

Entwicklungstrends im europäischen Gesundheitswesen

Dr. Dieter Ahrens MPH

Referat anlässlich der Tagung „Zuweisung der Ressourcen im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht“ des Ethikrates Südtirol am 03.12.2004

Gliederung

1. Bestandsaufnahme
 - 1.1. Finanzierungsprobleme
 - 1.2. Verteilung der Gesundheitsausgaben

2. Internationale Entwicklungen
 - 2.1. Reformen der Krankenversorgungssysteme
 - 2.2. Wettbewerbselemente
 - 2.3. Europäische Gesundheitspolitik
 - 2.4. Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen

3. Bewertung aus Sicht von Public Health

1. Bestandsaufnahme

Die seit Jahrzehnten andauernden Reformversuche in allen Gesundheitssystemen der entwickelten Industriegesellschaften bewegten sich permanent zwischen den klassischen volkswirtschaftlichen Systemansätzen „Markt“ versus „Zentralstaatliche Steuerung“. Lässt man die Systemansätze zunächst mal außer Acht, so zeigt sich, dass der sog. Gesundheitsmarkt sich zentral von anderen Märkten in einer Volkswirtschaft unterscheidet. Auf klassischen Märkten agieren üblicherweise zwei Marktakteure, Anbieter und Nachfrager. Auf Gesundheitsmärkten sind jedoch regelmäßig (mindestens) drei Akteure zu finden. Neben den Nachfragern (Versicherte und Patienten) und den Health Professionals (Anbieter, teilweise auch Nachfrager) agieren jeweils noch die Finanziere der Krankenversorgung (Krankenversicherungen, staatliche Agenturen, etc.). Dementsprechend kann man also auch nicht von einem Gesundheitsmarkt sprechen, sondern trifft regelmäßig drei Teilmärkte in allen Gesundheitssystemen an (Krankenversicherungs-Markt; Leistungsmarkt; Expertenmarkt). Als zentraler Grund für diese Teilung des Marktes lässt sich die Einsicht in ein klassisches Marktversagen auf Gesundheitsmärkten anführen. Die Absicherung des Krankheitsrisikos sowie die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen und pflegerischen Leistungen ist seit über hundert Jahren eine Ausprägung sozialstaatlicher Aktivität. Ganz allgemein könnte man die gesundheitspolitischen Steuerungsversuche so interpretieren, dass

zwischen den „Polen“ Staat und Markt ein ausgewogener Mittelweg gefunden werden soll, der die Vorteile marktwirtschaftlicher Steuerung (vor allem Effizienz) bzw. staatlicher Steuerung (Zugang zur Krankenversorgung für alle Bürger) einschließt. Gleichzeitig sollen die Nachteile der jeweiligen Steuerungsalternativen (Markt: Ungleichheit und Ungerechtigkeit; Staat: Ineffizienz) jeweils Berücksichtigung finden. In allen Gesundheitssystemen finden sich somit marktwirtschaftliche und staatliche Steuerungsansätze nebeneinander.

1.1 Finanzierungsprobleme

Als Hauptgrund für die permanent anhaltenden Reformnotwendigkeiten sind die Finanzierungsprobleme der westlichen Industrienationen zu sehen. Während man in den achtziger und neunziger Jahren immer wieder betonte, dass die Kosten in den verschiedenen Gesundheitssystemen nahezu „explodieren“, zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass primär Einnahmerückgänge der staatlichen Institutionen (einschl. Krankenversicherungen) die Ursache des Problems sind. Bereits hier zeigen sich spezifische politische Interessen, die speziell in der Gesundheits- und Sozialpolitik zu finden sind, die eine sachliche Diskussion oftmals erschweren. Eine Kostenexplosion hat also nie stattgefunden, sondern lediglich ein moderater Anstieg der Gesundheitsausgaben, gemessen am Bruttoinlandsprodukt. Eine überdurchschnittliche Zunahme des Ausgabenanteils am Bruttoinlandsprodukt kann primär durch überdurchschnittliche Preisentwicklungen (Arzneimittel), Lohnkostensteigerungen und nicht zuletzt Angebotsausweitung begründet werden.

In den verschiedenen Gesundheitssystemen Europas zeigen sich sowohl rein staatliche Gesundheitssysteme (entsprechend des Beveridge-Modells) als auch krankenversicherungsbasierte Versorgungssysteme (Bismarck-Modelle). Ebenso unterscheiden sich die Krankenversorgungssysteme hinsichtlich des Aspekts, ob die Leistungserbringer privatwirtschaftlich organisiert sind bzw. ebenfalls unter direkter staatlicher Kontrolle stehen bzw. zum Eigentum des Staates gehören. Diese Unterscheidung der Systeme ist im Hinblick auf die Betrachtung der Auswirkungen marktwirtschaftlicher Steuerungsansätze in so fern von Interesse, als dass vor allem die Krankenversicherungs-Systeme (Schweiz, Niederlande, Deutschland) verschiedenste Marktmechanismen in das Gesundheitssystem integriert haben. Vor allem wäre hier die Wahlmöglichkeit der Versicherten zwischen verschiedenen Krankenversicherungen (einschl. unterschiedlicher Prämien und teilweise auch Leistungspaketen) zu nennen.

1.2. Verteilung der Gesundheitsausgaben

Betrachtet man die Verteilung der Gesundheitsausgaben innerhalb der verschiedenen Länder, so zeigt sich in nahezu allen Ländern, dass etwa 5 % der Versicherten 60 % der Gesundheitsausgaben verursachen. 20 % der Versicherten verursachen bereits 80 % der Gesundheitsausgaben. Eine derartige Analyse ist natürlich nur dann sinnvoll, wenn sich daraus Steuerungsansätze für die Effizienzsteigerung der Krankenver-

sorgung ableiten lassen. Zugleich verdeutlichen diese Analysen aber auch ein Steuerungspotenzial, welches beispielsweise aus Ansätzen besteht, die alle Versicherten bzw. Patienten trifft, bzw. Ansätze, welche ausschließlich auf diejenigen Patienten abzielen, die einen Großteil der Krankheitsausgaben verursachen. Thomas Rice (2004) weist zurecht darauf hin, dass Gesundheitsmärkte anders als andere volkswirtschaftliche Märkte fast ausschließlich Angebotsmärkte sind, d.h. dass das Angebot sich im Regelfall die Nachfrage schafft und nicht auf Nachfrageänderungen reagiert, wie dies in anderen volkswirtschaftlichen Sektoren der Fall ist. Konsequenterweise müssten Ansätze zur Optimierung der Krankenversorgung auch dann immer beim Angebot ansetzen und nicht bei der Nachfrage.

Ein weiterer wesentlicher Problembefund, bevor also überhaupt über Steuerungsalternativen nachzudenken ist, besteht in der sozialen Ungleichverteilung von Morbidität und vorzeitiger Mortalität. Verschiedenste Sozialepidemiologen verweisen darauf, dass die Zugehörigkeit zu einer Sozialschicht (bzw. soziale Lage) der „härteste“ Risikofaktor für die Entstehung von Krankheiten bzw. für das vorzeitige Versterben ist. Eine moderne an Risikofaktoren ansetzende Gesundheitspolitik wird konsequenterweise nicht umhin kommen, diesen Risikofaktor mit zu berücksichtigen. Eine ausschließliche Konzentration auf das Gesundheitsverhalten von Bürgerinnen und Bürgern wird letztlich nicht ausreichen, wenn nicht auch die Begleitumstände dieses Risikoverhaltens mit in Betracht gezogen werden.

Die sozialen Sicherungssysteme der entwickelten Industrienationen stehen vor einer gewaltigen Herausforderung, die in der sog. „demographischen Entwicklung“ begründet liegt. Die Gesellschaften „überaltern“, d.h. der relative Anteil der Personen über 60 bzw. 65 Jahre nimmt permanent zu, während gleichzeitig der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter permanent rückläufig ist. Für soziale Sicherungssysteme (z.B. Pensionsversicherungen) bedeutet dies, dass der Anteil der Leistungsempfänger ansteigt, während der Anteil der Leistungszahler zurück geht. Dies muss zwangsläufig zu Finanzierungsproblemen führen. Ob diese demographischen Veränderungen auch Auswirkungen auf die Krankenversicherungen und staatlich finanzierten Gesundheitssysteme haben werden, wie zunächst immer behauptet, ist mindestens unklar. (Auch hier zeigen sich spezifische politische Interessensgruppen, die grundsätzlich auf solidarisch finanzierte Versorgungssysteme verzichten möchten). Wie mittlerweile eine ganze Fülle von epidemiologischen Studien zeigen, geht die demographische Veränderung mit einer epidemiologischen Veränderung einher, d.h. Menschen werden nicht nur älter, sondern dies auch in einem besseren Gesundheitszustand. Diese „compression of morbidity“-Theorie von James Fries beinhaltet zudem, dass die Veränderung der demographischen Struktur nur kaum Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenversorgungssysteme hätte, da sich die Krankheit von Bevölkerungen auf wenige Monate vor ihren Tod „komprimiert“.

2. Internationale Entwicklungen

2.1. Reform der Krankenversorgungssysteme

Ausgehend von dieser skizzierten Problemlage lassen sich verschiedene gesundheitspolitische Entwicklungen in den Ländern Europas betrachten. Insgesamt lassen sich leicht widersprüchliche Reformansätze konstatieren. Während zum einen marktwirtschaftliche Instrumentarien (Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern, ökonomische Verhaltensanreize für die Patienten und Leistungserbringer durch Zuzahlungen bzw. pauschale Vergütungsmodelle) zu beobachten sind, zeigen sich auf der anderen Seite zentralstaatliche Regulierungsversuche (Festlegung von Leistungskatalogen, zentrale Angebotsplanung). Es zeigt sich eine zunehmende Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz (Evidence based Medicine – Studiengänge; Health Technology Assessment als Entscheidungsunterstützung für zentralstaatliche Steuerungsversuche).

Zudem zeigt sich eine permanent anhaltende Umverteilung der Finanzierungslasten der Krankenversorgungssysteme. Dies mag vor allem durch die sog. Globalisierung der Wirtschaftsmärkte begründet sein, in der europäische Unternehmen permanent auf die zu hohen Lohnnebenkosten und Steuerbelastungen verweisen und somit den bisher geleisteten Solidarbeitrag zur Finanzierung der sozialen Sicherung zu reduzieren versuchen, was letztendlich auch gelingt. Ausgrenzung von Leistungen, Zunahme der privaten Absicherung von Leistungen (vor allem Zahnversorgung), permanente Zunahme der Selbstbehalte und Zuzahlungen sind Ausdruck dieser Entwicklung.

2.2. Wettbewerbselemente

Im folgenden sollen nun die jeweiligen marktwirtschaftlichen Instrumente im Hinblick auf ihre Funktionsfähigkeit bzw. ihrer Verbreitung in einigen europäischen Gesundheitssystemen betrachtet werden. Dies vermag einen Eindruck vermitteln, ob derartige Reformoptionen geeignet erscheinen, die Effizienzprobleme der Krankenversorgung zu lösen. In diesen liberalisierten Krankenversorgungssystemen, die sich am Modell des regulierten Wettbewerbs orientieren, haben die Versicherten die freie Wahl zwischen verschiedenen Krankenversicherungsanbietern. Es besteht im Regelfall Kontrahierungszwang, d.h. für Versicherte besteht eine Krankenversicherungspflicht, Krankenversicherungen dürfen Nachfrager also nicht abweisen. Nach verschiedenen Erfahrungen in den Niederlanden, in der Schweiz und in Deutschland zeigt sich, dass die Wechselbereitschaft zwischen verschiedenen sozialen Schichten ungleich verteilt ist. De facto wechseln also nur diejenigen Versicherten zwischen Krankenversicherungen, die als sog. „gute Risiken“ ein unterdurchschnittliches Erkrankungsrisiko haben, somit also weniger Ausgaben für die Krankenversicherungen verursachen. Die Folge ist, dass die Krankenversicherungen, zu denen diese Versicherte wechseln, relativ geringe Versicherungsprämien kalkulieren können, während die Versicherungen, von denen die Versicherten abwandern, ihre Prämien erhöhen müssten, da die Risikostruktur der Versicherten sich negativ verändert. Würde dieser Wettbewerb nicht reguliert, so wäre ein finanzieller Kollaps dieser Versicherungen

also die unweigerliche Folge. Durch den Risikostrukturausgleich werden die Ungleichverteilung der Versicherten-Risiken zwischen den Krankenversicherungen nahezu ausgeglichen, die Folge ist, dass kaum Prämienunterschiede zwischen den Versicherungen bestehen. Ein wesentlicher Wettbewerbsparameter ist somit ausgeschaltet. Krankenversicherungen hätten nun die Möglichkeit, durch Einflussnahme auf die Leistungserbringer ihren Versicherten ein qualitativ hochwertiges und / oder kostengünstiges Krankenversorgungsangebot zu bieten. In der Realität zeigen sich allerdings erhebliche Umsetzungsprobleme. Zunächst mal bestehen zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern erhebliche Informationsasymmetrien, d.h. im Regelfall haben die Leistungserbringer mehr und bessere Informationen bzgl. der zu versorgenden Patienten. Zweitens sorgt die Tatsache, dass der Großteil der tagtäglich erbrachten Leistungen ohne wissenschaftliche fundierte Evidenz erbracht wird, dazu, dass der Verhandlungsgegenstand (Behandlung von Patient x mit Leistung y) relativ schlecht abgrenzbar bzw. beschreibbar wird. Den Krankenversicherungen fehlen somit regelmäßig ausreichende Informationen, um die Bezahlung der von Leistungserbringern vorgenommener Diagnostik und Therapie begründbar zu verweigern. Eine auf der Systemebene immer wieder geführte Diskussion bzgl. Grund- und Zusatzleistungen ist aus den gleichen Gründen schlicht unsinnig und beschränkt sich dann letztlich auf die Definition von sog. Service-Leistungen (Einzelzimmer- und Chefarztzuschlag). Eine Umsetzung der Liberalisierung der Krankenversorgungs- und Krankenversicherungs-Märkte ist somit relativ problematisch.

2.3 Europäische Gesundheitspolitik

Aufgrund der Verträge von Maastricht bzw. Amsterdam zur Ausgestaltung der Europäischen Union gelten die vier Grundfreiheiten (freier Personen-, Güter-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr) auch im Gesundheitswesen der Mitgliedsstaaten. Dies hat der Europäische Gerichtshof in verschiedenen Urteilen zur Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten, stationären Leistungen, Zahnersatz, Brillen etc. eindeutig festgelegt. Dies bedeutet, dass EU-Bürger in anderen EU-Ländern diese jeweiligen Leistungen auf Kosten der heimischen Kostenträger (Krankenversicherungen, Staat) in Anspruch nehmen können. Lediglich bei der Inanspruchnahme von elektiven stationären Leistungen besteht ein Genehmigungsvorbehalt seitens der Kostenträger, d.h. diese Leistungen dürfen nur nach Zustimmung der Kostenträger in Anspruch genommen werden. Die Begründung des Europäischen Gerichtshof, dass die Kosten für „medizinisch übliche Leistungen“ erstattet werden, dürfte mittelfristig zu einer Harmonisierung der Leistungen führen.

Wesentlich relevanter für die Ausgestaltung der einzelnen Gesundheitssysteme ist eine anhängige Klage von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie. Diese Klage beinhaltet den Vorwurf, dass insbesondere Krankenversicherungen als Nachfragekartelle aufzufassen seien. Dies widerspreche dem Wettbewerbsrecht der Europäischen Union. Nach bisheriger Auffassung des Gerichtshofes ist das Wettbewerbsrecht nicht anzuwenden, wenn die Unternehmen ausschließlich auf solidarischen Grundsätzen

aufbauen bzw. nicht durch unternehmerisches Handeln gekennzeichnet sind. Krankenversicherungen, die im Wettbewerb um Versicherte agieren bzw. gestaltend in die Krankenversorgung eingreifen, sind nach Auffassung des Klägers überwiegend als Unternehmen zu fassen. Insofern gelte hier das europäische Wettbewerbsrecht. Nach meiner Auffassung dürfte dieser Zusammenhang für staatliche Gesundheitssysteme nur eingeschränkt zutreffen.

2.4 Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen

In den Gesundheitssystemen Europas lassen sich zunehmend marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumentarien feststellen. Zudem wird von verschiedenen Seiten gefordert, die Rolle von Versicherten und Patienten neu zu definieren und ihnen mehr Selbstverantwortung zuzuschreiben. Dies ist Ausdruck einer generellen Liberalisierung der Wirtschaftsgesellschaften. Unabhängig davon, ob dieses Steuerungsmodell gerechtfertigt bzw. für die Lösung der Steuerungsprobleme der Gesundheitssysteme zielführend erscheint, bleibt festzuhalten, dass an Patienten und Versicherte neue Aufgaben gestellt werden, die zunächst einmal bessere Informationsmöglichkeiten als notwendig erscheinen lassen. Zudem ist die Entscheidungsfähigkeit der Patienten und Versicherten eine notwendige Bedingung. Nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Verbreitung von online-Informationen haben sich die Informationsquellen für Versicherte und Patienten in den letzten Jahren deutlich erhöht. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Informationsbasis als ausreichend zu beschreiben wäre. Vor allem fehlt es an Qualitätskriterien für diese Online-Informationsquellen. Es ist anzunehmen, dass die verfügbaren Informationsquellen jeweils die Interessenslage der Anbieter (seien es Kostenträger oder Leistungsanbieter) berücksichtigen, insofern nicht als unabhängige bzw. neutrale Information aufzufassen ist. Zudem darf bezweifelt werden, dass Versicherte und Patienten die ihnen angebotenen Informationen überhaupt für ihre jeweilige Problemlage zielführend verstehen. Hier besteht noch erheblicher Optimierungsbedarf. Eine Möglichkeit besteht darin, unabhängige Dienstleister mit der Aufbereitung der Informationen für Versicherte und Patienten zu betrauen. Zudem ließe sich die schier unübersichtliche Informationsflut auf wenige Informationsquellen reduzieren.

Polemisch formuliert besteht heute die neue Rolle der Versicherten und Patienten darin, zunehmend mehr Zuzahlungen zu leisten. In allen EU-Staaten zeigen sich seit einigen Jahren die gleichen Entwicklungen, nämlich, dass Patienten an fast allen Kosten für ihre Leistungsanspruchnahmen finanziell beteiligt werden. Diese Zahlungsmodelle variieren zwischen den einzelnen Staaten jedoch erheblich. Während einige Staaten relativ zielgerichtet das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten (z.B. bei niedergelassenen Fachärzten oder Notfallambulanzen) zu steuern versuchen, zeigen sich in anderen Staaten eher pauschale Eigenbeteiligungen bei allen Leistungen. Erstaunlicherweise werden diese Steuerungsinstrumente nahezu ohne wissenschaftliche Untersuchung durchgeführt, d.h. ihnen fehlt als Bezug eine ausreichend qualita-

tiv hochwertige Studie oder aber es fehlt an einer begleitenden Evaluation. Warum letzteres so ist, darüber darf spekuliert werden.

Als Hauptgründe für die aktuellen Diskussionen um mehr Eigenbeteiligung der Patienten an den von ihnen verursachten Gesundheitsausgaben lassen sich im wesentlichen zwei unterscheiden. Erstens wird versucht, in Zeiten sinkender Beitrags- bzw. Steuereinnahmen eine zusätzliche Einnahmequelle für das Krankenversorgungssystem zu erschließen. Zweitens geht man davon aus, dass mit diesen Eigenbeteiligungen gewisse Steuerungseffekte verbunden sind, in dem Patienten entweder grundsätzlich weniger Leistungen in Anspruch nehmen oder aber die Inanspruchnahme rationeller durchführen, in dem sie z.B. zwischen notwendigen und nicht notwendigen Leistungen unterscheiden. Zu betonen ist hier, dass es sich um Annahmen der Gesundheitspolitik handelt, denen keine wissenschaftliche Untersuchung zugrunde liegt. Unklar ist, warum gerade in diesem Bereich Menschen ausschließlich ökonomisch rational handeln sollten.

Die erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Zuzahlungen im Gesundheitswesen wurden im sog. „RAND Health Insurance Experiment“ bereits vor 30 Jahren in den USA untersucht. Der Versuchsaufbau war wie folgt: Zwischen November 1974 und Februar 1977 wurden insgesamt 7.708 Versuchspersonen in definierten Regionen der Bundesstaaten Massachusetts, Ohio, South Carolina und Washington jeweils für 3 bis 5 Jahre zu diesem Experiment eingeladen. Ihnen wurde nach einem Randomisierungsschlüssel die Teilnahme an der Studie unter einem von 15 verschiedenen Krankenversicherungsmodellen, die sich nach Höhe der prozentualen Zuzahlung (zwischen 25 und 95 %) sowie verschiedener Zuzahlungshöchstgrenzen (zwischen 5 und 15 % des Einkommens sowie pauschal zwischen 150,- und \$1.000,-) differenzierten. Personen über 61 Jahre, Kranke, Personen mit einem Jahreseinkommen über \$ 61.000,- (1985) sowie generell Medicaid-Versicherte waren von der Studie ausgeschlossen (Manning et al. 1987, Rau 1992, Schlander 1999). Neben dem Selbstbeteiligungsexperiment war zusätzlich ein Managed-Care-Projekt (HMO) Gegenstand des RAND-HIE. Die Selbstbeteiligungsregelungen wurden 5.814 Personen angeboten, von denen 20 % eine Teilnahme ablehnten. Zur Motivation der Teilnehmer wurden jährliche Transferzahlungen gewährt, die ihre geschätzten finanziellen Einbußen im Vergleich zum vorherigen Versicherungsstatus ausgleichen sollten. Die RAND-Autoren gaben jedoch an, dass diese Zahlungen keinen Einfluss auf gezeigten Effekte hätten, sondern von den Probanden eher als zusätzliches Einkommen angesehen wurden (Rau 1992).

Für einen Zeitraum von 3 bis 5 Jahren wurden folgende Daten zur Evaluation erhoben:

- Verbrauch medizinischer Leistungen (einschließlich Zahl der Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und die daraus entstandenen Gesamtausgaben),
- Auf ein Personenjahr bezogene Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen,

- Die Angemessenheit erbrachter medizinischer Leistungen wurde nach vorbestimmten Kriterien von einem unabhängigen Ärzteteam bewertet,
- Zusätzlich wurde der Gesundheitszustand vor, während und nach der Studie anhand vorgegebener Parameter bestimmt.

Das RAND-HIE zeigte folgende Ergebnisse (Manning 1987, Delnoij et al. 2000, Rau 1992, Noll 2003):

- Selbstbeteiligungen führen zu einer geringeren Inanspruchnahme und niedrigeren Kosten für medizinische Versorgung. Die pro-Kopf-Ausgaben im Versicherungsplan ohne Selbstbeteiligung waren 45 % höher als die im Versicherungsplan mit 95 % Selbstzahlung. Die Ausgaben bei geringerer Selbstbeteiligung lagen zwischen diesen Extremen. Dieser Effekt ist umso größer, je geringer das Einkommen der Versicherten ist.
- Selbstbeteiligungen führen vor allem zu einer Verringerung der Krankheitsepisoden, bei denen medizinische Versorgung in Anspruch genommen wurde. Leistungen während einer Behandlungsepisode sind dagegen kaum beeinflusst. Vor allem sind Ausgabenreduktionen auf eine geringere Frequenz ambulanter medizinischer Einrichtungen zurück zu führen. Die Ausgaben für ambulante medizinische Leistungen ohne Selbstzahlung lagen um 67 % höher als in der Gruppe mit 95 % Kostenanteil, korrespondierend dazu war auch die Anzahl der Arztbesuche um 66 % reduziert.
- Insbesondere für weniger ernste Symptome werden medizinische Leistungen in Anspruch genommen.
- Die verminderte Inanspruchnahme hat im Allgemeinen nur einen geringen Einfluss auf den Gesundheitszustand. Hiervon ausgenommen sind wiederum die Personen aus unteren sozialen Schichten. Bei diesen wurden vor allem stärkere Seh-Beeinträchtigungen und ein höherer Blutdruck festgestellt.
- Sowohl effektive als auch weniger effektive medizinische Leistungen sind von der Reduktion der Inanspruchnahme betroffen.

Die Ergebnisse des Selbstbeteiligungs-Experiments wirft nach Auffassung von Schlander (1999) eine Reihe wichtiger Fragen auf, anhand derer die Argumentation für mehr „Eigenverantwortung“ im Gesundheitswesen kritisch hinterfragt werden sollte. Zwei Hauptbefunde des RAND-HIE-Experiments seien die offensichtliche Unfähigkeit der Patienten, selbst adäquat zu entscheiden, wann ein Arztbesuch angezeigt ist (sowohl notwendige als auch unangemessene Konsultationen wurden durch die Selbstbeteiligung reduziert), sowie die Tatsache, dass keine signifikanten Unterschiede mehr gefunden wurden, sobald die Patienten sich in ärztlicher Behandlung befanden.

Diese letztgenannte Beobachtung stellt die Qualität von Patientenentscheidungen grundsätzlich in Frage. Es ist jedoch eine Grundannahme der liberalen gesundheitsökonomischen Theorie, dass Patienten als autonome Subjekte und informierte Konsumenten dem Arzt als ebenbürtige Vertragspartner gegenüber stehen (Schlander 1999). Mittlerweile wird ein „Marktversagen“ auf der Arzt-Patienten-Ebene allerdings

zunehmend akzeptiert (vgl. Hajen et al. 2000), erstaunlich ist allerdings, dass dies bei der gesundheitspolitischen Diskussion um mehr Eigenverantwortung regelmäßig unberücksichtigt bleibt.

3. Bewertung aus Sicht von Public Health

Aus Sicht von Public Health, deren Hauptaugenmerk auf die sozial ungleich verteilten Belastungen und Ressourcen sowie von Gesundheit und Krankheit liegt (Ahrens 2002), bestätigt das RAND-HIE eindrucksvoll, dass Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen die eh schon vorhandenen Benachteiligungen von sozial schwachen Bevölkerungsschichten eher noch verstärken und folglich kaum zu einer Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungen beitragen werden. Betrachtet man zusätzlich die oben skizzierte Verteilung von Krankheiten und Krankheitskosten innerhalb der Gesellschaften, so zeigt sich, dass die wesentlichen Ausgabenanteile durch chronisch Kranke verursacht werden, die wiederum vor allem zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten zählen. Selbstbeteiligungsregelungen sind somit sozial ungerecht und gesundheitsökonomisch unsinnig, da sie nur bei den Bevölkerungsgruppen relevante Auswirkungen zeigen, die dadurch eher zusätzlich benachteiligt werden. Die Vermutung, dass vor allem Arbeitgeberverbände und Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie einkommensstarke Bevölkerungsgruppen von stärkeren Zuzahlungen profitieren, in dem sie einerseits ihren Sozialversicherungsbeitrag zu reduzieren hoffen bzw. andererseits weniger restriktive Ausgabenbeschränkungen und folglich mehr Einkommen erzielen möchten, kann angesichts der hier dargestellten Effekte von Selbstbeteiligungsregelungen nicht von der Hand gewiesen werden. Gleichwohl zeigt sich, dass die Diskussion über die Notwendigkeit von mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen eher keine gesundheitswissenschaftliche sondern vielmehr eine sozialpolitische ist bzw. sein sollte, da Steuerungswirkungen im Hinblick auf mehr Effektivität und Effizienz der Krankenversorgung nicht zu erwarten sind (Evans et al. 1995).

Eine derart pauschale Bewertung von Zuzahlungsregelungen ignoriert natürlich spezifische Steuerungsversuche der jeweiligen Gesundheitssysteme. So wäre beispielsweise eine Zuzahlungsregelung für die Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen am Wochenende diskussionsfähig. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass das wesentliche Problem entweder in zugrunde liegenden Krankenhausvergütungssystemen, die die Krankenhäuser anreizen, die ambulanten Patienten stationär aufzunehmen, liegt bzw. in einem nicht ausreichenden Angebot an alternativen Versorgungsangeboten im niedergelassenen Sektor.

Im Regelfall ist davon auszugehen, dass Patienten nicht ausschließlich ambulante oder stationäre Versorgungseinrichtungen aufsuchen, weil sie am Wochenende Gesprächs- bzw. Unterhaltungsbedarf haben. Aus der Makroperspektive bleibt der Befund, dass es sich oftmals um die bereits angesprochene Umverteilung der Finanzierungsbelastungen in Richtung Versicherte und insbesondere Patienten handelt.

Literaturangaben auf Anfrage.

Publikationen des Referenten:

Ahrens D. 2002. Technologiebewertung und Public Health. Bern, Huber

Ahrens D & Güntert B. 2004. Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden, Nomos

Ahrens D. 2004. Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung – Eigenverantwortung für Gesundheit? Gesundheitswesen 66 (4): 213-221