

Senkung der Gesundheitskosten durch Kostenbeteiligung?

Hans Stalder

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



The challenge is to create cost-sharing models which do not preclude vulnerable populations from seeking essential health care [1].

Vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten wurde die Kostenbeteiligung in Form von Selbsthalten oder Franchisen als Mittel zur Reduzierung von als unnötig angesehenen Leistungen eingeführt. Diese Idee basiert auf der ökonomischen Theorie, dass die Unentgeltlichkeit einer Leistung deren Nutzung erhöht (*Moral Hazard*). Eine Veröffentlichung der RAND Corporation [2] wird allgemein als Bestätigung zitiert, dass diese Theorie auch für das Gesundheitswesen gilt. Diese 1981 veröffentlichte Studie basiert auf 7706 Personen mit alternativen Krankenversicherungsverträgen. Personen mit vollem Versicherungsschutz gaben 50% mehr aus als Personen mit Kostenbeteiligung. Letztere erscheint somit als wichtiger Schritt gegen den Anstieg der Gesundheitskosten. Die Studie konnte jedoch nicht feststellen, ob die Beteiligung den Überkonsum oder nützliche Ausgaben reduziert. Das Hauptproblem dieses Berichtes ist, dass Menschen über 65 Jahre ausgeschlossen wurden. Deshalb setzte die RAND Corporation ihre Studien fort und zeigte, dass bei armen Menschen eine Beteiligung von nur einem Dollar die Zahl der Arztbesuche zwar um 8% reduzierte, die Krankenhausaufenthalte jedoch um 17% erhöhte. Die neuen Schlussfolgerungen waren viel vorsichtiger: «*Copayments could be self-defeating as a method of controlling medical costs in a welfare population*» [3].

Eine 2010 veröffentlichte Studie mit fast 900 000 Menschen über 65 Jahre zeigte ebenfalls die Ambiguität der Kostenbeteiligung: Eine relativ geringe Erhöhung verringerte zwar die Zahl der Arztbesuche, erhöhte aber ebenfalls die Anzahl der Krankenhausaufenthalte [4]. Dieser Effekt war besonders bei einkommensschwachen Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten zu beobachten. Eine Erhöhung der Zuzahlungen könnte die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung sogar erhöhen. Seitdem sind mehrere Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu dem Schluss

gekommen, dass eine Erhöhung der Kostenbeteiligung zu mehr Notaufnahmen und Hospitalisationen führen kann, die Behandlung chronischer Krankheiten verzögert, präventive Massnahmen wie Mammographie und Koloskopie verhindert und den Gebrauch von wichtigen Medikamenten verringert [5].

In der Schweiz zielen verschiedene parlamentarische Interventionen darauf ab, die Franchise zu erhöhen, obwohl die Schweiz das Land mit einer der höchsten Kostenbeteiligungsraten der Welt ist: Die Haushalte zahlen 30,5% ihrer Gesundheitskosten durch Beiträge und 24,9% durch Zuzahlungen. Man kann argumentieren, dass in einem reichen Land eine solche Kostenaufteilung gerechtfertigt sein mag, aber sie hat eindeutig negative Auswirkungen: 16,2% der Bevölkerung haben aus finanziellen Gründen auf Leistungen verzichtet, eine Zahl, die bei Menschen mit geringem Einkommen auf 22,5% und bei Menschen mit nur Sekundarschulbildung auf 23,3% ansteigt [6]. Dies betrifft insbesondere ärztliche Konsultationen (16%), Behandlungen (10%) und Medikamente (9%). Ausserdem sind Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand besonders betroffen [1]. Diese Verzichte haben sich zwischen 2010 und 2016 verdreifacht.

Man kann schliessen, dass selbst eine hohe Kostenbeteiligung die Gesundheit wohlhabender und gesunder Menschen kaum beeinträchtigt. Im Gegenteil, sie senkt die Kosten, indem sie Konsultationen und den Einsatz von oft unnötigen Medikamenten einspart. Sie ist jedoch, besonders wenn sie hoch ist, nachteilig für Menschen in prekären wirtschaftlichen und gesundheitlichen Situationen. Für diese Bevölkerungsgruppe könnte ein freier Zugang sogar die Gesamtkosten senken, da dies zu weniger Hospitalisationen führen würde.

Es muss andere Wege geben, die Gesundheitskosten zu senken, ohne einem Teil unserer Bevölkerung durch einen überhöhten Kostenbeitrag den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verwehren!

johann.stalder[at]junige.ch

Literatur

- 1 Huber CA, Rüesch P, Mielck A, Böcken J, Rosemann T, Meyer PC. Effects of cost sharing on seeking outpatient care: a propensity-matched study in Germany and Switzerland. *J Eval Clin Pract.* 2012;18:781-7.
- 2 Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med.* 1981;305:1501-7.
- 3 Helms LJ, Newhouse JP, Phelps CE. Copayments and demand for medical care: the California Medicaid experience. Santa Monica, CA; Rand: 1978. <http://www.rand.org/pubs/reports/2005/R2167.pdf>
- 4 Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med.* 2010;362:320-8.
- 5 Remler DK, Greene J. Cost-sharing: a blunt instrument. *Annu Rev Public Health.* 2009;30:293-311.
- 6 Participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Schmid-Federer du 22.3.2013 (13.3250 «Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales»), 28.6.2017. www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/