

A. Univ.-Prof. Dr. Engelbert Theurl

**Gesundheitsökonom am Institut für Finanzwissenschaft,
Universität Innsbruck**

Wirkungen von Kostenbeteiligun- gen im Gesundheitswesen: Eine empirische Bestandsaufnahme

1. Einleitung	1
2. Formen der Kostenbeteiligung: Ein bunter Strauß an Möglichkeiten	3
3. Kriterien für die empirische Evaluierung von Kostenbeteiligungsmodellen	9
4. Eine Systematisierung der empirischen Befunde	10
5. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	17
Literaturverzeichnis	18

Die Systematisierung der internationalen empirischen Evidenz zu den Wirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen ergibt ein bruchstückhaftes Bild, da zahlreiche Wirkungen bislang nicht ausreichend untersucht wurden. Insgesamt ist zu erwarten, dass die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen durch Kostenbeteiligungen zurückgeht, allerdings ergibt sich keine klare Differenzierung zwischen effektiven und nicht effektiven Leistungen. Gesellschaftliche Subgruppen wie Arme, Alte, Chronisch-Kranke reagieren anders auf Kostenbeteiligungen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Dies ist ein starkes Indiz dafür, dass die Gesundheitspolitik mit Kostenbeteiligungen sehr umsichtig umgehen sollte, sozial verträgliche Experimente mit Kostenbeteiligungen sind aber sehr willkommen, um das hohe Maß an Unkenntnis über die Wirkungen zu beseitigen. Dazu sollten auch unterschiedliche Mischungsverhältnisse von angebots- und nachfragebezogener Kostenbeteiligung zählen.

1. Einleitung

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen stellt in vielen Staaten einen Dauerbrenner auf der gesundheitspolitischen Agenda dar. Der rasante medizinisch-technische Fortschritt, der neue – vielfach teurere, aber auch effektivere – Behandlungsmethoden im großen Stil medizinisch sinnvoll macht, vielfältige Verschiebungen in der soziodemografischen Struktur der Bevölkerung, die Internationalisierung wirtschaftlicher Transaktionen bzw. die Erhöhung der Mobilität der Produktionsfaktoren und damit der wesentlichen „Basis“ insbesondere der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung über Steuern und Sozialversicherungsbeiträge führen dazu, dass steigende Lücken zwischen dem medizinisch Machbaren und der gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft entstehen werden. Eine wichtige Stoßrichtung der Gesundheitspolitik, diese Lücke zu „bewirtschaften“, besteht in vielen Staaten im verstärkten Einsatz von Evaluationstechniken bei der Zulassung neuer Produkte und Verfahren (Stichworte: Evidence Based Medicine, Health Technology Assessment).

Daneben steht die Absicherung bzw. die dynamische Gestaltung der bestehenden Quellen der Gesundheitsfinanzierung im Fokus der Politik. Im Rahmen der Gesundheitssysteme vom Bismarcktyp ist das Mischungsverhältnis aus Steuer- und Beitragsfinanzierung in diesem Zusammenhang eine wichtige Reformschnittstelle. Aber auch die Verstärkung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen über Direktzahlungen der Patienten bzw. Kostenbeteiligungen wird immer wieder als Finanzierungsbaustein eingebracht.

Direktzahlungen bzw. Beteiligungen der Patienten an den entstandenen Behandlungskosten in der Phase der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind auch bereits derzeit ein wichtiges Instrument der Gesundheitsfinanzierung. Ungefähr 40 Prozent der Gesundheitsausgaben wurden in den letzten Jahren in einem ungewichteten weltweiten Staatenquerschnitt aus dieser Quelle finanziert. In den Staaten der Dritten und Vierten Welt beträgt dieser Anteil teilweise zwischen 60 und 70 Prozent. Aber selbst in den OECD-Staaten, die über historisch gewachsene und etablierte Systeme der „Abdeckung des Gesundheitsausgabenrisikos“ – via soziale und private Krankenversicherungen bzw. direkt über den Staat – verfügen, liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtgesundheitsausgaben, die „Out of Pocket“ geleistet werden, bei ca. 20 Prozent (Sanwald/Theurl 2015, 1).

Direktzahlungen der Patienten haben aber nicht nur aus einer fiskalischen Perspektive Bedeutung und können nicht nur aus diesem Blickwinkel beurteilt werden. Viel wichtiger sind letztlich die ökonomischen Konsequenzen für die individuelle und die soziale Wohlfahrt von Patienten und Gesellschaft, die mit Direktzahlungen der Patienten verbunden sind. Krankheiten sind aus einer individuellen Perspektive in einem hohen Ausmaß nicht vorhersehbar, können aber zu substantiellen Ausgabenkonsequenzen führen. Sie reduzieren erratisch die Ressourcen, die Individuen für die übrigen Notwendigkeiten und Annehmlichkeiten des Lebens zur Verfügung haben. Im Extremfall können Individuen damit unter die Armutsgrenze gedrückt werden, und notwendige Gesundheitsausgaben haben in diesen Fällen katastrophale ökonomische Konsequenzen. Wenn Individuen risikoavers sind – und davon ist im Durchschnitt auszugehen –, dann werden sie an Institutionen interessiert sein, die dieses Risiko gegen Zahlung einer Prämie, eines Beitrages oder von Steuern „poolen“ und damit gesellschaftlich und individuell kalkulierbar machen.¹ Finanzintermediäre wie private Krankenversicherungen, soziale Krankenversicherungen und der Staat tragen damit zu einer Glättung des individuellen Konsumpfades bei und können im Endeffekt die Wohlfahrt der Individuen steigern. Selbstbehalte, die diese Pooling-Effekte beschränken, tragen daher immer das Potential in sich, Wohlfahrtsverluste zu erzeugen. Zudem werden Direktzahlungen der Patienten vielfach als Hürden für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen angesehen und können damit langfristig die individuelle Gesundheit beeinträchtigen. Schließlich zeigen empirische Untersuchungen, dass Direktzahlungen regressive Effekte auf die Einkommensverteilung haben, d.h. die unteren Einkommensschichten relativ stärker belasten als die oberen Einkommensschichten. Die hier genannten negativen Effekte von Kostenbeteiligungen sind beispielsweise für die WHO ein wichtiger Grund dafür, im Rahmen ihrer Strategie einer „Universal Health Coverage“ auf Finanzierungsformen zu setzen, die geeignet sind, Kostenbeteiligungen zurückzudrängen und die Zahlungen der Patienten an die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu lösen. Andererseits werden Direktzahlungen der Patienten aber auch als ein Instrument angesehen, der versicherungsinduzierten „Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ gegenzusteuern, woraus wohlfahrtserhöhende Effekte abgeleitet werden können. Ökonomen sprechen in diesem Zusammenhang vom Phänomen des „Moral Hazard“, das auf diese Weise verringert oder verhindert werden kann (vgl. Chalkley/Robinson 1997). Schließ-

1 Der positive Effekt der Existenz einer Krankenversicherung wird hier primär mit der Existenz von Risikoaversion begründet. Nyman (1999) betont zusätzlich das „access motive“ als Begründung für die Nachfrage nach Krankenversicherung. Diese leitet sich daraus ab, dass eine Krankenversicherung es ermöglicht, Gesundheitsleistungen in einem Ausmaß zu konsumieren, welches größer als das individuelle Lebenseinkommen ist.

lich sind alle überindividuellen Formen der Absicherung von Krankheitsrisiken mit teilweise hohen Transaktionskosten verbunden. Diese können dazu führen, dass die zu entrichtenden „Beiträge“ über den für die Risikofinanzierung notwendigen Beiträgen liegen und erhebliche „Prämienzuschläge“ enthalten. Die individuelle Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligungen erscheinen aus dieser Sicht vor allem bei „kleineren und häufigeren Risiken“ als eine sinnvolle Alternative.²

Bereits diese kurze ökonomische Charakterisierung macht deutlich, dass Kostenbeteiligungen von Patienten ein ambivalentes Instrument der Finanzierung und Steuerung im Gesundheitswesen sind, dessen Veränderung in den seltensten Fällen nur Nutzen generiert, sondern vielfach einer sorgfältigen Abwägung von Nutzen und Kosten bedarf. Zudem wird die Thematik häufig – zu Recht – sehr „wertegeladen“ diskutiert. In solchen „werteaffinen“ Diskussionen muss es eine der primären Aufgaben der Gesundheitswissenschaften sein, eine empirische Basis für die gesundheitspolitische Diskussion zu schaffen. Der folgende Beitrag ist dieser Aufgabe gewidmet. Konkret soll die folgende Frage beantwortet werden: Was wissen die Gesundheitswissenschaften heute über die Effekte verschiedener Formen der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen? Der Beitrag ist dabei wie folgt aufgebaut: In einem ersten Schritt soll eine kurze Systematisierung der verschiedenen Formen von Kostenbeteiligungen erfolgen. Darauf aufbauend sollen ausgewählte gesundheitswissenschaftliche Kriterien erarbeitet werden, anhand derer Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen gesundheitspolitisch evaluiert werden können. Im Mittelpunkt des Beitrages steht dann die Systematisierung der empirischen Evidenz zu den Wirkungen der Selbstbeteiligung anhand ausgewählter zuvor erarbeiteter Wirkungskriterien. Einige ausgewählte gesundheitspolitische Schlussfolgerungen aus den empirischen Ergebnissen sollen den Beitrag abrunden. Der Beitrag berichtet nicht aus eigenen empirischen Forschungen zur Selbstbeteiligung, die auf Primärerhebungen basieren. Er stellt auch nicht die Ergebnisse einer selbst erstellten Meta-Analyse zur Forschungsfrage dar. Beide Unterfangen liegen deutlich außerhalb des Kontextes dieses Beitrages. Basis der Beurteilung sind vielmehr Informationen aus (i) ausgewählten Meta-Analysen und (ii) einflussreichen empirischen Studien, die in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur zur Kostenbeteiligung dokumentiert sind. Ziel des Beitrages ist es also, in „stark verdichteter Form“ eine Antwort auf die erkenntnisleitende Fragestellung zu geben und damit wahrscheinliche „Ergebnisbereiche“ abzustecken, an denen sich die Gesundheitspolitik orientieren könnte und sollte.

2 Modelltheoretisch lässt sich zeigen, dass eine volle Abdeckung von Krankheitskostenrisiken nur dann angezeigt ist, wenn die Prämien versicherungsmathematisch fair sind und das übernommene Risiko widerspiegeln. Sind die Beiträge jedoch höher, dann ist nur eine Teilabsicherung optimal.

2. Formen der Kostenbeteiligung: Ein bunter Strauß an Möglichkeiten

Jede Evaluierung der ökonomischen Effekte von Kostenbeteiligungen braucht eine Arbeitsdefinition, was unter Kostenbeteiligungen verstanden werden soll. Im Rahmen dieser Arbeit wird in einem ersten Schritt zwischen nachfrage- und angebotsbezogenen Kostenbeteiligungen unterschieden (vgl. Ellis/McGuire 1990, Ellis/McGuire 1993, McGuire 2000). Erstere sind zumeist ausschließlich gemeint, wenn in der gesundheitspolitischen Praxis von Kostenbeteiligungen gesprochen wird. Letztere werden in der gesundheitsökonomischen Literatur erst in jüngerer Zeit systematisch thematisiert, sie werden in der gesundheitspolitischen Praxis zwar vielfach angewandt, aber nicht als Kostenbeteiligungen auf der Angebotsseite bezeichnet. Der empirische Schwerpunkt der Ausführungen in diesem Beitrag liegt auf den nachfragebezogenen Kostenbeteiligungen, sodass auch mit deren Charakterisierung begonnen werden soll. Kostenbeteiligungen sind Zahlungen des Patienten an die Anbieter von Gesundheitsleistungen (bzw. an die Finanzierungsträger)³ aus Anlass der direkten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Kostenbeteiligungen stellen damit also eine Verbindung zwischen den erbrachten Leistungen und den getätigten Zahlungen der Patienten her. Für die Charakterisierung von Gesundheitssystemen aus einer Makroperspektive (Systemperspektive) ist es sinnvoll, grundsätzlich zwischen drei Typen von Kostenbeteiligungen (Direktzahlungen) zu unterscheiden:

- Typ 1: Individuen verfügen über keinerlei Versicherungsplan⁴ und sind daher gezwungen, die gesamten Gesundheitsleistungen direkt selbst zu bezahlen. Die Kostenbeteiligung stellt sich in diesem Fall als Grenzfall von 100 Prozent dar. Typ 1 tangiert damit die Frage, welche Bevölkerungsgruppen überhaupt Versicherungsschutz im Krankheitsfall genießen. Diese Form der Kostenbeteiligung ist in den Staaten der Dritten und Vierten Welt ein äußerst virulentes Problem, während sie sich in den OECD-Staaten vielfach auf gesellschaftliche „Randgruppen“ beschränkt.⁵ So zeigen Paris et al. (2016, 13) in ihrer Studie

3 Die beiden Ausgestaltungsformen haben zum Teil unterschiedliche Wirkungen, auf die im Detail hier aber nicht eingegangen wird.

4 Versicherungsplan steht als Chiffre für verschiedene Formen der überindividuellen Absicherung und inkludiert private und öffentliche Absicherungsformen.

5 Diese Charakterisierung gilt auch für Österreich, das ein unvollständiges System der Pflichtversicherung mit einer starken Erwerbsbezogenheit hat.

über die Abdeckung von Gesundheitsausgaberrisiken in 34 OECD-Staaten, dass der Anteil der Bevölkerung ohne Versicherungsschutz gegen Krankheitskostenrisiken (öffentlich und privat-freiwillig) nur in wenigen Staaten substantiell ist: Chile 3,5 Prozent der Bevölkerung, Griechenland 21,0 Prozent, Mexiko 7,1 Prozent, USA 13,4 Prozent. Einschränkend ist dazu zu sagen, dass damit aber keinerlei Aussage über die Qualität dieses Versicherungsschutzes getroffen wird. Zudem zeigen die jüngsten Entwicklungen in Griechenland, dass Absicherungssysteme, die bereits in Normalzeiten prekär sind, in Krisenzeiten sehr rasch ihre Schutzfunktion für die Bevölkerung vollkommen verlieren können.

- Typ 2: Individuen verfügen über einen Versicherungsplan, der aber nicht alle (notwendigen, gewünschten) Gesundheitsleistungen abdeckt. Im Hinblick auf die von der Versicherungsdeckung ausgeschlossenen Leistungen kann also von einer Kostenbeteiligung von 100 Prozent gesprochen werden. Typ 2 thematisiert den Umfang des Leistungsspektrums von Krankenversicherungssystemen und die Vorgangsweisen, wie Leistungskataloge abgegrenzt werden. Damit ist Typ 2 angesichts des raschen medizinisch-technischen Wandels ständige Agenda der Gesundheitspolitik, da es um notwendige Anpassungen geht.
- Typ 3: Dieser Typ bezieht sich auf die Gesundheitsleistungen, die prinzipiell im Versicherungsplan abgedeckt sind. Er entsteht dann, wenn nicht die gesamten Kosten der Versicherungsleistungen abgedeckt sind. Typ 3 umschreibt damit die Kostenbeteiligungen im engeren Sinne, auf die im weiteren empirischen Teil das Schwergewicht gelegt wird.

In der konkreten technischen Ausgestaltung kann die Kostenbeteiligung vom Typ 3 unterschiedliche Formen annehmen. So können direkte Formen der Kostenbeteiligung von indirekten Formen unterschieden werden. Direkte Formen der Kostenbeteiligung sind absolute Kostenbeteiligungen pro Leistung (z.B. Rezeptgebühr), prozentuelle Kostenbeteiligungen, Bonus-Malus-Systeme, Indemnitätsstarif⁶, Abzugsfranchise (absolute Kostenbeteiligungen pro Periode), Versicherungssummenbegrenzung. Diese Formen können miteinander kombiniert und mit Obergrenzen (z.B. bezogen auf das Einkommen) versehen werden. Unter den indirekten Formen der Kostenbeteiligung können u.a. Leistungsausschlüsse, Positiv- und Negativlisten, Festpreissysteme, Chefarztpflicht etc. subsummiert

6 Bei einem Indemnitätsstarif erhält das Individuum einen fixen Transfer für eine Leistung. Die Höhe des Transfers bestimmt sich nach dem Gesundheitszustand. Ein anschauliches Beispiel für einen Indemnitätsstarif ist das Pflegegeldsystem in Österreich. Der Transfer bestimmt sich nach dem Pflegebedarf, der von Experten periodisch festgestellt wird. Der Transfer ist von den tatsächlich entstehenden Pflegekosten unabhängig. Der Indemnitätsstarif beinhaltet damit einen starken Anreiz, kostengünstige Betreuungslösungen zu suchen.

werden. Indirekte Kostenbeteiligungen sind damit im Übergangsbereich von Typ 2 und Typ 3 angesiedelt. In der Darstellung der empirischen Effekte von Selbstbeteiligungen liegt in diesem Beitrag die Konzentration auf den direkten Formen der Kostenbeteiligung. Die empirische Evidenz zu den unterschiedlichen Wirkungen der verschiedenen Formen der direkten Kostenbeteiligung (z.B. absolute Kostenbeteiligung versus Abzugsfranchise) ist insgesamt nur sehr beschränkt verfügbar.

Nachfragebezogene Formen der Kostenbeteiligung beziehen ihre Berechtigung aus der Vorstellung, dass das Gesundheitswesen über die Beeinflussung des Patientenverhaltens wirksam gesteuert werden kann. Ökonomischer Ausgangspunkt für diesen gesundheitspolitischen Zugang ist das Phänomen des Moral Hazard. Moral Hazard bezeichnet dabei Verhaltensänderungen von Individuen (im Hinblick auf die Krankheitsprävention oder auf Niveau und Struktur der Gesundheitsleistungen), die durch die Existenz von öffentlichem und privatem Versicherungsschutz auftreten können, vom Versicherungsträger aber nicht von der risikobedingten Inanspruchnahme getrennt werden können. Die Ursache von Moral Hazard liegt damit letztlich in einer asymmetrischen Information zwischen Versicherungsträger und Versicherungsnehmer. Umgangssprachlich wird häufig davon ausgegangen, dass das Gesundheitswesen „übernutzt“ wird und dass diese Übernutzung versicherungsinduziert ist.⁷ In diesem Zusammenhang stellen sich aber zwei entscheidende gesundheitspolitische Fragen: Erstens ist die Einführung von nachfragebezogenen Kostenbeteiligungen nur dann sinnvoll, wenn die Steuerungswirksamkeit dieser Formen der Selbstbeteiligung tatsächlich gegeben ist. (Für eine ausführliche Diskussion dieses Arguments siehe Zweifel/Manning, 2000.) Aber selbst wenn diese Steuerungswirksamkeit gegeben ist, steht die Gesundheitspolitik vor einem grundlegenden Trade-off: Eine Erhöhung der Selbstbeteiligung reduziert zwar möglicherweise den Wohlfahrtsverlust aus dem Moral Hazard, ist aber mit einer Erhöhung des Anteils jener Risiken verbunden, die von den Individuen im Krankheitsfall selbst zu tragen sind. Sie wirkt daher bei Risikoaversion tendenziell wohlfahrtssenkend.

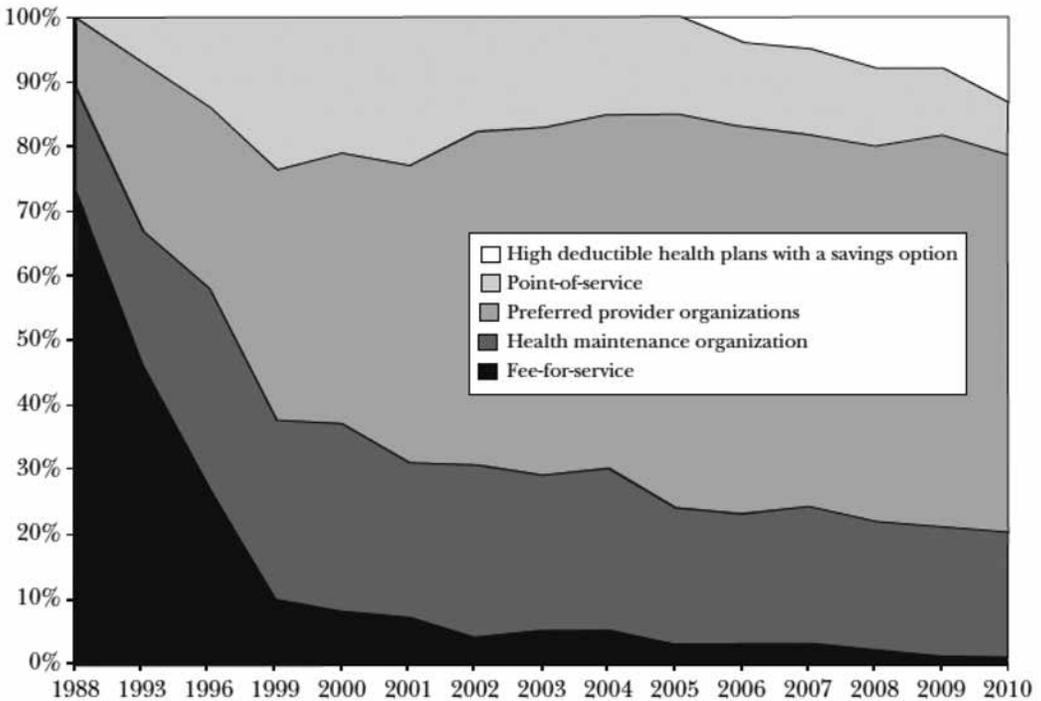
Die gesundheitswissenschaftliche Literatur zu nachfragebezogenen Formen der Kostenbeteiligung ging lange Zeit davon aus, dass der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen von der Angebotsseite her keine Grenzen gesetzt werden. Diese Ansicht war nie voll zutreffend, wenn die Anbieter im Gesundheitswesen aber nach dem Kostenerstattungsprinzip bzw. nach Einzelleistungen vergütet werden und der Marktzutritt keine starke Regulierung erfährt, dann kommt dies einer solchen Situation sehr nahe. Die Reformstrategien im Gesundheitswesen, die unter

7 Die ökonomische Ableitung der negativen Effekte von Moral Hazard beruht auf relativ strikten Annahmen. Interessierte seien auf die einschlägige gesundheitsökonomische Literatur dazu verwiesen. Vgl. Manning/Zweifel 2000.

dem Stichwort „Managed Care“ zusammengefasst werden können und die Gesundheitspolitik in vielen Ländern in den letzten 40 Jahren sehr stark beeinflusst haben, haben hier zu deutlichen Veränderungen geführt. Im Finanzierungsbereich führte Managed Care zur Implementation verschiedener Formen der angebotsbezogenen Kostenbeteiligung. Angebotsbezogene Kostenbeteiligung bedeutet, dass der Erlös eines Anbieters von Gesundheitsleistungen nicht in Beziehung zu den anfallenden Kosten der Behandlung gesetzt wird.⁸ Beispiele für Techniken (Formen) der angebotsbezogenen Kostenbeteiligungen sind prospektiv festgelegte Budgets, Pauschalen, Einzelleistungsvergütungssystemen mit degressiven Elementen, wie sie in Österreich relativ breit angewendet werden, etc. Angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung können sich auf die Wert- und/oder auf die Mengenkompente beziehen. Im Endeffekt führen angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung dazu, dass die Leistungsanbieter einen Teil des Absicherungsrisikos übernehmen. Das Ausmaß der Transformation, die das Gesundheitswesen durch Managed Care erfahren hat, lässt sich sehr anschaulich am US-amerikanischen Gesundheitswesen zeigen, worüber Schaubild 1 Auskunft gibt. Im Jahre 1988 waren in den USA knapp über 70 Prozent der im Rahmen von betriebsbezogenen Versicherungssystemen versicherten Bevölkerung (rd. 60 Prozent der Gesamtbevölkerung) in Versicherungssystemen abgedeckt, die die Anbieter nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung (bzw. im Krankenhaus nach der Kostenerstattung) finanziert haben. In dieser „Absicherungswelt“ spielte die Nachfrageseite für die Steuerung des Gesundheitswesens (durch Kostenbeteiligung) eine große Rolle. Im Zuge der Gesundheitsreformen in den 90er Jahren wurden diese Pläne fast vollständig durch Versicherungssysteme ersetzt, in der die Steuerung des Gesundheitswesens verstärkt über die Angebotsseite erfolgt. Point-of-service, preferred provider organization, health maintenance organizations sind wichtige Beispiele für solche angebotsbezogenen Versicherungspläne, in denen die angebotsbezogene Kostenbeteiligung eine große Rolle spielt. In den europäischen Gesundheitssystemen (z.B. auch in Österreich, vgl. Theurl 2002) spielten angebotsbezogene Instrumente der Steuerung des Gesundheitswesens schon immer eine substantielle Rolle.

⁸ Angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung sind natürlich nicht die einzige Möglichkeit, mit der das Verhalten im Gesundheitswesen gesteuert wird. Dazu zählen auch Instrumente wie Gesundheitsplanung, Technology Assessment, Praxisrichtlinien etc.

Schaubild 1: Die Transformation der Versicherungslandschaft in den USA im Zeitraum 1988–2010



Source: Kaiser Family Foundation and Health Research Education Trust, Employer Health Benefits Annual Survey, 2010.

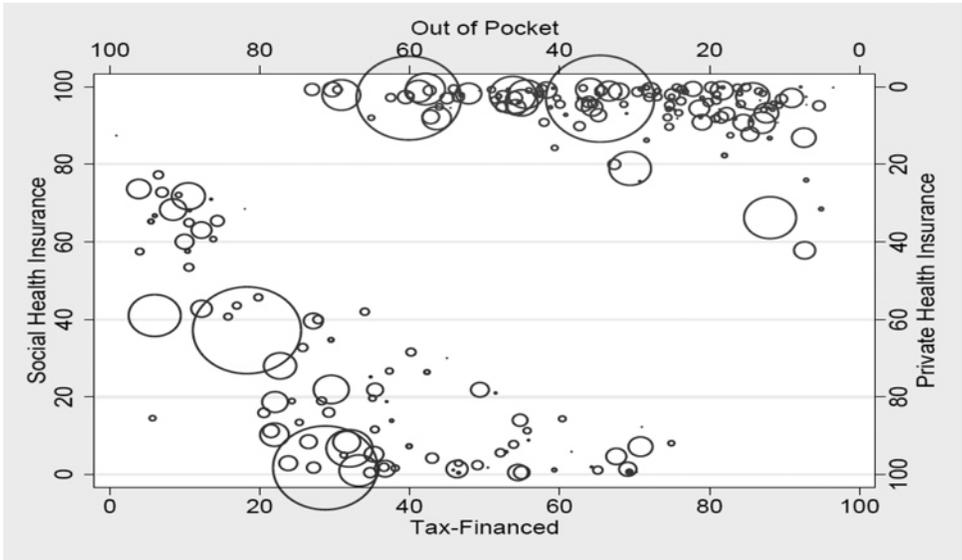
Quelle: Baicker/Goldman 2011, 49

Welche gesundheitspolitischen Argumente können für angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung ins Treffen geführt werden? Ökonomisch-theoretisch wird die angebotsbezogene Kostenbeteiligung damit gerechtfertigt, dass sie besser geeignet sei, das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen zu steuern. Von Vertretern dieser Argumentation wird in diesem Zusammenhang zumeist die Existenz einer unabhängigen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Zweifel gezogen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen sehr stark durch die Anbieter (mit)bestimmt werde und es daher adäquat sei, die nachfragebestimmenden Instanzen direkt zu steuern. Im Weiteren wird argumentiert, dass die Anbieter eher in der Lage seien, die risikoerhöhenden Auswirkungen von Kostenbeteiligungen zu diversifizieren, als dies den Nachfragern – vor allem in den unteren Einkommensschichten – möglich sei. Schließlich wird argumentiert, dass die Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfra-

gern dazu führe, dass die Anbieter in bestimmten Konstellationen diesen Informationsvorsprung dazu nutzen, um „angebotsinduzierte Nachfrage“ zu schaffen (vgl. McGuire 2000). Eine Verstärkung der angebotsbezogenen Kostenbeteiligung erscheint damit manchen Vertretern als ein Königsweg, um die wohlfahrtserhöhende Funktion der Krankenversicherung aufrechtzuerhalten und trotzdem eine wirksame Steuerung des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen zu erreichen. Dazu Ellis/McGuire, zwei Proponenten dieser Strategie, wörtlich: „With both demand- and supply-side cost sharing available as payment parameters, the health payment system can do a better job in promoting both social goals of risk protection and efficient health care provisions. In fact, a natural division of labor emerges between two sets of instruments. Where possible, use supply side cost sharing to achieve health utilization targets, such as a desired cost per episode of inpatient care (...) The use of both tools is likely to come closer to the first-best outcome of minimizing consumer financial risk while offsetting the moral hazard problem.“ (Ellis/McGuire 1993, 144)

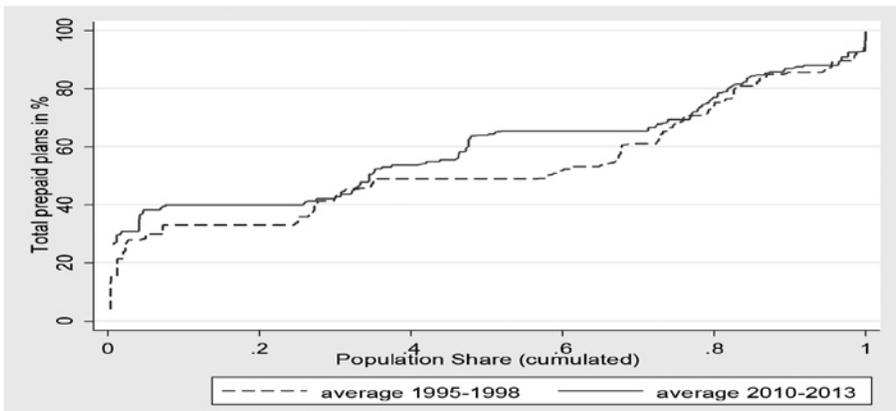
Zum Abschluss dieses klassifikatorischen Abschnittes sollen einige empirische Stylized Facts zur Rolle der Direktzahlungen des Patienten im Gesundheitswesen ohne Anspruch auf Vollständigkeit vorgestellt werden. Schaubild 2 zeigt – basierend auf jüngeren Daten der WHO – in einem größeren Rahmen die aktuelle Struktur der Gesundheitsfinanzierung weltweit und untergliedert nach ihren vier wichtigsten Quellen: Direktzahlungen der Patienten (out of pocket), private Krankenversicherung, soziale Krankenversicherung, Steuerfinanzierung). Die beiden ersten Finanzierungsquellen stellen die private, die beiden letzten Finanzierungsquellen die öffentliche Finanzierung dar. Die Kreise stellen die einzelnen Länder dar, wobei die Größe der Kreise die Bevölkerungszahl widerspiegelt. Insgesamt zeigt die Darstellung die große Bedeutung der Direktzahlungen der Patienten für die Gesundheitsfinanzierung in einer weltweiten Perspektive. Die statistischen Quellen erlauben es nicht zu differenzieren, um welchen der oben genannten Typen von Selbstbeteiligung es sich dabei handelt. Augenfällig ist in Schaubild 2 auch die geringe Bedeutung der privaten Krankenversicherung in der Gesundheitsfinanzierung weltweit. Schaubild 3 zeigt weltweit die Entwicklung jener Formen der Gesundheitsfinanzierung, die nicht „out of pocket“ geleistet werden im Zeitverlauf. Auf der Abszisse sind die Staaten mit ihrer Bevölkerung aufgetragen, dies erfolgt geordnet nach der Höhe der Gesundheitsfinanzierung, die nicht „out of pocket“ geleistet wird. Verglichen werden dabei die Jahresdurchschnitte 1995–98 und 2010–13. Insgesamt zeigt sich, dass die Finanzierung out of pocket abgenommen hat. Dieser Umstand ist vor allem den jüngeren Gesundheitsreformen in China und Indien geschuldet.

Schaubild 2: Gesundheitsfinanzierung weltweit unterteilt nach den vier Finanzierungsquellen



Quelle: WHO-Datenbank, jüngste Jahre, und eigene Berechnungen

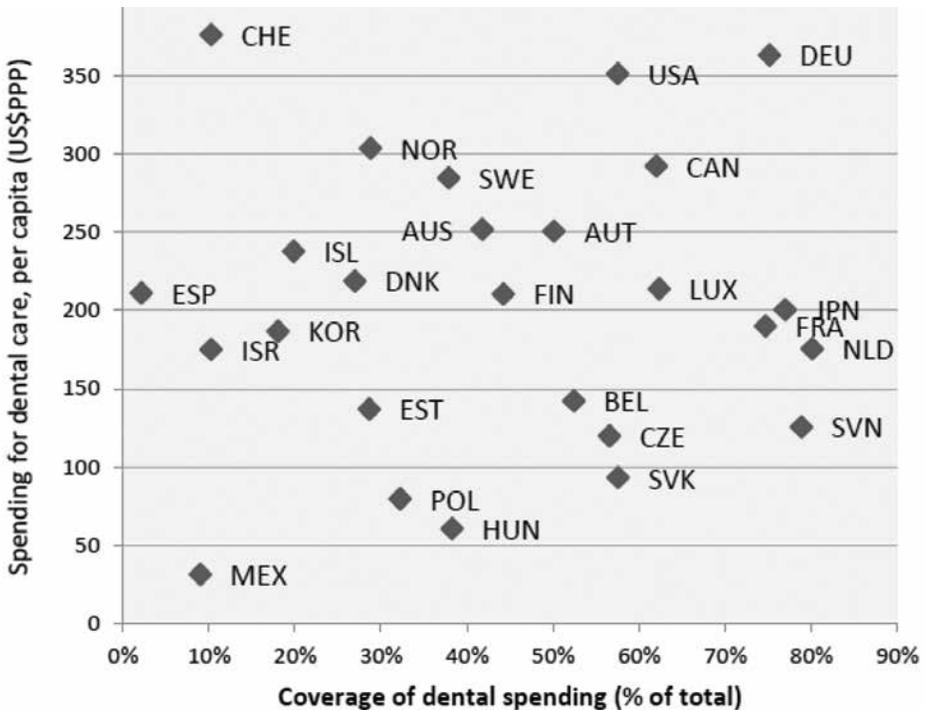
Schaubild 3: Entwicklung der Gesundheitsfinanzierung – Die Rolle der Finanzierung, die nicht „out of pocket“ geleistet wird



Quelle: WHO-Datenbank und eigene Berechnungen

Schaut man sich die verschiedenen Kostenbeteiligungsregelungen in den einzelnen Staaten an, dann stellt man fest, dass die Staaten das Instrument der Kostenbeteiligung sehr unterschiedlich stark einsetzen. Auf diese große Heterogenität in der Rolle der Selbstbeteiligung in den verschiedenen Gesundheitssystemen verweist Schaubild 4. Dieses zeigt die Rolle der Kostenbeteiligung in der Finanzierung der Leistungen der Zahnmedizin in ausgewählten OECD-Staaten, also einem Leistungsbereich, in dem Kostenbeteiligungen eine überproportional große Rolle spielen. Die Rolle der Selbstbeteiligung ist dabei als reziproker Prozent-Anteil an der Gesamtfinanzierung dargestellt. Auf der Ordinate sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnmedizin in den betrachteten Ländern angegeben. Es zeigt sich, dass die Kostenbeteiligung zwischen 20 Prozent und 95 Prozent schwankt.

Schaubild 4: Die Rolle der Kostenbeteiligung bei zahnmedizinischen Leistungen in den OECD-Staaten



Quelle: Paris et al. 2016

3. Kriterien für die empirische Evaluierung von Kostenbeteiligungsmodellen

Die Beantwortung der zentralen Fragestellung dieses Beitrages, nämlich nach dem empirischen Wissen über die Wirkungen von Kostenbeteiligung, bedarf eines Katalogs von Dimensionen, anhand derer die Wirkungen von Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen gemessen werden können und sollen. Es gibt kein anerkanntes Handbuch, das darüber Auskunft gibt, welche Dimensionen der Wirkung von Kostenbeteiligungen standardmäßig untersucht werden sollen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht sollten m.E. die nachfolgenden Wirkungsdimensionen Berücksichtigung finden:

1. Einfluss auf die Volatilität des Konsumpfades: Kostenbeteiligungen belassen einen Teil des Gesundheitsausgabenrisikos beim Patienten. Sie führen damit zu erratischen Ausgaben, die Schwankungen in den Konsumausgaben zur Folge haben. Vor allem hohe Kostenbeteiligungen ohne Obergrenzen wirken damit tendenziell negativ auf die Planbarkeit des individuellen Konsumpfades.
2. Vermeidung von katastrophalen Gesundheitsausgaben mit der Konsequenz von Armutsfallen. Diese Gefahr ist insbesondere bei den Kostenbeteiligungen vom Typ 1 und 2 gegeben.
3. Stabilisierung der Gesundheitsausgaben auf der Makroebene: Angesprochen ist damit die Zielsetzung von Kostenbeteiligungen, den Ausgabenpfad im Gesundheitswesen zu dämpfen bzw. zu stabilisieren (z.B. als Prozent-Anteil des BIP).
4. Vermeidung der negativen Konsequenzen des Moral Hazard: Ökonomisch gesprochen geht es darum, die Wohlfahrtsgewinne, die durch die Dämpfung des Moral Hazard entstehen können, zu erfassen. Die methodischen Voraussetzungen für solche Berechnungen sind äußerst anspruchsvoll, sodass solche Rechnungen praktisch kaum existieren.
5. Mengenwirkungen von Kostenbeteiligungen im Hinblick auf direkte Effekte und indirekte Effekte, gemessen durch Indikatoren der Inanspruchnahme (Häufigkeit, Intensität).

6. Strukturwirkungen von Kostenbeteiligungen (z.B. Auswahl adäquater Gesundheitseinrichtungen, Auswirkungen auf effektive und nicht effektive Therapien, Auswirkungen auf Prävention vs. Kuration).
7. Auswirkungen auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen.
8. Auswirkungen auf den Gesundheitszustand (kurzfristig & langfristig).
9. Auswirkungen auf die Rate und die Struktur des medizinisch-technischen Fortschritts (z.B. das Verhältnis von produkt- und prozessbezogenen Innovationen).
10. Gerechtigkeitsdimensionen: Gerechtigkeitsüberlegungen können dabei unterschiedliche Dimensionen betreffen. So können Kostenbeteiligungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit von Einkommen, Vermögen, Gesundheitszustand, Bildung etc. sehr unterschiedlich beeinflussen. Kostenbeteiligungen können zudem zu einer Änderung der Einkommensverteilung führen, die von der abweicht, die von anderen Quellen der Gesundheitsfinanzierung ausgehen.
11. Administrative Kosten von Kostenbeteiligungen: Kostenbeteiligungen, die im Dienste gesundheitspolitischer Ziele stehen, brauchen ein entsprechendes Design, das zu Transaktionskosten in der Erstellung und in der Implementierung führt, die beträchtlich sein können.

Dieser Katalog an Wirkungsdimensionen ist sehr umfassend. Die empirische Analyse im nächsten Punkt wird zeigen, dass die Wirkungsdimensionen 1–11 in Kostenbeteiligungsstudien nur sehr partikulär bearbeitet werden. Der Schwerpunkt der Studien liegt in den Dimensionen 5, 6 und 10, während zu den übrigen Dimensionen nur vereinzelt Studien vorgelegt wurden.

4. Eine Systematisierung der empirischen Befunde

Der Schwerpunkt dieses Abschnitts liegt in der Systematisierung des empirischen Befundes der Wirkungen der nachfrageseitigen Kostenbeteiligung. Es sollen aber einleitend auch einige Aussagen zur angebotsbezogenen Kostenbeteiligung getroffen werden. Sowohl nachfragebezogene als auch angebotsbezogene Kostenbeteiligungen sind in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur in der jüngeren Vergangenheit ausführlich analysiert worden. Was aber weitgehend fehlt, sind Studien, die die beiden Systeme direkt miteinander vergleichen. Eine der wenigen Ausnahmen dazu bildet die Studie von Trottmann/Zweifel/Beck (2012). Das Versicherungssystem in der Schweiz bietet die Möglichkeit, beide Formen der Kostenbeteiligung direkt miteinander zu vergleichen, da die Versicherten die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Systemvarianten haben. Trottmann/Zweifel/Beck kommen zum Ergebnis, dass angebotsbezogene Formen der Kostenbeteiligung in Form von Managed-Care-Modellen gewisse Vorteile in der Steuerung der Ausgaben gegenüber nachfragebezogenen Formen der Kostenbeteiligung (z.B. absolute Kostenbeteiligung) aufweisen.

Wir starten unseren empirischen Überblick über die Wirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen mit jener Studie, die heute noch als der „Goldstandard“ von Studien zur Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen angesehen wird, nämlich der „Rand Health Insurance Experiment Study“ (vgl. z.B. Gruber 2006). Gesundheitspolitischer Hintergrund dieser Studie waren die Pläne der Administration Carter in den 70-Jahren, den Krankenversicherungsschutz in den USA auszuweiten. Hinsichtlich des Studiendesigns handelt es sich dabei um eine experimentelle Studie. Sie wurde als großes Sozialexperiment formuliert, weil man der Überzeugung war, dass nur eine experimentelle Studie es erlauben würde, die Wirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen klar zu identifizieren. Ca. 6000 Personen, die zur Teilnahme am Experiment bereit waren, wurden in Versicherungspläne mit unterschiedlicher Kostenbeteiligung – beginnend mit einer Vollversicherung bis zu einer maximalen prozentuellen Kostenbeteiligung von 95 Prozent – aufgeteilt. In der Planauswahl war auch eine Managed-Care-Variante inkludiert. Zudem wurden einkommensbezogene Ausgabenhöchstgrenzen eingezogen, sodass die Maximalbelastung jährlich strikt begrenzt war. Die zufällige Zuweisung der Probanden auf die verschiedenen Versicherungspläne sollte Selektionseffekte vermeiden. Die Beobachtungsdauer wurde auf 3 bis 5 Jahre festgelegt, wodurch es möglich war, zumindest mittelfristige Effekte (z.B. auf die

Gesundheit) einzufangen. Das experimentelle Design der Studie machte es aus verschiedenen Gründen notwendig, bestimmte Bevölkerungsgruppen, insbesondere alte Personen (Alter > 62) und chronisch Kranke, auszuschließen. Aus der Studie ergaben sich die nachfolgenden Kernergebnisse:

- Kostenbeteiligung reduziert die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen, senkt die Gesundheitsausgaben insgesamt und führt nicht nur zu einer Verschiebung der Gesundheitsausgaben von den Versicherungen zu den Patienten. Insgesamt kann die Reaktion mit einer Preiselastizität von $-0,2$ abgebildet werden, eine Erhöhung der Selbstbeteiligung und damit des Preises von Gesundheitsgütern für die Patienten von 1 Prozent reduziert die Inanspruchnahme um 0,2 Prozent.
- Kostenbeteiligung reduziert die Inanspruchnahme unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen (ambulant, stationär, Zahnmedizin) relativ gleichmäßig.
- Es gibt keine Hinweise, dass Kostenbeteiligungen zu einer zielgerichteteren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. So wurde analysiert, ob eine steigende Kostenbeteiligung dazu führt, dass effektivere Methoden der Behandlung weniger effektiven Methoden vorgezogen werden bzw. ob eine steigende Kostenbeteiligung dazu führt, dass Patienten in besser geeigneten Einrichtungen behandelt werden. Für beide Fälle ergab sich kein Hinweis darauf.
- Im Durchschnitt (der Bevölkerung mit durchschnittlichem Einkommen, durchschnittlichem Gesundheitszustand etc.) führt die Kostenbeteiligung zu keinen gravierenden negativen Konsequenzen für den Gesundheitsstatus, wengleich dies nicht für alle untersuchten Gesundheitsindikatoren gilt. Begründet kann dies einerseits damit werden, dass (i) prinzipiell eine „gesunde“ Bevölkerung Teil des Experiments war und (ii) die Kostenbeteiligung in Prozent des Einkommens nach oben relativ scharf begrenzt war.
- Die Effekte weichen aber für einzelne sozioökonomische Gruppen deutlich ab, wobei extrem abweichende Gruppen nicht Teil des Experiments waren.
 - „Schlechte Risiken“ – vor allem in den unteren Einkommenssegmenten werden in ihrem Gesundheitsstatus stärker negativ betroffen.
 - „Schlechte Risiken“ reagieren auf die Kostenbeteiligung in ihrem Nutzungsverhalten weniger stark als die Durchschnittsbevölkerung.
- Es gibt wenige Hinweise für einen „Short Run Bias“. Die Studie legt nicht die Erwartung nahe, dass sich die Ergebnisse bei einem längeren Beobachtungszeitraum fundamental anders darstellen würden.
- Eine wesentliche Erkenntnis der Studie ist auch, dass Ausgabenobergrenzen und zielgerichtete Ausnahmen wichtige Korrektive sind, um negative Effekte von Kostenbeteiligungen zu vermeiden.

So bahnbrechend die Studie in ihrem Untersuchungsdesign und in den Ergebnissen damals war, so stellt sich doch die Frage, welche Schlussfolgerungen wir heute aus europäischer Sicht für Gesundheitssysteme, die von anderen Systemprinzipien geleitet sind, ziehen können. Zumindest eine Teilantwort darauf erhält man, wenn man die Frage beantwortet, ob spätere Studien in den USA und in Ländern mit anderen Gesundheitssystemen diese Ergebnisse bestätigen oder widerlegen. Die Forschung in den USA war in der Folge darauf gerichtet, offene Flanken der RAND-Studie zu schließen. So untersuchen Rice/Matsuoka (2004) im Rahmen einer Literaturrecherche den Effekt der Kostenbeteiligung auf das Inanspruchnahmeverhalten und den Gesundheitszustand von alten Menschen. Basierend auf 22 Studien aus dem Zeitraum zwischen 1990 und 2003 kommen sie für diese Bevölkerungsgruppe zu einem Rückgang an konsumierten Gesundheitsleistungen, die als sinnvoll erachtet werden (appropriate utilization), und auch zu einem negativen Gesundheitseffekt. Rice/Matsuoka beklagen aber, dass der Großteil der Studien auf Befragungsdaten aufbaut, Querschnittsdaten darstellt und daher methodisch zweifelhaft ist. Remler/Greene (2009) untersuchen die empirische Evidenz zur Kostenbeteiligung auf Basis von Studien, die in den USA nach 1985 publiziert wurden. Sie kommen im Gegensatz zur Randstudie zum Ergebnis, dass Kostenbeteiligung die Inanspruchnahme von nicht kosteneffektiven Gesundheitsleistungen sehr wohl senken kann, weisen aber auch auf die negativen Effekte für die finanzielle Absicherung (Dimensionen 1 und 2 in unserer Aufstellung) und den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen hin. Remler/Greene bestätigen den Befund der Rand-Studie, dass die Wirkungen zwischen den Bevölkerungsgruppen erheblich schwanken (z.B. Individuen mit schlechtem Gesundheitszustand reagieren weniger stark auf Kostenbeteiligung). Für unterschiedliche Einkommenshöhen finden Remler/Greene keinen einheitlichen Befund. Ähnliches gilt für die Rolle von Alter und Geschlecht. In ihrer Gesamtbetrachtung bestätigen Remler/Greene den differenzierten Befund der Rand-Studie, wenn sie schreiben: „Overall, our review found that cost-sharing is a blunt instrument. It can usefully reduce low-value care, but it can also reduce valuable, cost-effective care and cause excessive financial harm. It should be used judiciously.“ (Remler/Greene 2009, 305) Sie plädieren auch dafür, Kostenbeteiligungen nicht isoliert zu sehen, sondern als Teil eines breiteren Steuerungskonzeptes zu begreifen. Wong et al. (2001) legen eine Studie über die Wirkung von Kostenbeteiligungen für chronisch Kranke vor, eine Bevölkerungskategorie, die in der Rand-Studie ausgeschlossen wurde. Sie konstatieren einen Rückgang der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowohl bei einer leichten als auch bei einer ernstesten Symptomatik. Powell et al. (2015) systematisieren in ihrer Studie die Effekte der Kostenbeteiligung für die unteren Einkommensschichten. Sie konstatieren, dass Kostenbeteiligungen für diese Patientengruppen eine Zugangshürde bedeuten und die Inanspruchnahme senken. Sie beklagen, dass vor allem die langfristigen Effekte von Kostenbeteili-

gungen auf den Gesundheitszustand bislang noch unzureichend untersucht worden sind.

Remler/Atherley (2003) liefern eine wesentliche Ergänzung zu den Ergebnissen der Rand-Studie. Sie greifen die Idee auf, dass Individuen in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand unterschiedlich stark auf die Kostenbeteiligung reagieren. Sie zeigen, dass die Preiselastizität der Nachfrage bei Individuen mit einem besseren Gesundheitszustand deutlich höher liegt als bei Individuen mit schlechterem Gesundheitszustand. Dieses Ergebnis ist für die Prognose der mit der Kostenbeteiligung verbundenen Ausgabenrückgänge relevant. Da Individuen mit schlechterem Gesundheitszustand wesentlich höhere Gesundheitsausgaben verursachen, besteht die Gefahr, dass der Ausgabenrückgang, der durch Kostenbeteiligungen induziert wird, überschätzt wird.

Auf der internationalen Ebene wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Meta-Studien bzw. systematischen Literaturanalysen zu den Wirkungen der Kostenbeteiligung bei Arzneimitteln vorgelegt. Barnish et al. (2014) systematisieren z.B. die unterschiedlichen Zugänge der OECD-Länder zu diesem Instrument, ohne allerdings auf die Wirkungen genauer einzugehen. Luiza et al. (2015) analysieren die Wirkungen unterschiedlicher Kostenbeteiligungsvarianten, finden aber nur sehr eingeschränkt Zusammenhänge, die für die Gesundheitspolitik tatsächlich nutzbar wären. Sinnot et al. (2013) finden in ihrer Meta-Analyse zur Kostenbeteiligung im Arzneimittelsektor systematische Zusammenhänge. Sie fassen ihre Studie wie folgt zusammen: „This meta-analysis has found and 11 Prozent increase in odds of non-adherence when publicly insured patients are required to copay for their prescription medicines. This is a pertinent result because the question regarding adherence to medicines in a cost sharing environment was still inconclusively quantitatively answered by prior reviews.“ (Sinnot et al. 2013, 4) Ein erheblicher Teil der Studien, die hier nicht näher zitiert werden, kommt zu sehr ambivalenten Ergebnissen. Teilweise lassen die verwendeten Studiendesigns Aussagen über die Wirkungen nicht zu.

Den bei weitem umfassendsten und wertvollsten internationalen empirischen Befund zur Wirkung von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen legten kürzlich Kiil/Houlberg (2014) vor. Auf die Ergebnisse dieser Studie sei deswegen in der Folge ausführlicher eingegangen. Hiil/Houlberg erfassen die Ergebnisse von Studien aus dem Zeitraum zwischen 1990 und 2011. Die 47 Studien, die sie letztlich ihrer Analyse zugrunde legen, decken ein breites Sample von Staaten mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen ab. Die Studie legt darüber hinaus besonderen Wert darauf, nur Studien, die über eine ausreichende methodische Qualität verfügen, in die Analyse aufzunehmen, wobei insbesondere die „Identifikationsproblematik“ von Kausaleffekten angesprochen wird. Schaubild 5 gibt über wichtige Strukturmerkmale der Kiil/Houlberg-Studie Auskunft. Hinsichtlich

der analysierten Wirkungen bleibt die Studie insgesamt bescheiden, wenn man den weiter oben formulierten Wirkungskatalog berücksichtigt. Im Fokus der Analyse steht die Inanspruchnahme von Leistungen (40 Studien), Verteilungseffekte der Finanzierung über die Kostenbeteiligung (21 Studien), Gesundheitseffekte bzw. Substitution (6 Studien). Im Hinblick auf das Design der Studien dominieren natürliche Experimente (26 Studien), wogegen Beobachtungsstudien in der Minderzahl sind. Experimentelle Designs weisen gegenüber Beobachtungsstudien deutliche Vorteile auf, wenn es darum geht, Wirkungszusammenhänge zu identifizieren. Der Großteil der Studien basiert auf Individualdaten, auch dies ist ein Qualitätskriterium für die analysierten Studien.

Schaubild 6 fasst die von Kiil/Houlberg gefundenen Mengeneffekte zusammen. Schwerpunkt in der Analyse der Mengenwirkungen sind die Primärkontakte mit dem Gesundheitswesen über Allgemeinpraktiker und verschreibungspflichtige Arzneimittel, wogegen andere Nutzungsindikatoren nur sehr vereinzelt untersucht wurden. Insgesamt bestätigt die Kiil/Houlberg-Studie das Ergebnis der Rand-Studie. Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens geht durch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung überwiegend zurück. Nähere Aussagen über die Wünschbarkeit dieser Rückgänge trifft die Studie nicht.

Schaubild 5: Strukturmerkmale der von Kiil/Houlberg untersuchten Studien

Strukturmerkmal	Studien
Fokus der Studien	
Inanspruchnahme (Menge)	40
Verteilungseffekte	21
Gesundheitseffekte und Substitution	6
Design der Studien	
Experiment	3
Natürliches Experiment	26
Beobachtungsstudie	14
Staatenquervergleiche	4
Aggregationsniveau der Daten	
Individualdaten	35
Haushaltsdaten	3
Aggregierte Daten (Staatenebene)	7

Quelle: Kiil/Houlberg 2014, 817

Schaubild 6: Mengeneffekte der Kostenbeteiligung – Ergebnisse der Metaanalyse

Typ der Gesundheitsleistung	Studien	(+)	(0)	(-)
GP-Kontakte	18	1	3	14
Ambulante Versorgung	3	0	0	3
Stationäre Versorgung	3	0	2	1
Verschreibungspflichtige Arzneimittel	17	0	2	15
Prävention	3	0	0	3

Legende: (+) Mengenanstieg, (o) Keine Mengenreaktion, (-) Mengenrückgang

Quelle: Kiil/Houlberg 2014, 819.

Dieses Ergebnis wird auch durch die Ergebnisse für die gefundenen Preiselastizitäten der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bestätigt. Die von Kiil/Houlberg gefunden Ergebnisse liegen im Bereich von -0,1 bis -0,36. Schaubild 7 zeigt die Reaktion „sensibler“ Bevölkerungsgruppen (niedrige Einkommen, niedriges Bildungsniveau, niedriger sozialer Status, schlechte Gesundheit) auf Veränderungen der Höhe der Kostenbeteiligung. Die erste Zahl in den Spalten stellt die Zahl der Studien dar, die sich mit dem Effekt auseinandergesetzt haben. Die Zahlen in der zweiten Reihe stellen die Reaktionen dar und sagen aus, in wie vielen Studien diese gefunden wurden (+4/0/3). Das bedeutet also, dass von den 7 Studien zu den GP-Kontakten 4 eine stärkere Reaktion bei den niedrigen Einkommensbezieher gefunden haben, während bei 3 Studien das Verhalten nicht vom Durchschnitt abweicht.

Schaubild 7: Der Effekt der Kostenbeteiligung für „sensible“ Bevölkerungsgruppen

Typ der Gesundheitsleistung	Studien	Low Income	Low Education Level	Low Social Status	Bad Health
GP-Kontakte	9	7 +4/03	2 -1/01	1 +1	3 +2/01
Ambulante Versorgung	3	2 +1/01	-	-	-
Stationäre Versorgung	1	1 +1	-	-	-
Verschreibungspflichtige Arzneimittel	7	6 +4/01/-1	2 +2	1 0	2 +1/-1
Prävention	0	-	-	-	-

Legende: + stärkere Reaktion der Gruppe im Vergleich zum Durchschnitt, o gleiche Reaktion, - Schwächere Reaktion

Quelle: Kil/Houlberg 2014, 824

Insgesamt zeigt Schaubild 7, dass die wichtige Frage von Verhaltensunterschieden nur sehr eingeschränkt untersucht wurde und systematische Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik daraus schwer möglich sind. Auch hinsichtlich der analysierten Wirkungen auf den Gesundheitszustand konstatiert die Studie, dass diese zentrale gesundheitspolitische Frage in den analysierten Studien nur sehr beschränkt im Fokus stand. Bezüglich der Verteilungseffekte von Kostenbeteiligungen bestätigen Hiil/Houlberg das bereits aus der älteren Literatur bekannte Ergebnis. Die Kostenbeteiligung hat tendenziell regressiv Effekte auf die Einkommensverteilung. Dieses Ergebnis wird für die Industrieländer auch durch die Literatur-Studie von Kolasa/Kowalczyk (2017) bestätigt, während in den Staaten mit sehr niedrigem Einkommen dieser Effekt nicht durchgehend bestätigt werden kann. Hier zeigen sich teilweise progressive Effekte. Für Österreich haben sich Sanwald/Theurl (2015) mit den Umverteilungswirkungen von privaten Direktzahlungen auf Basis der Konsumerhebung 2009/2010 auseinandergesetzt. Dabei werden die Out-of-pocket-Zahlungen (OOPP) insgesamt und differenziert nach vier wichtigen Unterkategorien erfasst. Die Umverteilungswirkungen werden bezogen auf die ökonomische Leistungsfähigkeit und durch das Haushaltseinkommen gemessen. Dabei werden zwei Konzepte der ökonomischen Leistungsfähigkeit unterschieden. ATP I bezeichnet das Haushaltseinkommen. ATP II zieht von ATP I das Mindesteinkommen, das Haushalte zum Überleben brauchen, ab. Gemessen wird dieses Mindesteinkommen durch die gesetzlichen Einkommenssätze aus dem österreichischen Mindestsicherungssystem. Schaubild 8 ist wie folgt zu interpretieren: (i) 0,254 bzw. 0,538 sind die Gini-Koeffizienten der Einkom-

mensverteilung von ATP I und ATP II. Es zeigt sich, dass das freie Einkommen deutlich ungleicher verteilt ist als das Bruttoeinkommen. (ii) OOPP/ATP I bzw. OOPP/ATP II messen den Prozent-Anteil, den Haushalte im Durchschnitt für Direktzahlungen und für einzelne Kategorien leisten. Es zeigt sich, dass der Bereich der therapeutischen Hilfsmittel den bei weitem höchsten Ausgabenanteil hat. (iii) Der Kakwani-Index misst, ob die Direktzahlungen regressive bzw. progressive Effekte auf die Einkommensverteilung haben. Der Index ist so konstruiert, dass negative Werte regressive Verteilungseffekte anzeigen. Dieser Befund wird in Österreich für Direktzahlungen insgesamt und für die einzelnen Kategorien von Direktzahlungen durchgehend konstatiert.

Schaubild 8: Zur Umverteilungswirkung von privaten Direktzahlungen im Gesundheitswesen in Österreich auf Basis der Konsumerhebung 2009/10

	OOPP-total	Rezeptgebühren	OTC-Arzneimittel	Therapeutische Hilfsmittel	Arztleistungen
ATP I					
0,254					
OOPP/ATP I	5,4	0,4	0,6	2,3	1,4
Kakwani-Index	-0,107	-0,209	-0,156	-0,083	-0,092
ATP II					
0,538					
OOPP/ATP II	12,1	0,8	1,3	5,2	3,1
Kakwani-Index	-0,445	-0,494	-0,492	-0,429	-0,452

Quelle: Sanwald/Theurl 2016

5. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Welche gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen lassen sich aus dem empirischen Befund insgesamt ziehen? Ein wesentliches Ergebnis der Literaturanalyse ist, dass nur ein geringer Teil der möglichen Wirkungen von Kostenbeteiligungen (siehe unsere Zusammenstellung in Gliederungspunkt 3) tatsächlich untersucht wurde. Im Vordergrund stehen klar die Mengenwirkungen von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen insgesamt bzw. auf einzelne Einrichtungen des Gesundheitswesens. Deutlich weniger untersucht wurden selektive Mengenwirkungen von Kostenbeteiligungen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Frage von Interesse, ob Kostenbeteiligung zu einer effizienteren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Patienten führt, was empirisch verneint werden muss. Studien zu den empirischen Wirkungen von Kostenbeteiligungen lassen die Wirkungen auf die Einführung medizinisch-technischer Neuerungen weitgehend unbeachtet. Angesichts der herausragenden Bedeutung des medizinisch-technischen Fortschritts für die Entwicklung des Leistungsniveaus, der Leistungsstruktur und der Ausgaben im Gesundheitswesen stellen aber die Auswirkungen von Kostenbeteiligungen auf den medizinisch-technischen Fortschritt eine wichtige Wirkungsdimension dar. Nur eine geringe Rolle spielen im Rahmen der gesundheitsökonomischen Literatur die Auswirkungen auf die Wirkungsdimensionen 1 und 2. Allerdings täuscht hier der Literaturbefund etwas. Vor allem für die Länder der Dritten und Vierten Welt existieren für beide Wirkungsdimensionen in der jüngeren Literatur sehr wertvolle Studien, auf die aber hier nicht näher eingegangen werden soll. Die Auswirkungen auf die Wirkungsdimension (3): Stabilisierung der Gesundheitsausgaben auf der Makroebene wurden hier nicht im Detail thematisiert. Der Befund in der Literatur ist allerdings ziemlich eindeutig: Ein Zusammenhang zwischen der Bedeutung der Selbstbeteiligung in einem Gesundheitswesen und seiner Ausgabenhöhe (z.B. gemessen durch die Gesundheitsausgabenquote) lässt sich empirisch nicht feststellen.

Die Wirkungen von Kostenbeteiligungen auf der Nachfrageseite sind nicht isoliert zu sehen, sondern hängen sehr wesentlich auch von den sonstigen Steuerungsmöglichkeiten der Nachfrageseite ab. Dies machen Jakobsson/Svensson (2017) mit schwedischen Daten klar. Ihr Beitrag nutzt relativ große Veränderungen in den Kostenbeteiligungen in einer schwedischen Region, um die Wirksamkeit von Kostenbeteiligung auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Allgemeinmedizin zu ermitteln. Jakobsson/Svensson finden, dass die Veränderung der Selbstbeteili-

gung zu keinem geänderten Verhalten der Patienten führt. Sie führen dies darauf zurück, dass der Inanspruchnahme von Allgemeinmediziner*innen ein telefonisches Triage-System vorgeschaltet sei, das ein eventuelles Moral-Hazard-Verhalten der Patienten beschränke.

Insgesamt lässt die Literaturliteraturauswertung den Schluss zu, dass das empirische Bild über die Wirkung von Kostenbeteiligungen noch sehr bruchstückhaft ist und für viele relevante Wirkungskategorien bisher nur sehr begrenzte Informationen zur Verfügung stehen. Kostenbeteiligung stellt sich im Ergebnis als ein Instrument dar, das damit mit großer Umsicht eingesetzt werden muss. Es ist zu beachten, dass Kostenbeteiligungen, von denen keine positiven Steuerungswirkungen auf das Leistungsgeschehen ausgehen, ökonomisch weitgehend sinnlos sind. Zusätzlich sollte die Finanzierungsfunktion von Kostenbeteiligungen nicht im Vordergrund stehen, weil sie im Allgemeinen mit Wohlfahrtsverlusten erkauft ist. Wenn man die empirischen Befunde sorgfältig abwägt, dann spricht für die (österreichische) Gesundheitspolitik wenig für einen grundlegenden Regimewechsel in Sachen Kostenbeteiligungspolitik. Angesichts der großen Unsicherheit über die Wirkungen von Kostenbeteiligungsmodellen sind aber Modellversuche in Teilbereichen sehr willkommen. Dies gilt auch für das Zusammenspiel von unterschiedlichen Varianten der angebots- und nachfragebezogenen Kostenbeteiligung.

Literaturverzeichnis

- Baicker, K., Goldman, D. (2011), Patient Cost-Sharing and Health Care Spending, *Journal of Economic Perspective*, 25, 2, 47-68-
- Barnish, L., et al. (2014), A Systematic Review of Cost-Sharing Strategies Used Within Publicly-Funded Drug Plans in Member Countries of the Organization for Economic Co-Operation and Development, *PLOS ONE*, 9, 3, 1-10.
- Chalkley, M., Robinson, R. (1997), *Theory and Evidence on Cost Sharing in Health Care: An Economic Perspective*, London: Office of Health Economics.
- Ellis, R. P., Mc Guire, T. G. (1993), Supply-Side and Demand-Side Cost-Sharing in Health Care, *Journal of Economic Perspective*, 7, 4, 135-151.
- Ellis, R. P., Mc Guire, T. G. (1990), Optimal Payment System for Health Services, *Journal of Health Economics*, 9, 4, 375-396.
- Gruber, J. (2006), *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the Rand Health Insurance Experiment and Beyond*, prepared for the Kaiser Family Foundation.
- Jakobsson, N., Svenson, M. (2016), The effect of copayments on primary care utilization: results from a quasi-experiment, *Applied Economics*, 48, 39, 3752-3762.
- Kiil, A., Houlberg, K. (2014), How Does Copayment for Health Care Services Affect Demand, Health and Redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990-2011, *European Journal of Health Economics*, 15, 813-828.
- Kolasa, K., Kowalczyk, M. (2016), Does Cost Sharing Do More Harm or Good? – A Systematic Literature Review, *BMC Public Health*, DOI 10.1186/s12889-016-3624-6, 1-14.
- Luiza, V.L. et al. (2015), Pharmaceutical Policies: Effects of Cap and Co-payment on rational use of medicines, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, 5, CD007017, DOI: 10.1002/14651858.CD007017.pub2.
- McGuire, T. G. (2000), Physician Agency, in: Culyer, A. J., Newhouse, J. P. (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, Amsterdam et al.: North Holland, 465-556.
- Nyman, J. (1999), The Value of Health Insurance: The Access Motive, *Journal of Health Economics*, 18, 141-152.
- Paris, V., et al. (2016), *Health Care Coverage in OECD Countries in 2012*, OECD Working Papers, 88, Paris, OECD Publishing.
- Powell, V., Saloner, B., Sabik, L. (2016) Cost Sharing in Medicaid: Assumptions, Evidence and Future Directions, *Medical Care Research Review*, 73, 4, 383-409.
- Remler; D. K., Atherly, A. J. (2003), Health Status and Heterogeneity of Cost-Sharing Responsiveness: How Do Sick People Respond to Cost-sharing, *Health Economics*, 12, 269-280.

- Remler, D. K., Greene, J. (2009), Cost Sharing: A Blunt Instrument, *Annual Review of Public Health*, 30, 293-311.
- Rice, T., Matsuoka, K. (2004), The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors, *Medical Care Research and Review*, 61, 4, 415-452.
- Sanwald, A., Theurl, E. (2015), Out-of-pocket payments in the Austrian Health Care System – a Distributional Analysis, *International Journal for Equity in Health*, DOI 10.1186/s12939-015-0230-7, 1-
- Sinnott, S.-J. et al. (2013), The Effect of Copayment for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicine in Publicly Insured Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis, *PLOS ONE*, 8, 5, 1-11.
- Theurl, E. (2002), Potentiale und Grenzen nachfragebezogener Formen der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen, in: Theurl, E., Thöni, E. (Hrsg.), *Zukunftsperspektiven der Finanzierung öffentlicher Aufgaben*, Wien-Köln-Weimar: Böhlau-Verlag, 267-298.
- Trottmann, M., Zweifel, P., Beck K. (2012), Supply-side and Demand-side Cost Sharing in Deregulated Social Health Insurance: Which is More Effective?, *Journal of Health Economics*, 31, 231-242.
- Wong, D. M., et al. (2001) Effects of Cost Sharing on Care Seeking and Health Status: Results From the Medical Outcomes Study, *American Journal of Public Health*, 91, 11, 1889-1894.
- Zweifel, P., Manning, W. G. (2000), Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care, in: Culyer, A. J. Newhouse, J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Vol. A, Amsterdam et al. 409-460.