

Kritische Stellungnahme zu „Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte“ von Stefan Felder und Andreas Werblow, Nomos-Verlag Baden-Baden, 2006

Zwei neuere Studie untersuchen erstmalig die Wirkungen von absoluten Eigenbeteiligungen in der GKV in Deutschland. Während eine Untersuchung der Frage nachgeht, welche Versichertengruppe den so genannten „Selbstbehalt-Tarif“ wählt, ob er finanziell tragfähig und inwieweit er mit dem Solidarprinzip vereinbar ist, stehen die möglichen Steuerungswirkungen im Mittelpunkt der anderen Analyse. Seit Anfang 2003 bietet die Techniker Krankenkasse (TK) ihren freiwillig versicherten Mitgliedern gegen eine jährliche absolute Selbstbeteiligung von 300 € einen Beitragsnachlass von 240 €, wobei jeder ambulante Arztbesuch mit 20 € zu Buche schlägt. In das „TK-Programm 240“ hatten sich im Verlauf des ersten Jahres insgesamt 10.155 Personen eingeschrieben, das sind 1,1 % der freiwilligen TK-Versicherten.

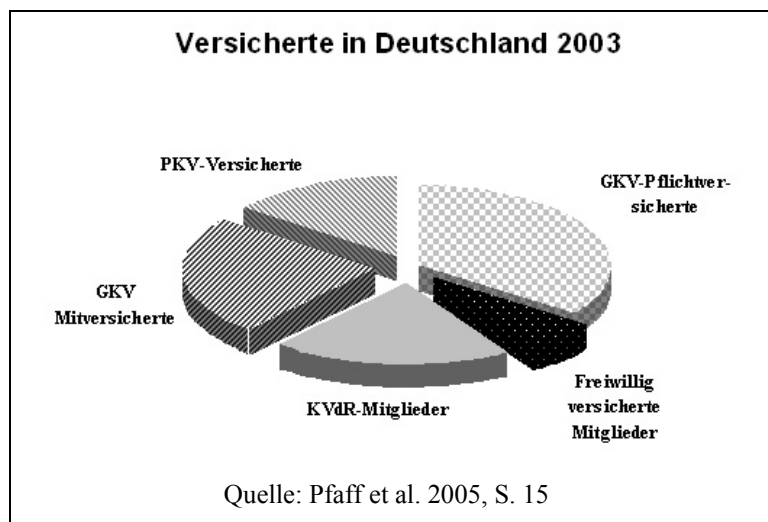
Aufgrund ökonomischer Berechnungen, in die eine Vielzahl Annahmen, Schätzungen und nicht zuletzt Vorstellungen aus der ökonomischen Theorie einfließen, gelangen die AutorInnen zunächst zu der Erkenntnis, dass die Entscheidung für oder gegen den TK-Sondertarif eine rationale sein dürfte. Warum es sich hierbei nicht um ein triviales Ergebnis handelt, bleibt dem unvoreingenommenen Beobachter allerdings weitgehend verborgen. Schließlich ist es nicht sehr verwunderlich, wenn Vorgaben in Richtung auf ein merkantiles Krankenversicherungsverständnis und Weichenstellungen für eine kommerzielle „Kunden“-entscheidung bei den VerbraucherInnen eine adäquate Reaktion hervorruft. Diese Art von *self-fulfilling prophecy* haben im übrigen WirtschaftswissenschaftlerInnen aus dem Land besonders kultiviert, das früh und konsequent Schritte zur Ökonomisierung der soziale Sicherungssysteme einleitete, nämlich Chile (Sapelli/Vial 2001 und 2003).¹ Auch dort sind die entsprechenden Erkenntnisse über rationale Kundenentscheidungen in erster Linie dem Design des Gesundheitssystems und den effektiv fehlenden Wahlmöglichkeiten der (ärmeren) Bevölkerungsmehrheit geschuldet (Holst 2004).

Bei der Untersuchung von Daten der TK und von drei relativ am stärksten „betroffenen“ Kassenärztlichen Vereinigungen berechnen die Autoren eine um 36,4 % geringere Inanspruchnahme von niedergelassenen ÄrztInnen durch die Haupt- und eine um 6,4 % niedrigere durch die Mitversicherten (Felder/Werblow 2006, S. 71). Den Steuerungseffekt durch das „Selbstbehaltmodell“ beziffern die Autoren insgesamt auf eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen im Umfang eines durchschnittlichen Geldwerts von 137 €, die ambulanten vertragsärztlichen sollen durch derartige Selbstbeteiligungen um 38 -94 € sinken (ibid. S. 65).

Allerdings erfasst diese Studie nur die kleine Gruppe der freiwillig in der GKV versicherten Personen, deren Einkommen über der Bemessungsgrenze liegt und die somit allesamt der sozialen Schicht der Besserverdienenden zuzurechnen sind. Die Studie erfasst aus dieser Gruppe nur einen winzigen Ausschnitt (1,1 % der freiwillig in der

¹ Es soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass es sich bei diesen AutorInnen um MitarbeiterInnen der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Katholischen Universität Chile in Santiago handelt, das eine enge personelle und intellektuelle Nähe zu marktradikalen ReformierInnen des Militärregimes von Augusto Pinochet pflegt und stark mit der Tradition neoklassischer Ansätze verbunden ist. Nach dieser Weltsicht kommt der souveränen, rationalen Kundenentscheidung auch im Sozial- und Gesundheitswesen eine wesentlich größere Bedeutung zu als etwa Fragen der universellen Absicherung oder solidarischen Finanzierung.

TK Versicherten sind rund 2 % aller freiwillig in der deutschen GKV versicherten BürgerInnen bzw. 0,15 % aller GKV-Mitglieder), wobei sie sich in Teilen sogar auf einen noch kleineren Datensatz bezieht (die Informationen von Seiten der drei Kassenärztlichen Vereinigungen erfassen nur 4.774 Versicherte (sprich 0,5 % der freiwillig in der TK Versicherten bzw. weniger 1 % aller freiwillig in der deutschen GKV versicherten BürgerInnen bzw. 0,07 % aller GKV-Mitglieder). Zudem handelt es sich bei dieser kleinen Stichprobe um die privilegierte Gruppe der Besserverdienenden, deren Einkommen sich partiell der solidarischen Finanzierung entzieht, da es nur bis zur Bemessungsgrenze von zurzeit 3.562,50 € im Monat (AOK-Mediendienst 2005) belastet ist. Dies hat große Bedeutung im Hinblick auf die postulierten Gewinne für die Gesamtheit der Versicherten, die trotz der unsymmetrischen Belastungswirkung von absoluten Selbstbeteiligungen mehr „Solidarität“ führen soll (vgl. Pütz 2003, S. 39). Auf das Gesamtsystem bezogene Schlussfolgerungen und insbesondere Abschätzungen möglicher pekuniärer Gewinne und Zuwächse an Solidarität sind daher mit größter Vorsicht zu ziehen.



Darüber hinaus bestehen erhebliche grundsätzliche Mängel an der Aussagekraft der Studie über steuernde Wirkungen von absoluten Selbstbeteiligungen freiwillig Versicherter. In Anbetracht der sehr kleinen Stichprobe stellt sich die Frage der Repräsentativität. Und die typischerweise zu beobachtenden Ausweichmechanismen medizinischer LeistungserbringerInnen (vgl. Beck/Horne 1980;

Rice/ Labelle 1989; Schroeder/Cantor 1991; Richardson 1991; Stoddart et al. 1993; Creese/Kutzin 1995; Ziniel 2004, S. 43) sind bei einer derart kleinen Gruppe und nicht zuletzt unter den Bedingungen eines Globalbudgets nicht zu erwarten, so dass ihr Ausbleiben weder beruhigend noch erwähnenswert erscheint. Auch bestehen offenkundige Differenzen der „Selbstbehalt-“ zur Kontrollgruppe im Hinblick auf mitversicherte Erwachsene, was auf einen höheren Anteil Alleinstehender und Doppelverdiener hinweist, so dass ein höheres durchschnittliches Einkommen und somit ein geringeres Krankheitsrisiko bei den Mitgliedern der kleinen Sondergruppe anzunehmen ist. Außerdem verzichteten die Autoren auf eine Einbeziehung der vermutlich erhöhten Verwaltungskosten in ihre quantitativen Schätzungen.

Bemerkenswert ist grundsätzlich die Tatsache, dass die Studie auf jegliche klinisch-medizinische Betrachtung verzichtet und ohne die Berücksichtigung der mittlerweile riesigen Anzahl empirischer sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Ergebnisse auskommt, von denen keine einzige in die angeführte Literatur Aufnahmen gefunden hat. Bedenklich ist zum einen die Kurzfristigkeit des ermittelten Steuerungseffekts, schließlich haben einzelne internationale Untersuchungen deutliche Unterschiede zwischen dem ersten und dem zweiten Jahr nach Einführung von Eigenbeteiligungen na-

hegelegt (z.B. Gaynor et al. 2005). Vor allem aber unterstellen die Autoren implizit eine Übernutzung der Gesundheitsversorgungsangebote und vertreten die simplizistische Vorstellung, jede eingesparte Gesundheitsleistung führe automatisch zu Ausgabensenkungen. Die dringend gebotene Unterscheidung zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen, die ja gerade für die Umrechnung eingesparter Leistungen auf Kostenersparnis unerlässlich wäre, fehlt in dem Studienansatz gänzlich.

Bekanntermaßen führt nämlich der Verzicht auf Arztkontakte ebenso wie die verminderte Medikamenteneinnahme vielfach zu teils erheblichen Folgekosten, welche die ermittelten Steuerungseffekte sogar dann konterkarieren können, wenn sie ausschließlich in der erwünschten Form einträten (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.). Offenbar sind die Gräben zwischen ökonomischer Herangehensweise und empirischer gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnis unüberbrückbar. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse und breiter internationaler Erfahrung mit gegenläufigen kurz- und mittelfristigen Effekten von Zuzahlungen im Krankheitsfall wirft die Veröffentlichung von Studienergebnissen nach einer Laufzeit von (weniger als) einem Jahr erhebliche Zweifel an der Seriosität hervor und weckt den Verdacht auf ein auftraggeberinduziertes Ergebnis.

Jens Holst

Stand: 24.4.2006

Literatur:

Beck, Ralf; Horne, John (1980). Utilization of publicly insured public services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Med Care* 18, S. 787-806.

Creese, Andrew; Kutzin, Joseph (1995). Lessons from cost recovery in health. WHO/SHS/NHP Forum on Health Sector Reform (Discussion Paper No.2). Genf.
(http://mosquito.who.int/docs/hs95_5.htm).

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>).

Goldman, Dana; Joyce, Geoffrey (2006). Varying Pharmacy Benefits With Clinical Status: The Case of Cholesterol-lowering Therapy. *AJMC* 12 (1), S. 21-28
(http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06janGoldman21to28.pdf).

Holst, Jens (2004). Gesundheitswesen in Chile. Selektion und soziale Ausgrenzung. VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/Main. ISBN 3-88864-387-2.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2004). Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen. Kurzbericht. OECD Gesundheitsprojekt, Paris (<http://www.oecd.org/dataoecd/7/56/31785622.pdf>).
- Pfaff, Anita; Langer, Bernhard; Freund, Florian (2005). Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämie – Vergleich der Reformoptionen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Beitrag Nr. 277, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg (<http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/277.pdf>).
- Pütz, Claudia (2003). Selbstbehalttarife für die gesetzliche Krankenversicherung. 1. Aufl., Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden. ISBN 3-8329-0187-6.
- Rice, Thomas; Labelle, Roberta (1989). Do physicians induce demand for medical services? J Health Polit Policy Law 14, S. 587-600.
- Richardson, Jeff (1991). The Effects of Consumer Co-payments in Medical Care. National Health Strategy Background Paper No 5. Calgary (<http://www.health.gov.au/archive/nhs/documents/nhs6.pdf>).
- Sapelli, Claudio; Vial, Bernadita (2001). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. Documento de Trabajo No 195, Instituto de Economía, Päpstliche Katholische Universität Chile, Santiago, (http://www.economia.puc.cl/index/paginas_profesor.asp?id_subsecciones=117&id_seccion=4&id_profesor=19&id_pagina=64;
http://www.economia.puc.cl/index/detalle_publica.asp?id_publicacion=928&id_subsecciones=123&id_seccion=3).
- Sapelli, Claudio; Vial, Bernadita (2003). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. J Health Econ 22 (3), S. 459-476 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V8K-47PG9JX-1/2/6b7ffe503dea8b11b2b2bad03f629902>).
- Schroeder, Steven; Cantor, Joel (1991). On Squeezing Balloons: Cost Control Fails. N Engl J Med 325 (15), S. 1099-1100.
- Stoddart, Greg; Barer, Morris; Evans, Robert; Bhatia, Vandha (1993). Why Not Users Charges? The real issues. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93. 12D. Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-12D.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-impbursement 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>).
- Soumerai, Steven; McLaughlin, Thomas; Spiegelman, Donna; Hertzmark, Ellen; Thibault, George; Goldman, Lee (1997). Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. JAMA 277 (2), S. 115-121 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/277/2/115>).
- 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>).
- Ziniel, Georg (2004). Finanzielle Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen. In: Wurzer, Alfred; Robinig, Roswitha; Rodler, Josef (2004). Selbstbehalte. Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe. Kärntner Gebietskrankenkasse, Klagenfurt; S. 31-47.