

# Direkte Kostenbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein sinnvolles Instrument?

Thomas Gerlinger

## PRIVATISIERUNG VON BEHANDLUNGSKOSTEN

Die Erhöhung von Zuzahlungen, explizite Leistungsausgliederungen und – als Folge knapper Budgets – informelle Leistungsverweigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben zu einem erheblichen Anstieg des privaten Anteils an den Krankenbehandlungskosten geführt. Einen vorläufigen Höhepunkt erreichte diese Entwicklung mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Bereits für das Jahr 2002 schätzte das Statistische Bundesamt allein das Volumen der Zuzahlungen zu GKV-Leistungen – nicht mitgerechnet also die vollständig ausgegliederten und die informell verweigerten Leistungen – auf 9,8 Mrd. €. Dies entsprach 7,5 % der damaligen GKV-Leistungsausgaben. Mit dem GMG dürfte sich dieser Anteil noch einmal erheblich erhöht haben, sind doch allein die Zuzahlungen zu Arzneimitteln zwischen 2003 und 2004 von 1,8 auf 2,2 Mrd. €, also um 22,5 %, gestiegen.<sup>1</sup> Im Jahr 2002 belegte Deutschland in der Europäischen Union bei den privaten Gesundheitsausgaben pro Kopf, gemessen in US-Dollar-Kaufkraft-Paritäten, mit 625 US-Dollar den fünften Platz.<sup>2</sup>

## MORAL HAZARD

Die fortschreitende Privatisierung wird nicht nur aus Sicht der „politischen Klasse“ begrüßt, die sie ja in ihrer Mehrheit vorangetrieben hat, sondern stößt auch in der Wissenschaft – insbesondere in der Gesundheitsökonomie – auf mancherlei Unterstützung. Für die wissenschaftliche Begründung einer direkten Kostenbeteiligung von Patienten ist die Annahme des moral-

hazard-Effekts (moralische Gefahr) von zentraler Bedeutung.<sup>3</sup> Dahinter verbirgt sich folgende Überlegung: Würden Leistungen im Rahmen einer sozialen Pflichtversicherung unentgeltlich angeboten, so fehle den Versicherten jeder Anreiz, die Inanspruchnahme zu begrenzen. Eher sei das Gegenteil der Fall: Da der Versicherte sich nicht für oder gegen eine Versicherung entscheiden und nicht einmal die Höhe seines Versicherungsbeitrages individuell beeinflussen könne, habe er ein Interesse, die ihm entstandenen Kosten durch eine extensive Leistungsanspruchnahme wieder „hereinzuholen“. Dieser Anreiz existiere für jeden Versicherten und führe für die Gesellschaft zu einer unvermeidbaren Kostenexpansion. Die moralische Gefahr bestehe demzufolge darin, dass eine soziale Pflichtversicherung ohne direkte Kostenbeteiligung für die Versicherten einen Anreiz schaffe, ihren individuellen Nutzen auf Kosten der Gesellschaft zu erhöhen. Diesen Überlegungen liegt die Annahme zu Grunde, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen preiselastisch ist, also mit steigender Kostenbelastung sinkt und umkehrt.

Aus dieser Perspektive werden Zuzahlungen in der Krankenversicherung aus zweierlei Gründen notwendig: Sie sollen die Versicherten veranlassen, zum einen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf das medizinisch notwendige Maß zu begrenzen und zum anderen durch gesundheitsgerechtes Verhalten die Wahrscheinlichkeit einer späteren Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversorgung zu senken.

## DAS RAND HEALTH INSURANCE-EXPERIMENT

Befürworter einer erhöhten direkten Kostenbeteiligung berufen sich gern auf die Ergebnisse des RAND Health Insurance-Experiments.<sup>4</sup> Dies ist die bis dato umfangreichste empirische Untersuchung über die Auswirkungen einer direkten Kostenbeteiligung auf das Inanspruchnahmeverhalten von Versicherten. In diesem Experiment, durchgeführt zwischen 1974 und 1982 in den USA, wurden ca. 6.000 Personen nach dem Zufallsprinzip Versicherungen mit unterschiedlichen Stufen der Kostenbeteiligung zugewiesen. Die Ergebnisse sind – zumindest auf den ersten Blick – durchaus

1 Schwabe, U./Paffrath, D. (2005): Arzneiverordnungsreport 2005, Berlin.

2 OECD (2005): Health Data 2005, Paris.

3 Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin.

4 Vgl. zur Darstellung z. B. Manning, W. G./Newhouse, J./Duan, N./Keeler, E./Leibowitz, A./Marquis, S. (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care. Evidence From a Randomized Experiment, in: American Economic Review, Vol. 77, No. 3, S. 251–277; Newhouse, J. P. (1993): Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Cambridge, MA.

Thomas Gerlinger, Prof. Dr. Dr., Lehrstuhl für Medizinische Soziologie und Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspolitik, Gesundheitssystemforschung, internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen.  
e-mail: gerlinger@em.uni-frankfurt.de

bemerkenswert: Die Versicherten, die 95 % der Behandlungskosten selbst zu tragen hatten, verursachten insgesamt um 28 % geringere Behandlungsausgaben als die Versicherten ohne jede Zuzahlung; Personen mit einer 20-%igen Kostenbeteiligung riefen immerhin noch um 18 % geringere Ausgaben hervor. Dabei – so der Befund – wiesen die Personen ohne direkte Kostenbeteiligung sogar einen leicht besseren Gesundheitszustand auf als diejenigen mit Kostenbeteiligung. Demnach gilt die Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen als hoch und sind – so die Schlussfolgerung – Zuzahlungen ein wirksames Instrument zur Begrenzung von Gesundheitsausgaben und zur Steigerung der gesellschaftlichen Wohlfahrt.

### AUSWIRKUNGEN DIREKTER KOSTENBETEILIGUNG

Bei genauem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass die RAND-Studie diverse Mängel aufweist, die ihre Aussagekraft erheblich einschränken.<sup>5</sup> Zugleich enthalten diese und andere Untersuchungen Hinweise auf zahlreiche Probleme, die mit einer Erhöhung von Zuzahlungen verbunden sind:

(1) Zuzahlungen entfalten dann eine Steuerungswirkung, wenn sie auch finanziell deutlich spürbar sind. Da die Spürbarkeit von Kosten mit sinkendem Einkommen steigt, treffen Zuzahlungen in erster Linie sozial schwache Bevölkerungsgruppen. Die beabsichtigte Steuerungswirkung steht also im Widerspruch zur Sozialverträglichkeit dieses Instruments. Dieser Effekt wird noch durch den Umstand verstärkt, dass das Krankheitsrisiko und damit der Behandlungsbedarf bei Angehörigen unterer Sozialschichten deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegen.<sup>6</sup> Sozial Schwache werden auf diese Weise gleichsam doppelt bestraft. Die das Solidarprinzip kennzeichnenden Umverteilungsmechanismen erfahren eine deutliche Schwächung.

(2) Der Untersuchungszeitraum des RAND-Experiments war zu kurz, um die vielfach erst langfristig auftretenden gesundheitlichen Folgen des Inanspruchnahmeverhaltens messen zu können. Die Schlussfolgerung über die gesundheitliche Unbedenklichkeit erhöhter Zuzahlungen ist also zumindest voreilig. Insbesondere bei Krankheiten mit langen Latenzzeiten

und Behandlungszeiträumen ist durchaus von einem erhöhten Krankheitsrisiko auszugehen. Im Übrigen ließen sich gerade bei solchen Gesundheitsproblemen, die sich recht schnell mit Erfolg behandeln lassen (z. B. Mundgesundheit, Fehlsichtigkeit), deutliche Verbesserungen feststellen, wenn die betreffenden Personen ohne direkte Kostenbeteiligung versorgt wurden.

(3) Wenn Zuzahlungen spürbar sind, verstärken sie die Gefahr, dass die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aus finanziellen Gründen unterbleibt oder erst mit Verzögerung erfolgt. Auch hiervon sind Bezieher niedriger Einkommen überproportional betroffen. Dies lässt sich auch in der GKV zeigen. So hatten im 1. Quartal 2004 – also nach dem Inkrafttreten des GMG – 11,2 % der Befragten wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet oder ihn ins 2. Quartal verschoben. Befragte mit einem Haushaltseinkommen von 3.000 € und mehr finden sich in dieser Teilgruppe zu „nur“ 8,2 %. Befragte mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 1.000 € immerhin zu 19,2 %.<sup>7</sup> Das mag in vielen Fällen keine negativen Folgen auf die Gesundheit haben, kann aber auch zur Verschleppung bzw. Chronifizierung von Krankheiten führen.

Auch das RAND-Experiment enthält zahlreiche Hinweise darauf, dass eine kostenlose Gesundheitsversorgung zwar nicht unbedingt – wenn auch kaum den Gesundheitszustand der Probanden insgesamt, so doch sehr wohl – den Gesundheitszustand von Personen mit niedrigem Einkommen befördern kann. Bei diesen Gruppen konnten z. B. deutlich verbesserte Blutdruckwerte und eine Linderung ernsthafter Krankheitssymptome festgestellt werden. Des Weiteren erhielten Kinder aus einkommensschwachen Familien im Unterschied zu denen aus wohlhabenden bei einer Kostenbeteiligung deutlich seltener solche Behandlungen, die als höchst effektiv gelten. Kinder von sozial schwachen Eltern mit Kostenbeteiligung bekamen nur in 56 % der Fälle dieselbe Behandlung wie Kinder von sozial schwachen Eltern ohne Kostenbeteiligung. Weitere Beispiele ließen sich ergänzen.

(4) Zwar sinkt mit der Höhe der Zuzahlung auch die Inanspruchnahme von Leistungen, aber dabei verzichten Personen mit einer Kostenbeteiligung gleichermaßen auf unwirksame wie auch auf wirksame Leis-

tungen. Es ist also nicht davon auszugehen, dass die Kostenbeteiligung ausschließlich zu einem Verzicht auf überflüssige bzw. nicht wirksame Leistungen führt.

(5) Eine *willkürliche Zuweisung* von Patienten zu unterschiedlichen Stufen der Kostenbeteiligung, wie im RAND-Experiment geschehen, ist nur im Experiment möglich. Soll ein ganzes Gesundheitssystem nach einem derartigen Modell gestaltet werden, so ist dies nur denkbar, wenn die Versicherten die Möglichkeit erhalten, ihre Zuzahlungsstufe frei zu wählen. Dies führt aber – wie das Beispiel der Schweiz zeigt<sup>8</sup> – zu einer Selbstselektion der Versicherten: Nur Junge und Gesunde werden sich für eine hohe Kostenbeteiligung entscheiden, entziehen sich damit allerdings dem Solidarausgleich innerhalb eines Gesundheitssystems. Die soziale Schiefelage bei der Finanzierung der Krankenversicherung wird so erheblich verstärkt.

### DIREKTE KOSTENBETEILIGUNG – EIN INSTRUMENT ZUR STÄRKUNG DER PRÄVENTION?

Häufig wird in der gesundheitspolitischen Diskussion das Argument angeführt, höhere Zuzahlungen schafften einen Anreiz zu gesundheitsgerechtem Verhalten, weil so künftige Behandlungskosten vermieden werden könnten. Empirisch stichhaltige Befunde für einen solchen Zusammenhang liegen allerdings nicht vor. Der vorliegende Wissensbestand über die Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten spricht vielmehr eindeutig gegen diese Behauptung.

Ausgangspunkt eines modernen Gesundheitsbegriffs ist die Überlegung, dass jeder Mensch beständig aktive Integrations- und Konstruktionsleistungen zu

<sup>5</sup> Dazu z. B. Rice, T. (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn.

<sup>6</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gutachten 2005, Bonn.

<sup>7</sup> Zok, K.: Reaktionen auf das GMG: Wie verhalten sich die Versicherten? Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung. <http://www.wido.de>.

<sup>8</sup> Gerlinger, T. (2003): Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996, WZB, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper SP I 2003-301, Berlin.

vollbringen habe, mit denen er auf die Anforderungen aus verschiedenen Lebensbereichen reagiert. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (z. B. Ernährung, Bewegung, Suchtverhalten) sind Ausdruck und Bestandteil dieses individuellen Person-Umwelt-Arrangements.<sup>9</sup> Sie lassen sich, in einem lebenslangen Sozialisationsprozess zu Merkmalen des „Habitus“ geworden, nicht einzelne Elemente beliebig aus diesem Gesamtarrangement herausbrechen und sind überhaupt nur schwer zu verändern.

Schon gar nicht unterliegen sie einem Kalkül, wie es das Bild des „homo oeconomicus“ zeichnet. Gesundheit ist in der je konkreten Lebenssituation allenfalls eines unter vielen Zielen, und sicherlich nicht immer das Wichtigste.

Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen stiften für das Individuum zumeist einen unmittelbar gegenwärtigen Nutzen. Im Unterschied dazu ist das Eintreten einer Erkrankung als Folge solcher Handlungen ein lediglich mögliches Ereignis in der Zukunft. Dass Individuen – sofern keine anderen Hürden den bisherigen Lebensgewohnheiten im Wege stehen – gesundheitsschädliches Verhalten mit der vagen Aussicht auf künftige Kosteneinsparungen aufgeben, ist eine unrealistische Erwartung. Hier wird im Hinblick auf die eigene Gesundheit ein Kosten-Nutzen-Kalkül unterstellt, das in der sozialen Realität nicht existiert. Beim Hinweis auf präventive Effekte von Zuzahlungen handelt es sich also eher um einen nachgereichten Legitimationsversuch als um einen realen Ursache-Wirkung-Zusammenhang.

Diese Einwände bedeuten nicht, dass finanzielle Anreize zur Verhaltensänderung in jedem Fall unwirksam sind. So hat etwa die stufenweise Erhöhung der Tabaksteuer offensichtlich einen Steuerungseffekt erzielt. Aber das Motiv für die Verhaltensänderung ist in diesem Fall ein anderes: Es besteht darin, die *aktuell* anfallenden Kosten gesundheitsschädlichen Verhaltens zu vermeiden, nicht die Kosten von in der Zukunft möglicherweise notwendigen Behandlungen.

Ohnehin sollten die Erwartungen an Verhaltensänderungen nicht überzogen werden. Die Möglichkeiten, individuelles Verhalten zu verändern, sind nicht beliebig, sondern im Gegenteil von den Lebensbedingungen abhängig. Sie bieten je nach sozialer Lage mehr oder weniger Spielraum für neue Handlungschancen und -optio-

nen.<sup>10</sup> Wollte man erfolgreiche Krankheitsprävention betreiben, so wären folglich komplexe Strategien notwendig, die die gesundheitsbezogenen Handlungsressourcen der Menschen steigern und zugleich ihre Lebensverhältnisse so verändern, dass sich auch ihr Gesundheitsverhalten dauerhaft umstellen kann.<sup>11</sup>

Ein weiterer Aspekt bleibt in der Diskussion über die verhaltenspräventiven Wirkungen von Zuzahlungen gänzlich unberücksichtigt: Das Entstehen von Krankheit ist nur zu einem Teil auf das individuelle Gesundheitsverhalten zurückzuführen; von mindestens ebenso großer Bedeutung für den Gesundheitszustand sind Arbeits-, Umwelt- und allgemeine Lebensbedingungen. Insbesondere Angehörige sozial schwacher Bevölkerungsgruppen sind von äußeren Belastungsfaktoren betroffen. Sie verfügen zugleich aber über die geringsten Chancen und Ressourcen, auf diese Bedingungen Einfluss zu nehmen. Die Erhöhung von Zuzahlungen in der Krankenversorgung ändert nicht nur nichts an diesen Handlungsbedingungen, sondern erlegt den Betroffenen auch noch einen Teil der Folgekosten auf.

#### ZUR BEDEUTUNG VON MORAL HAZARD

Bei der Bewertung der Diskussion über die direkte Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen ist überdies zu bedenken, dass das reale Ausmaß von Moral Hazard in der öffentlichen Darstellung stark überzeichnet wird. Lediglich die Erstinanspruchnahme des Arztes erfolgt unmittelbar auf Initiative des Patienten; der bei weitem größte Teil der Behandlungskosten entsteht aufgrund *ärztlicher* Behandlungsentscheidungen („angebotsinduzierte Nachfrage“). Zudem ist bei chronischen bzw. schweren Erkrankungen oder risikoreichen Operationen ohnehin nicht von moral hazard auszugehen, weil hier die Dringlichkeit des Behandlungsanlasses offenkundig ist. Am ehesten könnte man es bei Bagatellerkrankungen vermuten, aber auch hier ist die Inanspruchnahme von Leistungen in aller Regel mit Eingriffen in den Tagesablauf und anderen Unannehmlichkeiten verbunden. Auch das viel zitierte „Ärzte-Hopping“ – also die Mehrfachanspruchnahme von Ärzten, die mit der Einführung der Krankenversichertenkarte um sich gegriffen haben soll – hat kein dramatisches Ausmaß erreicht, sondern lediglich zu einer häufi-

geren Erstinanspruchnahme von Fachärzten geführt.<sup>12</sup>

#### SCHLUSSFOLGERUNGEN

Weil moral hazard insgesamt von geringer Bedeutung für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen ist, bleiben auf dessen Beseitigung zielende Kostendämpfungsstrategien in aller Regel ineffektiv. Sie mögen zwar zu einer vorübergehenden Entlastung der Krankenversicherungshaushalte beitragen, ein geeignetes Instrument zur nachhaltigen Kostendämpfung sind sie nicht.

In jedem Fall verstärkt eine direkte Kostenbeteiligung die soziale Ungleichheit von Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung. Damit werden in der Tendenz gerade jene Gruppen diskriminiert, die in besonderem Maße des Schutzes durch die Krankenversicherung bedürfen: sozial Schwache und chronisch Kranke. Bisher war die existierende soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland auf die gesellschaftliche Ungleichverteilung von gesundheitsrelevanten Belastungen und Ressourcen zurückzuführen, hingegen nur zu einem kleinen Teil auf die Existenz sozialer Barrieren bei der Inanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen. Angesichts der fortschreitenden Privatisierung von Behandlungskosten ist es fraglich, ob dies auch weiterhin zutrifft.

Mit Blick auf die Auswirkungen von Zuzahlungen und anderen Neuregelungen der GKV-Finanzierung (Beitragsrückerstattung, Selbstbehalte etc.) auf die Nachfrage nach und die Versorgung mit medizinischen Leistungen existiert erheblicher Forschungsbedarf. Während die Erprobung neuer Versorgungsformen und andere Aspekte des Gesundheitssystems zu

9 Z. B. Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.) (2002): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, 2. Aufl., Weinheim, München.

10 Smedley, B. D./Syme, S. L. (eds.) (2001): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, Institute of Medicine, Washington D. C.

11 Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2., überarb. u. erw. Aufl., Bern et al. (i. E.).

12 Klose, J. et al. (1999): Krankenversichertenkarte: Heilsbringer und/oder Teufelswerk? *WidO-Materialien* 41, Bonn.

Recht Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Begleituntersuchungen sind (zum Teil sogar aufgrund einschlägiger gesetzlicher Vorschriften), werden Bestimmungen über neue Finanzierungsregelun-

gen ohne jede obligatorische Begleitforschung implementiert; und dies obwohl sie Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten von Millionen Versicherten haben. Dies ist angesichts der Bedeutung des Themas

eine inakzeptable Unterlassung. Aber offenkundig ist unter den politischen Entscheidungsträgern das Interesse an empirisch gesicherten Befunden über dieses Problem nicht sonderlich ausgeprägt.

## Call for Papers

Das Forschungsnetzwerk

„Alternative Konzeptionen der makroökonomischen Politik im Spannungsfeld von Arbeitslosigkeit, Globalisierung und hoher Staatsverschuldung“

organisiert seinen 10. Workshop zum Thema

### „Europäische Integration in der Krise“

vom 27. – 28. Oktober 2006 in Berlin.

Es können Papiere zu folgenden Themenfeldern eingereicht werden:

- Gemeinsame Geldpolitik bei anhaltender nominaler Divergenz
- Reale Divergenzen in einem gemeinsamen Währungsraum – regionalökonomische Antworten
- Die Krise der ökonomischen Integration in Europa - Länderstudien
- European Economic Governance
- Was ist ein optimaler Währungsraum?
- Lohnpolitik in gemeinsamen Währungsräumen

Darüber hinaus können auch Papiere für den geplanten *offenen Teil des Workshops* zum Generalthema des Forschungsnetzwerks eingereicht werden.

Konferenzsprachen: deutsch und englisch (ohne Übersetzung)

Referatsangebote mit einer kurzen Skizze sind bis zum 31. Juli 2006 zu richten an:

PD Dr. Eckhard Hein (eckhard-hein@boeckler.de) oder Prof. Dr. Arne Heise (HeiseA@hwp-hamburg.de)

Das Forschungsnetzwerk wird organisiert von Prof. Dr. Trevor Evans (FHTW Berlin), PD Dr. Eckhard Hein (IMK in der HBS), Prof. Dr. Michael Heine (FHTW Berlin), Prof. Dr. Hansjörg Herr (FHW Berlin), Prof. Dr. Arne Heise (Universität Hamburg), Prof. Dr. Jan Prieue (FHTW Berlin), Prof. Dr. Claus Thomasberger (FHTW Berlin) und Dr. Achim Truger (IMK in der HBS) mit organisatorischer und finanzieller Hilfe der Hans-Böckler-Stiftung