

Kritische Stellungnahme zu „Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse“ von Markus M. Grabka, Jonas Schreyögg und Reinhard Busse, DIW/TU Berlin.

Die gemeinsame Studie von DIW und TU wertet Befragungsergebnisse des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) aus, einer repräsentativen Wiederholungsbefragung von Privathaushalten in der Bundesrepublik Deutschland, die auch die Inanspruchnahme von Arztbesuchen und anderen Gesundheitsleistungen erfasst. Dabei stellte sich nicht nur ein deutlicher Rückgang der Arztbesuche in den vorangegangenen drei Monaten zwischen 1995 und 2004 von 3,2 auf 2,5 heraus, sondern insbesondere ein signifikanter Rückgang um 0,24 bzw. 8,8 % allein zwischen 2003 und 2004. Weiterhin zeigt sich, dass Arztbesuche bei Personen mit gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand im Vorjahr mit deutlich geringerer Wahrscheinlichkeit in Anspruch genommen wurden als bei solchen mit eingeschränkter oder schlechterer Gesundheit sowie für Menschen mit Schwerbehinderung oder vorbestehenden Erkrankung. Die Autoren schließen daraus, die Einführung der Praxisgebühr führe nicht zum Vermeiden „medizinisch notwendige(r) Behandlungen bei einem Arzt“ (Grabka et al. 2005, S. 7). Weitere Modellberechnungen ergeben zudem Hinweise darauf, „dass 2004 vermeintlich unnötige Arztbesuche durch die gleichzeitige Einführung von Überweisungsscheinen eher vermieden werden oder zumindest zielgerichteter vorgenommen werden“ (ibid.). Insgesamt gelangen die Autoren zu der Einschätzung, die Einführung der Praxisgebühr habe dazu beigetragen, die Zahl nicht notwendiger Arztbesuche oder Mehrfachuntersuchungen zu verringern, ohne „gesundheitlich notwendige Arztbesuche“ zu beeinträchtigen oder eine Benachteiligung der unteren sozialen Gruppen zu verursachen.

Dieser Befund ist erstaunlich, steht er doch trotz partieller Übereinstimmung mit einzelnen anderen Untersuchungen aus Deutschland in klarem Widerspruch zu internationalen Forschungsergebnissen. Bei genauerer Analyse des Designs zeigen sich denn auch grundsätzliche konzeptionelle Schwächen der DIW-TU-Studie, angesichts derer die weitreichenden Schlussfolgerungen überzogen und unangebracht erscheinen. So erfolgte die Erhebung in der ersten Anfangsphase der Einführung der Praxisgebühr und somit viel zu früh für generelle Aussagen über Steuerungseffekte von Zuzahlungen, die in der Regel erst nach hinreichender Vorlaufzeit zu bewerten sind.¹ Neben vielfachen internationalen Erfahrungen (z.B. Gaynor et al. 2005; Shang 2005) weisen auch die Beobachtungen in Deutschland darauf hin, dass die Wirkungen von Zuzahlungen frühestens nach zwei bis drei Jahren adäquat zu beurteilen sind. Schließlich erreichten die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland in Folge der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vorgenommenen Leistungsausgrenzungen

¹ Da die SOEP-Umfrage überwiegend in den ersten Monaten eines Jahres stattfindet und sich auf die vorangegangenen drei Monate bezieht, stellt sich bei der Auswertung der Ergebnisse im Sinne der Autoren der DIW-TU-Studie die grundsätzliche Frage nach der Trennschärfe der Ergebnisse. Antworten auf Befragungen im Januar oder Februar 2004 beinhalten daher auch Ereignisse und Verhaltensweisen im November und/oder Dezember 2003, also aus einer Zeit vor Einführung der Praxisgebühr, die offenkundig durch spürbare Vorzieheffekte gekennzeichnet war. Unverständlich bleibt der Hinweis, bei der Kontrolle des Befragungsmonats habe sich kein signifikanter Unterschied zwischen einzelnen Monaten gezeigt (Grabka et al. 2005, S. 8). Wenn zwischen Dezember 2003 und Januar 2004 kein Unterschied bestanden hat, ist doch der Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühr insgesamt in Frage zu stellen.

und Zuzahlungserhöhungen im Jahr 2004 Überschüsse im Umfang von mehr als vier Milliarden Euro, im ersten Quartal 2005 allerdings belief sich die Einsparung nur noch auf 160 Millionen Euro (Pfaff et al. 2005, S. 1).

Der implizierte Zusammenhang zwischen allgemeinem Gesundheitszustand und Notwendigkeit der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen bedarf sicherlich einer eingehenderen Überprüfung, die über die grundsätzlichen Widersprüche bei der Einordnung in „berechtigte“ und unberechtigte“ Nachfrage hinausgeht. Dies gilt in besonderem Maße in einem Gesundheitssystem, das sich anerkanntermaßen durch Über-, Unter- und Fehlversorgung auszeichnet (SVR 2003a+b), denn es ist keineswegs auszuschließen, dass die gemessenen Effekte der Praxisgebühr die bestehende Fehlsteuerung und –nutzung eher verstärkt denn verringert. So ist es aus klinischer Perspektive ebenso wenig nachvollziehbar, dass jüngere und gesunde Menschen grundsätzlich nur „Bagatellerkrankungen“ aufweisen sollen, während jegliche zum Arztbesuch führende Beschwerde bei chronisch Kranken einer ernsthaften Erkrankung gleichzusetzen sein soll. Dahinter könnte sich auch das Phänomen verbergen, dass grundsätzlich gesunde Personen eine höhere Hemmschwelle zum ungewohnten Arztbesuch überwinden müssen als „DauerkundInnen“ von Praxen, die wegen jeder Befindlichkeitsstörung ihre/n BehandlerIn aufsuchen. Schließlich haben die RAND- und andere Studien gezeigt, dass Zuzahlungen Menschen mit gutem Gesundheitsstatus gerade vom initialen Arztbesuch deutlich stärker abgehalten als kränkere bzw. chronisch Kranke Personen (Wedig 1988, S. 158ff; Newhouse 1993). Ein grundsätzlich besserer Gesundheitszustand bedeutet also keinesfalls automatisch eine geringere Notwendigkeit medizinischer Behandlung in einer konkreten Situation.

Diese durch eher durch theoretische Überlegungen denn durch klinische Befunde begründete Zuordnung der „Berechtigung“ von Arztkontakten deckt sich auch mit einer anderen konzeptionellen Schwäche der DIW-TU-Studie, die in der verbreiteten Tradition steht, vermiedene Arztkontakte und den dadurch zu erzielenden unmittelbaren Einspareffekt mit positiver Steuerung und letztlich Kostenersparnis für das Gesamtsystem gleichzusetzen. Überzeugende internationale Empirie belegt, dass dies keinesfalls immer stimmen muss, sondern vielfach eher das Gegenteil eintritt, wenn vermiedene Kontakte mit dem Gesundheitssystem ebenso wie reduzierte Medikamenteneinnahme zu deutlich höheren Folgekosten führen kann (s. z.B. Soumerai et al. 1991, 1994 und 1997; Tamblyn et al. 2001; OECD 2004, S. 18; Goldman et al. 2004, 2006; u.v.a.m.). Dies kann auch dann eintreten, wenn Angehörige der unteren sozialen Schichten die Inanspruchnahme „nur“ entsprechend dem Rückgang der besser gestellten Gruppen verringert, wie die DIW-TU-Studie ebenfalls feststellt (ibid. S. 5). Bekanntermaßen sinken Gesundheitszustand und gesunde Lebenserwartung mit dem sozialen Status. Folglich kann eine bestehende Mehrnutzung des Gesundheitswesens durch Unterschichtangehörige nicht nur Ausdruck eines realen Bedarfs sein, sondern ein zur Gesamtbevölkerung proportionaler Rückgang der Nutzung durch Einkommensschwache einem am Bedarf gemessen überproportionalen Verzicht dieser Gruppe bedeuten.

Jens Holst

Literatur:

Gaynor, Martin; Li, Jian; Vogt, William (2005). Is Drug coverage A Free Lunch?: Cross-price Elasticities and the Design of Prescription Drug Benefits. Working paper (<http://econweb.tamu.edu/workshops/PERC%20Applied%20Microeconomics/William%20B.%20Vogt.pdf>).

Goldman, Dana; Joyce, Geoffrey; Escarce, José; Pace, Jennifer; Solomon, Mathew; Laouri, Marianne; Landsman, Pamela; Teutsch, Steven (2004). Pharmacy benefits and the Use of Drugs by the Chronically Ill. JAMA 291 (19), S. 2344-2350 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/19/2344>).

Grabka, Markus; Schreyögg, Jonas; Busse, Reinhard (2005). Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse. DIW Diskussionspapier 506, Berlin (<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp506.pdf>).

Newhouse, Joseph (1993). Free for all. Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. A RAND study. RAND, The Insurance Experiment Group, Harvard University Press, Cambridge. ISBN 0-674-31846-3.

Newhouse, Joseph and The Insurance Experiment Group (1993). Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. RAND-Studie, Harvard University, Cambridge (MA). ISBN 0674319141.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2004). Towards High-Performing Health Systems. Summary Report. The OECD Health Project, Paris (<http://www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf>).

Pfaff, Anita; Langer, Bernhard; Mamberer, Florian; Freund, Florian; Kern, Axel; Pfaff, Martin (2003). Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Beitrag Nr. 253, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg/Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES) (<http://opus.zbw-kiel.de/volltexte/2004/1411/pdf/253.pdf>).

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden 2003, ISBN - 3-8329-0408-5 (SVR 2003a).

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Baden-Baden, ISBN - 3-8329-0409-3 (SVR 2003b).

Shang, Baoping (2005). The Cost and Health Effects of Prescription Drug Coverage and Utilization in the Medicare Population. Dissertation, Pardee RAND Graduate School (www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/2005/RAND_RGSD197.pdf).

Soumerai, Stephen; Ross-Degnan, Dennis; Avorn, Jerry; McLaughlin, Thomas; Choodnovskiy, Igor (1991). Effects of Medicaid Drug-Payment. Limits on Admission to Hospitals and Nursing Homes. N Engl J Med 325 (15), S. 1072-1077 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/325/15/1072>).

Soumerai, Stephen; McLaughlin, Thomas; Ross-Degnan, Dennis; Casteris, Christina; Bollini, Paola (1994). Effects of Limiting Medicaid Drug-Re-Imbursement Benefits on the Use of Psychotropic Agents and Acute Mental Health Services by Patients with Schizophrenia. N Engl J Med 331 (10), S. 650-655 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/331/10/650>).

Tamblyn, Robyn; Laprise, Rejean; Hanley, James; Abrahamowicz, Michael; Scott, Susan; Mayo, Nancy; Hurley, Jerry; Grad, Roland; Latimer, Eric; Perreault, Robert; McLeod, Peter; Huang, Allen; Larochelle, Pierre; Mallet, Louise (2001). Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA 285 (4), S. 421-429 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/4/421>).

Wedig, Gerald (1988). Health status and the demand for Health: results on price elasticities. Journal of Health Economics 7 (2), S. 151-163 (http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6V8K-45F91NT-X-1&cdi=5873&user=10&orig=browse&coverDate=06%2F30%2F1988&sk=999929997&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkzS&md5=c41f31ddf1950c9bb63513dd28949bf2&ie=/sdarticle.pdf).