

Kostenbeteiligungen wirken – aber nicht bei allen gleich

Interview:
Anna Sax

Kostenbeteiligungen sind ein sinnvolles Steuerungsinstrument für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Sozial benachteiligte und chronisch kranke Menschen sollten dabei jedoch entlastet werden. Bei diesen Bevölkerungsgruppen droht sonst eine Unterversorgung, die hohe Folgekosten nach sich ziehen könnte. Carola A. Huber hat die Auswirkungen von Kostenbeteiligungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersucht und spricht mit der SÄZ über ihre Forschungsergebnisse. Diese hat sie in zwei Büchern publiziert [1, 2].

Sie haben sich eingehend damit beschäftigt, wie sich Kostenbeteiligungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirken. Wie sind Sie auf dieses Forschungsthema gekommen?

Carola A. Huber: Als ich aus Deutschland in die Schweiz kam, war ich plötzlich mit einem völlig anderen Gesundheitssystem konfrontiert: In Deutschland wird die Krankenversicherung einkommensabhängig finanziert und Kostenbeteiligungen sind praktisch inexistent. Hier bezahlt man Kopfprämien für die Versicherung sowie Franchise und Selbstbehalt, wenn man zum Arzt geht. In beiden Ländern wird das Thema «Kostenbeteiligung» zunehmend in politischen Diskursen behandelt: In Deutschland lautet die Frage, ob man sie einführen soll oder nicht, in der Schweiz geht es um ihre Ausgestaltung.

Was interessiert Sie als Forscherin daran?

Zunächst ist hier die theoretische Hinterlegung aus der Ökonomie, das «moral hazard»-Theorem. Dieses besagt, dass die Personen mehr medizinische Leistungen als nötig nachfragen, wenn sie voll versichert sind. Höhere Selbstbeteiligungen würden demnach zu einem bewussteren Umgang mit Krankheitssymptomen, weniger unnötigen Arztkonsultationen und letztlich einer gesteigerten Eigenverantwortung führen.

Das dürfte Sie als Public-Health-Expertin nicht befriedigen.

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist eine komplexe Funktion aus finanziellen, sozioökonomischen und (psycho)sozialen Faktoren. Es ist hinreichend bekannt, dass der soziale Status einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Menschen hat. Je höher die Bildung und das Einkommen, desto besser der Gesundheitszustand. Aufgrund ihrer höheren Gesundheitskompetenz ist die Entscheidung, wann ein Arzt-

besuch angebracht ist und wann nicht, für Personen mit hohem sozialem Status leichter zu fällen. Zudem sind sie weniger häufig von chronischen Erkrankungen betroffen und haben generell einen gesünderen Lebensstil. Vor diesem Hintergrund sehe ich die Gefahr, dass Menschen mit einem tiefen sozialen Status stärker auf finanzielle Anreize reagieren und durch Kostenbeteiligungen von notwendigen Arztbesuchen – präventiv oder therapeutisch – abgehalten werden.

Wurden dazu schon Studien gemacht?

Ja, zum Beispiel in den USA. Für Europa ist der Forschungsstand jedoch unzureichend. Die Schwierigkeit besteht darin, dass es kaum möglich ist, den Einfluss verschiedener Systeme in einem Land zu untersuchen, weil pro Land nur eine Situation vorhanden ist – entweder gibt es Kostenbeteiligung oder nicht. Deutschland und die Schweiz eignen sich gut für einen Vergleich: Die sozioökonomische und soziodemographische Struktur ist in beiden Ländern ähnlich, doch es gibt einen markanten Unterschied im Versicherungsstatus.

Sie haben also geschaut, wie sich die unterschiedliche Ausgestaltung des Versicherungssystems auf die Inanspruchnahme der Leistungen auswirkt?

Ja. Ich habe eine Art «künstliches Experiment» anhand von repräsentativen Datensätzen der deutschen Bertelsmann-Stiftung und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung durchgeführt. Mit diesen Daten ist es möglich, zentrale Einflussgrößen wie Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht, Einkommen, Erwerbsstatus und Familienstand konstant zu halten. Was als zu untersuchender Effekt bleibt, ist die Auswirkung des Versicherungsstatus (mit oder ohne Kostenbeteiligung) auf die Inanspruchnahme.

Und was haben Sie herausgefunden?

Es gibt tatsächlich einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Kostenbeteiligung und Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen ...

... Sie haben nur ambulante Leistungen berücksichtigt?

Ja, denn es geht um die Frage, wer ins Gesundheitssystem «eintritt». Hier sind Besuche bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten relevant. Meine Resultate zeigen eindeutig, dass die Schweizerinnen und Schweizer bei vergleichbarem sozialem Status weniger oft Haus- oder Spezialärzte konsultieren als die Deutschen.

- 1 Huber CA. Kostenbeteiligungen: Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung? Eine vergleichende Wirkungsanalyse zwischen Deutschland und der Schweiz. Bern: Hans Huber; 2009.
- 2 Huber CA. Innovation – Eigenverantwortung? Schaden oder Nutzen von Selbst(kosten)beteiligungsmodellen in Deutschland und der Schweiz. In: Rebscher H, Kaufmann S. (Hrsg.). Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen. Band 2. Heidelberg: Medhochzwei; 2010.

Korrespondenz:

Dr. Carola A. Huber, MPH
Institut für Hausarztmedizin
und Versorgungsforschung
Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich

carola.huber@usz.ch

Franchise und Selbstbehalt scheinen zu wirken. Dann machen wir es also richtig?

Ganz so einfach ist es nicht, denn der Kostenbeteiligungseffekt wirkt sich nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich aus. Sozial deprivierte Menschen reagieren stärker auf Kostenbeteiligungen als Privilegierte. Mit anderen Worten, wer wenig Geld hat, verzichtet eher auf einen Arztbesuch, wenn es etwas kostet. Die Frage ist, ob diese Personengruppe von Konsultationen abgehalten wird, die medizinisch notwendig wären.

Können Sie diese Frage beantworten?

Um genauere Aussagen dazu machen zu können, bräuchte es qualitative Einzelbefragungen bei Versicherten und Leistungserbringern. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass durch Kostenbeteiligungen eine Benachteiligung der ärmeren Bevölkerungsgruppen entstehen könnte. Darüber sollten sich Politikerinnen und Politiker Gedanken machen, wenn sie Kostenbeteiligungen implementieren wollen. Die Steuerungseffekte sind vorhanden und, soweit es die Durchschnittsbevölkerung betrifft, auch sinnvoll und wünschenswert. Das ist die Botschaft eins aus meiner Studie. Botschaft zwei lautet: Vorsicht, sozial Deprivierte können benachteiligt werden, und dies kann zu hohen Folgekosten führen.

Und welche Empfehlung leiten Sie daraus ab?

Menschen, die arm sind oder chronisch krank – oder beides, was häufig der Fall ist – weisen per se ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko auf. Wenn sie aus Kostengründen nicht zum Arzt gehen, dann ist das ein Problem für die ganze Gesellschaft. Bei Kostenbeteiligungen sollte nach sozialem Status und nach Gesundheitszustand differenziert werden.

Bei Armen und bei chronisch Kranken soll also die Kostenbeteiligung reduziert werden?

Ja, denn Personen mit wenig Bildung und Einkommen leiden deutlich öfter unter chronischen Erkrankungen. Wenn chronisch Kranke nicht adäquat betreut werden, weil sie auf regelmässige Arztbesuche verzichten, wird das langfristig viel teurer. Bei Diabetikern zum Beispiel ist eine kontinuierliche Betreuung notwendig, um die Krankheit unter Kontrolle zu halten – Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit sind davon abhängig, dass ein umfassendes Betreuungsprogramm gewährleistet ist. Man sollte chronisch Kranke nicht mit Kostenbeteiligungen bestrafen, sondern sie dafür belohnen, dass sie Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen – und dies erst recht, wenn sie an präventiven Massnahmen oder an einer kontinuierlichen Betreuung teilnehmen.

Aber noch ein Wort zu den Hausarztmodellen: Soll auch die Teilnahme in einem Hausarztmodell belohnt werden?

Das Hausarztmodell ist eine Komponente von Managed Care – ein Begriff, der übrigens viel zu inflatio-



Carola A. Huber

Dr. Carola A. Huber, MPH, ist Versorgungsforscherin. Sie studierte an den Universitäten München und Zürich Soziologie, Volkswirtschaftslehre und Public Health und promovierte in Medizinsoziologie mit dem Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung. Seit 2009 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung der Universität Zürich. Sie bearbeitet und leitet zahlreiche Forschungsprojekte im Bereich Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung.

när und unreflektiert verwendet wird. Es ist sinnvoll, Hausarztmodelle – und nicht generell Managed Care – mit Erleichterungen bei den Kostenbeteiligungen zu verknüpfen. Hierzu gibt es ausreichende Evidenz. Länder mit einem stark hausarztzentrierten Gesundheitssystem wie beispielsweise die Niederlande haben tiefere Gesundheitsausgaben und besser betreute Patientinnen und Patienten mit einer höheren Lebensqualität. Steuerungsmodellen auf der Basis von Hausarztmodellen sollten wir auch in der Schweiz unbedingt eine Chance geben. Allerdings nur, wenn sie zugleich vernünftig evaluiert sind.

Damit sind wir beim Thema Versorgungsforschung, das Ihnen ebenfalls sehr am Herzen liegt. Wir befinden uns hier im Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung, und das sieht nicht gerade luxuriös aus.

Unser Institut hat wirklich sehr wenig Mittel zur Verfügung. Es gibt in der Schweiz ein absolutes Missverhältnis zwischen Versorgungsforschung und klinischer Forschung. In der ambulanten Versorgung – dort, wo die meisten Patienten betreut werden – wird am wenigsten geforscht. Wir bräuchten unbedingt mehr Informationen darüber, wie die Gesundheitsversorgung zu strukturieren ist, um die Patientinnen und Patienten optimal zu betreuen, doch es fehlt an validen Daten.