

Unintendierte Nebenfolgen politischer Steuerungsinstrumente

Warum die Praxisgebühr nichts gebracht und dennoch gewirkt hat

Von Thomas Wimmer*

Zusammenfassung: Politische Maßnahmen haben keineswegs immer die gewünschten Folgen. Vielmehr ergeben sich nicht selten unintendierte Konsequenzen, die nicht eindeutig für oder gegen die eingeführte Regelung sprechen. Ein Beispiel liefert die Praxisgebühr im deutschen Gesundheitswesen, deren Abschaffung gerade beschlossen worden ist. Anhand der Untersuchung von Effekten der Praxisgebühr wird gezeigt, dass Evaluationsstudien oft keine klaren Schlüsse über den Erfolg oder Misserfolg von politischen Maßnahmen erlauben.

1. Einleitung

Oft werden politische Maßnahmen zur Erreichung bestimmter Ziele in Zusammenarbeit mit Sozialwissenschaftlern entworfen. Letztere sind es auch, die nach deren Umsetzung die Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahme im Rahmen von Evaluationsstudien beurteilen. Grundsätzlich geht es also darum, eine Prognose über den erwarteten Effekt zu erstellen und diese mit empirischen Daten zu überprüfen. Je nachdem, ob aus der Sicht des Sozialforschers eine geeignete Kontrollgruppe konstruiert werden kann oder nicht, kommen hierbei Quasi-Experimente bzw. natürliche Experimente oder Zeitreihen-Experimente zum Einsatz. Kritisch diskutiert werden diese Ansätze einerseits in Lehrbüchern zu Methoden der empirischen Sozialforschung (Diekmann 2001; Opp 2005, Schnell et al. 2011). Andererseits existiert aber auch eine weit reichende Spezialliteratur, die sich ausschließlich mit den Methoden der Evaluationsforschung beschäftigt (Rossi et al. 2004; Weiss 1997). Generell wird hierbei davon ausgegangen, dass zumindest dann, wenn hinreichend präzise Prognosen über die Wirkung politischer Maßnahmen formuliert werden können, auch eindeutige Ergebnisse bei der Evaluation zu erwarten sind.

Dass dies in der Praxis keineswegs immer der Fall sein muss, soll im Folgenden am einfachen Beispiel eines politischen Steuerungsinstruments illustriert werden. Betrachtet wird die Praxisgebühr, eine Zuzahlung in Höhe von zehn Euro zu ambulanten Arztkontakten für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die am 1. Januar 2004 eingeführt wurde und nun zum 1. Januar 2013 aufgrund ihrer „Unwirksamkeit“ wieder abgeschafft werden soll.¹

Allgemein gilt für politische Steuerungsinstrumente, dass bereits bei ihrer Konstruktion Schwierigkeiten auftreten können, die sich dann auch auf die Evaluation dieser Maßnahmen auswirken können. Nach Opp (2005: 232ff) kann dabei zwischen Maßnahmeproblemen und Wertproblemen unterschieden werden. Erstere entstehen vor allem dann, wenn institutionelle Beschränkungen effektive Maßnahmen verhindern, nicht klar ist, was die Maßnahme überhaupt bezwecken soll oder Zielkonflikte nicht in befriedigender Weise gelöst werden konnten.

* Für hilfreiche Anregungen ist Norman Braun zu danken.

1 Da die Praxisgebühr in diesem Artikel nur als Beispiel für eine zu evaluierende Maßnahme angeführt wird, wird auf eine ausführliche Darstellung der z.T. komplexen Sonderregelungen (z.B. Hausarztmodell) und politischen Entscheidungsprozesse verzichtet, sofern dies nicht für die Argumentation von Bedeutung ist. Details hierzu finden sich z.B. bei Gebhard (2005) und Reiners / Schnee (2007).

Letztere beziehen sich dagegen auf die Frage, ob die jeweilige Maßnahme bzw. das durch sie anvisierte Ziel überhaupt wünschenswert ist.

Anders als z.B. die Energiewende, auf die sämtliche der geschilderten Maßnahmeprobleme zutreffen, wurde die Praxisgebühr explizit im Hinblick auf eine Senkung einer Variablen (ambulante Arztkontakte) konstruiert. Obwohl diese Maßnahme aufgrund von Sonderregelungen (z.B. am Einkommen ausgerichtete Höchstgrenzen für Zuzahlungen, Ausnahmeregelungen für Kinder und bestimmte Vorsorgeuntersuchungen) etwas widersprüchlich erscheint, zeigen gerade diese Einschränkungen, dass bereits im Vorfeld nach Lösungen für Zielkonflikte (z.B. keine Reduktion notwendiger Arztbesuche, keine Benachteiligung von armen und chronisch kranken Personen) gesucht wurde. Darüber hinaus existieren Studien aus anderen Ländern, die die gewünschte Reduktion von ambulanten Arztkontakten in ähnlichen Situationen nachweisen konnten. Eine besondere Rolle spielt dabei das RAND Health Insurance Experiment (HIE), das in den 70er Jahren in den USA durchgeführt wurde (Manning et al. 1987; Newhouse et al. 1993; Gruber 2006), da sich aus diesem Experiment klare Empfehlungen für politische Steuerungsinstrumente ableiten lassen (z.B. keine Deckelung der Versicherungsleistungen), die bei der Einführung der Praxisgebühr auch berücksichtigt wurden.

Wertprobleme ergeben sich im Hinblick auf die Praxisgebühr dahingehend, ob es überhaupt wünschenswert ist, die Anzahl der ambulanten Arztkontakte in Deutschland zu reduzieren. Hierbei wird oft argumentiert, dass für Deutschland steigende Gesundheitskosten im Zeitverlauf und hohe Gesundheitskosten im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) im internationalen Vergleich (OECD 2009 a) charakteristisch sind. Weil in anderen Ländern weniger Arztbesuche getätigt werden, erscheint es somit wünschenswert, die Anzahl der ambulanten Arztkontakte durch geeignete Maßnahmen zu reduzieren. Obwohl diese Argumentation auf den ersten Blick logisch erscheint, ist dies tatsächlich nicht der Fall, da es sich letztendlich um Scheinargumente (Opp 2005: 243ff) zur Begründung einer politischen Maßnahme handelt. Einerseits ist nämlich nicht ganz klar, ob sich steigende Gesundheitskosten im Zeitverlauf bzw. hohe Gesundheitskosten im internationalen Vergleich tatsächlich durch eine Reduktion von Arztbesuchen verhindern lassen.² Andererseits kann aus einem Ist-Zustand (empirische Aussage) für sich genommen keine normative Aussage abgeleitet werden, da es sich sonst um einen naturalistischen Fehlschluss (Opp 2005: 244) handeln würde. Deutlich wird dies vor allem dann, wenn man berücksichtigt, dass die skizzierten Länderunterschiede und Trends bei den Gesundheitskosten in großem Maße durch die Altersverteilung und das Niveau der medizinischen Versorgung bestimmt werden. Dies wiederum zeigt sich auch in der Lebenserwartung (OECD 2009 b), die in Ländern mit hohen Gesundheitskosten im Allgemeinen deutlich höher als in Ländern mit niedrigen Gesundheitskosten ist und simultan mit steigenden Gesundheitskosten im Zeitverlauf zunimmt. Letztendlich sind die genannten Wertprobleme jedoch für die Evaluation der Praxisgebühr unerheblich, sofern man sich bei der Analyse auf die Auswirkungen dieser politischen Maßnahme auf die Anzahl der ambulanten Arztkontakte beschränkt und zudem unterstellt, dass hierbei vor allem diejenigen Arztkontakte reduziert werden sollen, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind.

Insgesamt handelt es sich damit bei der Praxisgebühr um ein politisches Steuerungsinstrument, das aufgrund seiner Konstruktion im Vergleich zu anderen politischen Maßnahmen relativ einfach zu evaluieren sein sollte. Dies gilt auch für die Operationalisierung der untersuchungsrelevanten Konzepte und die Verfügbarkeit entsprechender Daten. Sowohl die Züge-

2 Krämer (1992) plädiert z.B. dafür, die Kosten von Gesundheitssystemen nicht auf der Nachfrageseite, sondern auf der Angebotsseite zu regulieren. Da dieses Argument letztendlich auch für die Evaluation der Praxisgebühr eine Rolle spielt, wird darauf in Abschnitt 3 noch einmal genauer eingegangen.

hörigkeit zur GKV als auch die Anzahl der ambulanten Arztkontakte werden regelmäßig im Rahmen des Sozioökonomischen Panels (SOEP)³ erhoben.

Vor diesem Hintergrund verwundert es umso mehr, dass nach ersten Erfolgsmeldungen aus der Anfangszeit der Praxisgebühr scheinbar kein langfristiger Effekt der Zuzahlungen auf die Anzahl der ambulanten Arztkontakte nachweisbar ist. Deshalb werden im Folgenden drei Erklärungen für den „Misserfolg“ der Praxisgebühr ins Auge gefasst: a) simultane Veränderungen des Angebots an medizinischen Leistungen, b) Interdependenzen zwischen potenziellen Arztbesuchern und c) die Pfadabhängigkeit von Arztbesuchen. Vorgegangen wird dabei so, dass nach allgemeinen theoretischen Überlegungen zu den Auswirkungen der Praxisgebühr und einer Zusammenfassung des gegenwärtigen Forschungsstands jeweils empirische Belege für die drei Erklärungen vorgestellt werden. Daran anschließend folgt eine Diskussion, in der gezeigt wird, dass es sich bei den geschilderten Problemen keineswegs um Einzelfälle handelt, sondern um relativ allgemeine Charakteristika sozialer Phänomene, die letztendlich dazu führen können, dass der Erfolg oder Misserfolg politischer Steuerungsinstrumente im Rahmen von Evaluationsstudien nicht eindeutig nachgewiesen werden kann.

2. Stand der Forschung

Grundsätzlich handelt es sich bei vielen politischen Steuerungsinstrumenten, und auch bei der Praxisgebühr, um ökonomische Anreize. Dies mag auf den ersten Blick verwundern, da den zu steuernden Handlungen oftmals keine ökonomischen Motive wie z.B. Gewinnmaximierung oder Kostensenkung zugrunde liegen. Weil hierbei die systemeigene Logik gesellschaftlicher Teilsysteme „untergraben“ wird, spricht man deshalb in der Soziologie auch von „Ökonomisierung“, also einem „Vorgang, durch den Strukturen, Prozesse, Orientierungen und Effekte, die man gemeinhin mit einer modernen kapitalistischen Wirtschaft verbindet, gesellschaftlich wirkmächtiger werden“ (Schimank / Volkmann 2008: 383). Meistens wird Ökonomisierung als eine unvermeidbare Nebenfolge gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse aufgefasst. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass dies nicht immer der Fall sein muss, da sich Gesellschaften auch räumlich im Hinblick auf den Grad der Ökonomisierung von Teilsystemen unterscheiden können.

So differenziert z.B. Hurrelmann (2006: 166 f) zwischen drei Grundkonzepten von Krankenversorgungssystemen, die sich letztendlich dahingehend unterscheiden, welche Rolle dem Staat bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen beigemessen wird. Während das wirtschaftsliberale Modell (USA, Australien, Neuseeland) Gesundheitsleistungen als Dienstleistungen behandelt, die auf einem Markt gehandelt werden, geht das sozialstaatliche Modell (skandinavische Länder) von der Idee aus, dass die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen eben gerade nicht den Kräften von Angebot und Nachfrage folgen dürfe. Somit dominieren im ersten Modell ökonomische Anreize, während der Zugang zu und die Qualität von Gesundheitsleistungen im zweiten Modell grundsätzlich für alle Akteure (Patienten) gleich sind. Etwas anders sieht es dagegen in Deutschland aus, wobei das hier vorherrschende korporalistische Modell eine Mischform aus den beiden erstgenannten Modellen darstellt. Unterstellt wird dabei, „die Gesundheitssicherung sei ein Bürgerrecht, das der Staat garantieren muss, die Ausgestaltung der Versorgung im Einzelnen aber könne am sachgerechtesten durch die direkt beteiligten Nachfrager und Anbieter von Leistungen vorgenommen werden“ (Hurrelmann 2006: 167).

3 Datengrundlage ist im Folgenden das Scientific Use File mit der 95%-Version des SOEP (GSOEP) (Frick et al. 2007), das vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) bereitgestellt wurde.

Ein Aspekt, der dieses Modell gegenüber dem wirtschaftsliberalen Modell überlegen erscheinen lässt, ist die Tatsache, dass sich durch eine Versicherungspflicht, wie sie in Deutschland seit 2009 für die gesamte Wohnbevölkerung besteht,⁴ ein Problem lösen lässt, das in der Ökonomie als negative Auslese (adverse Selektion) bezeichnet wird. Grundsätzlich ist es nämlich so, dass rationale Akteure eine Krankenversicherung nur dann abschließen werden, wenn die zu erwartenden Kosten im Krankheitsfall die Kosten der Versicherung übersteigen. Da diese Kosten und auch die Risiken, überhaupt krank zu werden, nicht für alle Akteure gleich sind, gilt Folgendes:

„Versicherungsgesellschaften können ihre Prämien nicht am durchschnittlichen Auftreten von Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung orientieren. Sie können ihre Prämien nur an der durchschnittlichen Inzidenz von Gesundheitsproblemen in der Gruppe der möglichen Versicherungsnehmerinnen ausrichten. Die Leute, welche [eine] Krankenversicherung am ehesten abschließen wollen, sind diejenigen, die sie wahrscheinlich am dringendsten nötig haben, daher müssen die Prämien diese Ungleichheit widerspiegeln.“ (Varian 2001: 632)

Somit kommt es letztendlich zu einer negativen Auslese in dem Sinne, dass es sich eigentlich nur noch für Akteure mit hohen Krankheitsrisiken lohnt, überhaupt eine Krankenversicherung abzuschließen. Interessanterweise lässt sich diese Form des Marktversagens jedoch durch eine Versicherungspflicht beheben, da dann eine Ausrichtung der Prämien am durchschnittlichen Auftreten von Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung möglich ist. In dieser Situation sind dann alle Akteure besser gestellt: „Die Personen mit hoher Gefährdung sind besser dran, weil sie Versicherungsschutz zu Prämien erwerben können, die niedriger sind als ihr tatsächliches Risiko; und die Leute mit geringer Gefährdung können Versicherungsschutz erwerben, der günstiger ist als die Versicherung, die ihnen angeboten wurde, als sie nur von Leuten mit hohem Risiko abgeschlossen wurde“ (Varian 2001: 632).

Nach wie vor vorhanden ist jedoch auch in dieser Situation ein Problem, das von Ökonomen als moralische Gefährdung (Pauly 1968; Shavell 1979) bezeichnet wird. Besonders deutlich wird dies am Beispiel einer Fahrradversicherung. Da diejenigen Akteure, die über eine solche Versicherung verfügen, bei einem Diebstahl den vollen Wert ihres Fahrrads von der Versicherung erhalten, werden sie vermutlich darauf verzichten, ein teures, schweres Schloss zu verwenden und ihr Fahrrad auch dort abstellen, wo ein Diebstahl wahrscheinlich ist. Grundsätzlich verändern sich also durch den Abschluss einer Versicherung die Anreize des Versicherungsnehmers hinsichtlich seiner Sorgfalt bei der Vermeidung von Risiken. „Daher kann sich der paradoxe Effekt ergeben, dass der Abschluss einer Versicherung nicht mit mehr, sondern mit weniger Sicherheit einhergeht“ (Braun et al. 2012: 114). Deshalb kann es sinnvoll sein, durch einen entsprechenden Selbstbehalt das Maß an Sorgfalt seitens des Versicherungsnehmers zu steuern, wobei so auch im Zusammenhang mit der Praxisgebühr argumentiert wird.

Streng genommen wird dabei unterstellt, dass Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen Anreize darstellen, die zu einer Vermeidung gesundheitlicher Risiken führen sollten. Obwohl diese Annahme in manchen Bereichen (z.B. Zahnpflege) durchaus plausibel erscheint, kann so nicht für alle medizinischen Leistungen argumentiert werden, da sich das Auftreten von Krankheiten im Vorfeld oft nicht beeinflussen lässt. Zudem existiert eine Vielzahl medizinischer Leistungen (z.B. Diagnoseverfahren), die nicht auf die Heilung von Krankheiten abzielen, sondern auch dann, wenn der Patient gesund ist, nutzenstiftend wirken können, indem z.B. Hinweise für eine bedarfsgerechte Ernährung abgeleitet werden.

4 Diese Versicherungspflicht unterscheidet sich dahingehend von der verpflichtenden Versicherung für Arbeitnehmer (GKV), dass nun auch Selbständige mit Geldstrafen zum Abschluss einer Versicherung in der PKV gezwungen werden können.

Je nachdem, ob eher der Zufallscharakter von Krankheiten oder die Möglichkeit der Investition in die eigene Gesundheit betont wird, ergeben sich Unterschiede bei der theoretischen Modellierung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Während Grossman (1972) in seinem Gesundheitskapitalmodell vollständig rationale Akteure unterstellt, die den Konsum medizinischer Leistungen über ihren gesamten Lebenszyklus maximieren, gehen Breyer et al. (2005) davon aus, dass der Planungshorizont für die Produktion von Gesundheit – also das, was ein Akteur tun kann, um gesund zu bleiben – beschränkt ist.

„Die Produktion von Gesundheit [ist] also nicht durch Ausdrücke der medizinischen Leistung (möglicherweise in Verbindung mit Vorsorge) uneingeschränkt bestimmt. [...] Hinzu kommt, dass der Output dieses Prozesses kein Bestand an Gesundheit ist, sondern nur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in der nächsten Periode sich in einem besseren Gesundheitszustand zu befinden.“ (Breyer et al. 2005: 89)

Obwohl das letztgenannte Modell sicherlich das realitätsnähere ist, ergeben sich hier kaum prüfbare Vorhersagen über das Gesundheitsverhalten auf der Individualebene, wie sie für das Modell von Grossman (1972) charakteristisch sind (z.B. Abhängigkeit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen vom Einkommen).

Insbesondere für die Frage nach dem Einfluss von Zuzahlungen auf die Anzahl der Arztkontakte, bei denen investive, krankheitsbedingte und auch andere (z.B. Schönheitsoperationen und künstliche Befruchtungen) Gesundheitsentscheidungen nicht klar voneinander separiert werden können, lassen sich deshalb keine klaren Voraussagen über personengruppen-spezifische Reaktionen der Akteure treffen. Deshalb wird in den meisten empirischen Studien, die sich mit gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumenten befassen, auch nur eine nicht näher spezifizierte Kosten-Nutzen-Abwägung unterstellt, so dass es durch Zuzahlungen (Kostenerhöhungen) prinzipiell zu einer verminderten Inanspruchnahme von Arztbesuchen kommen sollte.

Belegt werden konnte dieser Effekt im Rahmen des RAND Health Insurance Experiments (HIE) (Manning et al. 1987; Newhouse et al. 1993; Gruber 2006), wobei Zuzahlungen am stärksten bei armen Menschen mit einem schlechten Gesundheitszustand wirken. Zurückzuführen ist dies auf die im Verhältnis zum Einkommen hohe finanzielle Belastung durch die Zuzahlungen, die durch die hohe Anzahl an ambulanten Arztkontakten bei dieser Personengruppe noch verschärft wird. Ein wesentliches Ergebnis des HIE besteht deshalb darin, dass die Höhe der Zuzahlungen in Abhängigkeit des Einkommens beschränkt werden sollte, um unerwünschte Nebenfolgen durch die Vermeidung notwendiger Arztbesuche zu verhindern. Anders als beim HIE, wo die Obergrenze für Zuzahlungen je nach Versuchsgruppe bis zu 15% des Einkommens betrug, sieht die deutsche Regelung eine Beschränkung auf maximal 2% (1% bei chronisch Kranken) des Bruttojahreseinkommens vor, wobei die Obergrenze aufgrund der Regelungen zur Familienversicherung in der Praxis sogar noch deutlich niedriger sein kann. Da bereits im HIE keine negativen Auswirkungen der Zuzahlungen auf den Gesundheitszustand der Probanden gezeigt werden konnten,⁵ erscheint es plausibel, dies für die deutsche Praxisgebühr ebenfalls zu unterstellen, zumal die Zuzahlungen im HIE deutlich höher waren. Darüber hinaus hat sich im HIE gezeigt, dass es durch die Reduktion der Behandlungen im ambulanten Bereich nicht zu einer Zunahme der stationären Behandlungen (die im Experiment von Zuzahlungen befreit waren) kommt.

Obwohl es prinzipiell nicht ganz einfach ist, ein amerikanisches Experiment aus den 70er Jahren direkt auf die heutige Situation in Deutschland zu übertragen, konnten die Ergebnisse des HIE im Rahmen ähnlicher Studien (Cherkin et al. 1989; Amitabh et al. 2007) weitgehend

5 Operationalisiert wurden diese Auswirkungen durch standardisierte medizinische Untersuchungen, die über die gesamte Dauer des Experiments (fünf Jahre) wiederholt durchgeführt wurden.

repliziert werden. Gestützt werden diese Befunde auch durch Studien, die den Einfluss von Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten untersuchen (Goldman et al. 2004, Landsman et al. 2005), wobei Winkelmann (2004 a, 2004 b, 2006) bei der Untersuchung der Auswirkungen einer früheren deutschen Gesundheitsreform (von 1997) zu dem Schluss kommt, dass Zuzahlungen zu Arzneimitteln auch zu einer Reduktion der ambulanten Arztkontakte führen. Da zeitgleich mit der Einführung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2004 auch die Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten für GKV-Mitglieder erhöht wurden, kann davon ausgegangen werden, dass der erwartete Effekt der Praxisgebühr durch diese zusätzliche Maßnahme sogar noch verstärkt werden sollte.

Interessant ist nun, dass die prognostizierte Wirkung der Praxisgebühr anscheinend nur das erste Jahr nach der Einführung der Praxisgebühr betrifft und seitdem nicht mehr nachgewiesen werden kann. Während zuerst noch „allein zwischen den Jahren 2003 und 2004 ein signifikanter Rückgang um durchschnittlich 0,25 Arztbesuche (9,2%) beobachtet werden“ (Grabka et al. 2006: 477) konnte, kommen dieselben Autoren einige Jahre später zu einem anderen Schluss: „Given the current framework, the copayments for ambulatory care in Germany have a pure funding effect and do not provide behavioural incentives with respect to physician visits“ (Schreyögg / Grabka 2010: 339). Obwohl die Ergebnisse insbesondere bei neueren Studien nicht ganz einheitlich sind,⁶ und einige der Studien zudem methodische Schwächen aufweisen, kann insgesamt doch festgestellt werden, dass die Praxisgebühr als politisches Steuerungsinstrument scheinbar versagt hat. Dass diese Aussage dann, wenn potenzielle unintendierte Nebenfolgen der Praxisgebühr berücksichtigt werden, keineswegs haltbar ist, wird in den folgenden Abschnitten gezeigt.

3. Angebot und Nachfrage nach medizinischen Leistungen

„Bereits 1951 hat die Barmer Ersatzkasse den Wettbewerb der Ärzte für das Ansteigen der Inanspruchnahme [von Gesundheitsleistungen] verantwortlich gemacht. So heißt es im Jahresbericht 1951, daß sich die erhöhte Morbidität auch durch die außerordentliche Überfüllung des Ärztestandes erkläre und die immer weiter ansteigende Zahl der Ärzte zu einer vermehrten Inanspruchnahme der Kassenleistungen führe.“ (Andersen / Schwarze 1997: 3)

Ausführlich diskutiert wird dieses Argument einer angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen bei Krämer (1992) und Labelle et al. (1994). Wesentlich ist dabei, dass medizinischer Fortschritt nicht durch eine Effizienzsteigerung bestehender Verfahren, sondern durch „Zusatztechnologien [geschieht], durch die etwas bis dato unmögliches [sic] wie Organverpflanzungen oder nichtinvasive Diagnostik auf einmal möglich wird, wodurch ein bis dato unbekannter Bedarf überhaupt erst entsteht“ (Krämer 1992: 79).

Zu unterscheiden von diesem am medizinisch Machbaren gemessenen Bedarf ist die Nachfrage, die aus ökonomischer Sicht durch die Preise von Gesundheitsleistungen und das Budget der Akteure bestimmt sein sollte. Während die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im ei-

6 Während ältere Studien zu den Auswirkungen der Praxisgebühr (Brenner et al. 2005; Gebhard 2005) die erwünschte Reduktion der Arztbesuche zeigen konnten, ist dies bei neueren Studien (Augurzky et al. 2007; Farbmacher 2009; Reiners / Schnee 2007; Rückert et al. 2008) im Allgemeinen nicht mehr der Fall. Tatsächlich nachgewiesen wird der erwartete Effekt nur bei Farbmacher (2009), wobei das verwendete Untersuchungsdesign (Differenzierung zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe über Befragungsmonate im SOEP) zwar innovativ, aber wenig nachvollziehbar erscheint. Reiners / Schnee (2007), die mit Daten des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors arbeiten, kommen dagegen zu ähnlichen Ergebnissen, wie sie im Folgenden noch diskutiert werden. Anders als hier, werden diese Ergebnisse jedoch von den Autoren nicht weiter hinterfragt, sondern als Beleg gegen die oben geschilderten ökonomischen Überlegungen interpretiert.

gentlichen Sinne relativ stark vom theoretischen Modell abweicht,⁷ gilt dies in weit geringerem Maße für Arztbesuche. Der Akteur fühlt sich krank, hat vielleicht sogar eine grobe Vorstellung davon, was ihm fehlen könnte, und entscheidet sich nun für oder gegen einen Arztbesuch. Neben den monetären Kosten des Arztbesuchs (z.B. Anfahrt, Zuzahlungen zu Medikamenten, Praxisgebühr)⁸ spielen hierbei vor allem Opportunitätskosten (entgangene Arbeitszeit bzw. Freizeit) und Nutzeneinbußen durch die zu erwartende Behandlung (vom unangenehmen Gefühl einer Magenspiegelung über eine Grippeinfektion im Wartezimmer bis hin zu tödlichen Behandlungsfehlern) eine Rolle.

Inwiefern die mit derartigen Entscheidungen verbundene Nachfrage nach Arztbesuchen realisiert wird, hängt jedoch auch vom Angebot ab. Generell gilt hier aus empirischer Sicht, dass zu den gegebenen Preisen eine große Nachfrage nach Arztbesuchen besteht, die nur zum Teil durch das Angebot befriedigt werden kann. Indizien für diesen Nachfrageüberschuss sind lange Wartezeiten auf Arzttermine, überfüllte Wartezimmer, der seitens der Ärzte immer wieder beklagte Ärztemangel (Kopetsch 2010) und nicht zuletzt die Anzahl der praktizierenden Ärzte, die seit 1955 stetig zugenommen hat (Porter / Guth 2012).

Demnach handelt es sich bei der aggregierten Anzahl der Arztbesuche bzw. den Arztbesuchen pro Kopf, sofern diese im Zeitverlauf betrachtet werden, keineswegs um eine Nachfragekurve, sondern um eine Angebotskurve oder gesetzt den Fall, dass tatsächlich eine Markträumung erfolgt, um Schnittpunkte von Angebots- und Nachfragekurven. Grundsätzlich wäre somit bei einer steigenden Anzahl von Arztpraxen im Zeitverlauf tendenziell auch eine Zunahme der Arztbesuche zu erwarten. Dies ist jedoch aus empirischer Sicht zumindest für die letzten zehn Jahre nicht der Fall (Abbildung 1).⁹ Obwohl das Angebot (Arztpraxen pro Kopf) zugenommen hat, werden im Zeitverlauf weniger bis konstant viele Arztbesuche getätigt.

Eine Ausnahme stellt hierbei ein deutlicher Rückgang der Arztbesuche während der Anfangszeit der Praxisgebühr dar, der von einigen Autoren (Grabka et al. 2006) etwas vorschnell als Beleg für die Wirksamkeit der Praxisgebühr ausgelegt wurde und auch heute noch im Sinne eines vorübergehenden Effekts interpretiert wird (Schreyögg / Grabka 2010: 338). Einerseits gilt es hierbei jedoch zu berücksichtigen, dass der augenscheinlich vorhandene Effekt bei Verwendung eines adäquaten Zeitreihenmodells nicht nachgewiesen werden kann.¹⁰ Andererseits ist die Praxisgebühr nicht die einzige gesundheitspolitische Maßnahme, die im Zeitverlauf zu

7 Krämer (1992: 67 f) nennt hier eine ganze Reihe von „Störfaktoren“, wobei bereits die Tatsache, dass Patienten üblicherweise nicht wissen, was sie wollen, ein solches Modell äußerst realitätsfern erscheinen lässt.

8 Aus ökonomischer Sicht handelt es sich bei den Beiträgen zur GKV um versunkene Kosten (sunk costs). Da diese Kosten unabhängig davon anfallen, ob Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden oder nicht, werden sie bei einer rationalen Entscheidung für oder gegen einen Arztbesuch nicht berücksichtigt und stellen somit entscheidungsirrelevante Kosten dar.

9 Hinzuweisen ist an dieser Stelle darauf, dass die absolute Anzahl der Pro-Kopf-Arztbesuche im SOEP nur bedingt mit prozessproduzierten Daten vergleichbar ist. Derartige Daten werden seit 2004 von den gesetzlichen Krankenversicherungen erfasst. Referenzwerte für die tatsächliche durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche von Versicherten in der GKV nach Alter und Geschlecht lassen sich z.B. Grobe et al. (2006: 52) entnehmen. Deutlich wird dabei, dass die SOEP-Werte weit unter den Referenzwerten liegen. Obwohl Aussagen zur absoluten Anzahl der Arztbesuche mit dem SOEP somit nicht möglich sind, sollten sich zumindest relative Veränderungen im Zeitverlauf (Trends) aufgrund der hohen Fallzahlen relativ gut nachweisen lassen. Hier wiederum erscheinen die prozessproduzierten Daten – sofern sie überhaupt verfügbar sind – wenig geeignet, da für den Zeitraum vor der Praxisgebühr keine Werte vorliegen.

10 Die statistische Grundlage für den „signifikante[n] Rückgang um durchschnittlich 0,25 Arztbesuche“ (Grabka et al. 2006: 477) wird von den Autoren nicht näher erläutert. Aufgrund des im Hinblick auf den offensichtlich vorhandenen Zeittrend überraschenden Ergebnisses kann jedoch vermutet werden, dass ein für derartige Situationen nicht geeigneter Test durchgeführt wurde (z.B. t-Test).

einer Veränderung der Arztbesuche geführt haben könnte, da bereits seit den 70er Jahren versucht wird, durch Zuzahlungen zu Arzneimitteln, Krankenhausaufenthalten usw. der Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten:

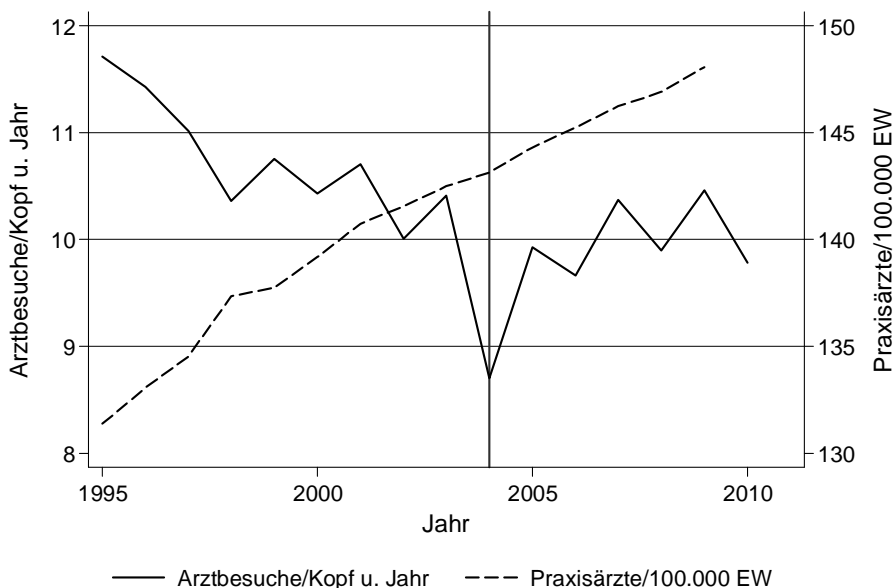
„Beginning in the 1970 s, however, the focus shifted from expansion to cost containment, a trend that continues today. A rapid rise in health care costs in the 1970 s was dubbed the "cost explosion" and threatened the pay-as-you-go statutory system. [...] The cost explosion triggered a series of reforms. The health insurance cost containment law of 1977 (Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz) and the hospital cost containment law of 1981 (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) kicked off a series of reforms focused on costs. These laws had limited impact and were followed by new reforms. In all, there were 15 reform bills from 1977 to 2010, or one reform every two years.“ (Porter / Guth 2012: 59 f)

Vor diesem Hintergrund erscheint es bestenfalls möglich für die Anfangszeit der Praxisgebühr eine Art „Strohfeuereffekt“ (Diekmann 2001: 321) zu diagnostizieren, der – falls er überhaupt vorhanden sein sollte – eher auf Unsicherheiten beim Umgang mit den neuen Regelungen (z.B. Überweisungen zum Facharzt) als auf die Maßnahme selbst zurückzuführen sein dürfte: „Zwar ging bei den Vertragsärzten der GKV die Zahl der Patienten im ersten Quartal 2004 um zehn Prozent zurück, jedoch steckte dahinter ein auch aus vorhergehenden Gesundheitsreformen bekannter ‚Ankündigungseffekt‘“ (Reiners / Schnee 2007: 138).¹¹

Auf die eigentliche Wirkung der Praxisgebühr jedoch kann aus dem zeitlichen Verlauf der Anzahl der Pro-Kopf-Arztbesuche von Versicherten in der GKV nicht geschlossen werden. Gründe hierfür sind die geschilderten simultanen Veränderungen auf der Angebotsseite und potenziell ähnliche, möglicherweise zeitversetzte Reaktionen der Akteure auf andere gesundheitspolitische Maßnahmen. So wäre es z.B. denkbar, dass die Praxisgebühr tatsächlich nachhaltig zu einer geringeren Inanspruchnahme von Arztbesuchen geführt hat, so dass ein erneuter Aufwärtstrend bei den Arztbesuchen, der vielleicht aufgrund der hohen Anzahl von Arztbesuchen in 2003 zu erwarten gewesen wäre, nicht eingetreten ist. Letztendlich sind dies jedoch nur Spekulationen, da eine methodisch einwandfreie Evaluation der Praxisgebühr so nicht möglich ist.

11 Interessant ist zudem, dass dieselben Autoren einen Anstieg der Arztbesuche im letzten Quartal 2003 darauf zurückführen, dass „viele Patienten ihren Medikamentenvorrat auffüllen wollten“ (Reiners / Schnee 2007: 138). Deutlich wird hierbei noch einmal, wie schwer es letztendlich sein kann, zwischen der Wirkung der Praxisgebühr und der Wirkung einer simultanen Erhöhung der Zuzahlungen zu Arzneimitteln zu unterscheiden.

Abbildung 1: Angebot und Nachfrage nach Arztbesuchen



Hinweise: Anzahl Arztbesuche in den letzten drei Monaten; nur volljährige Befragte in Privathaushalten (keine Altenheime), alle Versicherten; Arztbesuche werden im SOEP seit 1984 erhoben, sind aber in den früheren Wellen und 1994 nach Arztgruppen gegliedert; dadurch sind diese Werte deutlich höher; Daten nur bedingt mit anderen Erhebungen/Aggregatdaten vergleichbar, aber gut zur Erfassung von Trends geeignet; um den „Effekt“ der Praxisgebühr zu verdeutlichen, wurde der Durchschnittswert in 2004 ohne die ersten beiden Befragungsmonate (Überschneidung mit dem Vorjahr) berechnet; Daten zu der Anzahl der praktizierenden Ärzte aus Kopetsch (2010: 50); nur Vertragsärzte für GKV; vor 1993 nur für Westdeutschland verfügbar; Pro-Kopf-Werte durch Gewichtung mit Bevölkerungsstand (Statistisches Bundesamt 2012).

4. Interdependenzen zwischen potenziellen Arztbesuchern

Wie bereits angemerkt, hängt die realisierte Nachfrage nach Arztbesuchen auch vom Angebot ab. Charakteristisch ist hierbei, dass insbesondere Besuche bei Fachärzten oft mit langen Wartezeiten für Arzttermine einhergehen. Sollte es tatsächlich so sein, dass einige Akteure aufgrund der Praxisgebühr auf Arztbesuche verzichten, so sollten diejenigen, die weiterhin zum Arzt gehen, nun schneller einen Arzttermin bekommen und dadurch die Möglichkeit haben, öfter zum Arzt zu gehen, als dies vor der Einführung der Praxisgebühr der Fall war. Wird zudem berücksichtigt, dass aus der Sicht der Ärzte ein Anreiz besteht, bestehende Kapazitäten (z.B. Kernspintomographen und Laser) auch auszuschöpfen, so könnte man durchaus sagen, dass hier ein Konstanzsummenspiel vorliegt, bei dem die ausbleibenden Arztbesuche des einen durch vermehrte Arztbesuche des anderen ausgeglichen werden. Offensichtlich ist dies, wenn tatsächlich ein Nachfrageüberschuss nach Arztbesuchen bestehen sollte. Aber auch sonst darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es letztendlich nicht die Patienten, sondern die Ärzte sind, die die Auslastung ihrer Kapazitäten durch die Dauer, Intensität und Frequenz von Behandlungen steuern. Insgesamt liegt damit eine Situation vor, in der ein gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument wie die Praxisgebühr eigentlich nur dann zu einem Rückgang der aggregierten Anzahl der Arztbesuche hätte führen können, wenn alle Akteure im Zuge der Praxisgebühr auf Arztbesuche verzichtet hätten.

Paradoxerweise wurde nun von politischer Seite her gerade dort, wo die Praxisgebühr im Hinblick auf die obige Argumentation am wenigsten hätte wirken sollen, der größte Effekt erwartet: „Von der Praxisgebühr versprach man sich zwar auch einen allgemeinen Rückgang der Inanspruchnahme in [sic] der vertragsärztlichen Versorgung, die vor allem aber über eine Senkung der Zahl der in der Regel überdurchschnittlich kostspieligen Facharztkontakte erreicht werden sollte“ (Reiners / Schnee 2007: 135). Kein Wunder also, dass gerade dieser Effekt ausgeblieben ist:

„Allerdings hat sich die Zahl der von den Fachärzten behandelten Patienten [durch die Stärkung der ‚Lotsenfunktion‘¹² der Hausärzte] kaum verändert. Der von den Interessenverbänden befürchtete Rückgang der Fallzahlen war nur eine vorübergehende Erscheinung.“ (Reiners / Schnee 2007: 140)

Etwas anders könnte es jedoch mit Effekten auf die Verteilung der Arztbesuche aussehen, auf die sich anhand von Durchschnittswerten (Arztbesuche pro Kopf) nicht schließen lässt. Sollte es sich bei der realisierten Nachfrage nach Arztbesuchen tatsächlich um eine Art Konstantensummenspiel handeln, so könnte es durchaus sein, dass sich die Verteilung der Arztbesuche seit der Einführung der Praxisgebühr stark verändert hat.

Dies ist tatsächlich der Fall, wobei die Praxisgebühr neben einem kurzfristigen Effekt auf die gesamte Verteilung scheinbar auch langfristig dazu geführt hat, dass Personen mit vielen Arztbesuchen seltener und Personen mit wenigen Arztbesuchen öfter zum Arzt gehen (vgl. Abbildung 2). Dieses Phänomen kann mit statistischen Tests (z.B. Kolmogorov-Smirnov-Tests zum Vergleich der Verteilungen, Chi-Quadrat-Tests für die gruppierten Daten) belegt werden und zeigt sich auch im Bertelsmann-Gesundheitsmonitor:

„Während bei den Personen mit bis zu vier Arztbesuchen pro Jahr die Zahl der Arztkontakte nach Einführung der Praxisgebühr sogar um bis zu zehn Prozent stieg, bieten die ‚Hochfrequentierer/Häufignutzer‘ ein gegenteiliges Bild. Kam es in dieser Gruppe im Frühjahr 2003 noch durchschnittlich zu 29 Praxiskontakten pro Kopf, waren es im Frühjahr 2004 nur noch 25. Sie sanken in den Frühjahr Jahren 2005 und 2006 weiter auf 24 beziehungsweise 23.“ (Reiners / Schnee 2007: 142)

Letztendlich kann jedoch auch aus diesem Ergebnis nicht auf eine Wirkung der Praxisgebühr geschlossen werden, da die geschilderte Veränderung der Verteilung der Arztbesuche auch für den Zeitraum vor der Praxisgebühr charakteristisch ist. Somit kann nur festgehalten werden, dass für Deutschland seit Mitte der 90er Jahre eine abnehmende Ungleichheit bei der Inanspruchnahme von Arztbesuchen zu beobachten ist. Ausschlaggebend hierfür sind möglicherweise Auswirkungen von 15 Gesundheitsreformen im Zuge des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes von 1977. Ob dies tatsächlich der Fall ist, und wenn ja, wie hoch dann der Beitrag der Praxisgebühr zu diesem Trend gewesen ist, kann jedoch so nicht beurteilt werden.

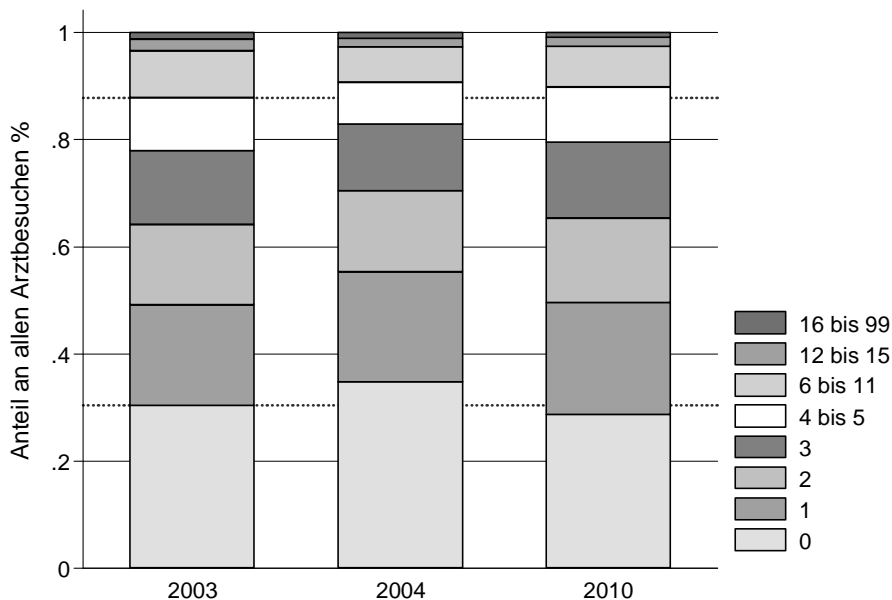
12 Einen Rückgang der Arztbesuche bei Fachärzten versprach man sich u.a. auch durch die „Lotsenfunktion“ der Hausärzte. Entscheidend war dabei, dass Facharztbesuche im selben Quartal bei einer Überweisung durch den Hausarzt, in dessen Praxis die Praxisgebühr bereits entrichtet wurde, von den Zuzahlungen befreit waren. Insofern sollte der Hausarzt als „Lotse“ darüber entscheiden, ob ein Facharztbesuch aus medizinischer Sicht erforderlich gewesen wäre. Tatsächlich wurde diese Regelung jedoch nur „pro forma“ umgesetzt, indem z.B. gleich mehrere Überweisungen zu diversen Fachärzten prophylaktisch – also ohne jegliche medizinische Notwendigkeit – ausgestellt wurden oder von Fachärzten zu Hausärzten überwiesen wurde.

5. Pfadabhängigkeit von Arztbesuchen

Letztendlich lässt die Veränderung der Verteilung der Arztbesuche im Zeitverlauf jedoch keinen Schluss darauf zu, welche Akteure nun öfter bzw. seltener zum Arzt gehen, da bei Rückschlüssen von Veränderungen auf der Aggregatenebene auf das Verhalten von Individuen immer die Gefahr eines ökologischen Fehlschlusses (Diekmann 2001: 116 f) besteht. Um nun herauszufinden, wer im Zeitverlauf seltener zum Arzt geht, können Individualdaten herangezogen werden. Deutlich wird dabei, dass die Vermeidung von Arztbesuchen im Vergleich zum Vorjahr zu einem Großteil davon abhängt, wie viele Arztbesuche im Vorjahr realisiert wurden (vgl. Tabelle 1). Intuitiv nachvollziehbar ist dieses Ergebnis für Personen ohne Arztkontakte im Vorjahr. Für diese Akteure ist es unmöglich, im Berichtsjahr noch seltener zum Arzt zu gehen. Aber auch bei Personen mit relativ vielen Arztkontakten scheint es so einen Mechanismus zu geben, der dazu führt, dass die große Anzahl an Arztbesuchen im Vorjahr mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht noch einmal realisiert wird. Technisch gesehen spricht man hier von einem „Regressionseffekt“, also einer statistischen Tendenz zur Mitte.

Hierbei handelt es sich um ein typisches Problem der Evaluationsforschung, das vor allem dann auftreten kann, „wenn sich die Werte der Vorhermessung in der Versuchs- und Kontrollgruppe stark unterscheiden“ (Diekmann 2001: 313). Deshalb macht es auch wenig Sinn, wie z.B. Reiners / Schnee (2007: 142) den „Reaktionen“ von „Hochfrequentierer[n]/Häufignutzer[n]“ im Zuge der Praxisgebühr allzu viel Aufmerksamkeit zu schenken, da hier letztendlich nur ein Regressionseffekt gemessen wird.

Abbildung 2: Veränderung der Verteilung der Arztbesuche



Hinweise: Anzahl Arztbesuche in den letzten drei Monaten; nur volljährige Befragte in Privathaushalten (keine Altenheime), nur Versicherte in der GKV ohne Beihilfe; Arztbesuche werden im SOEP seit 1984 erhoben, sind aber in den früheren Wellen und 1994 nach Arztgruppen gegliedert; dadurch sind diese Werte deutlich höher; Daten nur bedingt mit anderen Erhebungen/Aggregatdaten vergleichbar, aber gut zur Erfassung von Trends geeignet; um den „Effekt“ der Praxisgebühr zu verdeutlichen wurde der Durchschnittswert in 2004 ohne die ersten beiden Befragungsmomente (Überschneidung mit dem Vorjahr) be-

rechnet; interessant sind die gepunkteten Linien! Verlagerung von Extremwerten in die Mitte der Verteilung.

Hinweise: Anzahl Arztbesuche in den letzten drei Monaten; nur volljährige Befragte in Privathaushalten (keine Altenheime), nur Versicherte in der GKV ohne Beihilfe; Arztbesuche werden im SOEP seit 1984 erhoben, sind aber in den früheren Wellen und 1994 nach Arztgruppen gegliedert; dadurch sind diese Werte deutlich höher; Daten nur bedingt mit anderen Erhebungen/Aggregatdaten vergleichbar, aber gut zur Erfassung von Trends geeignet; um den „Effekt“ der Praxisgebühr zu verdeutlichen wurde der Durchschnittswert in 2004 ohne die ersten beiden Befragungsmonate (Überschneidung mit dem Vorjahr) berechnet; die obere Kurve (näher an der Gleichverteilung) ist das Jahr 2010.

Tabelle 1: Einfluss der Arztbesuche im Vorjahr auf die Vermeidung von Arztbesuchen

Vermeidung von Arztbesuchen	Arztbesuche im Vorjahr (kategorial)								Gesamt
	0	1	2	3	4-5	6-10	11-15	16-99	
nein	94419	38007	25081	19050	10544	7250	1633	609	196593
	100.00	68.09	55.87	50.27	34.14	26.41	20.50	11.44	64.53
ja	0	17809	19807	18849	20341	20202	6331	4715	108054
	0.00	31.91	44.13	49.73	65.86	73.59	79.50	88.56	35.47
Gesamt	94419	55816	44888	37899	30885	27452	7964	5324	304647
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Hinweise: Anzahl Arztbesuche in den letzten drei Monaten; nur volljährige Befragte in Privathaushalten (keine Altenheime); alle verfügbaren Werte seit 1985, ohne Jahre, bei denen im Vorjahr nicht nach Arztbesuchen gefragt wurde; ein Chi-Quadrat Test wäre signifikant (auch für einzelne Jahre).

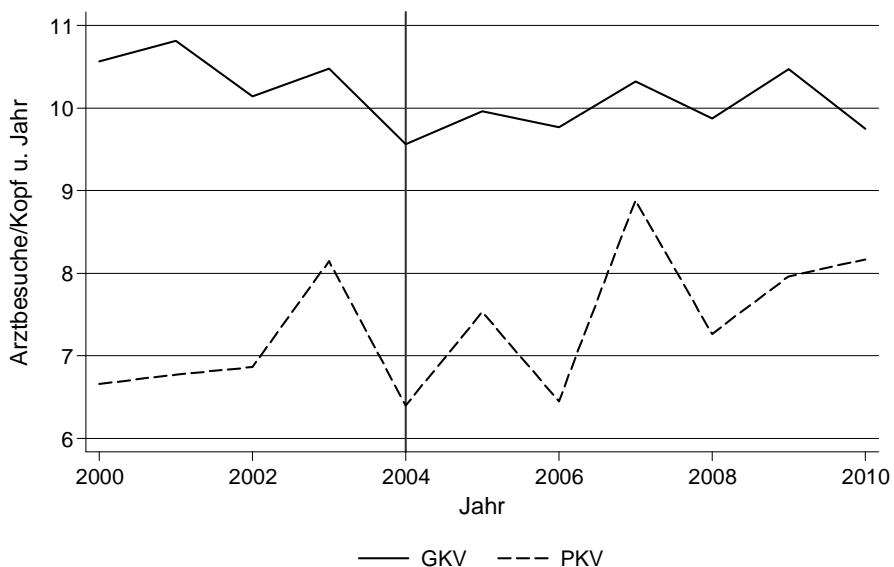
Ähnlich sieht es aus, wenn es darum geht, die Reaktionen von Personen mit subjektiv gutem/schlechtem Gesundheitszustand zu beurteilen, da der subjektive Gesundheitszustand – mangels valider Vergleichskriterien – relativ stark mit der Anzahl der Arztbesuche korreliert ist. Somit verwundert es nicht, dass Reiners / Schnee auch hier einen Regressionseffekt messen, der von den Autoren jedoch nicht als solcher erkannt und stattdessen dahingehend interpretiert wird, dass „vielen Patienten bei Einführung der Praxisgebühr nicht klar [war], dass die Praxisgebühr nicht bei jedem Arztbesuch, sondern nur einmal im Quartal und dann unabhängig von der Zahl der Arztbesuche anfällt“ (Reiners / Schnee 2007: 145).

Tabelle 2: Einfluss einer chronischen Erkrankung auf die Vermeidung von Arztbesuchen in 2004

Vermeidung von Arztbesuchen	Behinderungsgrad ≥ 60		Gesamt
	nein	ja	
nein	4448	208	4656
	63.30	55.91	62.93
ja	2579	164	2743
	36.70	44.09	37.07
Gesamt	7027	372	7399
	100.00	100.00	100.00

Hinweise: Anzahl Arztbesuche in den letzten drei Monaten; nur volljährige Befragte in Privathaushalten (keine Altenheime); ein Chi-Quadrat Test wäre signifikant.

Abbildung 3: Einfluss der Art der Krankenversicherung auf die Entwicklung der Anzahl der Arztbesuche im Zeitverlauf



Hinweise: Anzahl Arztbesuche in den letzten drei Monaten; nur volljährige Befragte in Privathaushalten (keine Altenheime); Versicherte in der PKV ohne Beamte, da für diese Gruppe parallel zur Praxisgebühr ähnliche Zuzahlungen eingeführt wurden; Daten nur bedingt mit anderen Erhebungen/Aggregatdaten vergleichbar, aber gut zur Erfassung von Trends geeignet; um den „Effekt“ der Praxisgebühr zu verdeutlichen, wurde der Durchschnittswert in 2004 ohne die ersten beiden Befragungsmonate (Überschneidung mit dem Vorjahr) berechnet.

Interessant ist nun, dass derartige Pfadabhängigkeiten auch dann zu beobachten sind, wenn man sich Bevölkerungsgruppen mit vielen/wenigen Arztbesuchen anschaut. So erklärt es sich, dass insbesondere chronisch Kranke, bei denen ja am ehesten eine medizinische Notwendigkeit der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen gegeben sein sollte, stärker auf die Praxisgebühr „reagieren“ als Gesunde (vgl. Tabelle 2). Da sich größere Bevölkerungsgruppen (z.B. Arme vs. Reiche, Gebildete vs. Ungebildete) fast immer hinsichtlich der Anzahl der Arztbesuche im Status quo ante unterscheiden, könnte somit für beliebige Perioden bei ausreichend hoher Fallzahl ein signifikanter „Effekt“ einer vorangegangenen Gesundheitsreform nachgewiesen werden.

Hinweise: Anzahl Arztbesuche in den letzten drei Monaten; nur volljährige Befragte in Privathaushalten (keine Altenheime); Versicherte in der PKV ohne Beamte, da für diese Gruppe parallel zur Praxisgebühr ähnliche Zuzahlungen eingeführt wurden; Daten nur bedingt mit anderen Erhebungen/Aggregatdaten vergleichbar, aber gut zur Erfassung von Trends geeignet; um den „Effekt“ der Praxisgebühr zu verdeutlichen, wurde der Durchschnittswert in 2004 ohne die ersten beiden Befragungsmonate (Überschneidung mit dem Vorjahr) berechnet.

Eine Ausnahme von dieser Regel stellt jedoch die Art der Krankenversicherung dar, wobei es hier so ist, dass Versicherte in der PKV (mit wenigen Arztbesuchen im Status quo ante) ihre Arztbesuche im „Zuge der Praxisgebühr“ stärker reduziert haben als Versicherte in der GKV (vgl. Abbildung 3).¹³ Dies wiederum hat dazu geführt, dass Studien zur Evaluation der Praxisgebühr, die einen Difference in Differences (DID)-Ansatz verwenden (Augurzky et al. 2007; Schreyögg / Grabka 2010), keinen Effekt der Praxisgebühr zeigen konnten. Somit kann festgehalten werden, dass aufgrund von Pfadabhängigkeiten bei der Anzahl der realisierten Arztbesuche auch auf der Individualebene keine sinnvollen Aussagen zu den Auswirkungen der Praxisgebühr möglich sind.

6. Diskussion

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass sogar eine relativ überschaubare politische Maßnahme wie die Praxisgebühr aufgrund methodischer Probleme und unintendierter Nebenfolgen große Schwierigkeiten bei der Evaluation nach sich zieht. Dies mag vor allem deshalb verwundern, weil es sich bei der Praxisgebühr auf den ersten Blick um ein sorgfältig konstruiertes politisches Steuerungsinstrument handelt, das aufgrund zahlreicher experimenteller Erkenntnisse zu ähnlichen Maßnahmen (Manning et al. 1987; Newhouse et al. 1993; Gruber 2006) klare Voraussetzungen über seine Wirkung erlauben sollte. Noch aussichtsreicher wirkt die Situation sogar dann, wenn man berücksichtigt, dass die theoretische Grundlage für derartige Steuerungsinstrumente keinesfalls schlecht ist. Im Gegenteil, sowohl die Auswirkungen von Preissteigerungen als auch die Effekte einkommensabhängiger Beschränkungen dieser Preissteigerungen lassen sich durch grundlegende Konzepte der Mikroökonomie (z.B. Gesetz der Nachfrage) zumindest in ihrer Richtung bestimmen. Und obwohl es vielleicht dennoch so wirken könnte, als ob die geschilderten Probleme nur die Praxisgebühr, nicht aber andere politische Maßnahmen betreffen könnten, so ist dies keineswegs der Fall.

Anders als bei echten Experimenten gilt für umfassende quasi-experimentelle Feldexperimente, dass Faktoren, die bei Ersteren als exogen betrachtet werden können, wie z.B. das Angebot an Arztpraxen, Arbeitsplätzen, Energieversorgern oder illegalen Drogen, in der Rea-

13 Wie es zu dieser starken Reduktion der Arztbesuche bei den PKV-Versicherten kommen konnte, ist letztendlich nicht klar. Möglicherweise ist diese Bevölkerungsgruppe jedoch anfälliger für zyklische Schwankungen (z.B. Grippewellen), die die Nachfrage nach Arztbesuchen beeinflussen, so dass die starke Reduktion in 2004 einfach nur auf die hohe Anzahl der Arztbesuche im Vorjahr zurückzuführen ist.

lität einer zeitlichen Veränderung unterworfen sind, die im für den evaluierenden Forscher schlimmsten Fall sogar durch das „Experiment“ selbst beeinflusst werden könnten. Dadurch wird der Forscher mit Gleichgewichtszuständen konfrontiert, aus denen sich nur unter sehr restriktiven Voraussetzungen Aussagen über die eigentlich interessierenden Reaktionen der „Versuchspersonen“ ableiten lassen. Grundsätzlich handelt es sich hierbei um Identifikationsprobleme,¹⁴ die sich sogar dann, wenn adäquate statistische Verfahren (z.B. Instrumentalvariablen-schätzung) eingesetzt werden, oft nicht lösen lassen.

Geradezu undenkbar sind beim echten Experiment – sofern dies nicht ausdrücklich beabsichtigt sein sollte – strategische Abhängigkeiten zwischen Akteuren. Letztere sind jedoch typisch für nahezu beliebige soziale Situationen: Eigentlich hätte Herr A gerne Frau B geheiratet, da diese jedoch bereits mit Herrn C verheiratet ist, muss er sich mit Frau D zufrieden geben. Anders als im RAND Health Insurance Experiments (HIE), wo die Versuchspopulation zu klein war, als dass durch die Reduktion der Arztbesuche einiger Versuchsteilnehmer spürbare Effekte auf die Wartezeiten (auf Arzttermine) der anderen Versuchsteilnehmer hätten resultieren können, ist dies bei umfassenden gesundheitspolitischen Maßnahmen, die größere Bevölkerungsgruppen betreffen, nicht der Fall. Ähnliche Effekte gibt es jedoch auch in völlig anderen Situationen, z.B. dann, wenn es durch die Umsetzung rigoroser Forderungen von Gewerkschaften zu einer Lohn-Preis-Spirale (Inflation) kommt, die dann letzten Endes dazu führt, dass alles beim Alten bleibt. Prinzipiell lassen sich derartige Situationen relativ gut mit Methoden der Spieltheorie analysieren. Letztendlich sind diese Ansätze jedoch meistens zu allgemein, als dass sie eine sinnvolle Evaluation politischer Maßnahmen erlauben würden.

Pfadabhängigkeiten in dem Sinne, dass Ereignisse durch Anfangszustände beeinflusst werden, können natürlich auch bei echten Experimenten auftreten. Dort wird jedoch durch Randomisierung dafür gesorgt, dass die Anfangszustände in der Versuchs- und Kontrollgruppe hinreichend miteinander vergleichbar sind. Ist dies nicht der Fall, kann es z.B. zum bereits erwähnten Regressionseffekt (Diekmann 2001: 313) kommen.

Es ist zwar durchaus richtig, dass mit einem Difference in Differences (DID)-Schätzer für unterschiedliche Ausprägungen der Vorher-Messung kontrolliert werden kann. Sinnvolle Resultate sind mit diesem Ansatz jedoch nur dann möglich, wenn Pfadabhängigkeiten – also unterschiedliche Trends in der Versuchs- und Kontrollgruppe, auch dann, wenn es keine politische Maßnahme gegeben hätte – kategorisch ausgeschlossen werden können. Neben den bereits genannten Problemen ist dies ein Grund dafür, dass es sich bei den vermeintlich aussagekräftigsten Studien zur Evaluation der Praxisgebühr (Augurzyk et al. 2007; Schreyögg / Grabka 2010) gleichzeitig auch um diejenigen handelt, deren Ergebnisse mit der größten Vorsicht interpretiert werden sollten. Letztendlich ist die Tatsache, dass Versicherte in der PKV seltener zum Arzt gehen, nämlich nicht (nur) auf den besseren Gesundheitszustand der Versicherten und die Opportunitätskosten von Selbständigen, sondern auch auf ausgeprägte Anreize zur Vermeidung von Arztbesuchen in der PKV zurückzuführen. Da diese z.T. an die Höhe der im Zeitverlauf variierenden Beiträge geknüpft sind (z.B. Rückerstattung von vier Monatsbeiträgen bei der Debeka und HUK, falls innerhalb eines Kalenderjahres keine ambulanten Leistungen in Anspruch genommen werden), ändern sich die Anreize sogar dann, wenn es bei den Tarifen selbst – also neue Tarifen vs. alte Tarife – keine Änderungen gibt.

Eng verbunden mit den erwähnten Pfadabhängigkeiten ist jedoch auch noch ein anderes Problem, das bislang noch gar nicht erwähnt wurde. Anders als z.B. bei physikalischen Experimenten, wo die Wirkung zumeist direkt im Anschluss an die Ursache beobachtet werden

14 Für die Illustration eines Identifikationsproblems im Zusammenhang mit der Bestimmung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen vgl. Krämer (1992: 69ff).

kann, besteht im sozialen Raum die Möglichkeit, dass Veränderungen vor oder auch erst sehr lange nach der Ursache eintreten. Während Ersteres z.B. für das bereits erwähnte Auffüllen von Medikamentenvorräten im letzten Quartal 2003 zutreffen könnte, ist mit Letzterem die Annahme verbunden, dass es so etwas wie gewohnheitsmäßiges oder traditionales Handeln gibt. So könnte es z.B. sein, dass eine Erhöhung der Tabaksteuer dazu führt, dass überzeugte Raucher Entwöhnungsversuche unternehmen. Kurzfristig hätte dies jedoch aufgrund hoher Rückfallquoten möglicherweise nur einen kleinen Effekt auf die aggregierte Anzahl der verkauften Zigaretten, während ein potenziell großer langfristiger Effekt erst viele Jahre später eintreten könnte.

Insgesamt gilt also, dass die Evaluation politischer Maßnahmen keineswegs immer zu eindeutigen Ergebnissen führen muss. Oft ist es so, dass sich potenzielle Störfaktoren nicht hinreichend kontrollieren lassen oder un intendierte Nebenfolgen dazu beitragen, dass die eigentlich interessierenden Effekte nicht bestimmt werden können. Letztendlich soll dies jedoch nicht heißen, dass politische Maßnahmen nicht evaluiert oder die Ergebnisse dieser Studien von politischen Entscheidungsträgern ignoriert werden sollten. Spätestens dann jedoch, wenn ein und dieselben Autoren (Grabka et al. 2006; Schreyögg / Grabka 2010) innerhalb weniger Jahre zu völlig gegensätzlichen Empfehlungen kommen, sollte auch dem Laien klar werden, dass hier doch eine erhebliche Unsicherheit bezüglich der Wirksamkeit einer politischen Maßnahme besteht.

Literatur

- Amitabh, C. / J. Gruber / R. McKnight (2007): Patient Cost-Sharing, Hospitalization Offsets, and the Design of Optimal Health Insurance for the Elderly, in: NBER Working Papers 12972, S. 1-49.
- Andersen, H.H. / J. Schwarze (1997): Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb. Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Berliner Zentrum Public Health, Berlin.
- Augurzyk, B. / T.K. Bauer / S. Schaffner (2007): Zeigt die Praxisgebühr die gewünschte Wirkung?, in: RWI Positionen 16, S. 1-9.
- Braun, N. / M. Keuschnigg / T. Wolbring (2012): Wirtschaftssoziologie I. Grundzüge, München.
- Brenner, G. / H. Koch / A. Franke (2005): Steuert die Praxisgebühr in die richtige Richtung? Analyse des Versorgungsgeschehens nach Einführung der „Praxisgebühr“, in: Zeitschrift für Allgemeine Medizin 81, S. 377-381.
- Breyer, F. / P. Zweifel / M. Kifmann (2005): Gesundheitsökonomik, Berlin.
- Cherkin, D. / L. Grothaus / E. Wagner (1989): The Effect of Office Visit Copayments on Utilization in a Health Maintenance Organization, in: Medical Care 27, S. 1036-1045.
- Diekmann, A. (2001): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, Reinbek.
- Farbmacher, H. (2009): Copayments for doctor visits in Germany and the probability of visiting a physician – Evidence from a natural experiment, in: Munich Discussion Papers 2009, S. 1-17.
- Frick J.R. / S.P. Jenkins / D.R. Lillard / O. Lipps / M. Wooden (2007): The Cross-National Equivalent File (CNEF) and its Member Country Household Panel Studies, in: Schmollers Jahrbuch 127 / 4, S. 626-654.
- Gebhard, B. (2005): Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit – eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten, in: J. Böcken / B. Braun / M. Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2005. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 47-58.
- Goldman D.P. / Joyce G.F. / J.J. Escarce / J.E. Pace / M.D. Solomon / M. Laouri / P.B. Landsman / T.M. Teutsch (2004): Pharmacy Benefits and the Use of Drugs by the Chronically Ill, in: Journal of the American Medical Association 291, S. 2344-2350.

- Grabka, M. / J. Schreyögg / R. Busse (2006): Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung, in: *Medizinische Klinik* 101, S. 476-483.
- Grobe, T.G. / H. Dörning / F.W. Schwartz (2006): GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2006, St. Augustin.
- Grossman, M. (1972): On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, in: *Journal of Political Economy* 80, S. 223-255.
- Gruber, J. (2006): The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park / CA.
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim – München.
- Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.
- Krämer, W. (1992): Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, in: H.H. Andersen / K.H. Henke / J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.), *Basiswissen Gesundheitsökonomie*, Bd. 1: Einführende Texte, Berlin, S. 63-82.
- Labelle, R. / G. Stoddart / T. Rice (1994): A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand, in: *Journal of Health Economics* 13, S. 347-368.
- Landsman, P.B. / W. Yu / X. Liu / S.M. Teutsch / M.L. Berger (2005): Impact of 3-Tier Pharmacy Benefit Design and Increased Consumer Cost-sharing on Drug Utilization, in: *American Journal of Managed Care* 11, S. 621-628.
- Manning, W. / J.P. Newhouse / N. Duan / E.B. Keeler / A. Leibowitz (1987): Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment, in: *American Economic Review* 77, S. 251-277.
- NEWHOUSE, J. et al. (1993): Free For All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Cambridge / MA.
- OECD (2009 a): „Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP“ – Gesundheit auf einen Blick 2009: OECD-Indikatoren, abrufbar unter: http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8109115_e.pdf?expires=1357606653&id=id&accname=guest&checksum=171DB921A-D2D8D392D51E0955454D3B2, letztes Abrufdatum: 27.11.2012.
- OECD (2009 b): „Lebenserwartung bei der Geburt“ – Gesundheit auf einen Blick 2009: OECD-Indikatoren, abrufbar unter: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/gesundheit-auf-einen-blick-2009_9789264081086-de, letztes Abrufdatum: 27.11.2012.
- Opp, K.-D. (2005): *Methodologie der Sozialwissenschaften. Einführung in Probleme ihrer Theoriebildung und praktischen Anwendung*, Wiesbaden.
- Pauly, M.V. (1968): The Economics of Moral Hazard: Comment, in: *American Economic Review* 58, S. 531-537.
- Porter, M.E. / C. Guth (2012): The German Health Care System: Overview and Historical Development, in: Dies. (Hrsg.), *Redefining German Health Care. Moving to a Value-Based System*, S. 53-69, Berlin.
- Reiners, H. / M. Schnee (2007): Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung?, in: J. Böcken / B. Braun / R. Amhof (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*, S. 133-154, Gütersloh.
- Rossi P.H. / M.W. Lipsey / H.E. Freeman (2004): *Evaluation: A Systematic Approach*, London.
- Rückert, I.-M. / J. Böcken / A. Mielck (2008): Are German Patients Burdened by the Practice Charge for physician visits („Praxisgebühr“)? A Cross Sectional Analysis of Socio-economic and Health Related Factors, in: *BMC Health Services Research* 80, S. 1-13.
- Schimank, U. / U. Volkmann (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft, in: A. Maurer (Hrsg.), *Handbuch der Wirtschaftssoziologie*, Berlin, S. 383-393.
- Schnell, R. / P.B. Hill / E. Esser (2011): *Methoden der empirischen Sozialforschung*, München.

- Schreyögg, J. / M. Grabka (2010): Copayments for Ambulatory Care in Germany: A Natural Experiment Using a Difference-in-Difference Approach, in: *Journal of Health Economics* 11, S. 331-341.
- Shavell, S. (1979): On Moral Hazard and Insurance, in: *The Quarterly Journal of Economics* 93, S. 541-562.
- Statistisches Bundesamt (2012): GENESIS (Gemeinsames neues statistisches Informationssystem), abrufbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon>, letztes Abrufdatum: 10.11.2012.
- Varian, H.R. (2001): *Grundzüge der Mikroökonomik*, München.
- Weiss, C.H. (1997): *Evaluation. Methods for Studying Programs and Policies*. Prentice Hall, Englewood Cliffs / NJ.
- Winkelmann, R. (2004 a): Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits – Evidence from a natural experiment, in: *Health Economics* 13, S. 1081-1089.
- Winkelmann, R. (2004 b): Health care reform and the number of doctor visits – An econometric analysis, in: *Journal of Applied Econometrics* 19, S. 455-472.
- Winkelmann, R. (2006): Reforming health care: Evidence from quantile regressions for counts, in: *Journal of Health Economics* 25, S. 131-145.

Thomas Wimmer
 Ludwig-Maximilians-Universität München
 Institut für Soziologie
 Konradstr. 6
 80801 München
thomas.wimmer@soziologie.uni-muenchen.de