für Patienten mit chronischen Erkrankungen, älteren Patienten und solchen, welche sich aufgrund ihres sozioökonomischen Status für die Anwendung mindestens einer der Ausnahmeklauseln qualifizieren. Empirische Daten und theoretische Überlegungen legen gleichermaßen nahe, daß die tatsächlichen medizinischen Maßnahmen, wurde erst einmal ein Arzt aufgesucht, von diesem wenn nicht praktisch entschieden, so doch maßgeblich beeinflußt werden. Damit ist das Konzept der Selbstbeteiligung - gelegentlich mit moralischem Pathos als "Selbstverantwortung" bezeichnet - jedoch sehr weitgehend seiner eigentlich erwünschten Steuerungsfunktion beraubt.

Es verbleibt somit das Problem der sozialen Gerechtigkeit, wenn - wie gezeigt - davon ausgegangen werden muß, daß besonders sozial Schwächere tendenziell von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abgehalten werden. Da Patienten typischerweise nicht fundiert über die potentielle Schwere bestimmter Symptome zu urteilen und die Notwendigkeit der rechtzeitigen Beanspruchung medizinischer Maßnahmen - seien dieser präventiver, diagnostischer oder therapeutischer Art - zu erkennen vermögen, wird damit die Effizienz von Maßnahmen zur Selbstbeteiligung infrage gestellt. Die Ergebnisse der RAND-Studie legen nahe, daß dieses Patientenverhalten mit ungünstigeren Health Outcomes einhergehen kann, was einerseits zusätzliche Folgekosten nach sich ziehen kann, und wovon andererseits wiederum überproportional sozial Schwächere betroffen sind. Ausgleichsregelungen hierfür sind schwierig zu administrieren und bewirken ihrerseits bürokratischen Aufwand, der die angestrebten makroökonomischen Einspareffekte reduzieren muß.

Schlußfolgerung

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint eine weitere Ausweitung des Systems der Patientenselbstbeteiligung nicht empfehlenswert. Es wäre zu befürchten, daß der wesentliche soziale Aspekt der Krankenversicherung leiden würde, ohne daß die Effizienz des Systems nachhaltig verbessert werden könnte; stattdessen könnten zusätzliche Fehlsteuerungen durch zu geringe beziehungsweise individuell zu späte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens auftreten. Es ist der entscheidende Mangel jedenfalls der bisherigen Modelle der Selbstbeteiligung, daß diese offensichtlich nicht zu einer effektiven Diskriminierung der Inanspruchnahme von nicht notwendigen oder fragwürdigen im Unterschied zu sinnvollen Leistungen führen.

Insoweit das Ziel einer größeren Patientenselbstbeteiligung in einer Effizienzsteigerung des Gesundheitswesens und der besseren Befriedigung von Patienteninteressen liegt, so widerspricht dem die Erkenntnis, daß die überwiegende Mehrzahl medizinischer Entscheidungen nicht optimal in der Eigenverantwortung von Patienten getroffen werden kann. Für die Erreichung dieses Zieles sind andere Mechanismen, bekannt unter dem Stichwort Managed Care, wahrscheinlich weitaus besser geeignet. Sie vereinen im idealen Fall ein an den Zielen des Outcomes Management und der Qualitätssicherung orientiertes Modell mit Sachkenntnis und wirksamer Nachfragemacht. Vereint mit Elementen marktwirtschaftlichen Wettbewerbs zwischen den Anbietern von Versicherungsleistungen und unter angemessener Berücksichtigung der ärztlichen Kompetenz könnten diese einen tatsächlichen Beitrag zu einer kosteneffektiven und patientenorientierten medizinischen Versorgung leisten.

Dies schließt parallele Maßnahmen zu Erzielung einer höheren Kostentransparenz und damit größerem Kostenbewußtsein der Patienten keineswegs aus. Zugleich wäre es problemlos möglich, daß Patienten über die Kosten ihrer medizinischen Behandlung ebenso aufgeklärt werden wie über Entscheidungen, welche von Kosten-Nutzen-Erwägungen beeinflusst sind.

Literatur

Chalkley, M. und R. Robinson. *Theory and evidence on cost sharing in health care: an economic perspective*. London: Office of Health Economics, 1997.

Goodman, J. und G. Musgrave. *Patient Power: The Free Enterprise Alternative to Clinton's Health Plan*. Washington, DC: The Cato Institute, 1994.

Hall, M.A. *Making Medical Spending Decisions*. New York, NY: Oxford University Press, 1997.

Hoffmeyer, U.K. und T.R. McCarthy (Hrsg.) *Financing Health Care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1994.

Horn, S. et al. Intended and Unintended Consequences of HMO Cost-Containment Strategies: Results from the Managed Care Outcomes Project. *The American Journal of Managed Care*, Vol. 2 Nr. 3, 1996, S. 253-264.

Ingelfinger, F. Arrogance. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 303, 1980, 1507.

Malcherczyk, L. Arbeit & Soziales: Sozialversicherung - Krankenkasse 1998. *Diabetes-Journal*, Nr. 2, 1998, S. 38-43.

Manning, W.G. et al. *Health Insurance and the Demand for Medical Care*. The RAND Corporation, 1988.

Mill, J.S. *Principles of Political Economy*. London: Longmans & Green, 1929.

OECD. *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris: OECD, 1994.

Roberts, E.R. Auswirkungen der Gesundheitsreformen auf die pharmazeutische Industrie. *Die Pharmazeutische Industrie*, Vol. 59 Nr. 5, 1997, S. 374-380.

Rubin, R.J. und D.N. Mendelson. A Framework for Cost Sharing Policy Analysis. In: N. Mattison (Hrsg.) *Sharing the Cost of Health: A Multi-Country Perspective*. Basel: The Pharmaceutical Partners for Better Healthcare (PPBH), 1995.

Schlander, M. *The Contribution of Health Economics to Pharmaceutical Research and Development*. Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft, 1998.

Schulenburg, J.M.v.d. und O. Schöffski. Transformation des Gesundheitswesens im Spannungsfeld zwischen Kostendämpfung und Freiheit: Eine ökonomische Analyse des veränderten Überweisungs- und Einweisungsverhaltens nach den Arzneimittelregulierungen des GSG. In: P. Oberender (Hrsg.) *Probleme der Transformation im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: 1994.

Wyke, A. Can Patients Drive the Future of Health Care? *Harvard Business Review*, Juli-August 1997, S. 146-150.