



MAX-PLANCK-GESellschaft

Anreize und Nudging zur Patientencompliance

Yoan Hermstrüwer

MPI zur Erforschung von Gemeinschaftsgütern

inages-Tagung, 12. September 2017

Thesen

1. Anreize und Überwachung drohen die Autonomiegehalte der Rechte auf Patienten-Selbstbestimmung und informationelle Selbstbestimmung auszuhöhlen.
2. Anreize und Nudging tragen paternalistische Züge, soweit sie keine oder negative Auswirkungen auf die finanzielle Belastung der GKV zeitigen.
3. Normative Bewertung hängt von empirisch ungesicherten Vorfragen ab:
 - ▶ Grundannahmen über kognitive und motivationale Beschränkungen von Patienten.
 - ▶ Eignung zur Verwirklichung eines Gemeinwohlbelangs statt Schutzes vor selbstgefährdenden Therapieabweichungen (Paternalismus).
 - ▶ Verteilung von Heilungsressourcen.

Eigenverantwortung als Verteilungskriterium

Grundsatz: Solidaritätsprinzip (§ 1 S. 1, § 3 SGB V)

- ▶ Beitragslasten sind einkommensabhängig.
- ▶ Beitragslasten hängen weder von Risiken noch von Verursachung ab (Finalprinzip).
 - Keine Differenzierung nach Risiken und Verhalten.
 - Ausgleich zwischen Gesund und Krank, Reich und Arm.

Ausnahme: Eigenverantwortung (§ 1 S. 3 SGB V)

- ▶ Patienten sollen an Krankenbehandlung und Rehabilitation aktiv mitwirken.
 - Durchsetzbare Pflicht ☒
 - Obliegenheit ☑ → Kostenbeteiligung nach Risikoäquivalenz bei selbstverschuldeter Krankheit (vgl. § 52 II SGB V).
 - Kein Anspruch auf konkrete und kürzungsfreie Leistung aus Sozialstaatsprinzip oder Grundrechten (Grenze: medizinisches Existenzminimum).

Regelungsproblem: Ursachen von Non-Compliance

1. Rationales Patientenverhalten (System 2): *moral hazard*

- ▶ Informationsasymmetrien (Prinzipal-Agenten-Verhältnis) und Übernahme von Kosten durch Versicherung : $p < c_{\text{marg}} \rightarrow$ Übernutzung der GKV.
- ▶ **Aber:** Eigenes Krankheitsleiden verursacht auch nicht externalisierbare Kosten (*Skin in the game*-Argument).

2. Beschränkt rationales Patientenverhalten (System 1): *behavioral hazard*

- ▶ Unternutzung von Medikation.
- ▶ *Aufmerksamkeitsdefizite* \rightarrow Salienz von Symptomen
- ▶ *Hyperbolic discounting* \rightarrow Überschätzung unmittelbaren Nutzens
- ▶ *Mental chunking* \rightarrow Keine Auflösung in therapeutische Teilaufgaben
- ▶ *Überzeugungen* \rightarrow Medikationsaversion / Ärztemisstrauen
- ▶ **Aber:** Präferenz? Informationsdefizit? Willensdefizit?

3. Verhaltensferne Faktoren: *Gesundheitsniveau durch Anreize nicht steuerbar*

- ▶ Sozioökonomische Faktoren (*Public-Health-Ansatz*)
- ▶ Somatische und genetische Faktoren

Regelungsinstrumente

Anreize: Preismechanismus

- ▶ Finanzielle Belohnung bei Compliance (vgl. § 65a SGB V) / Bestrafung bei Non-Compliance.
- ▶ **Zwang**: Therapiewidrige Entscheidungen müssen bezahlt werden.
- ▶ **Überwachung** des Patientenverhaltens erforderlich (§§ 284 ff. SGB V oder Einwilligung).

Nudging: Entscheidungsarchitektur

- ▶ Entscheidungsarchitektur ohne Verbote oder Preisveränderungen: Korrektur von Rationalitätsdefiziten (*debiasing*).
- ▶ **Kein Zwang**: Alternative Handlungsoptionen können gewählt werden.
- ▶ **Keine Überwachung** des Patientenverhaltens erforderlich.

Eingriffe: Selbstbestimmung des Patienten (Art. 2 II 1 GG) / Informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 I iVm Art. 1 I GG) / Allgemeines Gleichheitsrecht (Art. 3 I GG)

Regelungsziele

Zieldefinition bestimmt über Reichweite der Autonomiegewährleistung:

- ▶ Schutz der individuellen Gesundheit und selbstgefährdenden Therapieabweichungen (**Paternalismus**) ☒
- ▶ Sicherung der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der GKV (**Gemeinwohlbelang**) + Gesundheitschancengleichheit als Nebenbedingung ☑

Libertärer Paternalismus → Normatives Problem: Vermengung der Ziel- (Wohlfahrtssteigerung) und Instrumentenfrage (Nudging).

Nudging:

- ▶ ist zu Gemeinwohlzwecken möglich (*nicht paternalistisches Nudging*).
- ▶ kann im Vergleich zu Anreizen milder und ebenso geeignet oder geeigneter sein.
- ▶ als *Debiasing* eher (+), als *Rebiasing* eher (-).

Eingriff → Compliance

1. Bestimmung von verhaltensabhängigen und nicht verhaltensabhängigen Krankheitsfolgen
 - ▶ Empirisch: Gefahr von Nichtsteuerung und *victim blaming*
 - ▶ Normativ: Bewertung von guten und schlechten Verhaltensweisen und Zuweisung von Verantwortung, Stigmatisierung bei gruppenspezifischem Verhalten
2. Kausalzusammenhang zwischen Verhalten und Krankheit
 - ▶ statistische Betrachtung oder individuelle Betrachtung im Einzelfall
 - ▶ Typisierung: Nachweisbarer Kausalzusammenhang + Schlussfolgerung auf eigenes Verschulden (vgl. § 52 II SGB vs. Art. 3 I GG)
3. Eingriffstyp: Zuckerbrot oder Peitsche?
 - ▶ Verluste werden stärker gewichtet als Gewinne in gleicher Höhe (*Prospect Theory*).
 - ▶ Verlustanreize wirken tendenziell besser, auch bei ökonomischer Gleichwertigkeit (*Framing*-Effekte).
Hoher Beitrag + Belohnung für Compliance. → Deontologie
Geringer Beitrag + Bestrafung für Non-Compliance. → Utilitarismus

Eingriff → Kognition (Informiertheit)

1. Informationsverarbeitung

- ▶ Aufmerksamkeit wird auf die monetären Folgen verlagert.
- ▶ Abneigung gegen Abwägung von Gesundheit gegen Geld (Moralpsychologie).
→ Verarbeitung finanzieller / therapeutischer Informationen wird erschwert.

2. Umgang mit Statistiken im Arzt-Patienten-Verhältnis

- ▶ Überschätzung der Wahrscheinlichkeit bereits gesehener Krankheiten (Verfügbarkeitsheuristik).
- ▶ Vernachlässigung von Fehlerquoten (falsch-positive / falsch-negative) und Basisraten (*base rate fallacy*).
→ Anreize können diese Fehler verschärfen und Risiko einer Fehl- bzw. Übertherapie erhöhen.

3. Exkurs: Nudging

- ▶ nicht hinreichend transparent, aber Effektivität bei Hinweisen.
- ▶ manipulativ, bspw. 'Überleben zu 95 Prozent' vs. 'Tod zu 5 Prozent'.

Eingriff → Motivation (Freiwilligkeit)

1. Autonomiebefähigende Wirkung

- ▶ Anreize können als Rechtfertigung für die Abweichung von gesundheitsschädlichen sozialen Normen dienen.

2. Autonomiebeschränkende Wirkung

- ▶ Wissen über Compliance-Typen und therapiekonformes Verhalten:

nur bei Eingriff (*Compliers*)

nur ohne Eingriff (*Defiers*)

immer (*Always-Takers*)

nie (*Never-Takers*)

Eingriff → Motivation (Freiwilligkeit)

1. Verringerung intrinsischer Motivation zur Heilung durch geringe Anreize (*crowding out*) + bleibender Effekt selbst bei Aufhebung → *Defiers*
2. Abschreckungseffekte: Manche Patienten werden von Einholung ärztlicher Beratung möglicherweise abgehalten → *Defiers*
 - ▶ Ärzte als „Therapiepolizei“ / Double-Agent-Rolle in Behandlung und Ressourcenzuteilung (vgl. die Erfahrungen mit § 137f SGB V)
 - ▶ Patienten mit starken Compliance-Problemen: Zuzahlung für Non-Compliance → Wirkung wie Selbstbeteiligungen
 - ▶ Finanzstarke Patienten: Non-Compliance leichter erkaufbar → Mehr Verhaltensfreiheit (Korrektur: Auffangregelungen? Belastungsprogression?)
 - ▶ Entwöhnung eigenverantwortlicher Entscheidungen (Infantilisierung)

Eingriff → Motivation (Unraveling)

Pool von Patienten mit heterogenen Compliance-Eigenschaften.

Patient mit bestem Compliance-Verhalten hat den stärksten Anreiz zur Einwilligung in Überwachung / Teilnahme am Compliance-Programm.

Nach Einwilligung: Patient mit zweitbesten Eigenschaften hat stärksten Anreiz.

Einwilligung erzeugt strategischen Druck auf andere Patienten mit weniger guten Compliance-Eigenschaften (*Signaling*).

Bei perfekter Rationalität: alle Patienten willigen ein (*Unraveling*).

- ▶ höhlt Freiwilligkeit aus.
- ▶ erhöht zwar die Effizienz, verringert aber Umverteilung (Entsolidarisierung).

Compliance → Ressourcenverteilung / Kosten

1. Kostenverringering

- ▶ Möglicherweise höhere Belastung der GKV durch höhere Lebenserwartung (Medikalisierungshypothese).
- ▶ *Always-Takers* zahlen nach Einführung des Anreizes weniger als vorher: Dieser Einnahmeverlust muss über Mehreinnahmen durch *Compliers* überkompensiert werden.

$$A + C \leq \delta A + \gamma C \quad (1)$$

2. Ressourcenverteilung

- ▶ Gefahr unfairer Verteilungseffekte (bspw. BMI-Ziel bei starkem Übergewicht).
- ▶ Anreize sollten aus Einsparungen finanziert werden, nicht aus Quersubventionierung der 'Kranken' oder 'Armen'.

Grundversorgung ohne Anreizsystem - Sonderversorgung mit Anreizsystem.

Einsatz von Commitment-Instrumenten:

- ▶ einseitige Selbstbindung (Entscheidung des Patienten).
- ▶ Vertrag mit dem Arzt (geteilte Entscheidungsfindung).

Anreize: zur Beschaffung von Information: 'Anreiz zum Nudging' (vgl. § 62 I SGB V bei Chronikern).

Nudging: besser geeignet in Fällen kognitiver (bspw. Vergesslichkeit) und bestimmter motivationaler Verzerrungen (bspw. Trägheit).

Wunsch nach Nudging (Parentalismus) in demokratischen Verfahren.

Yoan Hermstrüwer

MPI zur Erforschung von Gemeinschaftsgütern

Kurt-Schumacher-Str. 10

53113 Bonn

hermstruewer@coll.mpg.de

Fragestellung

Unter welchen Voraussetzungen sind Anreize und Nudging zur Patientencompliance rechtlich zulässig?

Wie viel Überwachung verträgt das soziale Sicherungssystem der GKV?

Patientencompliance: Aktive und eigenverantwortliche Mitwirkung des Patienten an einer Therapie in einem bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnis, v.a. bei chronischen Krankheiten (Adhärenz)

Eigenverantwortung als Verteilungskriterium

Glücksegalitarismus

- ▶ *Brute Luck*: Kompensation ungleicher Startpositionen in der Gesellschaft.
- ▶ *Option Luck*: Keine Kompensation von autonomiebedingten Ungleichheiten.

Problem 1: Implizite Annahmen über die tatsächlichen Voraussetzungen von Autonomie ('Black Box': Informiertheit und Freiwilligkeit).

Problem 2: Implizite Annahmen über die Ursachen von Non-Compliance und die Wirkungen von Rationierungsmechanismen.

Regelungswirkung

Eignung zur Verwirklichung des Gemeinwohlbelangs i.R.d. Verhältnismäßigkeit:

Je ungesicherter die empirische Grundlage für die Eignung zur finanziellen Stabilisierung der GKV ist, desto näher liegt der Paternalismuseinwand.

1. Wirkung von Anreizen und Nudging auf die

Patientencompliance.

Informiertheit und Freiwilligkeit des Patientenverhaltens.

2. Wirkung der Patientencompliance auf die

individuelle Gesundheit.

finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit der GKV.

Verteilung von Ressourcen.

Rechtliche Eckpunkte

Typisierung von Krankheitsfolgen (Grenze: Art. 3 I GG), deren Verursachung durch unzureichende Compliance empirisch geklärt ist.

Unabhängige Auswertung über die Wirkung von Eingriffen in regelmäßigen Zeitabständen erforderlich.

Einwilligungsoptionen bei Anreizmodellen können die Freiwilligkeit durch Unraveling spürbar beeinträchtigen.

Je eher der Eingriff auf bloße Einholung einer Information gerichtet, desto geringer die Eingriffsintensität (vgl. § 62 I SGB V bei Chronikern).

Je eher der Compliance-Maßstab durch den Patienten mitbestimmt wird, desto geringer die Eingriffsintensität.