**Zeitschrift:** Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

**Herausgeber:** Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

**Band:** - (2010-2011)

**Heft:** 110

**Artikel:** Kostenbeteiligungen: Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung? : Eine vergleichende Wirkungsanalyse zwischen Deutschland und der Schweiz

**Autor:** Huber, Carola A.

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-789813

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 12.07.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# Kostenbeteiligungen: Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung?
## Eine vergleichende Wirkungsanalyse zwischen Deutschland und der Schweiz

**Carola A. Huber***

### Steuern Kostenbeteiligungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen?

Gehen wir weniger zum Arzt, wenn wir für die Gesundheit tiefer ins Portemonnaie greifen müssen? Die hier vorliegende Forschungsarbeit will dieser Frage nachgehen. Im Rahmen der Studie werden die Krankenversicherungssysteme der Schweiz und Deutschland miteinander verglichen. Beide Länder unterscheiden sich erheblich in der Art und Höhe der Patienten-Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten. Es wird untersucht, ob die Selbstbeteiligung an den Kosten von Arztbesuchen das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten beeinflusst. Dabei ist die Rolle des sozialen Status der Krankenversicherten von zentralem Interesse. Da zu diesem Thema nur wenige wissenschaftliche Arbeiten vorliegen, die weitgehend theoretischer Art sind, leistet die Studie einen massgeblichen Beitrag zu einer aktuellen gesundheitspolitischen Debatte von grosser Brisanz.

„Höhere Selbstbeteiligung des Patienten? Ist er mit Schmerzen, Angst, Bettlägerigkeit, Behinderung, Kotzen, Kosten, Abhängigkeit, Trennung von Familie, Arbeitsunfähigkeit nicht schon genug selbst beteiligt?“ Dr. Gerhard Kocher

### Theoretische Einbettung der Forschungsarbeit

Ziel dieser Arbeit war es, die Relevanz des Versicherungsstatus für die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen genauer zu untersuchen. Hierzu wurde zunächst ein Überblick über die unterschiedlichen Gesundheitssysteme gegeben und anschliessend das Schweizer und deutsche Krankenversicherungssystem näher erläutert.
Als theoretischer Hintergrund für die Beschreibung des Inanspruch-

* Carola A. Huber, PhD MPH, Wissenschaftliche Mitarbeiterin IHAMZ, UHZ

nahmeverhaltens von Schweizer und deutschen Versicherten diente das Moral-Hazard-Theorem. Dieser aus der Finanzökonomie stammende Ansatz basiert auf der Theorie des rationalen Handelns (Rational-Choice-Theorie). „Mit „moral hazard“ wird eine leichtfertige Verhaltensweise beschrieben, die sich aus der Gewissheit der Übernahme von Folgekosten aus der Versicherung ergibt (Lauterbach et al. 2006: 45). Als weiterer zentraler Ansatz der Inanspruchnahme wurde das Verhaltensmodell nach Andersen ausgewählt. Dieses Modell beinhaltet nicht nur ökonomische, sondern auch soziodemographische und –ökonomische, Versorgungssystem relevante sowie sonstige kontextuelle Variablen. Auf Basis des Andersen-Modells wurde ein besonderer Fokus auf die Rolle des sozialen Status im Kontext des Inanspruchnahmeverhaltens gelegt. Ferner wurden theoretische Ansätze vorgestellt, die insbesondere den Zusammenhang zwischen dem sozialen Status, dem Gesundheitszustand und in Folge der Inanspruchnahme thematisieren.
Vor allem Dutton (1978) setzte sich mit dem Einfluss von schichtspezifischen Einstellungen bzw. Wertevorstellungen sowie vom Vorhandensein finanzieller Mittel auf die Inanspruchnahme auseinander. Mit Hilfe der beschriebenen Theorien und Modelle wurden Hypothesen über den Kostenbeteiligungseffekt auf die Anzahl an Arztbesuchen in Abhängigkeit des sozialen Status aufgestellt und quantitativ-empirisch durch eine Art künstliches Experiment getestet. Die Datengrundlage bildeten Sekundärdaten der Schweizer Gesundheitsbefragung und des Gesundheitsmonitors in Deutschland; diese Daten wurden mittels des „Propensity-Score-Matchings“ zu einem Datensatz verknüpft und anschliessend ausgewertet.

## Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die empirischen Analysen ergaben einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kostenbeteiligungen und der

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Versicherte mit einer Zuzahlungspflicht an den entstehenden Behandlungskosten konsultieren seltener den Hausarzt und Spezialarzt. Zudem konnte festgestellt werden, dass sich dieser so genannte Kostenbeteiligungseffekt nicht für jede Bevölkerungsgruppe gleich auswirkt. Hinsichtlich der demographischen Merkmale zeigte sich bei den weiblichen Studienteilnehmern, den nicht verheirateten Personen und den über 60-jährigen Probanden der stärkste Kostenbeteiligungseffekt auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Des Weiteren wurde bei allen Arztgruppen ersichtlich, dass die Wirkung einer Zuzahlungspflicht an den entstehenden Behandlungskosten mit zunehmendem Bildungsniveau sinkt. In der Personengruppe mit primärem Bildungsniveau suchen Versicherte mit Kostenbeteiligung seltener einen Arzt auf als Versicherte ohne Kostenbeteiligung. Ferner ergaben die Analysen, dass je höher die Einkommensklassifizierung einer Person ist, umso geringer sich der Kostenbeteiligungseffekt auf die Inanspruchnahme auswirkt. Im Vergleich zu Erwerbstätigen fällt die Wirkung einer Zuzahlungspflicht auf die Anzahl an Arztbesuchen bei nicht Berufstätigen stärker aus. Ergänzende Analysen zeigten, dass Versicherte mit Kostenbeteiligungen deutlich seltener einen Arzt konsultieren als Versicherte ohne Kostenbeteiligung, wenn sie einen tiefen sozialen Status und zugleich einen schlechten Gesundheitszustand haben. Bei Betrachtung des subjektiven Gesundheitszustands zeigte sich, dass mit steigendem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand die Wirkung des Kostenbeteiligungseffekts abnimmt.

Berechnungen zum Zusammenhang zwischen den Andersen-Variablen und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wurden auch separat für die Schweizer und die deutschen Studienteilnehmer durchgeführt. Es konnte beobachtet werden, dass sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz erwerbstätige Befragte seltener einen

Haus- oder Spezialarzt konsultieren als nicht erwerbstätige Studienteilnehmer. Bezüglich der Einkommenssituation ist nur in der Schweiz ein geringes Einkommen mit einer erhöhten Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen assoziiert. Schweizer Versicherte mit geringem Bildungsniveau besuchen den Hausarzt häufiger und den Spezialarzt seltener als Versicherte mit einem hohen Bildungsstand. Auch in Deutschland suchen gering Gebildete häufiger den Hausarzt auf als Personen mit einem höheren Bildungsniveau; die Resultate bzgl. der Spezialarztbesuche blieben insignifikant. In beiden Untersuchungen zeigte sich, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit abnehmenden gesundheitlichen Wohlbefinden steigt.

Insgesamt betrachtet, scheinen Personen eine Beeinflussung aufgrund ihres Krankenversicherungsstatus zu erfahren. Diese Befunde sprechen für die Grundidee des Moral-Hazard-Ansatzes, eines durch gesundheitspolitische Instrumente steuerbaren Inanspruchnahmeverhalten. Das Umgehen mit gesundheitlichen Problemen ist demnach keine von der Sozialstruktur losgelöste Angelegenheit, sondern vielmehr eine von dem vorherrschenden Gesundheitssystem abhängige Entscheidung. Auch soziodemographische und –ökonomische Faktoren sowie der Gesundheitszustand spielen in diesem Kontext eine zentrale Rolle.

**Zusammenhang zwischen sozialem Status und Inanspruchnahmeverhalten**

Gemäss dem Verhaltensmodell nach Andersen wurde die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht als eine rein ökonomisch rationale Entscheidung, sondern als eine Funktion aus medizinischen, ökonomischen und (psycho-) sozialen Determinanten angesehen. Es wurde angenommen, dass insbesondere der soziale Status einen starken Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten ausübt. Nach Hypothese 1 - 1 fällt die Inanspruchnahme medizi-

nischer Leistungen umso geringer aus, je höher der Bildungsabschluss einer Person ist. Diese Hypothese wurde sowohl anhand des gematchten als auch anhand des Schweizer und deutschen Datensatzes untersucht und kann für die hausärztlichen Gesundheitsleistungen bestätigt werden.

Ein schlechterer Gesundheitszustand (Mielck 2000) sowie geringere Kenntnisse über Gesundheit (Abel 1992) und dem Gesundheitssystem (Dutton 1978) tragen dazu bei, vermehrt hausärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. In Bezug auf spezialärztliche Gesundheitsleistungen zeigt sich ein konträres Bild in den gematchten und den Schweizer Daten: Personen mit einem tertiären Bildungsniveau suchen häufiger den Spezialarzt auf als Personen mit einer primären Bildungsstufe. Erklärt werden kann dieser Zusammenhang durch eine generell höhere Anspruchshaltung gegenüber dem Gesundheitssystem, eine prinzipiell bessere Aufgeklärtheit über Krankheitssymptome und eine demzufolge gezieltere Inanspruchnahme.

Gemäss den Erklärungsansätzen von Mielck (2000) und Dutton (1978) wurde Forschungshypothese H1 - 4 angenommen, dass erwerbstätige Personen eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufweisen als nicht berufstätige Personen. Diese Hypothese konnte sowohl anhand des gematchten als auch des Schweizer und deutschen Datensatzes für beide Arztgruppen bestätigt werden. Bedenkt man, dass nicht erwerbstätige Personen bereits pensioniert, oftmals chronisch erkrankt sind oder aufgrund ihres Alters eine generell höhere Morbidität aufweisen, erscheint dieses Resultat plausibel.

Hypothese 1 - 3 geht davon aus, dass Personen mit einem hohen Einkommen seltener einen Arzt aufsuchen als Personen mit einem geringen Einkommen. Diese Hypothese konnte im gematchten Sample und im Schweizer Datensatz lediglich für die Anzahl der Hausarztbesuche und nicht für die Anzahl der Spezialärzte bestätigt werden.

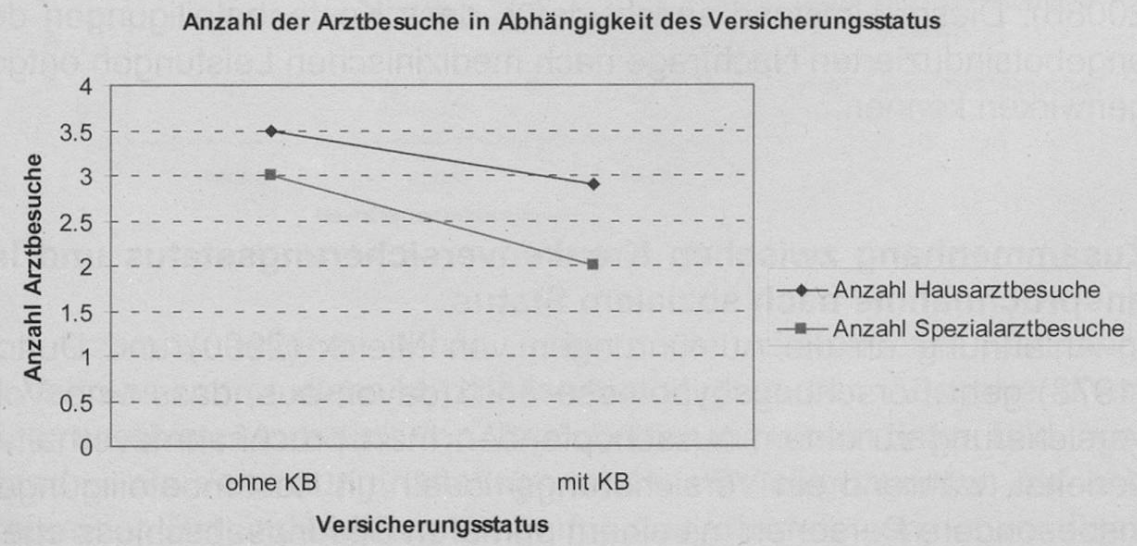
Der insignifikante Effekt des Einkommensniveaus auf die Inanspruchnahme von spezialärztlichen Leistungen legt die Vermutung nahe, dass Spezialarztpatienten häufig von einer sehr starken Morbidität betroffen sind bzw. eine längere Krankengeschichte aufweisen und daher vermehrt diese Arztgruppe aufsuchen, unabhängig von ihrem finanziellen Hintergrund.
Die Befunde stehen im Einklang mit dem Forschungsstand zum schichtspezifischen Inanspruchnahmeverhalten (Morris et al. 2005; Röckl-Wiedmann et al. 2002; van der Heyden et al. 2003): Die Wahl der Arztes ist abhängig vom sozialen Status einer Person.
Neben Hypothesen zum sozialen Status wurde in dieser Arbeit auch ein starker Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Anzahl an Arztbesuchen postuliert: Je besser der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand von einer Person bewertet wird, desto geringer ist deren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Hypothese 1 - 5). Diese Hypothese kann in allen durchgeführten Analysen als bestätigt angesehen werden. Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand ist der von einer betroffenen Person wahrgenommene Bedarf und gilt als stärkster Prädiktor für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Andersen 1995; Hulka/Wheat 1985; Mechanic 1979). Entsprechend kann Hypothese H1 - 6 beibehalten werden.

**Zusammenhang zwischen Krankenversicherungsstatus und Inanspruchnahmeverhalten**

In der zweiten Forschungshypothese (Hypothese 2) wird davon ausgegangen, dass Versicherte mit Kostenbeteiligung eine geringere Inanspruchnahme aufweisen als Versicherte ohne Kostenbeteiligung. Diese Hypothese konnte mit dem verwendeten Matching-Verfahren

bestätigt werden. Die Resultate stehen unter anderem im Einklang mit dem von Newhouse et al. (1993) durchgeführten RAND-Experiment über versicherungsspezifische Inanspruchnahme und sprechen für das Moral-Hazard-Theorem. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist demnach durch gesundheitspolitische Instrumente wie den Kostenbeteiligungen steuerbar. Das Vorhandensein einer Vollversicherung verleitet das Individuum dazu, mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen als nötig. Eine Krankenversicherung mit Zuzahlungspflicht trägt dagegen zu einem sparsamen Umgang mit den Arztkonsultationen bei. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die RAND-Studie nicht nur die Reduzierung von unangemessenen oder unnötigen Behandlungen, sondern auch die Verringerung der angemessenen oder nötigen Konsultationen feststellte.

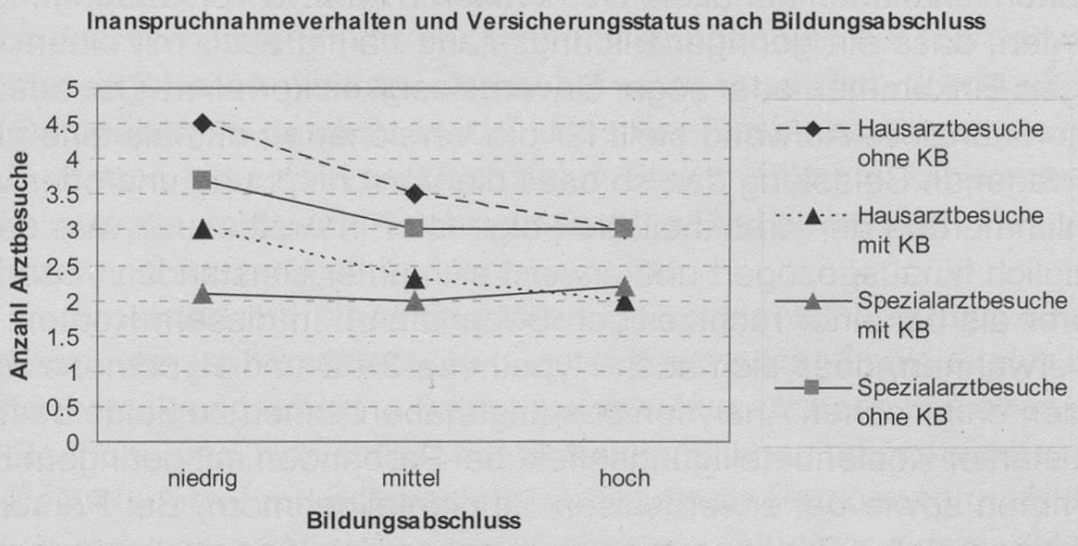
Neben dem Moral-Hazard-Ansatz können die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit auch durch eine zweite Argumentationslinie gestützt werden. Diese geht von einer nachteiligen Wirkung von Kostenbeteiligungen für die Versicherten aus. Versicherte mit einer Kostenbeteiligung werden durch die zusätzlich entstehende finanzielle Belastung

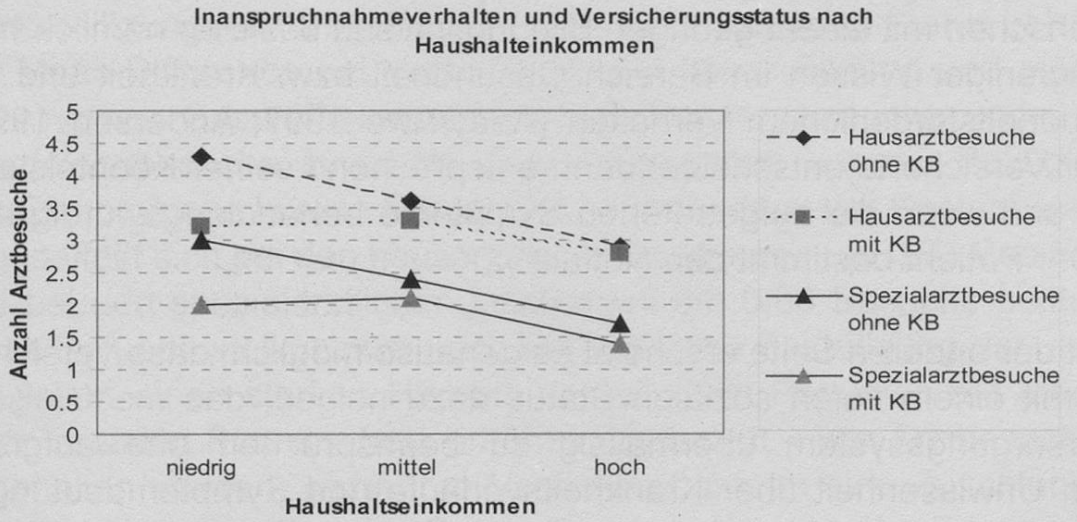


eher davon abgehalten, einen Arzt zu konsultieren, so dass unter Umständen eine Verschleppung und/oder Verschlimmerung der Krankheit die Folge ist. Wird eine Krankheit erst nach längerer Zeit behandelt, so fällt der Arztbesuch unter Umständen sogar kostspieliger aus als die Behandlung anfänglicher Symptome. Ergänzend sei erwähnt, dass Resultate aus der Effektschätzung nach dem subjektiven Gesundheitszustand (Kapitel 6.3.3) gerade den stärksten Kostenbeteiligungseffekt bei Versicherten mit einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand zeigten. Dieser Befund spricht gegen das Moral-Hazard-Theorem, denn die Vermeidung von so genannten Bagetell-Arztbesuchen durch Kostenbeteiligungen müsste demnach bei den Gesunden und nicht bei Kranken stattfinden. Trotzdem, eine endgültige Antwort auf die Frage, ob Kostenbeteiligungen zu einer Vermeidung von Bagatell-Arztbesuchen oder zu einem Verzicht notweniger Arztkonsultationen führen, kann anhand der verwendeten Daten nicht gegeben werden.
Zum Schluss dieses Abschnittes sei noch auf eine weitere interessante Gegebenheit hingewiesen und zwar, dass Schweizer Versicherte (mit Kostenbeteiligung) trotz höherer Ärztedichte in der Schweiz seltener zum Arzt gehen als deutsche Versicherte (ohne Kostenbeteiligung), die in ihrem Land eine etwas geringere Ärztedichte vorfinden (3,8 vs. 3,5 niedergelassene Ärzte auf 1000 Einwohner; OECD 2008a; OECD 2008b). Dieser Umstand spricht dafür, dass Kostenbeteiligungen der angebotsinduzierten Nachfrage nach medizinischen Leistungen entgegenwirken können.

**Zusammenhang zwischen Krankenversicherungsstatus und Inanspruchnahme nach sozialem Status**

In Anlehnung an die Ausführungen von Mielck (2000) und Dutton (1978) geht Forschungshypothese 3 - 1 davon aus, dass eine Vollversicherung zu einem ausschöpfenden Inanspruchnahmeverhalten verleitet, während ein Versicherungsmodell mit Kostenbeteiligungen insbesondere Personen mit einem primären Bildungsabschluss eher




von Arztkonsultationen abhält. Anhand des verwendeten Matching-Verfahrens konnte diese Hypothese bestätigt werden. Ausgehend von einer erhöhten Morbidität von Versicherten mit einem tiefen Bildungsstand ist die Vermutung naheliegend, dass Beteiligungen an den entstehenden Behandlungskosten gering Ausgebildete von notwendigen

Arztkonsultationen abhalten. Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass ein geringer Bildungsstand häufig auch mit einem geringen Einkommen oder sogar Erwerbslosigkeit korreliert. Der zusätzliche finanzielle Aufwand stellt für die Versicherten oftmals eine nicht zu tragende Belastung dar, so dass die Verschleppung und/oder Verschlimmerung der Krankheit die Folge ist. Ein Arztbesuch wird dabei lediglich hinausgezögert und erweist sich unter Umständen sogar als teurer als bei einer rechtzeitigen Behandlung. In diesem Kontext sei zu erwähnen, dass sich auch Hypothese 3 - 2 und Hypothese 3 - 4 in den empirischen Analysen bestätigt haben. Ihnen zu Folge besteht ein starker Kostenbeteiligungseffekt bei Probanden mit geringem Einkommen sowie bei erwerbslosen Studienteilnehmern. Bei Personen mit einem tiefen Bildungsstand stellt neben dem finanziellen Aufwand ausserdem die mangelnde Aufgeklärtheit über Krankheitsverläufe und Symptomdeutungen eine Hemmschwelle für Arztbesuche dar. Menschen mit einem geringen Bildungsniveau besitzen nämlich häufig weniger Wissen im Bereich Gesundheit bzw. Krankheit und gesundheitsförderlichem Verhalten (Aday/Awe 1997; Andersen 1995). Der Versicherte entscheidet dann entsprechend seiner Kenntnislage, ob und wann die aufgetretenen Symptome behandlungswürdig sind („Der Patient bestimmt den Notfall!“).

Auf der anderen Seite erscheint es genauso möglich, dass Versicherte mit einem tiefen sozialen Status dazu neigen, das medizinische Versorgungssystem übermässig zu beanspruchen und aufgrund von Unwissenheit über Krankheitsverläufe und Symptomdeutungen leichtfertig einen Arzt konsultieren. Krankenversicherungen mit einer Kostenbeteiligung wären hier in Lage, medizinisch nicht notwendige Konsultationen zu vermeiden. Ob eine Zuzahlungspflicht an den Behandlungskosten einer Überversorgung entgegensteuert oder aber, ob Kostenbeteiligungen Hilfe suchende Individuen von notwenigen Arztbesuchen abhalten, kann anhand der vorliegenden Datenlage allerdings nicht endgültig geklärt werden. Dennoch legen die Resultate

die Vermutung nahe, dass Personen mit einem tiefen sozialen Status durch das Vorhandsein von Kostenbeteiligungen von der Inanspruchnahme abgehalten werden. Zumal bei einer zusätzlich durchgeführten Datenanalyse deutlich wurde, dass der Kostenbeteiligungseffekt bei Personen mit einem tiefen sozialen Status (Bildung, Einkommen) und einem als „mittel oder (sehr) schlecht" selbst bewerteten Gesundheitszustand äusserst stark ausgeprägt ist.
Bei Versicherten mit einem primären Bildungsabschluss und einem mittleren oder (sehr) schlechtem Gesundheitszustand beläuft sich der Kostenbeteiligungseffekt in Bezug auf die Hausarztkonsultationen auf 3,4 Besuche und hinsichtlich der Spezialarztkonsultationen auf circa 4,2 Besuche pro Jahr. Betrachtet man bei dieser Personengruppe das Einkommen, so zeigt sich, dass Versicherte mit einer Kostenbeteiligung etwa dreieinhalbmal seltener zu einem Hausarzt und ungefähr 2,8-mal seltener zu einem Spezialarzt gehen. Im Gegensatz zum Kostenbeteiligungseffekt bei Personen mit tiefem sozialen Status beträgt der Mean-Difference bei Versicherten mit hoher Bildung und einem (sehr) guten Gesundheitszustand 1,05 Hausarztbesuche und 0,91 Spezialarztbesuche innerhalb des vergangenen Jahres. Bezüglich des Einkommens konnte festgestellt werden, dass der Kostenbeteiligungseffekt sich bei den hausärztlichen Leistungen um 0,71 Besuche und bei den spezialärztlichen Leistungen um 0,83 Besuche beläuft. Diese Befunde stellen zwar nach wie vor keine Bestätigung dar, aber sie geben einen starken Hinweis darauf, dass Personen mit einem tiefen sozialen Status – trotz erhöhter Morbidität – von Arztbesuchen abgehalten werden, wenn ihre Versicherungsform eine Zuzahlungspflicht an den entstehenden Behandlungskosten vorsieht. Ferner sind sie konsistent mit theoretischen Annahmen zur gesundheitlichen Ungleichheit sowie zum schichtspezifischen Inanspruchnahmeverhalten und stehen im Einklang mit dem bisherigen Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Versicherungsstatus, sozialem Status und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Insbesondere können starke Parallelen zwischen den Resultaten dieser Forschungsarbeit

und den Ergebnissen von deutschen Studien zur Vermeidung von Arztbesuchen durch Kostenbeteiligungen (Statistisches Bundesamt 2006; Reiners/Schnee 2007 zitiert nach Holst 2007) gefunden werden.

**Methodische Limitationen**

In diesem Kapitel werden methodische Aspekte kritisch hinterfragt und Einschränkungen des Untersuchungsdesigns sowie der verwendeten Variablen aufgeführt.
Eine zentrale methodische Schwäche bei der Effektschätzung von Kostenbeteiligungen auf die Inanspruchnahme liegt darin, dass schwer erfassbare Faktoren wie Mentalitäten, Tradition, Einstellungen oder strukturelle Gegebenheiten (v.a. Höhe der Ärztedichte) in Deutschland und der Schweiz unberücksichtigt bleiben; sie stellen weitere potentielle Einflüsse auf den Zusammenhang dar (vgl. Abschnitt 3.2.2). Deutschland und die Schweiz weisen allerdings keine grösseren kulturellen Unterschiede auf und zentrale Variablen wie beispielsweise das Einkommen wurden in den Berechnungen mitberücksichtigt. Ein Vergleich von Deutschland und der Schweiz auf Basis der verwendeten Datensätze erscheint daher als gerechtfertigt.
Hinsichtlich des Datendesigns ist zu erwähnen, dass die vorliegende Datenanalyse mit querschnittlichen Daten durchgeführt wurde. In den Sozial- und Gesundheitswissenschaften besteht Einigkeit darüber, dass sich mit einer querschnittlichen Datenstruktur lediglich Aussagen über Zusammenhänge, nicht aber über die Richtung von Zusammenhängen treffen lassen (Kreienbrock/Schach 2000; Schnell/Hill/Esser 1999). Jedoch können mittels experimentellen Studiendesigns Effekte, die auf konfundierende Merkmale zurückzuführen sind, angemessen berücksichtigt werden. Es ist somit möglich, die Merkmale, durch die sich der Kostenbeteiligungseffekt auf Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erklären lässt, zu ermitteln.

Die Berechnungen in der vorliegenden Forschungsarbeit beruhen auf Sekundäranalysen zweier Datensätze (Schweizer Gesundheitsbefragung, Daten des deutschen Gesundheitsmonitors), die nicht aufgrund der hier verfolgten Fragestellung ins Leben gerufen wurden. Die vorhandene Datenlage ermöglichte es folglich nicht, eine Parallelisierung für alle relevanten Variablen durchzuführen. Beispielsweise konnte in den deutschen Daten kein objektiver Gesundheitszustand, sondern lediglich der von den Studienteilnehmern selbst eingeschätzte Gesundheitszustand für die Analysen herangezogen werden. Dieser Indikator misst das gesundheitliche Befinden der Probanden sehr subjektiv und erscheint problematisch hinsichtlich der Erfassung von chronisch Erkrankten. Allerdings wurden in beiden Surveys ausschliesslich Haushalte und nicht Personen in Pflegeheimen befragt, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich lediglich ein geringer Anteil an schwer (chronisch) kranken Menschen in der Studienpopulation befindet. Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand erweist sich aber prinzipiell als guter Indikator für das gegenwärtige gesundheitliche Wohlbefinden und stellt auch einen starken Prädiktor für künftige Morbidität dar (Idler/Benyamini 1997). Neben dem objektiven Gesundheitszustand wären zudem der Berufsstatus, Gründe für bzw. gegen einen Arztbesuch und die vom Arzt gestellte Diagnose von zentralem Interesse gewesen. Diese Angaben befinden sich jedoch entweder nur in einem oder in keinem der verwendeten Datensätze und konnten somit nicht in die Berechnungen aufgenommen werden.

## Folgerungen für Gesundheitspolitik und -wissenschaft

Die vorliegende Forschungsarbeit zeigte, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Krankenversicherungsstatus und der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen existiert. Versicherte mit einer Kostenbeteiligung konsultieren seltener einen Haus- oder Spezialarzt als Versicherte ohne eine Kostenbeteiligung. Dieser so ge-

nannte Kostenbeteiligungseffekt wirkte sich jedoch nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich aus, sondern betraf vor allem Personen mit tiefem sozialen Status und (sehr) schlechtem Gesundheitszustand. Die Frage, ob Kostenbeteiligungen Hilfe suchende Individuen von notwenigen Konsultationen oder lediglich von Bagatell-Arztbesuchen abhalten, kann anhand der Befunde zwar nicht endgültig geklärt werden, aber sie geben deutliche Hinweise darüber, dass Kostenbeteiligungen eine geringere medizinische Versorgung von besonders deprivierten Personengruppen (sozial Schwächer-Gestellte und Erkrankte) hervorrufen. Gesundheitspolitiker und Public Health Experten sind bei der Gestaltung des Krankenversicherungssystems daher aufgerufen, in ihren Debatten über die Einführung (vermehrter) Kostenbeteiligungen zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu differenzieren. Bei welchen Personengruppen sollen finanzielle Anreize zur Senkung von nicht notwendigen Arztkonsultationen wirken und bei welchen nicht?

Gemäss dem Moral-Hazard-Theorem (Pauly 1968) sowie in einigen gesundheitsökonomischen Diskursen wird generell davon ausgegangen, dass Versicherte durch Zuzahlungspflichten an den Gesundheitsausgaben ein Mehr an Eigenverantwortung hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Verhaltens und einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme erlangen. Kostenbeteiligungen werden folglich als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument aufgefasst, Anreize für ein gesundheitsrelevantes Verhalten zu setzen, um somit den zunehmenden Anteil privater Kosten zu legitimieren (Bauer 2006). Doch diese Argumentation ist nur teilweise richtig. In der Tat können durch Kostenbeteiligungen grosse Einsparungen für den öffentlichen Sektor erzielt werden und auch das Kostenbewusstsein gegenüber Gesundheitsleistungen gestärkt werden. Insbesondere für Deutschland, wo die meisten Bürgerinnen und Bürger eine nahezu kostenfreie Vollversicherung (GKV) beziehen, erscheint der Gedanke, Patienten einen Einblick in die Vergütung von Arztrechnungen zu geben, wenn sie nach den Konsultationen eine Rechnung mit der zu zahlenden Eigen-

beteiligung erhalten, als sinnvoll. Bei deutschen GKV-Versicherten wäre dies ein anzustrebender Zustand, da diese Gruppe kaum ein Empfinden über Kosten einer medizinischen Behandlung hat. Aus der hausärztlichen Praxis in Deutschland ist hinreichend bekannt, dass einige Patienten keinen sparsamen Umgang mit dem Bezug von Gesundheitsleistungen pflegen und aufgrund von Bagatellen leichtfertig den Hausarzt konsultieren.

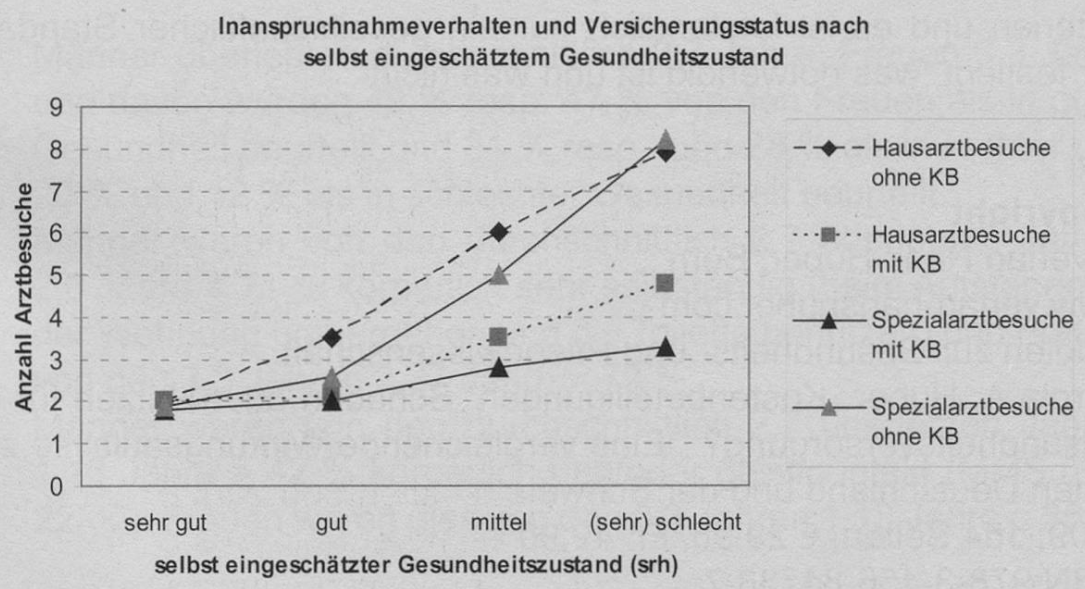
Oftmals stellt gerade für ältere und oftmals allein stehende Patienten der Arzt – neben dem Pfarrer und anderen öffentlichen Personen – eine geeignete Anlaufstelle dar, um einen Zuhörer für ihre Belange zu gewinnen. Erkenntnisse aus der Empirie besagen, dass verheiratete oder zusammenlebende Personen in Deutschland seltener hausärztliche Leistungen in Anspruch nehmen als alleinlebende Personen (Huber et al. 2007). Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit beobachten ferner einen Inanspruchnahme verringernden Kostenbeteiligungseffekt bei Versicherten, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einschätzten. Auch das grosse amerikanische RAND-Experiment (Manning et al. 1987) konnte nachweisen, dass Versicherte mit einer kostenlosen Vollversicherung ein höheres Inanspruchnahmeverhalten zeigten – unabhängig davon, ob es sich um eine angemessene oder unangemessene Konsultation handelt – als entsprechende Versicherte mit Kostenbeteiligungen. Zunächst kann daher angenommen werden, dass eine Zuzahlungspflicht an den entstehenden Behandlungskosten das Inanspruchnahmeverhalten (sinnvoll) steuert oder sogar die Eigenverantwortung im Sinne einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme gestärkt wird.

Auf der anderen Seite ist jedoch zu beachten, dass Kostenbeteiligungen insbesondere bei bedürftigen Bevölkerungsgruppen, stark Erkrankten oder Personen mit tiefem sozialen Status, ein falsches Signal bei der Inanspruchnahme setzen können. Zuzahlungspflichten an den entstehenden Behandlungskosten halten in erster Linie ärmere und gering gebildete Personen von einem Arztbesuch ab. Des Weiteren führen Direktzahlungen im Krankheitsfall nur zu geringen Einnahmen

des Gesundheitssystems, aber zu einer deutlichen Benachteiligung der sozial schwächer Gestellten (Jens/Laaser 2003; Crees 1997). Befunde aus den Subgruppenanalysen, die in dieser Arbeit getrennt für besonders privilegierte und deprivierte Personengruppen durchgeführt wurden, zeigten, dass der Kostenbeteiligungseffekt vorwiegend in der besonders deprivierten Gruppe mit schlechtem Gesundheitszustand und geringer Bildung sowie tiefem Einkommen wirkt. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Untersuchung des Statistischen Bundesamts (2006), welches festgestellt hat, dass jeder fünfte Armutsgefährdete aus Kostengründen auf notwenige Arztkonsultationen verzichtet.

Weitere Resultate aus internationalen Studien, wie zum Beispiel die Studie von van Doorslaer et al. (2006) oder von Roy und Howard (2007) belegen zudem, dass schichtspezifische Ungleichheiten durch das Vorhandensein von „out-of-pocket"-Zahlungen entstehen. Der Sinn von Kostenbeteiligungen sollte allerdings nicht darin bestehen, Hilfe suchende und sozial schwächer gestellte Individuen von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abzuhalten, sondern, Versicherte fernzuhalten, die das Gesundheitssystem mit medizinisch nicht notwendigen Konsultationen zusätzlich belasten. Auch in der Schweiz vermeiden oder verschieben erkrankte Personen den Hausarztbesuch, um anfallenden Behandlungskosten zu entgehen. Zwar sind im Falle einer Behandlung die zu bezahlenden Kosten bis zu einer Grenze von derzeit 300 CHF Selbstbehalt plus 10 Prozent Selbstbeteiligung (maximal momentan 700 CHF) beschränkt, aber auch nur, wenn die Versicherten die geringste Franchise-Stufe von derzeit 300 CHF gewählt haben. Trotzdem stellt die im besten Fall 300 CHF zu zahlende Kostenbeteiligung für viele Versicherte mit tiefem sozialen Status eine nahezu unüberbrückbare finanzielle Hürde dar. Als Folge verschleppen die Menschen ihre Krankheiten und zum Beispiel eine mit leichtem Husten beginnende Erkältung entwickelt sich nach einigen Wochen zur schwerwiegenden Lungenentzündung. Die Behandlung einer Lungenentzündung benötigt letztendlich eine kosteninten-

sivere Betreuung, inklusive Arbeitsausfall, als die Behandlung der anfänglichen Erkältungssymptome. Ergebnisse aus dem Schweizer Gesundheitsmonitor 2008 bekräftigen diese Sichtweise. Der Gesundheitsmonitor ist eine Befragung der Schweizer Stimmberechtigten zu gesundheitsrelevanten Themen. In den letzten Jahren schätzten die Schweizer Bürgerinnen und Bürger ihren Gesundheitszustand zunehmend schlechter ein und die Autoren führen dies auf die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes von 1997 zurück. Dadurch ist eine Erhöhung der Franchise ermöglicht worden und eine Arztkonsultation kann sich noch stärker als finanzielle Eigenleistung auswirken. Auch aufgrund der Diskussion über die Gesundheitskosten liegt gemäss den Autoren die Hemmschwelle für einen Arztbesuch deutlich höher. Im Vergleich zu den deutschen Patienten befinden sich Schweizer Patienten oftmals in einem weiter vorangeschrittenen Krankheitsstadium, wenn sie sich dazu entschliessen, einen Arzt zu konsultieren.
Die vielfach von Gesundheitsökonomen postulierte Stärkung der Eigenverantwortung hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens und die Reduzierung von unnötigen Behandlungen durch die Einführung oder



Ausweitung von Kostenbeteiligungen, erscheint als wirksame Methode zur dauerhaften Kostenreduzierung im Gesundheitssektor ziemlich fragwürdig. Die Personengruppe mit Bagatell-Arztbesuchen ist zumindest in der Schweiz sehr klein und nicht so gross wie oft von Gesundheitsökonomen behauptet. Prinzipiell ist davon auszugehen, dass kein Mensch gerne oder aus purer Langweile zum Arzt geht. Vermutlich sind es eher die Patienten in Deutschland, die leichtfertig oder aus nicht medizinisch notwendigen Gründen einen Arzt aufsuchen (z.B. die alte Oma, die nur wegen des Gesprächs zum Doktor geht). Aber auch bei dieser Patientengruppe handelt es sich um eine eher verschwindend kleine Gruppe und die Überversorgung dieser Personengruppe verursacht sicherlich nicht den Grossteil der Kosten im Gesundheitswesen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Zuzahlungen an den Behandlungskosten Hilfe suchende Individuen von medizinisch notwendigen Konsultationen abhalten. An dieser Stelle sei ergänzend erwähnt, dass es in der Literatur keine vorgegebene Definition von Über- bzw. Unterversorgung gibt. Es können nur Annahmen darüber getroffen werden, ab wann eine Person überversorgt von medizinischen Leistungen ist. Es gibt hierzu keine Norm oder objektive Kriterien und es ist letztendlich nur ein gesellschaftlicher Standard, der festlegt, was notwendig ist und was nicht.

**Copyright**
© Verlag Hans Huber, Bern
www.verlag-hanshuber.com
Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft.
Carola A. Huber „Kostenbeteiligungen: Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung? „ Eine vergleichende Wirkungsanlayse zwischen Deutschland und der Schweiz
2009, 154 Seiten, € 29.95, Fr. 49.90
ISBN 978-3-456-84733-7