

M. Schlander

Fakultät für Medizin  
der Universität Witten/Herdecke

# Rationierung oder Rationalisierung?

## Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 2): Entscheidungen durch Patienten

Der äußere Anlaß für die aktuelle Diskussion um eine stärkere Eigenbeteiligung der Patienten an den Kosten ihrer Gesundheitsversorgung besteht in dem stetig steigenden Ausgabendruck, dem das Gesundheitssystem ausgesetzt ist (20). Als hauptsächliche Gründe für die Selbstbeteiligung von Patienten an den von ihnen verursachten Kosten lassen sich identifizieren: (1) der Versuch, eine zusätzliche Finanzierungsquelle für das Gesundheitswesen zu erschließen, (2) die Erwartung, daß Patienten das Gesundheitssystem weniger stark in Anspruch nehmen, wenn dies mit direkten Kosten für sie verbunden ist, und (3) die Hoffnung, daß Patienten Gesundheitsdienstleistungen selektiver nachfragen, das heißt, zwischen notwendiger und überflüssiger Nachfrage diskriminieren, was – sofern zutreffend – im Ergebnis zu einer erwünschten qualitativ verbesserten Mikrosteuerung des Gesundheitssystems führen müßte (4). Es geht also nicht (nur) darum, die traditionellen Kostenträger durch eine vermehrte Beteiligung der Patienten zu entlasten, sondern vielmehr sollen die Patienten selbst stärker in die *Entscheidung* über die Inanspruchnahme spezifischer medizinischer Leistungen einbezogen werden (7, 21).

Dabei können im Kern zwei Argumentationslinien für eine höhere »Selbstverantwortung« der Patienten, also für die Entscheidung über konkrete medizinische Aufwendungen durch die Patienten selbst, unterschieden werden: ein »ethisches Argument« und ein »ökonomisches Argument«.

### Schlüsselwörter

Gesundheitswesen, Patienten, RAND Health Insurance Experiment, Rationierung, Selbstbeteiligung

### Zusammenfassung

Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen hat zu zahlreichen Maßnahmen veranlaßt, die Patienten an den für sie erbrachten Ausgaben zu beteiligen. Neben der Erschließung einer zusätzlichen Finanzierungsquelle wird angestrebt, mittels verminderter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eine Kostensenkung zu bewirken.

Es wird darüber hinaus erwartet, daß Patienten selektiv auf nicht notwendige und fragwürdige Maßnahmen verzichten. Die vorliegenden Erfahrungen, vor allem aus dem RAND-Health-Insurance-Experiment, weisen darauf hin, daß diese Erwartung nicht realistisch ist. Stattdessen ist aufgrund undifferenzierter Nachfragereduktion mit qualitativ ungünstigeren Health Outcomes zu rechnen. Davon betroffen sind vor allem sozial schwächere Patientengruppen. Aus diesen Gründen ist eine unkritische Ausweitung des Konzepts der Patientenselbstbeteiligung nicht zu empfehlen. Es stellt daher keine ideale Lösung des Problems einer optimalen Ressourcenallokation im Gesundheitswesen dar.

### Key words

Cost Sharing, Health Care System, Patients, RAND Health Insurance Experiment, Rationing

### Summary

The ever rising expenditures for health care have prompted a wealth of patient cost sharing measures. Beyond generating extra-revenue for health care spending, it is expected that a reduction in overall demand for health care services will result in overall reduced cost.

It is further hoped that patients selectively reduce their demand for medically unnecessary and inappropriate services. Existing evidence, in particular from the RAND Health Insurance Experiment, suggests that this expectation may not be realistic. Instead, patients have been found to reduce utilization of services irrespective of their effectiveness, with the consequence of impaired health outcomes. Since lower income groups are more likely to be affected, this creates an additional problem with respect to equity considerations. Therefore, it is not recommended to undertake a significant further expansion of cost sharing. For these reasons, cost sharing policies do not provide a solution to the challenge of an optimal allocation of scarce resources in the health care system.



**Das »ethische Argument«**

Die liberalen Befürworter marktwirtschaftlicher Reformen des Gesundheitssystems setzen Eigenverantwortung und individuelle Freiheit gegen die bürokratische Fremdbestimmung durch Krankenkassen (beziehungsweise »Third Party Payers« im angelsächsischen Sprachgebrauch). Diese Vorstellung beruht auf dem Glauben an den freien Markt, welcher Transparenz hervorbringe, indem er die wahren Kosten von medizinischen Dienstleistungen sichtbar und wirksam mache (15). Ganz im Sinne von Friedrich Hayek wird das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit angeführt, demzufolge die Teilnehmer am Gesundheitsmarkt für diejenigen Leistungen honoriert werden sollen, für die eine tatsächliche Nachfrage durch die Patienten besteht – im rhetorischen Gegensatz zu (administrativ oder ärztlich) »verordneten« Leistungen.

In dieser Sichtweise wird der Patient zum »Konsumenten« medizinischer Dienstleistungen, der Arzt zum fachkundigen Berater des Patienten. Dem Arzt obliegt es, dem Patienten diejenigen Informationen zugänglich zu machen, daß dieser über die ihn betreffenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eigenverantwortlich und aufgeklärt entscheiden kann (6). Dem Gegenargument, medizinische Dienstleistungen seien nicht mit Konsumgütern vergleichbar, begegnen die Marktanhänger mit der Erwiderung, auch andere primäre Bedürfnisse wie etwa Nahrung und Wohnung seien dem freien Markt unterworfen. Die Tatsache allein, daß medizinische Entscheidungen mit besonderer Sorgfalt zu treffen sind, bedeute noch nicht, daß sie

nicht vom Patienten getroffen werden könnten.

Im Vergleich zu bürokratischen Richtlinien jedweder Provenienz bietet eine Entscheidung unmittelbar durch den Patienten den unbestreitbaren prinzipiellen Vorteil der optimalen Anpassung an die jeweilige individuelle Situation. Selbst sorgfältig ausgearbeitete Empfehlungen und Richtlinien für angemessene medizinische Maßnahmen können nicht so detailliert sein, um der spezifischen persönlichen Situation aller Patienten gleichermaßen gerecht zu werden. Beispielsweise kann eine Empfehlung, ob eine teure kernspintomographische Untersuchung in einer bestimmten Situation angemessen ist, nur »ja« oder »nein« lauten; die tatsächlich »richtige« Entscheidung für einen am Kniegelenk verletzten Patienten wird aber unterschiedlich ausfallen, je nachdem, ob es sich um einen Berufssportler, eine Balletttänzerin, einen Amateurfußballspieler oder einen »normalen« Patienten handelt, für den eine den weiteren Krankheitsverlauf abwartende Diagnostik sehr viel angemessener sein kann. Die im Einzelfall »beste« medizinische Versorgung ist offensichtlich abhängig von den Bedürfnissen und Präferenzen des betroffenen Patienten. Als weitere Gesichtspunkte treten die Verfügbarkeit weiterer (alternativer oder komplementärer) Ressourcen und die Qualifikation des behandelnden Arztes hinzu.

Es wird in dieser Argumentation gerne eine Analogie zum Kauf eines Automobils hergestellt. Es wird erwartet, daß die Wahlmöglichkeit durch den Patienten zu einem nuancierteren, den individuellen Patientenwünschen besser entsprechenden Angebot führen wird – so wie beim Automobil der Käufer ganz selbstverständlich zwischen

verschiedenen Herstellern, Fahrzeugtypen, deren Merkmalen wie Fahrleistung, Komfort und Ausstattung – sowie deren Anschaffungspreis und Unterhaltskosten – auswählt (23).

Es besteht somit Grund zu der Annahme, daß ein marktwirtschaftliches System mehr objektiven und subjektiven Nutzen produziert als ein zentralistisch organisiertes Gesundheitswesen. Es ist kein Zufall, daß der Philosoph John Stuart Mill, zusammen mit Jeremy Bentham der Begründer des Utilitarismus, ein Liberaler war; vielmehr rechtefertigte Mill die von ihm vertretene Maxime größtmöglicher individueller Freiheit primär damit, daß sie zu besseren Ergebnissen führe, nicht jedoch aufgrund genuiner moralischer Überlegenheit (2, 13, 14, 20).

**Das »ökonomische Argument«**

Größere Selbstverantwortung der Patienten führt fraglos zu einer gesteigerten Kostensensitivität und damit insgesamt niedrigeren Ausgaben für das Gesundheitssystem. Umgekehrt erscheint die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen »auf Krankenschein« im idealtypischen System der Vollversicherung dem einzelnen Patienten tendenziell zu »billig«, überdies besteht keine Motivation zur Beschränkung der eigenen Ansprüche zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten; es kommt zum Phänomen des »Trittbrettfahrens«. Versicherungsträger kennen dieses für sie leidige Problem als »moral hazard« (5).

Die gemäß der ökonomischen Theorie zu erwartende Konsequenz ist die Ineffizienz des Systems mit überhöhten und nicht im Wettbewerb kontrollierten Preisen, der sinnlosen Duplikation diagnostischer und manchmal auch therapeutischer Maßnahmen, sowie der Erbringung und »Abrechnung« medizinisch nicht notwendiger, wenn nicht im Einzelfall fragwürdiger oder auch schlicht nutzloser Maßnahmen.

Einfache Maßnahmen zur Qualitätskontrolle können dem, nach Auffassung maßgeblicher Ökonomen, nur eingeschränkt entgegenwirken. Sie sind zwar geeignet, hochgradig von der Norm abweichendes Verhalten aufzudecken, können aber die inflationäre Wirkung

Land	Arzneimittel	ambulante Versorgung	stationäre Versorgung
Deutschland	proportional (nicht-linear)	diverse	linear (mit oberer Kappungsgrenze)
Großbritannien	fest	keine	keine
Schweden	linear	linear	linear
USA	diverse	diverse	proportional (nicht-linear)

**Tab. 1** Patienten-selbstbeteiligung im internationalen Vergleich (»fest«: feste Zuzahlung unabhängig von der Leistungsmenge; nach Chalkley und Robinson, 1997)



des Versicherungsprinzips nicht außer Kraft setzen (7).

Diese Überlegungen haben vor dem Hintergrund der »Kostenexplosion« in zahlreichen Ländern zur Einführung unterschiedlicher Formen der Selbstbeteiligung geführt (Tab. 1); die im Einzelfall getroffene Auswahl ist vor dem Hintergrund der Besonderheiten des jeweiligen Gesundheitssystems, der jeweils dominanten politischen Willensbildung und der unterschiedlichen kulturellen Rahmenbedingungen zu verstehen (8).

### Patientenselbstbeteiligung in Deutschland

In Deutschland wurde im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit Mitte der achtziger Jahre schrittweise ein komplexes System der Patientenselbstbeteiligung eingeführt (11). Es besteht aus einer Mischung fester Zuzahlungen (für Arzneimittel, gestaffelt zwischen DM 9,- und DM 13,- je nach der Packungsgröße; für Krankenhausbehandlung sowie Anschlußrehabilitation DM 14,- bis DM 17,- je Tag; für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen DM 20,- bis DM 25,- je Tag), variabler Kostenbeteiligung (zum Beispiel 15 Prozent für Heilmittel, 20 Prozent für Hilfsmittel und kieferorthopädische Behandlung) und der Kostenübernahme durch die Krankenkassen bis zu definierten Maximalbeträgen, zum Beispiel für Zahnersatz (Tab. 2).

Die kostendämpfende »makroökonomische« Wirksamkeit der Maßnahmen zur Selbstbeteiligung der Patienten kann keinem Zweifel unterliegen. Sie ist besonders evident im Falle der Zuzahlungen für Medikamente. Beispielsweise war die vorerst letzte Erhöhung der Zuzahlungen im Juli 1997 von massiven Vorzieheffekten in den vorangehenden Monaten ebenso gekennzeichnet wie von einem Rückgang der Arzneimittelausgaben unmittelbar nach ihrem Inkrafttreten. Diese Beobachtung wird untermauert von zahlreichen Studien – überwiegend aus den Vereinigten Staaten –, welche übereinstimmend zeigen, daß Maßnahmen zu einer erhöhten Patientenselbstbetei-

**Tab. 2** Patientenselbstbeteiligung in Deutschland (im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV; nach Malcherczyk, 1998)

Leistungen (Beispiele)	Zuzahlungen	Befreiungsmöglichkeiten
Arzneimittel	DM 9,-, DM 11,-, DM 13,- je Medikament, nach Packungsgrößen	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Verbandmittel	DM 9,- je Mittel	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Fahrtkosten	DM 25,-	Sozialklausel Überforderungsklausel
Heilmittel	15% der Kosten	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Hilfsmittel	20% der Kosten	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Krankenhausbehandlung	DM 14,- bis DM 17,- je Tag für maximal 14 Tage (Kappungsgrenze)	Sozialklausel
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen	DM 20,- bis DM 25,- je Tag	Sozialklausel Kinder bis 18 Jahre
Ambulante Rehabilitations-Maßnahmen	DM 14,- bis DM 17,- je Tag	Sozialklausel Überforderungsklausel Kinder bis 18 Jahre
Zahnersatz	alle Kosten, die den Festzuschuß übersteigen	Sozialklausel; gleitende Überforderungsklausel

gung regelmäßig mit reduzierter Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch die Patienten einhergehen (18).

Es mehren sich jedoch Hinweise darauf, daß im Rahmen des gegenwärtig vorherrschenden Systems sektorale Eingriffe – etwa die gezielte Einführung höherer Zuzahlung für Medikamente – zu Kostenverlagerungen von einem Teilbereich zu einem anderen führen können, mit möglicherweise gesamthaft quantitativ und qualitativ negativen Konsequenzen. So gingen in Deutschland restriktive Eingriffe in das Ordnungsverhalten von Ärzten mit vermehrten Krankenhaus-einweisungen einher (22).

Damit stellt sich für das Konzept der Patientenselbstbeteiligung – wie für andere Systemeingriffe auch – die Frage nach den Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung. Insbesondere ist zu überprüfen, inwieweit einerseits tatsächlich eine spezifische Reduktion »nicht notwendiger« oder im konkreten Fall fragwürdiger medizinischer Leistungen erreicht wird, andererseits das mit der angestrebten ökonomischen Effizienz in Konkurrenz tretende Ziel der sozialen Gerechtigkeit gewahrt wird. Gerade die

letzte Sorge hat zu zahlreichen Ausnahmeregelungen wie Sozial- und Überforderungsklauseln (s. Tab. 2) in Deutschland geführt, mit der Folge eines beträchtlichen bürokratischen Aufwandes für die mit der Durchführung betrauten Krankenkassen.

Die wichtigste Erkenntnisquelle im Bereich der Makroökonomie ist die unkontrollierte Beobachtung und nachfolgende Analyse der deskriptiv gewonnenen Daten. Anders als etwa in der klinischen Forschung stellt das prospektive, randomisierte Experiment eine Ausnahme dar (19). Dieser Umstand macht das kontrollierte RAND-Health-Insurance-Experiment in den Vereinigten Staaten (12) zu einer einzigartigen Datenquelle für die vorliegende Fragestellung.

### Das RAND-Health-Insurance-Experiment in den Vereinigten Staaten

Von November 1974 bis Februar 1977 wurden insgesamt 7708 Versuchspersonen in definierten Regionen der Bundesstaaten Massachusetts, Ohio, South Carolina und Washington in das



Versicherungsplan (Anzahl, Art)	Zuzahlung bzw. Selbstbeteiligung (Prozent der Kosten)	Kappungsgrenze (Prozent des Einkommens)
1 "Vollversicherung"	keine	entfällt
3 "25"	25 %	5, 10 oder 15 %
3 "25/50"	25 %; <i>außer</i> ambulante, psychologische und Zahnbehandlung (50 %)	5, 10 oder 15 %
3 "50"	50 %	5, 10 oder 15 %
3 "95"	95 %	5, 10 oder 15 %
1 "95/0"	95 % für ambulante, 0 % für stationäre Maßnahmen	150 US-\$ je Person, 450 US-\$ je Familie
1 "HMO"	keine; "Managed Care"-Modell	entfällt

**Tab. 3** Versicherungsmodelle im RAND-Experiment (HMO: Health Maintenance Organization)

wurde nach vorbestimmten Kriterien von einem unabhängigen Ärzteteam bewertet. Zusätzlich zu weiteren Variablen wurde der Gesundheitszustand vor, während und nach der Studie (*»Health Outcomes«*) anhand vorgegebener Parameter bestimmt.

Zunächst bestätigt die RAND-Studie – auf einer »makroökonomischen« Betrachtungsebene – die Resultate anderer Untersuchungen dahingehend, daß eine erhöhte Patientenselbstbeteiligung zu einer geringeren Inanspruchnahme der Angebote des Gesundheitssystems und im Ergebnis zu insgesamt niedrigeren Kosten führt. Unter anderem war die Zahl der Arztkonsultationen, der Antibiotika-Verbrauch und die Nutzung von Präventionsangeboten mit höherer Kostenbeteiligung nachhaltig vermindert.

Von besonderem Interesse sind die Daten zum Einfluß des jeweiligen Krankenversicherungsmodells auf den einzelnen Patienten, also gleichsam die »mikroökonomischen« Effekte. Hinzu tritt die Frage nach der *Qualität* der dokumentierten Einspareffekte, insbesondere bezüglich des erhofften selektiven Verzichtes auf nicht notwendige oder fragwürdige medizinische Leistungen. Darüber hinaus ist von Interesse, inwieweit eine höhere Patientenselbstbeteiligung möglicherweise zu ungünstigeren Ergebnissen – *»Health Outcomes«* – führt und, sollte dies der Fall sein, ob dieser Effekt mit der wirtschaftlichen Situation der betroffenen Personen korreliert.

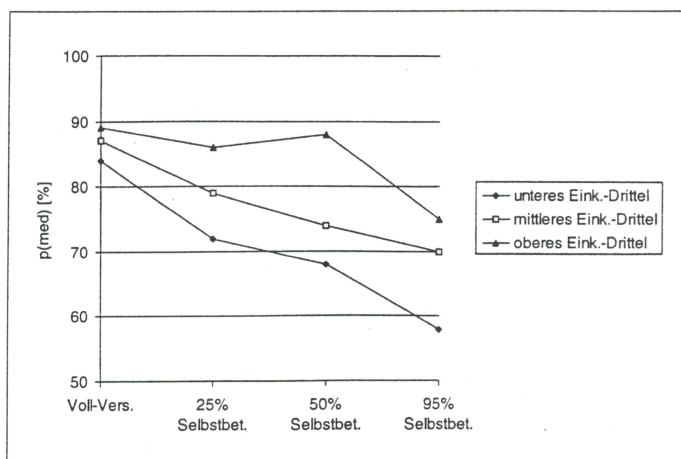
Unterschiede der Inanspruchnahme wurden nicht nur in Abhängigkeit vom Versicherungsplan gefunden, sondern auch in positiver Korrelation mit der Einkommenshöhe, wobei sich die beiden Effekte gegenseitig verstärkten (Abb. 1). Zudem bestand eine Altersabhängigkeit insofern, als in den Plänen mit höherer Selbstbeteiligung eine deutlich geringere Utilisation des Gesundheitssystems durch die Kinder armer Familien zu beobachten war.

Auf der qualitativen Ebene wurden keine Unterschiede gefunden für medizinisch nicht indizierte oder unangemessene (*»inappropriate«*) Leistungen in Abhängigkeit von der Höhe der Eigenbeteiligung; als *»effektiv«* eingestufte medizinische Maßnahmen waren gleichermaßen reduziert wie nicht indi-

RAND-Health-Insurance-Experiment aufgenommen. Ihnen wurde nach einem Randomisierungsschlüssel die Teilnahme an der Studie unter einem von fünfzehn verschiedenen Krankenversicherungsmodellen (Tab. 3) angeboten; sie konnten dies für sich und ihre Familien entweder akzeptieren oder die Teilnahme an der Studie ablehnen. Die Studienteilnehmer mußten zum Zeitpunkt des Untersuchungsbeginns jünger als 62 Jahre und gesund sein. Die untersuchten Krankenversicherungsvarianten unterschieden sich durch eine unterschiedlich hohe prozentuale Selbstbeteiligung der Probanden an den von ihnen in Anspruch genommenen

medizinischen Leistungen und verschieden hoch angesetzten Kappungsgrenzen, bei deren Überschreitung keine weitere Kostenbeteiligung mehr entstehen würde.

Im Rahmen der RAND-Studie wurden über drei bis fünf Jahre Daten gesammelt über den Verbrauch medizinischer Leistungen, einschließlich Zahl der Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und die daraus entstandenen Gesamtausgaben (Kosten); ferner wurde die auf ein Personenjahr bezogene Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen berechnet (Abb. 1). Die Angemessenheit erbrachter medizinischer Leistungen



**Abb. 1** Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (ausgedrückt als prozentuale Wahrscheinlichkeit »p[med]«) im RAND-Experiment zeigt deutliche Abhängigkeit von der Einkommenshöhe und der Höhe der Selbstbeteiligung (nach Manning et al. 1988).



zierte oder fragwürdige. Zwar war die Verschreibung von Antibiotika deutlich abhängig von der Höhe der Selbstbeteiligung; die Reduktion der Nutzung von Antibiotika aber betraf medizinisch sinnvollen Gebrauch ebenso wie unsinnige Antibiotikaeinnahme, etwa bei viralen Erkrankungen. Auch die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen war geringer bei Personen in Versicherungsplänen mit höherer Zuzahlung. Insgesamt ging höhere Selbstbeteiligung also durchgängig mit geringerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher, doch betraf dies in undifferenzierter Weise sowohl notwendige als auch überflüssige und unangemessene Inanspruchnahme. Sämtliche hier beschriebenen Effekte für die ambulante medizinische Versorgung waren im stationären Bereich deutlich geringer ausgeprägt oder nicht vorhanden.

Die Mehrzahl der maßgeblichen *Health Outcomes* schließlich waren bei höherer Selbstbeteiligung signifikant schlechter als bei niedrigen Zuzahlungen. So hatten Personen in den Versicherungsplänen mit höheren Zuzahlungen am Ende des mehrjährigen Experiments im Durchschnitt höheren diastolischen Blutdruck, eine schlechter korrigierte Seh- und Hörleistung, häufiger Anämie und ein höheres Mortalitätsrisiko (*»Risk of Dying Index«*) am Ende der Studie (16). Die beschriebenen Beobachtungen waren durchweg ausgeprägter in den niedrigeren Einkommensgruppen.

Die RAND-Health-Insurance-Studie wirft folglich eine Reihe wichtiger Fragen auf, anhand derer die Argumente für das Konzept größerer »Eigenverantwortung« der Patienten kritisch überprüft werden müssen. Zwei einschlägige Hauptbefunde der RAND-Studie sind die offensichtliche Unfähigkeit der Patienten, selbst adäquat zu entscheiden, wann ein Arztbesuch angezeigt ist (notwendige wie unangemessene Konsultationen waren gleichermaßen verringert mit höherer Selbstbeteiligung), sowie die Tatsache, daß keine signifikanten Unterschiede in der medizinischen Versorgung mehr gefunden werden konnten, sobald die Patienten sich erst einmal in ärztliche Obhut begeben hatten (10).

## Die Qualität von Patientenentscheidungen

Die letztgenannte Beobachtung muß die *Qualität* von Patientenentscheidungen mit einem Fragezeichen versehen. Es ist jedoch gerade eine der Grundannahmen des »ökonomischen Arguments«, daß Patienten als autonome Subjekte und informierte Konsumenten dem Arzt als ebenbürtige Vertragspartner gegenüberstehen.

Eine Rolle spielt in diesem Zusammenhang das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient. Der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt ist so rasch, die fachliche Differenzierung und Spezialisierung sind so weit gediehen und viele medizinische Probleme sind zugleich so komplex, daß selbst Ärzte häufig Schwierigkeiten haben, außerhalb des eigenen Fachgebietes fundierte Entscheidungen zu treffen.

Gewiß ist die Aufklärung der Bevölkerung und ihr Interesse an medizinischen Fragestellungen größer denn je; und zweifellos entwickeln zahlreiche Patienten ein beachtliches Fachwissen über ihre Erkrankung, besonders wenn diese chronisch ist und zu wiederholter Auseinandersetzung zwingt. Dies darf jedoch nicht den Blick dafür verstellen, daß es sich hierbei um eine zahlenmäßig kleine Minderheit wirklich gut informierter Patienten handelt; die weit überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung hingegen ist dazu nicht in der Lage – und wohl auch nicht willens (23). Selbst an medizinischen Sachverhalten interessierte, überdurchschnittlich qualifizierte und akademisch gebildete Bürger haben Schwierigkeiten, aus der Masse der pseudowissenschaftlichen Informationsflut in den Medien die verlässlichen und relevanten Nachrichten herauszufiltern.

Manche liberalen Ökonomen halten dem entgegen, dies sei das Ergebnis des faktisch nicht existierenden Marktes im Gesundheitswesen. Sie argumentieren, einschlägiges Wissen fehle vor allem auch deshalb, weil es in der gegenwärtigen Realität gar nicht benötigt werde. Würde hingegen das Versicherungssystem so strukturiert (oder im theoretischen Grenzfall ganz abgeschafft), daß Patienten für die Konsequenzen ihrer medizinischen Entscheidungen

selbst die Verantwortung übernehmen müßten, so schaffe dies eine starke Motivation, sich relevante Informationen zu beschaffen. Umgekehrt entstände in dieser Sichtweise ein Wettbewerbsvorteil für diejenigen Leistungsanbieter, die dem Patienten adäquate Informationen verfügbar oder doch zumindest besser zugänglich machen.

Es sei keineswegs für fundierte selbstverantwortete Entscheidungen erforderlich, erst ein Medizinstudium zu absolvieren. Auch im Falle der schon zitierten Kaufentscheidung etwa für ein Automobil verlasse sich der Konsument auf Kriterien wie die Reputation des Herstellers, wesentliche Leistungsdaten des Fahrzeugs sowie unabhängige Referenzen Dritter, zum Beispiel durch Lektüre einschlägiger Testberichte. Es sei für den Käufer nicht erforderlich, sämtliche komplexen technischen Details der Fahrzeugkonstruktion zu verstehen.

Die empirische Erfahrung aus der RAND-Studie ist nicht geeignet, diese Argumentation zu unterstützen. Medizinische Entscheidungen sind grundsätzlich unterschiedlich zu bewerten als andere durchaus komplexe Kaufentscheidungen. Dafür ist *nicht* primär ausschlaggebend, daß viele medizinische Entscheidungen offenkundig von weit größerer unmittelbarer Bedeutung für den betroffenen Patienten sind als in anderen Lebensbereichen zu treffende Entscheidungen. Der bedeutsame Unterschied liegt vielmehr darin, daß die meisten wichtigen medizinischen Entscheidungen nur einmal im Leben des jeweiligen Patienten getroffen werden müssen, und wenn, dann nicht selten überdies in einer krisenhaften persönlichen Situation.

Die Einmaligkeit vieler typischer medizinischer Entscheidungssituationen beraubt den Patienten der Möglichkeit, durch »Versuch und Irrtum« zu lernen und Erfahrung zu gewinnen. Im Gegensatz dazu funktionieren Märkte genau dann am besten, wenn direkte Konsumententscheidungen mit großer Häufigkeit wiederholt werden, wie das zum Beispiel bei Nahrungsmitteln und Kleidung der Fall ist. Folgerichtig stellte schon John Stuart Mill, einer der größten Verfechter persönlicher Autonomie, fest, daß die utilitaristische Begründung individueller Wahlmöglich-



keiten dann hinfällig wird, wenn dem Individuum keine Erfahrungsbasis für die zu treffende Entscheidung zur Verfügung steht (14).

### Die existentielle Herausforderung durch Krankheit

Der krisenhafte Charakter vieler wichtiger medizinischer Entscheidungssituationen darf nicht unterschätzt werden. Das gilt ausdrücklich nicht nur für den akuten Notfall. Es ist zum Beispiel schwer vorstellbar, wie der von Schmerzen und Vernichtungsangst geplagte Patient mit akutem Myokardinfarkt, der mit dem Notarztwagen zum nächsten intensivmedizinisch ausgerüsteten Krankenhaus transportiert wird, sich noch auf dem Weg dorthin in einem kardiologischen Lehrbuch über die geeigneten diagnostischen Maßnahmen, die Technik der Koronaraangiographie einschließlich der Ballondilatation sowie die relativen Vor- und Nachteile einer thrombolytischen Therapie sachkundig machen soll, um dann *sine ira et studio* eine Entscheidung über die zu treffenden Maßnahmen zu verantworten.

Auch jenseits solcher Notfallsituationen ist die »hyperrationale« Sicht des kranken Individuums inadäquat. Der kranke Mensch, infragegestellt in seiner Identität von Körper und Geist (oder »Leib und Seele«), ist nicht ein kühl kalkulierendes, seine konkrete Lage abstrahierendes Wesen. Er sieht sich vielmehr einer völlig ungewohnten Herausforderung gegenüber, nämlich der – die implizite Annahme seines täglichen Lebens, nämlich seiner fort-dauernden Existenz, zur Disposition stellende – Erfahrung seiner Verletzlichkeit und Endlichkeit. Von der Relevanz dieser Feststellung legen ungezählte Berichte von Kranken Zeugnis ab; jedem praktizierenden Arzt ist sie unmittelbar evident. Für den Patienten kommt regelmäßig die Erfahrung der Abhängigkeit von den behandelnden Ärzten hinzu, denen in sonst unvorstellbarer Weise die eigene Lebensgeschichte und der eigene Körper zugänglich gemacht werden muß. Sie geht oft einher mit regressiven Wünschen nach Fürsorge. Fraglos ist dies nicht exakt die

Lage eines autonom handelnden Subjekts, das die Angebote des medizinischen Marktes evaluiert und sich dann unter persönlichen Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten frei und rational entscheidet.

Die Krankengeschichten der am besten informierten Patienten, nämlich der Ärzte selbst, zeigen deutlich, daß die Verfügbarkeit von relevantem Fachwissen die existentielle Herausforderung nicht aufzuheben vermag. Exemplarisch ist der Fall von Franz Ingelfinger, des langjährigen Herausgebers des *New England Journal of Medicine*. Selbst ein Spezialist für Erkrankungen der Speiseröhre, litt er an einem Oesophagus-Karzinom. Die ihn behandelnden Ärzte überließen, in bester Absicht und voller Respekt vor der Expertise ihres berühmten Patienten, ihm selbst die Entscheidung über die einzuschlagende Behandlungsstrategie. Das Ergebnis war die vollständige Überforderung Ingelfingers und seiner Angehörigen, bis hin zur absoluten Fixierung auf das gestellte Problem, ohne daß er eine Entscheidung zu treffen vermocht hätte. Schließlich empfahl ihm ein befreundeter Kollege, er solle sich einem Arzt anvertrauen – ein Rat, welchen Ingelfinger befolgte, was ihn und seine Angehörigen »sofort erleichterte und von einer schweren Bürde befreite« (9). Man darf annehmen, daß Ingelfingers Lage noch komplizierter und unerträglicher gewesen wäre, hätte er sich zusätzlich mit den finanziellen Konsequenzen seiner Behandlung auseinandersetzen müssen.

Es ist überdies zu beachten, daß es – abgesehen von der aufgezeigten Realitätsferne des »hyperrationalen« Ansatzes – darüber hinaus sogar dem Wunsch des Patienten entsprechen kann, nicht selbst rational entscheiden zu müssen. Im Gegenteil ist die »magische Dimension« des Heilens ein traditioneller Bestandteil der Medizin, dessen Wirksamkeit nur von Theoretikern bezweifelt werden kann. In der klinischen Pharmakologie hat man gelernt, solche nichtnaturwissenschaftlichen oder unspezifischen Wirkungen als Placebo-Effekte in Studien eigens zu kontrollieren (17).

Verfechter des Prinzips maximaler Eigenverantwortung halten diesen Beobachtungen insbesondere entge-

gen, daß der Mehrzahl medizinischer Entscheidungen keine schwerwiegende Bedeutung zukomme. Diesem Argument steht gegenüber, daß die subjektive Erfahrung von Krankheit und ihre psychologischen Implikationen eben durchaus nicht immer der objektiven Schwere des Krankheitszustandes entsprechen. Selbst eine Grippe, ein chronisches Schmerzsyndrom oder eine schwere Nahrungsmittelvergiftung können die Funktionsfähigkeit und das rationale Denken massiv beeinträchtigen, und dies in einem individuell und situativ sehr unterschiedlichen Ausmaß. Die Situation jedenfalls der akuten Erkrankung ist normalerweise nicht der Zeitpunkt kritischer Informationsbeschaffung, kühler Bewertung und rationaler Entscheidung.

### Das Versicherungsprinzip

Die Möglichkeit, zumindest den zusätzlichen Stress finanzieller Probleme im Krankheitsfall abgenommen zu bekommen, ist einer der Faktoren, welche die vielfach dokumentierte, eindeutige Präferenz der Bevölkerung für eine Versicherung gegen das Krankheitsrisiko erklären (1).

Hinzu tritt der allgemeinere Aspekt der Absicherung des Risikos wirtschaftlichen Ruins im Falle schwerwiegender Erkrankung. Dies kann durchaus rasch eintreten, bedenkt man, daß die gesamten Behandlungskosten nach Unfallverletzungen, Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen, nicht zu denken an weitreichende Eingriffe wie Organtransplantationen, die mit wiederholten längeren Hospitalisierungen einhergehen, ohne weiteres DM 100000,- überschreiten können. Selbst die Behandlung vergleichsweise kleinerer medizinische Probleme mit Krankenhausaufenthalt von wenigen Tagen verursacht leicht Kosten von mehreren tausend Mark. Es liegt im Wesen vieler Erkrankungen, daß sie völlig unvorhergesehen auftreten. Genau dies ist aber das Prinzip jedes vernünftigen Versicherungsschutzes: die Absicherung gegen unverhersehbare, unkalkulierbare Risiken, welche potentiell die Grundlagen der eigenen ökonomischen Existenz zu zerstören imstande wären.



Auch wenn es trivial erscheinen mag, so ist es doch von grundlegender Bedeutung, den hohen Stellenwert des Versicherungsprinzips zu verstehen. Denn im Kern bedeutet jede Maßnahme hin zu einer direkten Beteiligung des Patienten an seinen Krankheitskosten eine partielle Abkehr von diesem Prinzip.

### Wirtschaftliche Aspekte und soziale Gerechtigkeit

Es wäre mit dem oben dargestellten Versicherungsprinzip jedoch ohne weiteres vereinbar, den Deckungsumfang der Krankenversicherung auf die Absicherung gegen schwerwiegende wirtschaftliche Konsequenzen (»Ruin«) zu beschränken. Entsprechende Modelle einer nach oben begrenzten Eigenbeteiligung werden im Rahmen der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland angeboten. Die komplizierten Zuzahlungsregelungen mit zahlreichen nach sozialen Gesichtspunkten gestaffelten Ausnahmetatbeständen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechen dem Bemühen, die erwarteten positiven makroökonomischen Effekte einer Patientenselbstbeteiligung von ihren im RAND-Experiment dokumentierten negativen »mikroökonomischen« Auswirkungen zu entkoppeln.

Die möglichen Einspareffekte sollten hierbei nüchtern eingeschätzt werden. Selbst wenn eine Mehrzahl von Patienten Zuzahlungen leistet, ohne einen der Befreiungstatbestände gemäß der – in ihrer Durchführung mit beachtlichem bürokratischen Aufwand verbundenen – Ausnahmeklauseln für sich in Anspruch zu nehmen, so betrifft dies doch nur einen geringen Teil der gesamten Ausgaben. Denn ein erheblicher Anteil der Kosten (verschiedenen Quellen zufolge verursachen zehn Prozent der Versicherten mehr als zwei Drittel der gesamten Kosten) entsteht für Patienten mit chronischen Erkrankungen, ältere Patienten und jene, welche sich aufgrund ihres sozioökonomischen Status für die Anwendung mindestens einer der Ausnahmeklauseln qualifizieren. Empirische Daten und theoretische Überlegungen legen gleichermaßen nahe, daß die tatsäch-

lichen medizinischen Maßnahmen, wurde erst einmal ein Arzt aufgesucht, von diesem wenn nicht praktisch entschieden, so doch maßgeblich beeinflußt werden. Damit aber ist das Prinzip der Selbstbeteiligung oder »Selbstverantwortung« sehr weitgehend seiner eigentlich angestrebten Steuerungsfunktion beraubt.

Es verbleibt das Problem der sozialen Gerechtigkeit, wenn – wie gezeigt – davon ausgegangen werden muß, daß besonders sozial Schwächere tendenziell von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abgehalten werden. Da Patienten typischerweise die potentielle Relevanz von Leitsymptomen nicht zu bewerten und deshalb auch die Notwendigkeit der rechtzeitigen Beanspruchung medizinischer Maßnahmen – präventiver, diagnostischer oder therapeutischer Art – zu erkennen vermögen, wird damit die Effizienz von Maßnahmen zur Selbstbeteiligung in Frage gestellt. Die Ergebnisse der RAND-Studie legen nahe, daß höhere Selbstbeteiligung mit ungünstigeren Health Outcomes einhergehen kann, was einerseits zusätzliche Folgekosten nach sich ziehen kann, und wovon andererseits wiederum überproportional sozial Schwächere betroffen sind. Ausgleichsregelungen hierfür sind schwierig zu administrieren und bewirken ihrerseits bürokratischen Aufwand, der die angestrebten makroökonomischen Einspareffekte notwendig reduziert.

### Schlußfolgerung

Mit steigender Beteiligung der Patienten an den Kosten der für sie erbrachten Gesundheitsdienstleistungen werden zusätzliche finanzielle Mittel für das Gesundheitssystem verfügbar. Gleichzeitig sinkt die Nachfrage durch die Patienten, was sich insbesondere in einer verminderten Inanspruchnahme ambulanter Angebote niederschlägt; in diesem Sektor ist daher mit sinkenden Ausgaben zu rechnen. Vergleichbar eindeutige Daten für den Krankenhausbereich liegen nicht vor.

Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ist bei höherer Selbstbeteiligung um so geringer je niedriger das

verfügbare Einkommen des Betroffenen ist. Die Entscheidungen von Patienten über medizinische Leistungen sind qualitativ fragwürdig, da die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung nicht wirksam notwendige von unangemessenen Maßnahmen zu differenzieren vermag. Deshalb kann es nicht überraschen, daß im RAND-Experiment höhere Kostenbeteiligung empirisch mit schlechteren Health Outcomes assoziiert war; davon waren Einkommensschwache stärker betroffen. Unter diesen Gesichtspunkten wäre eine weitere Ausweitung des Systems der Patientenselbstbeteiligung in der Tat nicht empfehlenswert. Denn es wäre zu befürchten, daß der wesentliche soziale Aspekt der Krankenversicherung leiden würde, ohne daß die Effizienz des Systems nachhaltig verbessert werden könnte; stattdessen wäre mit zusätzlichen Fehlsteuerungen durch zu geringe beziehungsweise individuell zu späte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu rechnen. Diese Überlegungen schließen Maßnahmen zur Erzielung einer höheren Kostentransparenz und damit einem größeren Kostenbewußtsein der Patienten nicht aus; auch sollten Patienten über Entscheidungen aufgeklärt werden, die unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten getroffen werden.

Eine Lösung der Kostenkrise des Gesundheitssystems mittels größerer »Eigenverantwortung« der Patienten ist nicht zu erwarten, solange das Ziel sozialer Gerechtigkeit nicht aufgegeben wird. Aus diesen Gründen müssen besser geeignete Mechanismen gefunden werden, um eine optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zu erreichen. Als Entscheider kommen damit primär die Krankenversicherungsträger (»Third Party Payers«) und die Ärzte in Betracht. Diese Lösungsansätze werden in den folgenden Beiträgen dieser Reihe zum Thema »Rationierung oder Rationalisierung« in der *Medizinischen Welt* diskutiert werden.

#### LITERATUR

1. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev* 1963; 53: 941.



2. Bentham J. An Introduction to the Principles of Morals and Legislation. London: Oxford University Press 1879.
3. Chalkley M, Robinson R. Theory and evidence on cost sharing in health care: an economic perspective. London: OHE 1997.
4. Evans R, Barer M, Stoddard G. User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back. *Can J Aging* 1995; 14: 360-90.
5. Getzen TE. Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds. New York, NY: John Wiley & Sons 1997.
6. Goodman J, Musgrave G. Patient Power: The Free Enterprise Alternative to Clinton's Health Plan. Washington, DC: The Cato Institute 1994.
7. Hall MA. Making Medical Spending Decisions. New York, NY: Oxford University Press, 1997.
8. Hoffmeyer UK, McCarthy TR (eds). Financing Health Care. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1994.
9. Ingelfinger F. Arrogance. *N Engl J Med* 1980; 303: 1507.
10. Keeler EB, Rolph JE. How Cost Sharing Reduced Medical Spending of Participants in the Health Insurance Experiment. *JAMA* 1983; 249: 2220.
11. Malcherczyk L. Arbeit & Soziales: Sozialversicherung – Krankenkasse 1998. *Diab J* 1998; 2: 38-43.
12. Manning WG et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care. Santa Monica, CA: The RAND Corporation, 1988.
13. Mill JS. Utilitarianism. New York, NY: EP Dutton 1910.
14. Mill JS. Principles of Political Economy. London: Longmans & Green, 1929.
15. Moffit RE. Personal Freedom and Responsibility: The Ethical Foundations of a Market-Based Health Care Reform. *J Med Philo* 1994; 19: 471.
16. Newhouse JP and The Insurance Experiment Group. Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press: 1993.
17. Roberts AH. The Powerful Placebo Revisited: Magnitude of Nonspecific Effects. *Mind/Body Med* 1995; 1: 35-43.
18. Rubin RJ, Mendelson DN. A Framework for Cost Sharing Policy Analysis. In: Sharing the Cost of Health: A Multi-Country Perspective. N. Mattison (ed). Basel: The Pharmaceutical Partners for Better Healthcare (PPBH), 1995.
19. Schlander M. The Contribution of Health Economics to Pharmaceutical Research and Development. Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft 1998.
20. Schlander M. Rationierung oder Rationalisierung? Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 1): Warum Rationierung unvermeidlich werden kann. *Med Welt* 1999; 50: 36-41.
21. Schlander M. Möglichkeiten und Grenzen der Patientenselbstbeteiligung: Wirtschaftliche und medizinisch-ethische Aspekte der Selbstbeteiligung von Patienten an den Kosten des Gesundheitssystems. In: Gesundheitswesen 2010: Prognosen, Trends und Chancen. Braun W, Schaltenbrand R (eds). Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft 1998; 82-103.
22. Schulenburg JMvd, Schöffski O. Transformation des Gesundheitswesens im Spannungsfeld zwischen Kostendämpfung und Freiheit: Eine ökonomische Analyse des veränderten Überweisungs- und Einweisungsverhaltens nach den Arzneimittelregulierungen des GSG. In: Probleme der Transformation im Gesundheitswesen. Oberender P (ed). Baden-Baden: 1994.
23. Wyke A. Can Patients Drive the Future of Health Care? *Harv Bus Rev*; 1997: Juli-August: 146-50.

Korrespondenzadresse:  
 Michael Schlander, MD, MBA  
 Senior Director, Janssen Strategic Marketing  
 Turnhoutseweg 30  
 B-2340 Beerse, Belgien