

Sind Patientenselbstbeteiligungen kostendämpfend?

C. Jordi

Eine Literaturdurchsicht ergibt keine Evidenz dafür, dass durch Patientenselbstbeteiligungen auf der makroökonomischen Ebene Kosten eingespart werden können, hingegen viele Hinweise darauf, dass Kosten von einem Sektor in den anderen verschoben werden. Negative Auswirkungen auf die Gesundheit sind vor allem bei Schichten mit tieferem sozioökonomischem Status zu erwarten, wo Selbstbeteiligungen am wirksamsten von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abhalten und wo gleichzeitig das Morbiditätsrisiko am höchsten ist.

Die makroökonomische Ebene

Aus wissenschaftlicher Sicht interessieren auch bei dieser Fragestellung wie immer die Messpunkte: Ergeben sich allfällige Kosteneffekte auf der mikroökonomischen Ebene (Haushalte, einzelne Kostenträger) oder auf der Ebene des wirtschaftlichen Gesamtzusammenhanges (z. B. Anteil der Gesundheitskosten am BIP)? Im weiteren interessiert der Zusammenhang zwischen Selbstbeteiligung und Gesundheitszustand: Findet bei einer allfälligen verminderten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen eine Selektion zwischen «unnützen» und «notwendigen» medizinischen Leistungen statt? Findet eine Selbstselektion von Gesunden bzw. Kranken statt? Welche Rolle spielt dabei der sozioökonomische Status? Welche makroökonomischen Auswirkungen hat eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes, z. B. auf die Sozialausgaben?

Ein Blick in die wissenschaftliche Literatur zeigt, dass kostensparende Effekte allenfalls auf der Mikroebene gezeigt werden können; auf der makroökonomischen Ebene verpuffen hingegen diese Effekte durch die Verschiebung in andere Sektoren oder um den Preis eines schlechteren Gesundheitszustandes breiter Schichten [1]. Das vorherrschende ökonomistisch verkürzte Denken in der Gesundheitspolitik ist weder wirtschaftlich noch rational, solange die gesamtgesellschaftlichen Folgen (inkl. die nicht-monetarisierbaren wie Krankheit und Invalidisierung) vernachlässigt werden.

Die mikroökonomische Ebene

Eine oft zitierte Studie für den Impact auf der mikroökonomischen Ebene ist die sogenannte «RAND-Studie» [2]: 1974 liessen J. P. Newhouse et al. die «Rand Corporation», einen privaten

Krankenversicherer mit Sitz in Los Angeles, 2000 Familien 15 verschiedenen Versicherungsplänen zuteilen, welche in der Höhe des Selbstbehaltes und der Jahresfranchise variierten, wobei letztere einkommensabhängig war. Im Ergebnis führten hohe Selbstbeteiligungen zu signifikant tieferen Kosten im ambulanten, nicht jedoch im stationären Bereich. Die Autoren verweisen selber auf die begrenzte Aussagekraft der Studie: «Es gibt keine Daten darüber, ob die erhöhte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen einem Überkonsum entspricht bzw. ob die verminderte Inanspruchnahme einem «zu wenig» an Konsum entspricht.» [2] Und in derselben Nummer des «New England Journal of Medicine» wird in einem kritischen Kommentar unter dem Titel «A call for caution» vor unreflektierten Interpretationen gewarnt: «Welches sind die Kosten des Zuviel und welches sind die Belastungen durch das Zuwenig? Wer trägt diese Belastungen?» [3] Damit sind die Auswirkungen der Selbstbeteiligung auf der makroökonomischen Ebene und auf den Gesundheitszustand angesprochen.

Die grösste Schwäche im Design der RAND-Studie liegt aber darin, dass nur ein Segment von Klienten der Privatassekuranz untersucht, hingegen die grosse Population der Medicare-Versicherten von vornherein aus der Studie ausgeschlossen und somit der sozioökonomische Status als wichtige Variable nicht reflektiert wurde. Eine kanadische Studie zeigt, dass Selbstbeteiligungen vor allem Angehörige unterer Einkommensklassen von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abhält: Durch die vorübergehende Einführung von Selbsthalten in der Provinz Saskatchewan zwischen 1968 und 1971 reduzierten sich die Benutzungsraten insgesamt um 5 bis 6%, bei tiefen Einkommenschichten jedoch um 18% [4]. In der RAND-Studie wurde kein Einfluss auf den stationären Bereich festgestellt, während andere Studien eine Verschiebung von Kosten in den stationären Bereich vermuten (Überblick in [5]). Gemäss Jürg H. Sommer [6] führen nur spürbar hohe Selbstbeteiligungen (in der RAND-Studie betrug sie bis zu 50%) zu einer Senkung der Inanspruchnahme, während geringe Selbstbehalte nur zu kurzfristigen Effekten führen, welche zudem durch «vorgezogene Reaktionen und Nachholbewegungen» kompensiert werden –

Korrespondenz:
Dr. med. Christian Jordi
Albisriederplatz 10
CH-8004 Zürich

E-Mail:
dr.christian.jordi@bluewin.ch

das bekannte Phänomen, dass Arztvisiten «nachgeholt» werden, sobald die Franchise bezahlt ist. Ob eine Selbstbeteiligung hoch genug für die Senkung der Inanspruchnahme ist, hängt also vom konkreten Einkommen und von der subjektiven Einschätzung ab, wie dringend die medizinische Behandlung bzw. wie prekär der eigene Gesundheitszustand ist. Sommer konstatiert deshalb einen um so grösseren Kosteneffekt von Selbstbeteiligungen, je geringer das Einkommen der Versicherten und je weniger «dringend» die medizinische Behandlung in der subjektiven Einschätzung ist.

Dies verweist auf eine grundsätzliche Problematik: Während hinsichtlich des sozioökonomischen Status eine selektive Wirkung der Selbstbeteiligung ausser Zweifel steht, kann nicht gezeigt werden, dass hinsichtlich der «Dringlichkeit» eine Selektion der Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Leistungen erfolgt. Der in der Sozialepidemiologie gut belegte Zusammenhang zwischen Erkrankungsrisiko und sozioökonomischem Status [7, 8], welcher nicht zuletzt auch auf unterschiedlichen Bildungschancen beruht, lässt vielmehr befürchten, dass verschiedene Wirkfaktoren zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes breiter Schichten führen.

Es lässt sich also ein inverser Zusammenhang zwischen der mikroökonomischen und der sozialepidemiologischen Ebene vermuten: Je positiver die Auswirkungen auf der ersten, um so negativer sind sie auf der zweiten Ebene.

Wahlfranchisen: Desolidarisierung durch Selbstselektion der vermeintlich Gesunden

Der Gesundheitszustand kann sich also durch Selbstbeteiligung und konsekutiven Verzicht auf medizinische Leistungen verschlechtern. Andererseits wird ein vermeintlich guter Gesundheitszustand via Selbstselektion tendenziell eher zur Wahl einer höheren Wahlfranchise bei im Gegenzug reduzierten Prämien führen [9]. Unter diesem Aspekt haben Wahlfranchisen eine desolidarisierenden Effekt, indem die reduzierten Prämien der Gesunden bei der Finanzierung der Behandlung der Kranken fehlen [10].

Das GfS-Forschungsinstitut stellt im «Gesundheitsmonitor 2003» [11] neben einem Trend zu mittleren und höchstmöglichen Franchisen eine Zunahme des Anteils jener Versicherten fest, die ihren Gesundheitszustand als kritisch beurteilen. Dass diese Selbsteinschätzung v.a. in den unteren Gesellschaftsschichten verbreitet ist, verweist auf den erwähnten Zusammenhang zwischen Erkrankungsrisiko und sozioökonomischem Status.

Offenbar selektionieren sich nicht nur subjektiv sich gesund fühlende Versicherte in Modelle mit höherer Franchise, sondern in zunehmendem Mass auch solche, deren Gesundheitszustand diese Selektion nicht ange-raten erscheinen lässt. Der Leiter der GfS-Studie, Claude Longchamp, nimmt an, dass der Prämiendruck für diese Entwicklung verantwortlich ist. Da trotz subjektiv schlechterem Gesundheitszustand die Arztkonsultationen abnehmen, folgert er: «Immer mehr Leute scheinen ihre Gesundheit vernachlässigen zu müssen» [12]. Hier zeichnet sich ein Trend ab, der langfristig auch auf der mikroökonomischen Ebene der einzelnen Kostenträger negativ zu Buche schlagen könnte, denkt man nur an die in der Sozial- und Präventivmedizin gut dokumentierten Krankheitsbilder, bei denen eine verspätete Diagnose zu schlechterem Outcome und nachträglich höheren Kosten führen kann.

Literatur

- 1 Majnoni d'Intignano B. Économie de la santé. *Thémis Économie* Mai 2001 No. 48142 (Presse Universitaire de France).
- 2 Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981;305(25):1501-7.
- 3 Fein R. Effects of cost sharing in health insurance, A call for Caution. *N Engl J Med* 1981;305(25): 1526-8.
- 4 Beck RG, Horne JM. Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after compayment. *Med Care* 1980; 18:787-806.
- 5 Latzel G. Wie kann der Patient an den Kosten des Gesundheitswesens beteiligt werden? Der Staatsbürger/Sondernummer Gesundheitswesen Mai 1980.
- 6 Sommer JH. Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung als Kostenbremse? Zürich: Verlag Rüegger; 1984.
- 7 Kühn H. Eine neue Gesundheitsmoral? Anmerkungen zur lebensstilbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Stuttgart: Hofmann; 1999.
- 8 Bisig B, Bopp M, Minder CE. Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck A, Boomfield K (Hrsg.). *Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim und München: Juventa; 2001. S. 60-70.
- 9 Steiner V. Selbstbehalte und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen: Die Bedeutung der Selbstselektion. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 2002;71(4):437-41.
- 10 Gerlinger T. Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenkasse? *Jahrbuch für Kritische Medizin*. Hamburg: Argument Verlag; 2003.
- 11 www.gfs.ch/gesund2003.html.
- 12 *Tages-Anzeiger*, 26.9.2003.