



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Gesundheitswissenschaften

**SELBSTBETEILIGUNG UND IHRE
WIRKZUSAMMENHÄNGE –
EINE SINNVOLLE STRATEGIE IM GESUNDHEITSWESEN?**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Katja Többicke

Betreuer: Prof. Dr. Bernhard Langer

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2012-0442-2-6

Tag der Einreichung: 16. 06.2012

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Entwicklungsschritte der Selbstbeteiligung	6
3. Grundlagen der Selbstbeteiligung	10
3.1 Begriffsklärung.....	10
3.2 Ziele der Selbstbeteiligung	11
3.2.1 Finanzierungswirkung.....	11
3.2.2 Steuerungswirkung.....	14
3.2.2.1 Das Moral-Hazard-Problem	15
3.2.2.2 Nachfrageelastizitäten.....	19
3.2.2.2.1 Die Preiselastizität der Nachfrage im Gesundheitssektor	19
3.2.2.2.2 Einkommenselastizität der Nachfrage im Gesundheitssektor	25
3.3 Formen der Selbstbeteiligung	27
3.3.1 Prozentuale Selbstbeteiligung.....	27
3.3.2 Absolute Selbstbeteiligung	28
3.3.3 Festbetrag.....	31
3.3.4 Indemnitätsstarif.....	33
4. Beeinflussungen des Nachfrageverhaltens	35
4.1 Asymmetrische Informationen.....	36
4.1.1 Fehlende Konsumentensouveränität	39
4.1.2 Angebotsinduzierte Nachfrage durch die Leistungserbringer	42
4.2 Zeitkosten	44
5. Steuerungswirkung in den einzelnen Leistungssektoren	45
5.1 Ambulanter Leistungssektor	45
5.2 Stationärer Leistungssektor.....	49
5.3 Arzneimittelsektoren.....	50
6.Fazit	53
Literaturverzeichnis	57
Eidesstattliche Erklärung	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Moral-Hazard-Effekt	S. 19
Abbildung 2:	Wirkung einer Selbstbeteiligung in Abhängigkeit der Preiselastizität der Nachfrage	S.21
Abbildung 3:	Mengenwirkungen einer Zuzahlung in Abhängigkeit vom Einkommen	S.26
Abbildung 4:	Prozentuale Selbstbeteiligung	S.28
Abbildung 5:	Absolute Selbstbeteiligung	S.29
Abbildung 6:	Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln	S. 30
Abbildung 7:	Nachfrage nach Arzneimittel bei Festbeträgen	S. 32
Abbildung 8:	Nachfrage nach Arzneimitteln beim Indemnitätsstarif	S.34

1. Einleitung

"In der einen Hälfte unseres Lebens opfern wir die Gesundheit, um Geld zu erwerben. In der anderen opfern wir Geld, um die Gesundheit wieder zu erlangen. Und in dieser Zeit gehen Gesundheit und Leben von dannen."

Voltaire (1694 – 1778)

Gesundheit: Ein Thema mit äußerster Prägnanz. Der eine, der sie nicht hat, wünscht sich diese unerbittlich. Der Jenige, der sie hat, tritt sie mit Füßen.

Je älter und bewusster ein Mensch wird, desto mehr gewinnt der Gesundheitsbegriff an Bedeutung. In jungen Jahren ist das Thema Gesundheit eher von unwesentlicher Bedeutung. Nur im Zustand des Krankseins - des nicht mehr „machen“ Könnens - merkt ein Kind, dass etwas fehlt. Auch in der Phase des Heranreifens tritt Gesundheit in vielen Fällen eher in den Hintergrund. Wesentlich „wichtigere“ Dinge wollen geklärt werden. Die Welt will erst einmal in ihren Grundzügen, mit all ihren Hochs und Tiefs, verstanden werden. Erst mit zunehmendem Alter wird das Thema Gesundheit ein immer größerer unausweichlicher Faktor, und auch hier oft erst dann, wenn dem Menschen bewusst wird, dass die eigene Funktionalität durch Krankheit bedroht ist bzw. wird.

Gesundheit: Ein, gerade in der Politik und den Medien, nicht müde zu werdendes Thema. Immer wieder ist vom „Umdenken“ die Rede. Immer wieder schießen neue Gesundheitsreformen durchs Land. Und immer wieder tauchen Fragen auf wie beispielsweise: „Wie soll unser Gesundheitssystem in Zukunft weiter bestehen? Wer soll es in naher Zukunft finanzieren?“ - Fragen, die nicht aus der Luft gegriffen sind.

Gerade die Kombination aus medizinisch-technischem Fortschritt und demografischer Verschiebung machen aus unserem einst stabilen Gesundheitssystem ein immer stärker zu schwanken scheinendes Gebilde. So wird das Durchschnittsalter in Deutschland im Jahr 2050 fünfzig Jahre betragen. Diese Altersverschiebung bleibt natürlich nicht ohne Auswirkungen. Ein jeder weiß, dass mit zunehmendem Alter auch die Krankheiten zunehmen und dementsprechend auch die Kosten. Weiterhin nehmen die Erwerbstätigen und demnach auch die Personen, die in das Gesundheitssystem einzahlen, rapide ab. So werden 2050 nicht mehr drei Erwerbstätige eine Person finanzieren, die erwerbsunfähig ist, sondern ein

Erwerbstätiger muss eine erwerbsunfähige Person mitfinanzieren. Dies ist eine Last, die kaum noch zu bewältigen ist. Der medizinisch-technische Fortschritt trägt sein Übriges dazu bei, um das Problem noch zu verschärfen. So ist er mitverantwortlich, dass die durchschnittliche Lebenserwartung ansteigt. Das ist für jeden Einzelnen natürlich positiv und erstrebenswert. Bedacht werden muss jedoch auch, dass damit auch chronische Krankheiten oder auch die Pflegebedürftigkeit gerade bei älteren Personen ansteigen werden, und sich somit die Gesundheitskosten um weitere Faktoren erhöhen. Durch die immer wieder neu errungenen medizinischen Möglichkeiten steigen natürlich auch die Ansprüche und Bedürfnisse der Patienten. Wenn eine Möglichkeit existiert, Leid zu lindern, wird es kaum einen Menschen geben, der sich dieser verwehrt. Jeder möchte selbstverständlich das möglichst Beste erhalten (vgl. M. Müller; K. Böhm, 2009, S. 11; F. Beske, 2010, S. 31).

Dieser Sachverhalt stellt unseren Sozialstaat vor große Herausforderungen. Es ist ein nicht zu umgehender Schritt, unser Gesundheitssystem umzustellen bzw. zu verändern. Würde dies nicht geschehen, brähe das gesamte System über kurz oder lang zusammen. Die Frage ist jedoch: WIE? Welche Schritte müssen unternommen werden, um Gesundheit bzw. Gesundheitsleistungen weiterhin für alle zu gewährleisten?

Eine Strategie der Gesundheitspolitik ist es, mehr auf die persönliche Verantwortung eines jeden einzelnen Menschen zu setzen. Die Frage ist nur inwiefern Verantwortung auf Patienten übertragen werden kann. Einen Ansatzpunkt stellt die Selbstbeteiligung dar. Patienten sollen für ihre geforderten (Gesundheits-)Leistungen mehr zahlen bzw. „zu-zahlen“. Sie sollen direkt an den Kosten, die sie verursachen, beteiligt werden. Dadurch soll es möglich werden, dass nur noch die wirklich „benötigten“ Leistungen nachgefragt werden. Die Politik und die Gesundheitsökonomien appellieren an die Logik des Menschen. Sie gehen davon aus, dass bei Abnahme des persönlichen Geldbeutels genau überlegt wird: „Brauch ich dies wirklich? Ist es das wert, dieses „Gut“ zu kaufen? Ist der Nutzen, den ich aus dem Kauf ziehe, das gezahlte Geld wert? Das heißt, durch die Strategie der Selbstbeteiligung soll zum einen das direkte Nachfrageverhalten nach Gesundheitsleistungen verändert und eine „unnötige“ Überbeanspruchung minimiert werden. Zum anderen stellt die Selbstbeteiligung natürlich auch eine zusätzliche Einnahmequelle dar und kann das Einnahmen-Ausgaben-Defizit verringern.

Die Fragen, die sich jedoch stellen, sind: Kann die Nachfrage nach „Gesundheit“ durch Mehrkosten des Patienten minimiert werden? Findet wirklich eine unnötige Mehrnachfrage nach Gesundheitsleistungen statt, nur weil keine weiteren Kosten außer dem Versicherungsbeitrag anfallen? Ist es möglich durch die Erhebung einer Selbstbeteiligung mehr Wirtschaftlichkeit bei den Versicherten ohne Gesundheitseinbußen zu erreichen?

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der kritischen Auseinandersetzung der Selbstbeteiligung und ihrer unterschiedlichen Wirkzusammenhänge. Im Laufe der Arbeit sollen die oberen Fragestellungen ihre Antwort erhalten. So werden zu Beginn, in Kapitel 2, die Entwicklungsschritte der Selbstbeteiligung ihre Erwähnung finden. Die Grundlagen der Selbstbeteiligung, wie der Begriffsklärung, ihren Zielsetzungen, dem zugrunde liegenden Problem sowie den unterschiedlichen Selbstbeteiligungsformen und ihrer Wirkungen werden im 3. Kapitel dargelegt. Das Kapitel 4 beschäftigt sich im Anschluss mit der Frage, inwiefern das Nachfrageverhalten der Versicherten durch äußere Faktoren beeinflusst wird. Im Kapitel 5 werden die größten Leistungssektoren näher betrachtet und untersucht ob Selbstbeteiligung die Nachfrage ohne weiteres reduzieren kann. Das Ende dieser Arbeit stellt das Fazit dar.

Im Folgenden werden die Begriffe Selbstbeteiligung, Selbstbehalt, Eigenanteil und Zuzahlungen synonym verwendet.

2. Entwicklungsschritte der Selbstbeteiligung

Immer wieder kam es seit den siebziger Jahren zu neuen Gesundheitsreformen, die immer wiederkehrende Veränderungen der Zuzahlungsregelungen mit sich brachten. Verantwortlich hierfür sind vor allen Dingen die Finanzierungsprobleme der GKV und die gewollte Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. Hintergrund der Finanzierungsproblematik und der stärkeren Übertragung der Verantwortung auf die Versicherten liegen hauptsächlich im demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt, wie oben erwähnt (vgl. M. Müller; K. Böhm, 2009, S. 11, 35). Immer wieder wurde und wird in der Politik darüber nachgedacht, durch Gesetzesänderungen, den Finanzierungsproblemen entgegenzuwirken. Im Folgenden wird ein kurzer chronologischer Ablauf gegeben, der die Entwicklung der

Selbstbeteiligungsregelungen darstellt. Dieser Abriss bezieht sich nur auf die Selbstbeteiligungsänderungen.

70er Jahre

1977-Kostendämpfungsgesetz

Einführung von Arzneimittelobergrenzen und Zuzahlungen für Arznei-, Verbands- und Heilmittel sowie der Eigenbeteiligung von 1,00 DM pro Medikament. Bagatellmedikamente und die Eigenbeteiligungsobergrenze für Zahnersatz werden aus dem Leistungskatalog gestrichen.

80er Jahre

1982-Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz

Die Zuzahlungen für Medikamente werden auf 1,50 DM pro Arznei erhöht. Die Selbstbeteiligung wird auf Brillen und Heilmittel wie z.B. Massagen auf 4,00 DM je Verordnung ausgeweitet.

1983-Haushaltsbegleitgesetz

Erneute Erhöhung der Arzneimittelzuzahlung auf 2,00 DM. Einführung für Krankenhausaufenthalte von 5,00 DM pro Tag.

1989-Gesundheitsreformgesetz (GRG)

Einführung von Festbeträgen für bestimmte Medikamente. Die Differenz ist vom Patienten zu zahlen. Medikamente ohne Festbetrag sind mit einer Zuzahlung von 3,00 DM versehen. Krankenhausaufenthalte werden auf 10,00 DM und die Gebühr für Rezepte von Arzneimitteln generell erhöht. Weiterhin wird eine Selbstbeteiligung im zahnärztlichen Bereich eingeführt.

90er Jahre

1993-Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)

Weitere Erhöhungen für Arzneimittel, Zahnersatz, Krankenhausaufenthalte und Heilmittel. Die Zuzahlungshöhe für Medikamente erfolgt nach Packungsgröße.

1996-Beitragsentlastungsgesetz

Senkung des Krankengeldes von 80% auf 70% des Bruttoeinkommens. Erhöhung der Zuzahlungen für Medikamente sowie für Krankenhausaufenthalte und Verbandsmittel. Anhebung der Selbstbeteiligung mit gleichzeitiger Leistungseinschränkung für Kuren. Wegfall der Zuschüsse für Brillengestelle sowie für Zahnersatz für Personen die nach 1978 geboren wurden.

1997-GKV-Neuordnungsgesetz

Anhebung der Zuzahlung für Arzneimittel je nach Packungsgröße auf 5,00 DM, 9,00 DM und 13,00 DM sowie auf Heilmittel und Fahrtkosten. Weitere Erhöhung des Eigenanteils von Krankenhausbehandlungen auf 14,00 DM pro Tag sowie für Kuren auf 25,00 DM. Wegfall des Zuschusses für Zahnersatz auch für vor 1979 Geborene.

1999-GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz

Herabsetzung der Eigenbeteiligung für Arznei- und Heilmittel. Leistungen des Zahnersatzes für nach 1978 Geborene wurden wieder eingeführt. Wiedereinführung des Sachleistungsprinzips bei Zahnersatz.

Ab dem Jahr 2000

2000-Gesundheitsreform

Reduzierung der Zuzahlung innerhalb der Rehabilitation

2002-Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)

Herabsetzung des Sterbegeldes

2004-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)

*Einführung einer **Praxisgebühr** in Höhe von **10,00 Euro pro Quartal** für Arzt- und Zahnarztbesuche. Erhöhung der **Zuzahlung für Krankenhausbehandlungen auf 10,00 Euro pro Tag** jedoch auf **28 Tage** begrenzt. Einführung einer **10% Zuzahlung auf Arznei- und Hilfsmittel** mit einer Grenzsetzung von **mindestens 5,00 Euro** und **maximal 10,00 Euro** Zuzahlung. Neufestsetzung von **Heilmitteln** und **häuslicher Krankenpflege** von einem Eigenanteil von **10% der anfallenden Kosten** und einer einmaligen **Zuzahlung von 10,00 Euro je Verordnung**. Arzneimittel ohne Verschreibungspflicht müssen vom Patienten allein getragen werden. Nur in besonderen Fällen werden nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel übernommen.*

*Fahrtkosten werden nur noch in medizinisch zwingenden Fällen und Brillen nur in Ausnahmefällen (z.B. für unter 18 jährige) von der Krankenkasse übernommen. Weiterhin werden das Sterbe- und Entbindungsgeld komplett aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen. Einführung einer neuen Härtefallregelung. Die **Obergrenze für Zuzahlungen** darf **2% des jährlichen Bruttoeinkommens** nicht überschreiten. Desweiteren gilt für **chronisch Kranke** eine **1% Belastungsgrenze** des jährlichen Bruttoeinkommens.*

2006-Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz

Einräumung einer Befreiungsmöglichkeit für Zuzahlungen auf Arzneimittel, die 30% unter dem Festbetragspreis liegen.

2007-GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Aufnahme von Kuren und Impfungen in den GKV-Leistungskatalog.

Die gesetzlichen Regelungen finden ihren Niederschlag in den §§ 61-62 SGB V.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 sowie die Regelungen von 2006 und 2007 zur Selbstbeteiligung sind bis zum heutigen Tag gültig. Die weiteren Reformen bis 2012 beinhalteten keine Selbstbeteiligungsneuregelungen (vgl. o. V., o. J., o. S. Internetquelle; vgl. KVB, o.J., o. S. Internetquelle; vgl. M. Müller; K. Böhm, 2009, S. 12-13). Seit den 70er Jahren wurde mit jeder Reform der Eigenanteil von diversen medizinischen Leistungen um kleinere Beträge erhöht. Lag anfangs der eigene zuzahlende Anteil von Medikamenten bei 1 DM (0,50 Euro) pro Medikament, sind es heute mindestens fünf bis zehn Euro. Das heißt, der Anteil hat sich innerhalb von 30 Jahren verzehnfacht bzw. stellt teilweise sogar das 20-fache der ursprünglichen Selbstbeteiligung dar. Weiterhin wird ersichtlich, dass immer mehr Leistungen aus dem Leistungskatalog gestrichen werden (seien es z.B. Fahrtkosten, Bagatellmedikamente wie Kopfschmerztabletten etc. oder Hilfsmittel wie Brillen) und immer weitere Zuzahlungsbereiche eingeführt wurden. Schlussendlich wird ersichtlich, wenn die Entwicklungsschritte zur Selbstbeteiligung vergegenwärtigt werden, dass zum einen der Leistungskatalog immer kleiner und die zuzahlenden Anteile immer mehr und immer teurer werden. Die Frage, die sich diesbezüglich stellt ist natürlich, in welche Richtung sich unser Gesundheitssystem bewegt. Derzeit hat es den Anschein, dass unser Solidarsystem sich schrittweise verflüchtigt. Kranke, die

durch ihren Gesundheitszustand wahrscheinlich auch Einkommenseinbußen besitzen, müssen immer tiefer in die Tasche greifen, wobei die Gesunden durch Selbstbeteiligungsregelungen immer weiter entlastet werden. Um die immer wiederkehrenden Selbstbeteiligungsreformen zu verstehen, ist es wichtig, sich mit den Hintergründen der Selbstbeteiligung auseinander zu setzen. Die Frage ist also, was mit der Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen erreicht werden soll.

3. Grundlagen der Selbstbeteiligung

3.1 Begriffsklärung

Als Selbstbeteiligung kann nach P. O. Oberender und T. Ecker eine direkte Beteiligung der Kosten, die durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entstanden sind, verstanden werden. Diese Beteiligung kann entweder die vollen Gesamtkosten der Leistung (100% Selbstbeteiligung) oder die Übernahme von nur einem Teil der Kosten durch den Versicherten beinhalten. Das bedeutet, dass die Krankenkassen die Kosten, die durch Krankheit entstanden sind, in keinster Weise oder nur noch zum Teil übernehmen. Die Kosten müssen dann vom Versicherten in vollem Umfang oder teilweise allein getragen werden. Eine volle Übernahme der Gesundheitskosten durch die Versicherten bedeutet auch gleichzeitig einen Ausschluss der Gesundheitsleistungen aus dem gesetzlichen GKV-Leistungskatalog. Es wird in diesem Fall auch von einer indirekten Selbstbeteiligung gesprochen. Zahlt der Versicherte nur einen Teil seiner Krankheitskosten allein, wird dies als direkte Selbstbeteiligung bezeichnet (vgl. P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 32).

Sterk definiert Selbstbeteiligung unter der Risikobetrachtung. Er spricht von Selbstbeteiligung, wenn anstelle der vollen Übernahme des Risikos x durch die Krankenversicherung nur noch ein Teil des Risikos $f(x)$ zu entsprechend veränderten Prämien übernommen wird. Er definiert, dass der übernommene Teil des Risikos kleiner sein muss als das gesamte Risiko $f(x) < x$ und der zusätzlich zu zahlende Betrag durch den Versicherten sich demnach aus dem Abzug des zum Teil übernommenen Risikos durch den Versicherer vom Risiko ergibt $x - f(x)$ (vgl. H.-P Sterk, 1979, S. 180). Beide Definitionen sind miteinander konform und werden nur von zwei unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet. Natürlich findet mit der Direktbeteiligung der Versicherten an den Kosten eine Absenkung der Übernahme des Risikos statt.

3.2 Ziele der Selbstbeteiligung

Mit Hilfe von Zuzahlungen sollen zwei wesentliche Ziele erreicht werden. Zum einen erhält die GKV durch die Selbstbeteiligung zusätzliche Einnahmen und kann gleichzeitig im besten Falle ihre Ausgaben reduzieren. In diesem Fall wird auch von der Finanzierungswirkung gesprochen. Ein weiteres grundlegendes Ziel ist die Steuerung des Nachfrageverhaltens (Steuerungswirkung). Das bedeutet, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch das Auferlegen zusätzlicher Kosten, die vom Patienten zu tragen sind, reduziert wird (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 76, 136, 210; vgl. A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.14). Weiterhin sieht Herder-Dorneich in Anlehnung an Freud ein zusätzliches Ziel. So ist er der Meinung, dass durch zusätzliche Kosten des Patienten der Wille zur Genesung gesteigert wird. Der Patient hat durch eine kostenlose Behandlung seiner Krankheit keinen Anreiz sich selbst aktiv am Heilungsprozess zu beteiligen. Erst durch zusätzliche Kosten steigt die Motivation auf schnellstem Wege wieder gesund zu werden (vgl. P. Herder-Dorneich, 1994, S. 378). Ribhegge sieht die Selbstbeteiligung auch als Bestrafungs- und Diskriminierungsmittel. Er sagt, dass mit Hilfe von Zuzahlungen gerade die Personen bestraft werden, die das Solidarsystem ausnutzen und Leistungen übermäßig in Anspruch nehmen mit der Folge, dass Moral-Hazard- Verhalten (siehe Kapitel 3.2.2.1) reduziert werden kann. Desweiteren ist er der Meinung, dass Eigenanteile das Kostenbewusstsein der Patienten fördern (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 234). Die Hauptziele sind jedoch die Finanzierungs- und Steuerungswirkung, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

3.2.1 Finanzierungswirkung

Eine der wichtigsten Einnahmequellen in der GKV stellen die Beiträge der Versicherten dar. Weiterhin geht aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes von 2006 hervor, dass 5,3 Milliarden Euro allein durch Zuzahlungen der privaten Haushalte durch die Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb der GKV gewonnen wurden. Insgesamt wurden 35,1 Milliarden Euro durch Zuzahlungen und Direktkäufe (bspw. Selbstmedikation) durch private Haushalte und Organisationen erzielt. Dies ist eine Summe, aus der klar hervorgeht, dass eine direkte finanzielle Entlastung der GKV durch Selbstbeteiligung entsteht. Die Selbstbeteiligung kann demnach als eine

Ergänzung der Beiträge verstanden werden, um das Einnahmen-Ausgaben-Defizit zu minimieren (vgl. M. Müller; K. Böhm, 2009, S. 30 ff).

Die zusätzliche Beteiligung der Versicherten an den Ausgaben für Gesundheitsleistungen kann hilfreich sein, um die Versicherungsbeiträge zu senken bzw. zu stabilisieren damit z.B. Lohnnebenkosten nicht in unermessliche Höhen getrieben werden. Eine daraus resultierende Folge wäre, dass die Beschäftigungsverhältnisse nicht durch die erhöhten Personalnebenkosten zurückgehen und demzufolge auch keine zusätzliche Belastung der Arbeitsagentur sowie keine Einnahmedefizite in der Rentenversicherung entstehen (vgl. P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 33; vgl. SVRKAIG, 1988, S.74). Ein entlastender Effekt in der GKV bleibt natürlich auch dann bestehen, wenn das Nachfrageverhalten nicht durch Zusatzzahlungen geändert wird und die Ausgaben unverändert „hoch“ bleiben. Durch die Beteiligung der Versicherten an den Gesundheitsleistungen wird die GKV in jedem Fall entlastet, da nur eine Verschiebung der Kosten von dem Versicherer auf den Versicherten stattfindet (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 234; B. Langer, 2005, S. 63).

Die Einführung einer Selbstbeteiligung besitzt jedoch auch eine starke **Umverteilungswirkung** im Versichertenkreis. Die Gesunden werden durch Zuzahlungen generell entlastet. Zum einen benötigen sie durch ihren positiven Gesundheitszustand kaum Gesundheitsleistungen und müssen dementsprechend auch nur geringe Eigenanteile zahlen, und zum anderen erhöht sich ihr zur freien Verfügung stehendes Budget, wenn die Prämien gesenkt bzw. niedrig gehalten werden. Dieses zusätzlich eingesparte Geld kann für den allgemeinen Markt verwendet werden. Gerade die Kranken werden durch Zuzahlungen belastet. Ribhegge spricht in diesem Sinne auch von einer Doppelbelastung. Die Gruppe der Erkrankten ist durch ihren negativen Gesundheitszustand im Allgemeinen durch diverse Einschränkungen im alltäglichen Leben schlechter gestellt als die Gesunden. Weiterhin werden sie zusätzlich zu ihrer gesundheitlichen Einschränkung auch noch in finanzieller Hinsicht doppelt belastet (Versicherungsbeitrag + .Selbstbeteiligung) und das obwohl sie ohnehin schon nicht mehr in vollem Maße am gesellschaftlichen Leben z.B. durch Arbeitsunfähigkeit teilhaben können. Die Folge sind erhebliche Einkommenseinbußen (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 237; vgl. K.-D. Henke, 2003, S.4). Auch Herder-Dorneich ist der Meinung, dass Kranke aber auch sozial Benachteiligte

unter den Selbstbeteiligungen zu leiden haben und genau dies dem Krankenversicherungsprinzip mit ihrem Solidarausgleich entgegenwirkt. So entsteht durch die Erhebung von Zuzahlungen eine Belastung der generell schlechter gestellten und eine Entlastung der Bessergestellten. Das Solidarsystem will jedoch genau dies verhindern und die Kranken und sozial Schwachen entlasten. Demzufolge wirkt eine Zuzahlung entgegen unserem Gesundheitssystem (vgl. P. Herder-Dorneich, 1994, S. 379). Aus diesem Grunde hat gerade für Gesunde und sozial bessergestellte Gruppen die Selbstbeteiligung einen positiven Effekt.

Damit das Solidarsystem auch mit Zuzahlungen bestehen bleibt, sind besondere Härtefallregelungen, die im Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 ihren Niederschlag fanden, von Bedeutung. So werden, wie oben angeführt, sozial schwache und chronisch kranke Personengruppen geschützt, indem eine Allgemeine Belastungsgrenze von 2% des jährlichen Bruttoeinkommens sowie eine Obergrenze von 1% des jährlichen Bruttoeinkommens für chronisch Kranke festgelegt wurde (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 237). Im Normalfall soll mithilfe der Selbstbeteiligung, wie oben erwähnt, eine Beitragssenkung stattfinden, indem die Versicherten weniger Gesundheitsleistungen nachfragen. Herder-Dorneich merkt in diesem Falle jedoch an, dass durch das Umlageverfahren der Krankenkasse der Verzicht auf Leistungen allen Versicherungsnehmer zu Gute kommt, der Verzicht auf Leistungen jedoch nur den Einzelnen betrifft. Aus diesem Grunde kann die Beitragssenkung auch nur gering ausfallen (vgl. P. Herder-Dorneich, 1994, S. 363).

Die oben erwähnte Entlastung der Arbeitgeber, die durch die Senkung der Versicherungsbeiträge entsteht, hat jedoch nicht nur einen positiven gesamtwirtschaftlichen sondern auch einen negativen Effekt. Die Mehrausgaben, die hauptsächlich die kranken und einkommensschwachen Personengruppen betrifft, haben zur Folge, dass auch der Konsum „normaler“ Güter innerhalb dieser Gruppen geschmälert wird. Durch die zusätzlich zu tragenden Kosten minimiert sich das zur freien Verfügung stehende Budget und der für Gesundheitsleistungen monetär abgegebene Teil kann nicht mehr für andere Güter, die sich auf dem normalen Konsummarkt befinden, ausgegeben werden. Die Konsequenz ist, dass der normale Konsummarkt einen erheblichen Teil wirtschaftlicher Einnahmen verlieren könnte, da gerade die Gruppe der Einkommensschwachen eine große Konsumbereitschaft aufweist. Diese Auswirkung ist jedoch nicht für die Gesunden und Personen mit höherem Einkommen gültig. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen könnte sich

gerade in diesem Personenkreis sogar noch erhöhen, da die Höhe der Selbstbeteiligung durch die Höhe der Beitragssatzsenkung mehr als nur ausgeglichen wird. Schlussendlich besitzen sie trotz der Einführung von Zuzahlungen mehr Geld, weil sie trotz Zuzahlungen immer noch einen Gewinn aus der Senkung des Beitrages ziehen (vgl. B. Langer, 2005, S. 64; vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 140).

Eine Finanzierungswirkung kann in keinster Weise abgestritten werden. Es sollte jedoch bedacht werden, dass gerade die Personen, die entlastet werden sollten und besonderen Schutz bedürfen, durch die Zuzahlungen zusätzlich belastet werden.

3.2.2 Steuerungswirkung

Besteht ein vollkommener Versicherungsschutz, wird eine Grundsumme (Versicherungsbeitrag) gezahlt und der Versicherte erhält einen umfassenden Risiko- bzw. Versicherungsschutz. Er ist in vollstem Maße abgesichert und hat, ganz gleich wie teuer, wie viele und welche Gesundheitsleistungen er nachfragt, keine weiteren Kosten, solange die in Anspruch genommenen Leistungen dem Leistungskatalog entsprechen. Diese Inanspruchnahme hängt in keinster Weise von der Höhe der Beitragszahlung ab (vgl. J.-M. G. Schulenburg/W: Greiner, 2007, S. 57, 113; vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 76).

Die Gesundheitsökonomie geht davon aus, dass es zu einer über das notwendige Maß hinausgehenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kommt, wenn ein vollkommener Versicherungsschutz vorhanden ist. Das bedeutet, dass wenn eine Vollversicherung besteht, keine Grenzkosten (zusätzliche Kosten) existieren. Demzufolge gibt es auch keine wirkliche Begrenzung für die Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen. Der Versicherte zahlt einzig und allein seinen Beitrag. Dies führt laut Gesundheitsökonomie dazu, dass der Versicherte unabhängig von der Höhe des Preises, Gesundheitsleistungen bis zur vollkommenen Sättigungsmenge nachfragt. Die Sättigungsmenge wird dann erreicht, wenn kein zusätzlicher Nutzen entsteht und dementsprechend null beträgt (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 57, 113, 128-129). Das bedeutet, der Versicherte/Patient fragt wesentlich mehr als wirklich benötigt nach. Schlussendlich steigen die Gesundheitskosten an und es kommt zu einer ineffektiven Nutzung von nur begrenzten Mitteln (vgl. B. Langer, 2005, S. 64).

Die Politik und die Gesundheitsökonominnen sind der Meinung, dass dieses Verhalten durch Einführung von zusätzlichen Preisen, wie einer Selbstbeteiligung reduziert werden kann. Demzufolge soll die Einführung von Selbstbeteiligung dazu führen, dass das Nachfrageverhalten generell beeinflusst wird. Die Steuerung der Nachfrager durch eine Selbstbeteiligung hat das grundlegende Ziel, ein stärkeres Kostenbewusstsein der Patienten hervorzurufen, indem z.B. mit erhaltenen Leistungen wie Medikamenten nicht verschwenderisch umgegangen, auf die eigene Gesundheit mehr geachtet, durch bewusste Mitbestimmung des Patienten eine preisgünstigere Therapieform gewählt und demnach auch auf die Leistungsanbieter Druck ausgeübt wird. Schlussendlich soll eine Überbeanspruchung vermieden werden (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 76). Eine Mehrnachfrage nach Gesundheitsleistungen durch einen Vollversicherungsschutz wird durch das Moral-Hazard-Problem erklärt, das im Folgenden näher erläutert wird.

3.2.2.1 Das Moral-Hazard-Problem

Moral-Hazard bedeutet in der deutschen Übersetzung „Moralisches Risiko“. Diese Bezeichnung ist für viele Gesundheitsökonominnen jedoch unzureichend. Nach Meinung von Breyer/Zweifel/Kifmann wäre die Übersetzung „Verhaltensrisiko“ wesentlich zutreffender, da das Moral-Hazard-Problem mit dieser Übersetzung eher zum Tragen kommt (vgl. F. Breyer/P. Zweifel et al., 2005, S. 222). Moral-Hazard tritt vornehmlich im Versicherungswesen auf. Durch Moral-Hazard wird erklärt, dass sich Verhaltensweisen nach Abschluss eines Versicherungsvertrages ändern. Die Ökonomen gehen davon aus, dass wenn ein Versicherter eine Versicherung zum Schutz vor Risiken abgeschlossen hat, dieser wesentlich weniger Vorkehrungen trifft, um zukünftige Schäden zu vermeiden, als wenn er keinen Versicherungsschutz gehabt hätte. Dieses unzureichende Vermeidungsverhalten bzw. Vorbeugen von evtl. eintretenden Schäden wird als Moral-Hazard bezeichnet (vgl. P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 31).

Es existieren drei Voraussetzungen damit Moral-Hazard eintreten kann:

1. Die angebotenen Leistungen des Versicherungsunternehmens sind abhängig von der Mitwirkung des Versicherten (z.B. nicht Rauchen, gesunde Ernährung, Sport u. a. präventive Maßnahmen)

2. Es existieren asymmetrische Informationen. Das bedeutet, die Maßnahmen, die der Versicherte trifft, sind der Versicherung nicht bekannt. Die Versicherung weiß also nicht, ob der Versicherte eine gesunde oder ungesunde Lebensweise bevorzugt (mehr zum Thema asymmetrische Informationen in Kapitel 4.1).
3. Die Preise für die in Anspruch genommenen Leistungen sind unerheblich und nicht von der Mithilfe der Versicherten zur Schadensvermeidung abhängig (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 76).

Die meisten Ökonomen sprechen von zwei Formen des Moral-Hazard:

1. ex-ante-Moral-Hazard

Ex-ante-Moral-Hazard tritt vor dem Krankheitsgeschehen auf. Das heißt, der Versicherte hat die Möglichkeit, präventive Maßnahmen zu ergreifen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen seine Gesundheit nicht zu verschlechtern bzw. eine Krankheit zu vermeiden. Tritt ex-ante-Moral-Hazard auf, werden auf Grund des Versicherungsverhältnisses gesundheitsfördernde Maßnahmen vermieden, und die Wahrscheinlichkeit eines Schadens erhöht sich noch bevor eine Krankheit eingetreten ist. Dies kann durch ein risikoreiches Leben (wie Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko), eine ungesunde Lebensführung (wie Rauchen, übermäßiger Konsum von Alkohol, fettes Essen, etc.) sowie durch den Verzicht von präventiven Maßnahmen (wie Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsmaßnahmen, etc.) entstehen (vgl. J. Schreyögg, 2002, S.7; vgl. F. Breyer/P. Zweifel e al., 2005, S. 222). Weiterhin ist es wichtig zu verstehen, dass das Hauptproblem des ex-ante-Moral-Hazard darin besteht, dass das Versicherungsunternehmen nicht beobachten kann, ob präventive Maßnahmen ergriffen werden oder nicht. Es wird in diesem Fall auch von „hidden-information“ gesprochen. Diesbezüglich kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auch keine Belohnung zukommen lassen, was natürlich zu einer Anreizhemmung führen kann, um Vorbeugemaßnahmen zu ergreifen. Demzufolge sind Breyer, Zweifel und Kifmann der Meinung, dass eine Vollversicherung im Falle des ex-ante-Moral-Hazard nur dann sinnvoll ist, wenn Vorbeugemaßnahmen direkt beobachtet werden könnten, was jedoch nicht der Fall ist. Wäre dem Versicherten bewusst, dass eine Krankheit teuer werden kann und er dies aus eigener

Tasche zahlen müsste, weil er keine Vollversicherung hat, so wäre nach Breyer, Zweifel, Kifmann auch der Anreiz geschaffen, selbst aktiv und vorbeugend tätig zu werden (vgl. F. Breyer/P. Zweifel et al., 2005, S. 222, 244, 252-253).

2. ex-post-Moral-Hazard

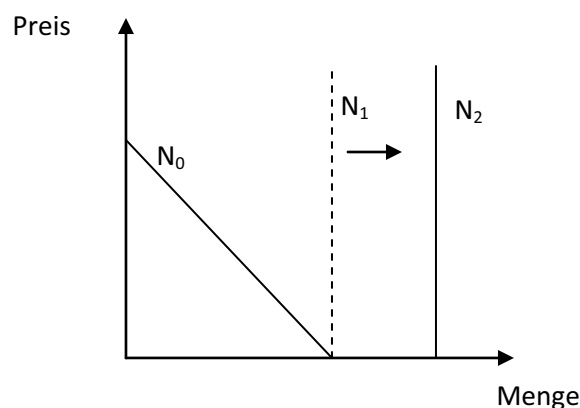
Die Beeinflussung des Ex-post-Moral-Hazards erscheint innerhalb der Krankheitsphase selbst. Es handelt sich hierbei um die Unbestimmbarkeit des Preises. Der Versicherung fehlen hinreichende Informationen zur Erkrankung selbst und somit auch zur effizientesten Therapie, die den größten Nutzen bringt. Aus diesem Grund kann der Ausgleich des Schadens nicht einfach von vornherein durch monetäre Mittel bestimmt werden, sondern wird nur indirekt durch den Gesetzgeber im Gesetzestext des §12 SGBV ausgedrückt („Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des notwendigen nicht überschreiten...“). Den stärksten Einfluss auf die Auswahl der Gesundheitsleistungen haben die Patienten selbst sowie die direkten Leistungserbringer (Ärzte), so dass dieser Einfluss von der Versicherung nicht beobachtbar ist. Dieser Sachverhalt wird auch als „hidden-action“ ausgedrückt. Das heißt, es werden für die Versicherung nicht-beobachtbare Aktionen durch den Versicherten und Leistungserbringer durchgeführt, und die Versicherung selbst zahlt jedoch dafür. Diesem Problem liegt das „hidden-information“-Dilemma (versteckte Informationen) zugrunde. Das heißt, dadurch dass der Versicherer nur unzureichende Kenntnisse über den wirklichen Sachverhalt hat, können auch teurere Gesundheitsleistungen durch den Patienten gefordert oder durch die Ärzte angeboten werden, obwohl sie vielleicht nicht nutzbringender sind. (vgl. F. Breyer/P. Zweifel et al., 2005, S. 222). Es handelt sich demzufolge um zwei Arten des Moral-Hazard: Zum einen können die Patienten (Moral-Hazard 1. Art) und zum anderen die Leistungserbringer selbst (Moral-Hazard 2. Art) Moral-Hazard-Verhalten aufweisen (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 47). Wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Beeinflussung des Versicherten unterliegt, sind Breyer, Zweifel und Kifmann der Meinung, dass es von Vorteil sein könnte keinen vollen Versicherungsschutz zu gewähren, sondern diesen durch

Zuzahlungen zu begrenzen, um ein kostenbewussteres Verhalten zu implizieren und die Inanspruchnahme zu begrenzen. Sie sagen, dass der Konsument, der seinen Nutzen in jeder Hinsicht optimieren möchte, umso mehr Gesundheitsleistungen nachfragt je niedriger der Selbstbeteiligungssatz ist (vgl. F. Breyer/P. Zweifel e al., 2005, S. 259, 263).

Einige Ökonomen unterscheiden auch drei Formen des Moral-Hazard. So verweist z.B. Schreyögg auf einen Moral-Hazard-Effekt, der genau zwischen diesen beiden oben beschriebenen Formen liegt. Er und viele weitere Ökonomen sagen, dass auch der Fall eintreten kann, den Schadenseintritt direkt herbeizurufen, indem z.B. eine Krankheit vorgetäuscht oder bewusst herbeigeführt wird. Dieses Verhalten kann z.B. aus Kostengründen entstehen, da bei Krankschreibung eine Lohnfortzahlung oder Krankengeld gewonnen wird (vgl. J. Schreyögg, 2002, S.6 ff; vgl. Toepffer, J., 1997, S.48-49). In der meisten Literatur ist jedoch nur von dem ex-ante und dem ex-post Moral-Hazard die Rede.

Besteht Moral-Hazard in ausgeprägter Form kommt es zum einen zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass Schäden eintreten und zum anderen zu einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dies hat natürlich den Effekt, dass Gesundheitskosten unverhältnismäßig ansteigen und die begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel verschwendet werden, wie die nachstehende Grafik zeigt (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 48).

Abbildung 1: Moral-Hazard-Effekt



Quelle: P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 32

Würde keine Versicherung bestehen, reagieren die Nachfrager auf zu hohe Preise mit einer Nachfragereduzierung, was aus der originären Nachfragekurve (N_0) ablesbar ist. In dem Fall einer Vollversicherung kommt es jedoch zu einer uneingeschränkten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, weil die Kosten der Inanspruchnahme durch die Versicherung abgedeckt sind, und demzufolge achten die Nachfrager nicht auf die Preise. Es entsteht die Nachfragekurve N_1 . Kommt das Problem des Moral-Hazards hinzu, entsteht eine Überbeanspruchung der zur freien Verfügung stehenden Leistungen und die Nachfragekurve verschiebt sich weiter nach rechts. Es kommt zu einer Ausweitung der Sättigungsmenge und lässt die Nachfragekurve N_2 entstehen (vgl. P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 32).

Das Moral-Hazard-Problem verhindert dementsprechend eine Wohlfahrtsoptimierung und führt zu Irrationalitäten innerhalb einer Gesellschaft. Es werden wenige Maßnahmen ergriffen, um Schäden zu verhindern, und als Folge dessen werden durch den Anstieg der Kosten die Versicherungsprämien erhöht. Schlussendlich müssen alle Versicherten mehr zahlen (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 48).

Demzufolge führt eine Krankenversicherung zu Wohlfahrtsverlusten und einer ineffizienten Verteilung von begrenzten Ressourcen. Die Höhe des Wohlfahrtsverlustes kann durch die Preiselastizität der Nachfrage bestimmt werden (vgl. J. Schreyögg, 2002, S.2).

3.2.2.2 Nachfrageelastizitäten

Wie die Erhebung von Selbstbeteiligungen wirken, kann mittels der Elastizität eines Gutes festgestellt werden. Im Zusammenhang mit der Selbstbeteiligung sind zwei Elastizitäten von Bedeutung: zum einen die Preiselastizität, zum anderen die Einkommenselastizität der Nachfrage.

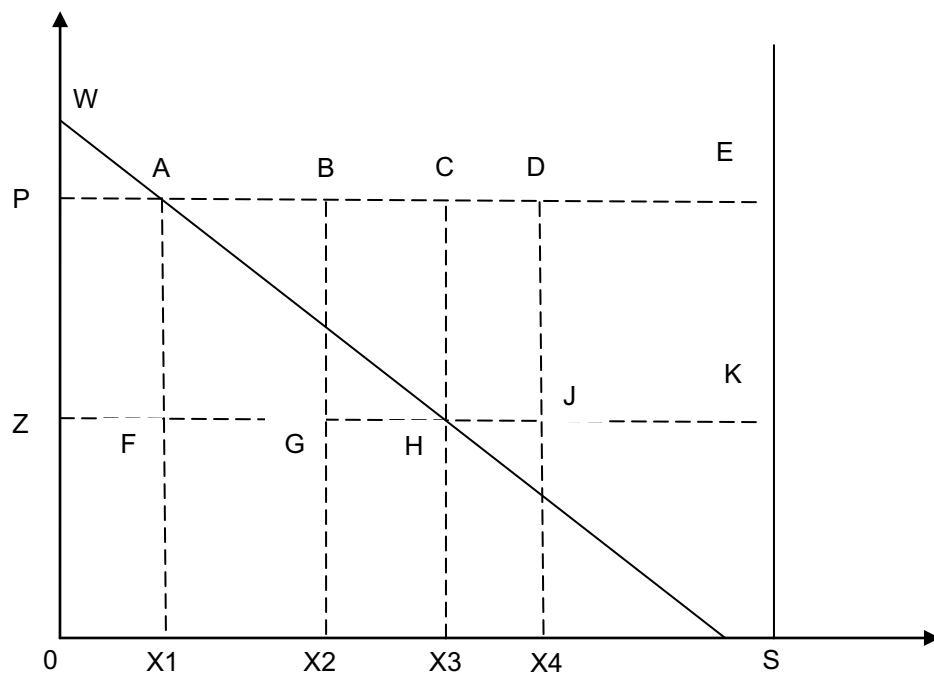
3.2.2.2.1 Die Preiselastizität der Nachfrage im Gesundheitssektor

Auf normalen Wettbewerbsmärkten wird die Nachfrage nach einem Gut zum Teil vom Preis beeinflusst. Wie empfindlich die Konsumenten auf Preisänderungen reagieren kann mittels der Preiselastizität ermittelt werden. Mit Hilfe der Preiselastizität kann ein Zusammenhang zwischen der Nachfragemenge eines Gutes und dem Preis hergestellt werden. So zeigt die Preiselastizität der Nachfrage für ein

bestimmtes Gut, wie die nachgefragte Menge auf eine Preisänderung reagiert. Die Preiselastizität ist die prozentuale Änderung einer Nachfrage nach einem Gut, wenn der Preis um 1% ansteigt (vgl. R. Pindyck/D. Rubinfeld, 2009, S. 65 ff). Errechnet wird sie durch die: „...Prozentänderung der Menge dividiert durch die Prozentänderung des Preises...“ (H. R. Varian, 2001, S.257) und stellt ein ökonomisches Mittel dar um die Wirksamkeit von Preisänderungen auf die nachgefragte Menge herzuleiten (vgl. A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.15). Die Nachfrage nach Gütern kann preiselastisch oder preisunelastisch sein. Es kann von einer elastischen Nachfrage gesprochen werden, wenn sich eine Preisänderung stark auf die nachgefragte Menge auswirkt, von einer unelastischen Nachfrage, wenn eine Preisänderung die nachgefragte Menge nur wenig verändert. So erhöht sich die Nachfrage erheblich bei preiselastischen Gütern durch Preisrückgang oder sinkt bei einer Preissteigerung. Die Nachfrager sind dementsprechend sehr Preissensibel. In diesem Fall wäre die prozentuale Veränderung der Absatzmenge höher als die prozentuale Veränderung des Preises. Alles was betragsmäßig über eins liegt kann als preiselastische und alles was unter eins fällt als eine preisunelastische Nachfrage betitelt werden. Je weiter die Elastizität sich gen Null bewegt umso unelastischer wird die Nachfrage. Ist die Preiselastizität betragsmäßig gleich Null so entsteht überhaupt keine Nachfragerreaktion. In diesem Fall wird von einer vollkommen unelastischen Nachfrage gesprochen. In den meisten Fällen kann ein Gut, welches eine preiselastische Nachfrage besitzt durch ein anderes Gut ersetzt (substituiert) werden. Das bedeutet, dass auf das Gut verzichtet werden kann, weil es austauschbar ist (vgl. R. Pindyck/D. Rubinfeld, 2009, S. 65 ff). Dies kann natürlich auch auf Güter innerhalb des Gesundheitssektors übertragen werden. Schreyögg ist der Meinung, dass Wohlfahrtsverluste vermieden werden können, indem der Leistungsumfang einer Versicherung nur noch auf preisunelastische Gesundheitsleistungen beschränkt wird (vgl. J. Schreyögg, 2002, S.2). Die Gesundheitsgüter, die eine hohe Preiselastizität aufweisen, können schlussfolgernd als „entbehrlich“ betrachtet werden und demnach aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen werden. Pfaff, Langer et. al sagen, dass genau hier die Gefahr bestünde. Es könnte sein, dass Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden, was einer 100% Selbstbeteiligung entspräche, die aus medizinischer Sicht als erforderlich und notwendig betrachtet werden, da die Präferenzen der Versicherten nicht unbedingt dem nötigen medizinischen Bedarf der Gesellschaft entsprechen müssen. Geht eine

hohe Preiselastizität bei bestimmten Gesundheitsleistungen einher mit der Schlussfolgerung, dass diese Güter für die Patienten/Versicherten als „entbehrlich“ gelten, kann auch davon ausgegangen werden, dass hier ein relativ hoher Steuerungseffekt durch Zuzahlungen erreicht wird. Weisen Gesundheitsgüter hingegen eine geringe Preiselastizität auf, kann mit einem geringen Einsparpotential gerechnet werden. Abbildung 2 verdeutlicht dies.

.Abbildung 2: Wirkung einer Selbstbeteiligung in Abhängigkeit der Preiselastizität der Nachfrage



Quelle: A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.16

Besteht ein vollkommener Versicherungsschutz, und der Versicherte muss die in Anspruch genommenen Leistungen, wobei eine Leistungseinheit dem Preis von P entspricht, nicht direkt zahlen, so wird er versucht sein, Gesundheitsleistungen bis zur Sättigungsmenge S zu fordern. Der zu zahlende Anteil der Krankenversicherung für eine in Anspruch genommene Leistung ergibt sich aus P mal S und schlussfolgernd entspricht der zu zahlende Preis der Versicherung der Fläche von PESO. Wird jetzt eine Selbstbeteiligung in Höhe von Z erhoben, ergeben sich bezogen auf die Preiselastizität unterschiedliche Auswirkungen.

Tritt der Fall ein, dass es sich um eine preisunelastische Nachfrage handelt, und es würde eine Selbstbeteiligung in Höhe von Z anfallen, würde der Versicherte immer noch Gesundheitsleistungen bis zur Sättigungsmenge S nachfragen. Jedoch würde der zu zahlende Beitrag des Versicherungsunternehmens nur noch $(P - Z) \times S$

betragen und dementsprechend aus der Fläche PEKZ bestehen. Den restlichen Anteil, bestehend aus der Fläche ZKSO, zahlt der Versicherte aus eigener Tasche. Es würde definitiv eine finanzielle Entlastung der Versicherung in Höhe der Selbstbeteiligungssumme, die der Versicherte zahlt, eintreten. Es würde jedoch bei einer unelastischen Nachfrage zu keiner Steuerungswirkung kommen, da immer noch die gleiche Menge nachgefragt werden würde.

Handelt es sich um eine preiselastische Nachfrage, wie die Nachfragekurve WS darstellt, würde folgendes geschehen: Durch eine Selbstbeteiligung in Höhe von Z würde sich ein Rückgang der Nachfrage von der Sättigungsmenge S nach X3 entwickeln. Demzufolge ergibt sich ein Rückgang der Menge im Verhältnis zur vollkommen unelastischen Nachfrage von S-X3. Der aufzubringende Beitrag der Krankenkasse würde sich noch mal um den Preis in Höhe der Fläche CEKH schmälern. Die Versicherung hätte dann nur noch die Kosten in Höhe der Fläche ZPCH zu bezahlen. Die Selbstbeteiligung für die Versicherten beläuft sich auf die Fläche 0ZHX3. Somit hätte die Krankenkasse eine gesamte Entlastung in Höhe der Fläche 0ZKS und HCEK, die durch die Finanzierungs- und der Steuerungswirkung entstanden ist.

Aus diesen Ergebnissen resultiert, dass eine Zuzahlung nur sinnvoll ist, wenn die Nachfrage der jeweiligen Leistungen eine hohe Preiselastizität aufweist. Nur so kann ein Rückgang der Nachfrage erzielt werden, ein Steuerungseffekt eintreten und gleichzeitig eine wirkliche Kosteneinsparung stattfinden. Generell kann man sagen, dass je flacher die Nachfragekurve ist, desto nachfrageempfindlicher wird auf Preisänderungen reagiert und umso höher ist auch der Steuerungseffekt. Bei einer preisunelastischen Nachfrage handelt es sich um eine reine Finanzierungsverlagerung aber nicht um eine direkte Kostensenkung, da die Kosten nur von der Versicherung auf den Versicherten übertragen werden (vgl. A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.15-17).

Viele Ökonomen sind sich hinsichtlich der Preiselastizität von Gesundheitsleistungen uneinig. Während eine Gruppe der Ökonomen der Meinung ist, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen starr ist, sind andere wieder vom Gegenteil überzeugt. Die berühmteste Studie über die Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen war das Mitte der 70er Jahre von J. P. Newhouse durchgeführte Rand Health Insurance Experiment (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W.

Greiner, 2007, S.7). Durch sie kamen Wissenschaftler zu dem Ergebnis, dass wenn Personen zusätzliche Kosten für ihre Gesundheit aufbringen müssen, sie zum einen weniger nachfragen und zum anderen jedoch keine Einbußen ihres Gesundheitszustandes in Kauf nehmen müssen. Es entstehen vielmehr die gleichen gesundheitlichen Effekte, als ohne Selbstbeteiligung und einem höheren Nachfrageverhalten (vgl. B. Woodbury, 2007, S.9). So leiteten sie ab, dass je höher der Versicherungsumfang ist, desto höher ist auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und demzufolge sinkt mit Zunahme des zusätzlich zuzahlenden Preises auch die Nachfrage. Reiners weist jedoch darauf hin, dass mit dieser Studie keinesfalls bewiesen wurde, dass eine Vollversicherung zu sogenannten Wohlfahrtsverlusten führt, indem Leistungen mehr als nötig nachgefragt werden. Der Grund liegt darin, dass die Nachfrage allein nichts über die Notwendigkeit der Leistungen aussagt und nur ein enger Zusammenhang zwischen dem Einkommensgrad und dem damit verbundenen sozialen Status, dem Versicherungsumfang und der Höhe der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen besteht (vgl. H. Reiners, 2001, S.62). Weiterhin ist es schwierig, die Ergebnisse aus dem US-amerikanischen Raum auf unseren Kulturraum zu übertragen, da die ökonomischen und sozialen Verhältnisse teilweise erhebliche Unterschiede aufweisen (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S.141).

Knappe hingegen misst der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eher eine geringe Preiselastizität zu. So führt er an, dass in vielen empirischen Untersuchungen eine Preiselastizität von $-0,15$ vorherrschend ist. Demzufolge, da eine elastische Nachfrage erst ab einem Absolutwert von über eins entsteht, bedeutet dies, dass keine erheblichen Reaktionen auf Preisänderungen stattfinden und Gesundheitsgüter generell eine geringe Nachfrageelastizität aufweisen. Demzufolge kann auch nur eine geringe Steuerungswirkung durch Selbstbehalte erzielt werden (vgl. E. Knappe, 1987, S.64 ff).

Ribhegge merkt an, dass den Gesundheitsgütern ein grundlegendes Merkmal zu Grunde liegt. So sind Gesundheitsgüter häufig von existenzieller Wichtigkeit gekennzeichnet. Das bedeutet, dass gerade in den Situationen, in denen Menschen von lebensbedrohenden Krankheiten betroffen sind, davon auszugehen ist, dass die Nachfrageelastizität relativ gering ist. Diese Personen würden jeden Preis in Kauf nehmen, nur um geheilt zu werden. Würden die lebensnotwendigen

Gesundheitsleistungen mit Zuzahlungen belegt werden, kann es dazu führen, dass wichtige medizinische Leistungen nicht mehr für alle Personen zugänglich sind und gerade die Personen von notwendigen Behandlungen ausgeschlossen werden, die über ein geringes Einkommen verfügen (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 210).

Es existieren jedoch auch auf dem Gesundheitsmarkt solche Leistungen, die eine wesentlich höhere Preiselastizität aufweisen. Herder-Dorneich spricht in diesen Fällen von sogenannten „Bagatellfällen“ (P. Herder-Dorneich, 1994, S. 793).

Bagatellfälle sind solche Güter, die bei Konsumierung zur Steigerung des Wohlfühls führen, auf die jedoch verzichtet werden kann, wenn die Aufwendungen zu groß werden. Schwierig ist es laut Herder Dorneich jedoch zu unterscheiden, welche Gesundheitsgüter zu den Bagatellfällen zählen und welche nicht. So müssen die „unwichtigen“ Gesundheitsleistungen drei Eigenschaften besitzen:

- Sie entsprechen in keinster Weise dem medizinisch notwendigen.
- Die Konsumenten sind preissensibel und reagieren mit Nachfragerückgang auf Preissteigerungen (preiselastische Güter).
- Die Konsumentenanzahl ist relativ hoch.

Nur wenn diese drei Eigenschaften zusammentreffen, kann eine Selbstbeteiligung eine Steuerungswirkung erzielen und dem entsprechend Gesundheitskosten reduzieren. Der Bereich der sogenannten „unwichtigen“ Gesundheitsgüter fällt jedoch sehr gering aus. So zählt nur die Gruppe zu den „unwichtigen“ Gütern, die medizinisch betrachtet keine hohe Relevanz aufweisen, jedoch im kosmetischen Bereich an Bedeutung gewinnen. Hierzu zählen z.B. Brillengestelle. Medizinisch relevant sind in diesem Falle die Gläser, und dem Gestell kommt nur der Nutzfaktor zu Gute jedoch nicht die modische Komponente. Die wirkliche Unterscheidung zu treffen erweist sich in den meisten Fällen jedoch als schwierig (vgl. P. Herder-Dorneich, 1994, S. 793 ff).

Auch Hajen, Paetow et al. weisen den „unwichtigen“ Gütern eine höhere Preiselastizität zu. Sie meinen jedoch, dass dies nicht mit einer größeren Preissensibilität zusammenhängt, sondern dass preisgünstigere Medikamente für harmlose Erkrankungen zur Verfügung stehen. Sie führen weiterhin an, dass eine mangelnde Nachfragerreaktion dann zustande kommt, wenn die Preiselastizitäten von Gesundheitsgütern sehr gering ist und gleichzeitig eine monopolistische

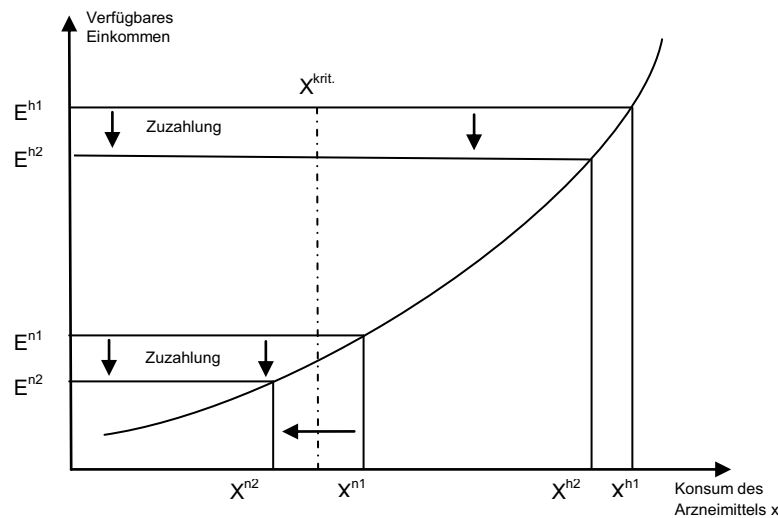
Anbieterstruktur besteht. So kann kein Wettbewerb entstehen, die helfen, Preise zu regulieren, und die Patienten sind auf die Medikamente angewiesen und können nicht auf Substitute zurückgreifen (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 82).

Schlussendlich, damit eine Steuerungswirkung durch Selbstbeteiligung eintreten kann und keine Personengruppe benachteiligt wird, können nur solche Gesundheitsleistungen mit Zuzahlungen belegt werden, die eine geringe Preiselastizität aufweisen und unter die sogenannten „Bagatellgüter“ fallen.

3.2.2.2 Einkommenselastizität der Nachfrage im Gesundheitssektor

Die Einführung einer Selbstbeteiligung hat natürlich auch Auswirkungen auf das Einkommen. Muss mehr zugezahlt werden, nimmt automatisch das zur freien Verfügung stehende Budget ab und hat wiederum Auswirkungen auf den Konsum von Gesundheitsleistungen. Mit Hilfe der Einkommenselastizität kann die Auswirkung der Nachfrage nach einem Gut ermittelt werden, wenn sich das Einkommen ändert. Sie wird errechnet, indem die prozentuale Änderung der nachgefragten Menge dividiert wird durch die prozentuale Änderung des Einkommens (vgl. H. R. Varian, 2001, S.267). Eine generelle Betrachtung der Gesundheitsgüter und deren Auswirkungen durch Einkommensänderungen kann nicht ohne Schwierigkeit vorgenommen werden, da unterschiedliche Güter auch eine unterschiedliche Wirkung auf Einkommensänderungen besitzen. Aus diesem Grund können auch nur einzelne Güter betrachtet werden. A. Pfaff, B. Langer et al. haben die Wirksamkeit an Hand von Medikamenten dargestellt, auf die in dieser Arbeit Bezug genommen wird. Wie oben erwähnt, führt eine Erhebung der Selbstbeteiligung auch zu einer Verminderung des zur freien Verfügung stehenden Einkommens und zwar genau um den Betrag, der durch die Selbstbeteiligung erhoben wurde. Diese Verringerung des Einkommens hat jedoch unterschiedliche Auswirkungen auf die Versicherten, auch wenn die Höhe der Zuzahlung die Gleiche ist. Abbildung 3 stellt dies dar.

Abbildung 3: Mengenwirkungen einer Zuzahlung in Abhängigkeit vom Einkommen



Quelle: A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.19

Fällt innerhalb der Versicherung keine Zuzahlung an, können Bezieher niedriger Einkommen E^{n1} eine Arzneimittelmenge von X^{n1} erwerben. Versicherte mit einem hohen Einkommen E^{h1} können die Arzneimittelmenge X^{h1} konsumieren. Beide Einkommensbeziehergruppen reichen über das Maß der medizinisch notwendigen Menge hinaus.

Wird eine Selbstbeteiligung erhoben, minimiert sich das Einkommen beider unterschiedlicher Einkommensbezieher um die Höhe der zu leistenden Zuzahlung. Die Versicherten mit einem geringen Einkommen fallen auf E^{n2} und die Versicherten hoher Einkommen auf E^{h2} zurück. Sie können nun eine Menge an Medikamenten im ersten Fall in Höhe von X^{n2} und im zweiten Fall von X^{h2} konsumieren. Gravierende Auswirkungen hat dies für die Bezieher von geringem Einkommen. Sie haben einen weitaus größeren Verlust als die Versicherten mit hohem Einkommen. Sie können sich weitaus weniger Medikamente im Vergleich zu Personen mit höherem Einkommen leisten. Schlimmer noch, sie fallen unter das Maß der medizinisch notwendigen Menge. Dies kann weitreichende Folgen haben. Es kann dazu führen, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hervorgerufen wird. Im schlimmsten Fall kann dies zum Tod, in jedem Fall jedoch zu höheren Behandlungskosten führen.

Es ist wichtig, wird eine Selbstbeteiligung erhoben auch die Einkommenselastizität und die Höhe des Einkommens berücksichtigt wird, damit notwendige medizinische Maßnahmen nicht ausbleiben. Unberücksichtigt bleiben in dieser vereinfachten Darstellung die Effekte, die durch Substitute gewonnen werden. Werden auch die Substitute preislich erhöht, kommt es zu einem weiteren Rückgang der Nachfrage und gefährdet die Bezieher niedriger Einkommen noch mehr (vgl. A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.19-20). Eine Möglichkeit den Effekt bei Beziehern niedriger Einkommen abzuschwächen, ist die Einführung von Härtefallregelungen, wie es im Gesundheitsmodernisierungsgesetz vollzogen wurde. Interessant wäre es zu analysieren, inwiefern Härtefallregelungen die sozial schwachen Gruppen schützen. Dies ist aber, durch den begrenzten Umfang nicht Bestandteil dieser Arbeit.

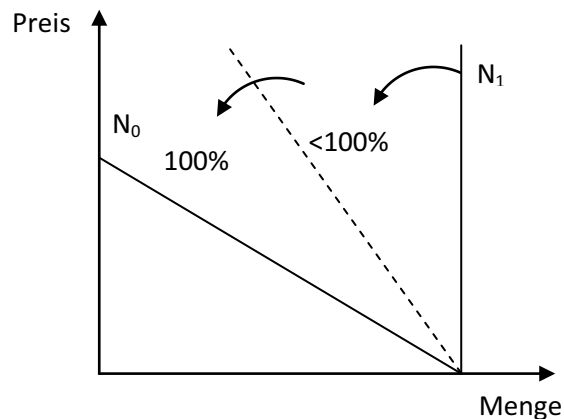
3.3 Formen der Selbstbeteiligung

Es existieren unterschiedliche Formen von Selbstbeteiligung, die verschiedene Wirkungen aufweisen. Im Folgenden werden die Verbreitetsten Formen dargestellt.

3.3.1 Prozentuale Selbstbeteiligung

Wird eine prozentuale Selbstbeteiligung erhoben, zahlt der Versicherte einen bestimmten Prozentsatz der tatsächlich angefallenen Kosten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche. Das bedeutet, dass die Kosten des Versicherten mit Zunahme des Preises und der Menge proportional ansteigen. Wie Abbildung 4 verdeutlicht, kommt es bei Einführung einer prozentualen Selbstbeteiligung zu einem Nachfragerückgang. Aus der vorher preisunelastischen Nachfrage N_1 wird, indem sich die Nachfragekurve nach links dreht eine preiselastische Nachfrage. Je höher der prozentuale Anteil ist, desto mehr wird sich die Nachfragekurve zu einer elastischen Nachfragekurve entwickeln. Dementsprechend verschiebt sich die Nachfragekurve immer weiter nach links bis sie bei einem Selbstbeteiligungssatz von 100% deckungsgleich mit der Nachfragekurve ohne Versicherungsschutz N_0 wird (vgl. P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 34).

Abbildung 4: Prozentuale Selbstbeteiligung



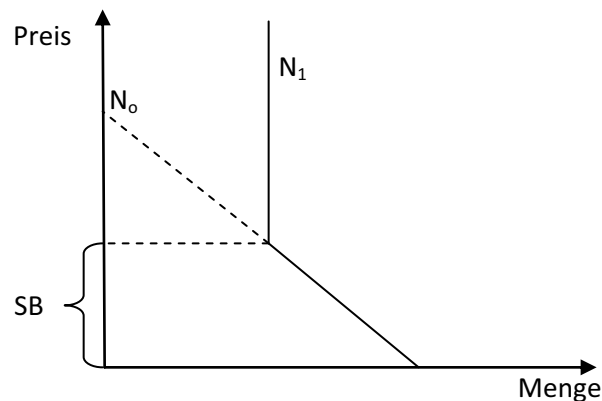
Quelle: P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 34

Dies trifft natürlich nur bei Gesundheitsleistungen zu, die generell preiselastisch sind. Die unelastische Nachfrage bei einem vollen Versicherungsschutz entsteht, weil die Versicherten selbst nicht direkt an den Kosten beteiligt sind. Dies hat gerade für die Anbieter von Gesundheitsleistungen Vorteile. Ohne gesetzliche Regelungen können sie Preise wahllos festlegen und müssen mit keinem Rückgang der Nachfrage rechnen. Es würde sich jedoch trotz alledem schlussendlich auf die Versicherten auswirken, da die Preise für Gesundheitsleistungen zum Teil über die Versicherungsbeiträge ausgeglichen werden würde (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 240).

3.3.2 Absolute Selbstbeteiligung

Absolute Zuzahlungen können entweder so gestaltet werden, dass ein vorher festgesetzter Kostensatz auf den Patienten übertragen wird, oder der Versicherte erhält einen vorher festgelegten Zuschuss für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Wird ein vorher festgelegter Absolutbetrag fixiert, erstattet die Versicherung die Differenz zwischen dem Eigenanteil des Versicherten und den tatsächlich angefallenen Kosten (vgl. P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 35). Absolute Zuzahlungen haben eine weitaus ungünstigere Auswirkung auf die nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel als die prozentuale Selbstbeteiligung. Sie führen ab dem finanziellen Bereich, den die Krankenkassen übernehmen, zu einer vollkommen preisunempfindlichen Nachfrage, wie Abbildung 5 verdeutlicht (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 241).

Abbildung 5: Absolute Selbstbeteiligung



Quelle: P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 35

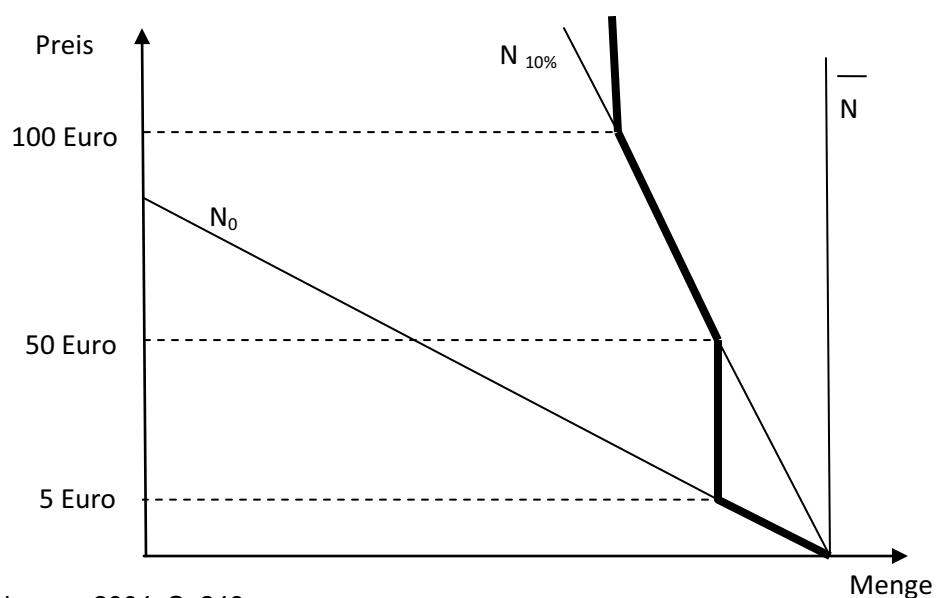
Solang die Zuzahlungsgrenze nicht erreicht wird, kommt es zu einer preisempfindlichen Nachfragekurve. Die Versicherten reagieren auf den Preis. Je höher der Preis, desto weniger wird nachgefragt. Solange der Preis unterhalb der Zuzahlungsgrenze liegt, besteht eine 100% Selbstbeteiligung (N_0). Tritt jedoch der Fall ein, dass die Gesundheitsleistung, z.B. ein Medikament, mehr kostet als die Selbstbeteiligung, und die Krankenkassen übernehmen den Restbetrag, wird aus der preiselastischen eine preisunelastische Nachfragekurve (N_1). Die Versicherten sind nicht mehr direkt an die Preise der Anbieter gebunden. Demzufolge reagieren sie bei teuren Gesundheitsleistungen auch nicht mehr mit einem Nachfragerückgang (vgl. P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 35; vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 241-242).

Die absolute Selbstbeteiligung kann auch als Gebühr verstanden werden. Auch hier muss der Versicherte einen festen Betrag der entstandenen Kosten übernehmen. Diese Gebühr kann sich auf spezielle Leistungen oder auf einzelne Behandlungssequenzen beziehen (vgl. F. Rau, 1992, S. 21). Eine Gebühr, die der absoluten Selbstbeteiligung entspricht, wurde z.B. 2004 innerhalb des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes durch die Praxisgebühr eingeführt. Die Patienten zahlen pro Quartal 10 Euro und können innerhalb des gezahlten Quartales den Arzt so oft in Anspruch nehmen, wie ihnen beliebt, ohne einen nochmaligen Betrag zu entrichten (siehe Kapitel 2). Gebühren stellen nach Knappe eine relativ geringe Steuerungswirkung dar, gerade wenn der zu zahlende Betrag relativ gering ausfällt und auf einzelne Leistungen beschränkt ist (vgl. E. Knappe, 2003, S. 163).

Der einzige Unterschied zur absoluten Selbstbeteiligung ist, dass der Versicherte mehr zahlen würde, wenn die bezogene Leistung günstiger ist als die erhobene Gebühr (vgl. B. Langer, 2005, S. 109-110). Dieses Problem kann jedoch durch Regelungen beseitigt werden, die dafür sorgen, dass wenn die in Anspruch genommene Leistung günstiger ist, der Versicherte nur den tatsächlichen Preis zu zahlen hat. Solche Regelungen wurden in der Reform von 2004 getroffen. So müssen die Versicherten z.B. wenn der Preis eines Medikamentes günstiger ist als 5 Euro oder 10 Euro Zuzahlung nur den tatsächlichen Preis des Medikamentes zahlen (vgl. BMG, 2011, o. S. Internetquelle).

In dieser Reform von 2004 kam es zu einer sogenannten Mischform zwischen prozentualer und absoluter Selbstbeteiligung innerhalb der Arzneimittelzuzahlungen. Hier wurde versucht, den entstehenden Effekt des preisunempfindlichen Verhaltens etwas zu reduzieren. So müssen sich Versicherte mit einer 10% Zuzahlung an den Kosten pro Medikament beteiligen. Es wurde jedoch eine Eingrenzung vorgenommen, indem mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro gezahlt werden müssen. Der erste Fall stellt eine prozentuale und der zweite eine absolute Selbstbeteiligung dar. Durch diese Mischform wird der Effekt, der aus einer absoluten Selbstbeteiligung resultiert eingedämmt, wie Abbildung 6 verdeutlicht (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 241-242).

Abbildung 6: Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln



Quelle: H. Ribhegge, 2004, S. 243

Aus der Grafik geht hervor, dass die Kombination von absoluter und prozentualer Selbstbeteiligung die Wirkung der preisunempfindlichen Nachfrage, die entsteht nachdem eine Grundgebühr gezahlt wurde, teilweise aufhebt. Nach der Zahlung der absoluten Selbstbeteiligung entsteht eine unelastische Nachfrage. Die Versicherten fragen bis zur Höhe von 50 Euro des tatsächlichen Medikamentenpreises nach, ohne auf den Preis zu achten. Die 50 Euro stellen eine Grenze dar. Das heißt, hier ist die 10% Zuzahlung erreicht, die der Mindestzuzahlung von 5 Euro entspricht. Kostet ein Medikament weniger als 5 Euro so zahlt der Patient den tatsächlichen Preis für die Arznei (vgl. BMG, 2011, o. S. Internetquelle). Ab diesem Punkt verwandelt sich die unempfindliche Nachfragekurve wieder in eine preiselastische Nachfrage. Die Versicherten reagieren auf den Preis und wollen natürlich so günstig wie möglich einkaufen. Solange sie sich unterhalb der maximalen Zuzahlung von 10 Euro befinden zahlen sie auch nur den tatsächlichen Preis des gekauften Medikamentes, welches z.B. nur 80 Euro kostet und demzufolge mit einer Zuzahlung von 8 Euro versehen ist. Die Versicherten reagieren preiseempfindlich. Ab dem tatsächlichen Preiswertes des Medikamentes von 100 Euro, was bei einer 10 % Zuzahlung 10 Euro ergibt und somit die Grenze der maximalen Zuzahlungshöhe kennzeichnet, wird aus der preiseempfindlichen wieder eine preisunempfindliche Nachfrage. Das bedeutet, dass erst ab dem Medikamentenmarktwert von 100 Euro die Nachfragekurve unelastisch bleibt.

3.3.3 Festbetrag

Der Festbetrag ist eine weitere Form der Zuzahlungsmöglichkeiten. Dieser kann z. B. bei Medikamenten oder Hilfsmitteln seine Anwendung finden. Wird ein Festbetrag erhoben, zahlt die Krankenkasse einen vorher bestimmten absoluten Betrag (vgl. P. O. Oberender, T. Ecker, 2001, S. 35).

Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurden in das deutsche Gesundheitssystem Arzneimittelfestbeträge eingeführt (vgl. M. Müller; K. Böhm, 2009, S. 12). Hierzu werden in einem Zweistufenverfahren Medikamente, die vergleichbare therapeutische Wirkungen und identische pharmakologische-therapeutische oder ähnliche Wirkstoffzusammensetzungen aufweisen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in Gruppen zusammengefasst. Anschließend wird ein Festbetrag für jede Gruppe durch den Spitzenverband Bund

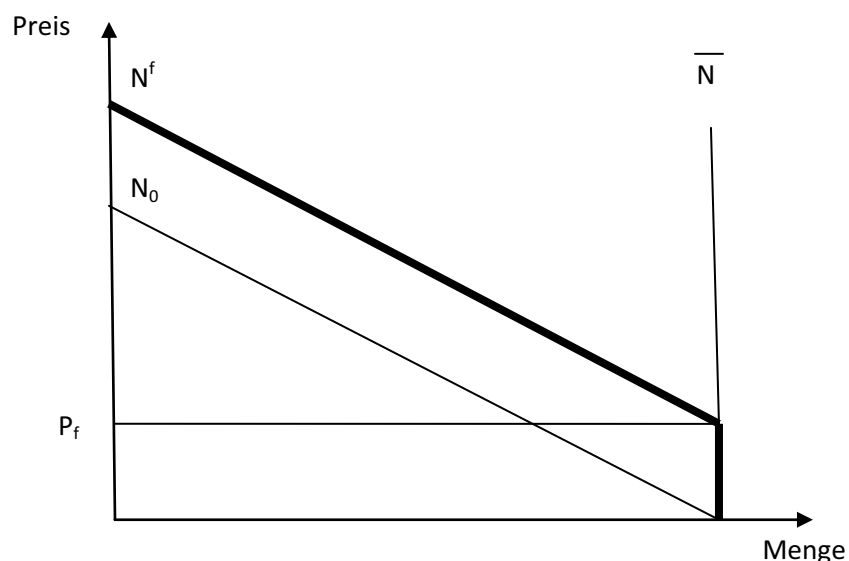
der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt (vgl. DIMDI, 2012, o. S., Internetquelle).

Wird der festgelegte Höchstbetrag für eine Arznei vom Versicherten überschritten, muss er die Differenz selber tragen oder weicht auf ein gleichwertiges Medikament aus. Vor diesem Hintergrund versuchen Pharmaunternehmen oftmals sich dem Festbetrag anzugleichen. Gesundheitspolitisch ist diese Reaktion positiv zu werten, da die Angleichung den ansteigenden Arzneimittelausgaben entgegenwirkt (vgl. AOK-Bundesverband, 2012, o. S., Internetquelle).

Desweiteren kann auch der Fall eintreten, dass Versicherte Arzneimittel unter der Festbetragsregelung beziehen. In diesem Fall übernehmen die Krankenkassen die gesamten Kosten des Medikaments außer dem generellen Zuzahlungsbetrag (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 244). Jedoch gibt es auch hier Ausnahmen. So werden Patienten durch das 2006 beschlossene Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeits-gesetz von den Zuzahlungen befreit, wenn das Medikament 30% unter dem Festbetrag liegt (vgl. M. Müller; K. Böhm, 2009, S. 13).

Das hauptsächlichste Ziel von Festbetragsregelungen ist es, dass Versicherte ein stärkeres Kostenbewusstsein entwickeln. Wie Abbildung 7 zeigt verläuft die Nachfragekurve bis zum Punkt der Festbetragsgrenze preisunempfindlich. Erst nach Überschreiten des von der Krankenkasse finanzierten Betrages wird die Nachfrage preiselastisch.

Abbildung 7: Nachfrage nach Arzneimittel bei Festbeträgen



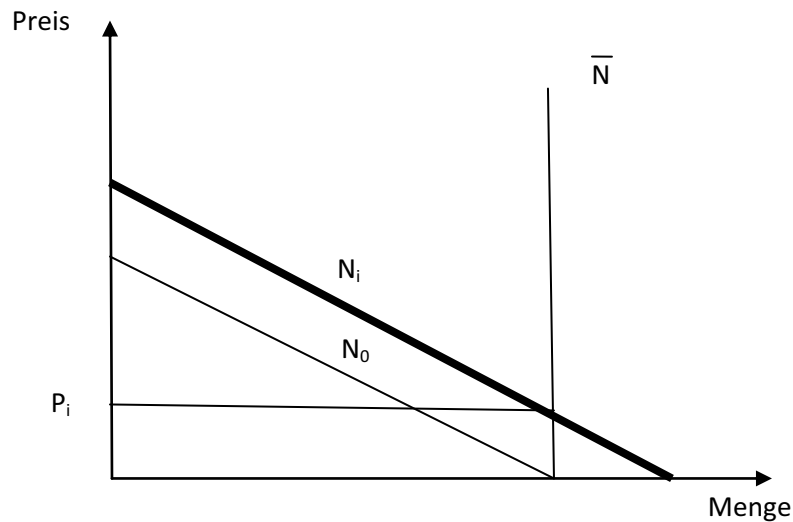
Quelle: H. Ribhegge, 2004, S. 244

So zeigt die Grafik die originäre Nachfragekurve (N_0), die ohne Vollversicherung entsteht und in der preisempfindlich nachgefragt wird. Liegt der Preis unterhalb des Festbetrages (P_f), kommt es zu einer preisunelastischen Nachfrage (N). Oberhalb des Festbetrages, im finanziell relevanten Bereich, kommt es jedoch, indem die Nachfragekurve (N^f) parallel zur originären Nachfrage verschoben wird, zu einer preiselastischen Nachfrage. So zahlt der Versicherte oberhalb des Festbetrages den tatsächlichen Preis minus den Festbetrag der Krankenkasse. Durch die Einführung des Festbetrages konnten die Arzneimittelausgaben erheblich gesenkt werden. Die Arzneimittelanbieter glichen die Preise teurer, originaler Präparate an den Festbetrag an, so dass es zu keiner zusätzlichen Zuzahlung für die Versicherten kam. Bei der Höhe der Festlegung des Festbetrages muss jedoch darauf geachtet werden, dass Patienten mit der notwendigen Versorgung von Medikamenten abgedeckt sind. Wäre z.B. der Fall eingetreten, dass die Anbieter ihre Preise nicht senkten sondern vielleicht erhöht hätten, wäre es möglich gewesen, dass die Versicherten nicht in ausreichendem Maße versorgt wären (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 244-245).

3.3.4 Indemnitätsstarif

Der Indemnitätsstarif (Festzuschuss) ist dem Festbetrag ähnlich. Der Unterschied zum Festbetrag liegt darin, dass der Versicherte über den zur Verfügung gestellten Betrag der Krankenkasse bei Eintreten eines Schadensfalls eigenmächtig verfügt und eigenverantwortlich entscheidet, für welche Leistungen er diesen Betrag einsetzen möchte. Das Entscheidende des Indemnitätsstarifs: Liegt der Preis für die bezogene Leistung unterhalb des Krankenkassenbetrages kann der Versicherte den Restbetrag behalten. Durch den Indemnitätsstarif kommt es im Gegensatz zum Festbetrag auch im unteren finanziellen Bereich zu einer preiselastischen Nachfrage, die in der Nachfragekurve N_i zu sehen ist. Die Versicherten achten im Falle des Indemnitätsstarifes von Anfang an auf die Preise und sind an günstigen Leistungen interessiert, wie Abbildung 8 darstellt (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 246).

Abbildung 8: Nachfrage nach Arzneimitteln beim Indemnitatstarif



Quelle: H. Ribhegge, 2004, S. 247

Durch die Abbildung wird noch einmal deutlich, dass diese Variante der Selbstbeteiligung kein verändertes Verhalten hervorruft obwohl ein Versicherungsschutz besteht. Der Versicherte handelt so kostenbewusst wie wenn er nicht versichert wäre (vgl. hierzu auch J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 131-132).

Der Nachteil der sich aus dieser Selbstbeteiligungsform ergibt ist, dass die Sättigungsmenge über die Grenze hinweg ausgeweitet wird, wenn der Preis für die in Anspruch genommenen Leistungen unterhalb des Festzuschusses (P_i) liegt. So hätte der Versicherte, wenn z.B. Hörgeräte mit 100 Euro von der Krankenkasse bezuschusst werden würden und der Versicherte sich eines für 50 Euro kauft, einen Gewinn von 50 Euro. Er würde natürlich diesen Vorgang so oft wie möglich wiederholen wollen. Dieses Problem der Mengenausweitung kann jedoch unterbunden werden, wenn eine Mengenbegrenzung eingeführt wird und z.B. nur alle 5 Jahre ein neues Hörgerät von der Versicherung bezuschusst wird (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 246-247).

Weitere Selbstbeteiligungsformen sind z.B.:

- die Versicherungssummenbegrenzung

Hier handelt es sich um die Festlegung eines maximalen Betrages durch die Versicherung. Diese verpflichtet sich innerhalb eines Jahres diesen maximalen Betrag für Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen. Benötigt der Versicherte mehr als diesen Betrag, muss er den Restbetrag aus eigener Tasche zahlen.

- die Abzugsfranchise

Eine Abzugsfranchise entsteht, wenn der Versicherte die Kosten bis zu einem bestimmten Betrag selber zahlt, die für eine einzelne Behandlung entstehen. Kommt der Patient über diesen Betrag hinaus, zahlt das Versicherungsunternehmen den Restbetrag (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 129, 133).

- die Rückerstattung

In dem Falle einer Rückerstattung erstatten die Krankenkassen in bestimmten Fällen die Beiträge der Versicherten. So können Krankenkassenmitglieder z.B. einen Monatsbeitrag zurückerstatten, wenn sie keine Leistungen innerhalb eines Kalenderjahres in Anspruch nehmen. Ziel ist es, das Moral-Hazard-Verhalten zu reduzieren und das Kostenbewusstsein zu stärken. Es könnte jedoch passieren, dass Versicherte zu wenig der wirklich benötigten medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Beispielsweise könnten medizinisch notwendige Leistungen, die am Ende des Jahres benötigt werden, auf das nächste Jahr verschoben werden. So könnten sie den Bonus für das laufende Jahr kassieren. Bei schwerwiegenden Erkrankungen ist jedoch Ribhegge entgegengesetzter Meinung. Er sagt, dass in diesem Fall, wenn der Versicherte über einen nahezu rationalen Verstand verfügt, er eher auf den Bonus verzichtet und trotz des Verlustes Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. So meint er, dass nur bei geringfügigen Erkrankungen dieser negative Effekt zutrifft (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 247-248).

4. Beeinflussungen des Nachfrageverhaltens

Gerade das Gesundheitswesen ist von vielen Faktoren beeinflusst, die die Nachfrage des Versicherten nach Gesundheitsleistungen beeinflusst. Einen großen Faktor stellen die sogenannten asymmetrischen Informationen dar.

4.1 Asymmetrische Informationen

Asymmetrische Informationen kennzeichnen nicht nur den Gesundheitsmarkt, sondern kommen auch auf anderen Konsummärkten vor. So besitzen alle Teilnehmer auf einem Markt unzureichende Informationen. Im Normalfall müssen erhebliche Aufwendungen betrieben werden, um die fehlenden Informationen einzuholen, um z.B. richtige Entscheidungen treffen, Geschäfte abwickeln oder Dienstleistungen durchführen und kontrollieren zu können. Häufig sind die Informationsdefizite auch noch asymmetrisch, also ungleichgewichtig verteilt (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 62). Das bedeutet, dass die eine Marktseite besser informiert ist als die andere. Dies kann natürlich dazu führen, dass die besser informierte Seite dies zu ihrem Vorteil nutzen kann. Aus diesem Grund herrscht natürlich auf der Nachfrageseite Unsicherheit. Gerade die Seite, die nachfragt, weiß über die angebotene Qualität nicht immer bescheid (vgl. R. Pindyck/D. Rubinfeld, 2009, S. 800 ff).

Bei einigen Gütern kann die Qualität durch direkte Betrachtung im Voraus (search goods) oder durch Erfahrungswissen (experience goods) ermittelt werden. Gerade im zweiten Fall können durch wiederholten Konsum Informationsdefizite abgebaut werden. Schwierig wird es bei Vertrauensgütern (credence goods), wie z.B. Leistungen von Medizinern. In diesem Falle kann die Qualität erst lange nach Abschluss des Kaufs oder gar nicht ermittelt werden, und der Käufer muss dem Leistungsanbieter, z.B. dem Arzt, vertrauen (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 62 ff).

So ist die Arzt-Patienten-Beziehung durch erhebliche asymmetrische Informationen gekennzeichnet (vgl. K., J. Arrow, 1963, S. 147) und demnach mit hohen Transaktionskosten verbunden (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 61). Der Patient hat gar keine andere Wahl als dem Arzt zu vertrauen, da nur er über das fachkundige Wissen verfügt, um entsprechende Behandlungen oder Weiterleitungen an Fachärzte oder Krankenhäuser zu übernehmen. Diesbezüglich muss er seine eigene Entscheidungskompetenz teilweise auf den Arzt übertragen. So ist die Arztseite von einem erheblichen Wissensvorsprung gekennzeichnet. (vgl. K., J. Arrow, 1963, S. 148). Schlussendlich trifft der Arzt die notwendigen medizinischen Entscheidungen der Behandlung, und der Patient handelt im Idealfall auf Empfehlung

des Arztes auch dann, wenn er rechtlich gesehen natürlich die eigentliche Entscheidungskompetenz inne hat. Begründet liegt diese fast vollständige Übertragung der Verantwortung des Patienten auf den Arzt darin, dass der Patient unsicher ist, ob er die richtigen Entscheidungen in Bezug auf seine Gesundheit trifft. Eine Fehlentscheidung kann natürlich gerade was die Gesundheit betrifft zu weitreichenden Konsequenzen führen (vgl. McGuire/Henderson et al., 1997, S. 155 ff). Die Angst Fehlentscheidungen zu treffen steht natürlich vor dem Hintergrund, dass ein Patient kein ausgebildeter Mediziner ist und keinen vollständigen Einblick hat in die körperlichen Abläufe und Prozesse mit ihren Wirkzusammenhängen sowie dem fachkundigen Wissen über Krankheiten. Aus diesem Grund kann er auch nicht über die wissenschaftlichen Erkenntnisse eines Arztes verfügen. Nur wenn der Fall gegeben ist, dass der Patient in der Lage wäre, diese ganzen Informationsdefizite auszugleichen, was natürlich dem Stand und demnach der Ausbildung eines Mediziners entspräche, kann er autonome Entscheidungen treffen (vgl. M.-L. Dierks/ S. Martin et al., 2001, S. 89-90). Der Mediziner hat demnach gegenüber dem Patienten einen gewissen Machteinfluss und könnte dies auch zum Nachteil des Patienten benutzen, indem er z.B. versucht dem Patienten mehr Geld durch evtl. medizinisch nicht unbedingt sinnvolle bzw. notwendige Leistungen zu entlocken (vgl. McGuire/Henderson et al., 1997, S. 155 ff). Gerade bei einer 100% Zuzahlung und der damit verbundenen Ausgliederung aus dem GKV-Leistungskatalog könnte hier die eben genannte Gefahr liegen.

Das Problem der unnötigen Ausweitung von Gesundheitsleistungen durch die Ärzte kann natürlich auch auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass eine vollkommene Auslastung für den Arzt erreicht werden soll, so dass er sich durch das Anbieten unnötiger Leistungen eine wirtschaftlich bessere Position verschaffen kann. Auch das nicht immer notwendige Überweisen an Krankenhäuser kann unter Umständen aus der Tatsache heraus erfolgen, seine eigene finanzielle Situation besser zu gestalten.

Eine Abschwächung dieser Probleme kann die Patientenaufklärung darstellen. So besteht für die Patienten die Möglichkeit, um nicht ganz und gar dem ärztlichen Informationsvorsprung ausgeliefert zu sein, sich an Beratungsdienstleister oder an die eigene Krankenkasse zu wenden, um sich aufzuklären und zu informieren. Gerade um Rechnungen zu kontrollieren oder für das Gefühl der evtl. unzureichenden Behandlung können diese Dienstleister hilfreich sein.

Ein weiterer Faktor, der das Nachfrageverhalten der Versicherten beeinflusst, ist die fehlende Preistransparenz angebotener Leistungen der GKV. So besitzen die einzelnen Versicherten keine Kenntnisse über die wahren Preise der einzelnen Gesundheitsgüter- und Leistungen, da in der GKV das Sachleistungsprinzip vorherrscht und somit auch keine direkte Abrechnung mit den Leistungserbringern sondern nur mit den Leistungserbringern erfolgt. Somit entsteht natürlich kein wirkliches Kostenbewusstsein und es kann zu einer Ausweitung der Nachfrage kommen. Es besteht jedoch auch hier die Möglichkeit, dass die Versicherten sich vom Leistungserbringer eine Kosten- und Leistungszusammenstellung einholen können (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 204-205).

Gerade die Selbstbeteiligung sollte dem geringen Kostenbewusstsein der Leistungsnehmer Abhilfe verschaffen (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 76). Nach Ribhegge hilft jedoch auch diese Maßnahme nicht wirklich um das Defizit zu beheben, da die Selbstbeteiligungen meist zu gering sind um den Versicherten die wirklich entstandenen Kosten zu verdeutlichen. Durch das hinzukommende Problem der Unkenntnis in Bezug auf die Qualität von Gesundheitsleistungen können sie auch nur in geringem Maße - wenn überhaupt - das Preis-Leistungs-Verhältnis bestimmen (vgl. H. Ribhegge, 2004, S. 204-205). Weiterhin kann das Informationsdefizit in Bezug auf die Qualität oftmals auch durch andere Signale kompensiert werden. So kann für einige Versicherten die preisliche Höhe oder der Name des Herstellers eines Medikamentes ein Qualitätsindikator sein (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 8-9).

Herder-Dorneich merkt an, dass wenn sich die Kostenbeteiligung der Patienten im Gesundheitswesen z.B. durch Selbstbeteiligung (beispielsweise in Form von absoluter oder Kostenrückerstattung) oder durch Anhebung der Beiträge erhöhen würden und es demzufolge zu mehr Preistransparenz käme, es auch zu einer gegenteiligen Wirkung führen könnte. So könnte aus der zunehmenden finanziellen Belastung der Versicherten eher eine Nachfragesteigerung resultieren. Das bedeutet z.B. in Form der absoluten Selbstbeteiligung (Praxisgebühr), das indem jetzt ein Preis für die ärztliche Inanspruchnahmen bezahlt wird, der Versicherte der Meinung ist für sein abgegebenes Geld auch mehr Leistungen zu fordern. Er könnte die Einstellung verfolgen: „Wenn ich jetzt schon etwas bezahlen muss, dann will ich dafür auch etwas bekommen.“ So kann der Patient sein „verloren gegangenes“ Geld auf andere Art und Weise wieder hereinzuholen. Das heißt es kommt eher zu einer

„wenn schon-denn schon-Mentalität“, und die Versicherten möchten einen gewissen Gegenwert für ihre zusätzlich entstandenen Kosten erhalten (vgl. P. Herder-Dorneich, 1994, S. 359 ff).

4.1.1 Fehlende Konsumentensouveränität

Aus diesen eben geschilderten Tatsachen der asymmetrischen Informationen ergibt sich eine erheblich eingeschränkte Konsumentensouveränität der Versicherten innerhalb des Gesundheitswesens. So können die Patienten zum einen durch das fehlende bzw. eingeschränkte medizinische Fachwissen die Angemessenheit und Qualität von medizinischen Leistungen nicht einschätzen. Weiterhin besitzen Patienten eine Einschränkung der subjektiven Beurteilungsfähigkeit, die durch erhebliche Schmerzen, Lebensgefahr oder Bewusstlosigkeit entstehen (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 9-10). Breyer/Zweifel et.al zeigen verschiedene Kennzeichen auf, die zu fehlender Konsumentensouveränität führen. Demnach kommt es zu mangelnder Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen durch:

- **die fehlende Entscheidungskompetenz des Patienten**

Der Zustand der Krankheit ist innerhalb des menschlichen Lebens eine besondere Situation und führt zu bestimmten Einschränkungen, in denen der Mensch evtl. nicht mehr in der Lage ist rationale Entscheidungen zu treffen. Gerade in Zuständen des Schmerzes, der Bewusstlosigkeit oder der Lebensgefahr ist es kaum möglich, zwischen alternativen Behandlungsmethoden zu wählen oder Preis-Nutzen-Kalkulationen abzuwägen. Die fehlende Entscheidungskompetenz im Zustand der Krankheit kann in drei Stufen eingeteilt werden:

1. Der Zustand der vollkommenen Unfähigkeit rationale Entscheidungen zu treffen. Dieser Zustand tritt z.B. im Falle von Bewusstlosigkeit oder Geisteskrankheiten auf. In diesen Fällen wird jedoch ein Vormund eingesetzt, der anstelle des Patienten die Entscheidungen fällt. Die Frage, die sich diesbezüglich stellt, ist jedoch, welche Person kann am besten im Interesse des Patienten entscheiden. In den meisten Fällen stellt ein naheliegender Verwandter gegenüber einem Regierungsangestellten den besseren Vormund dar.

2. Der Zustand der eingeschränkten Fähigkeit rationale Entscheidungen zu treffen. Dieser Zustand kommt im Falle lebensbedrohlicher Situationen ohne geistige Einschränkung zustande. In dieser Situation ist der Patient gegenüber dem Leistungsanbieter generell in einer schwächeren Position, da der „Leidtragende“ um jeden Preis seinen Gesundheitszustand wiederherstellen bzw. zumindest verbessern möchte. Aus diesem Grunde ist der Patient auch kaum an Preisvergleichen oder Alternativtherapien interessiert, wenn damit nicht eine höhere Erfolgschance einhergeht, seine Gesundheit wieder herzustellen. Durch Versicherungsverträge kann der Gefahr der existenzbedrohenden Situation entgegengewirkt und die Unterlegenheit gegenüber dem Arzt abgeschwächt werden. Trotz alle dem ist in diesem Fall der Patient nicht an einer günstigeren Therapieform interessiert.
3. Der Zustand der weitgehenden Fähigkeit rationale Entscheidungen zutreffen. In diesem Zustand liegt keine Lebensbedrohung vor und der Patient ist in der Lage rationale Entscheidungen zu treffen und demnach rein körperlich/geistig Kosten-Nutzenerwägungen mit einzubeziehen.

- **die mangelnde Einschätzung zukünftiger Ereignisse und Bedürfnisse**

Schwere Krankheiten oder auch die allgemeine Anfälligkeit für Krankheiten tritt im Normalfall erst mit zunehmendem Alter auf. Gerade im Alter können die Ausgaben für Krankheit aber nicht mehr durch das laufende Einkommen gedeckt werden. Risikoaverse Menschen werden in jungen Jahren sparen oder auf den Abschluss von Versicherung vertrauen. In den meisten Fällen ist es jedoch so, dass Menschen dem zukünftigen Konsum geringen Wert beimessen und diesbezüglich auch nicht für eine ausreichende Vorsorge sorgen. Dies würde natürlich im Alter zu einer medizinischen Unterversorgung führen. Aus diesem Grund muss genau überlegt werden, inwiefern der Staat dieses Problem regulieren kann.

- **die mangelnden Informationen auf dem Gesundheitsmarkt**

Wie oben schon erwähnt, kommt es auf dem Gesundheitsmarkt zu unzureichender Markttransparenz, indem die Versicherten nicht über Qualität und den Preis aller Angebote auf dem Markt informiert sind. Gerade das Uno-

actu-Prinzip (Leistungserstellung und Konsum sind zeitgleich) macht es kaum möglich, vor dem Entscheidungsfall die unterschiedlichen Angebote zu betrachten, zu kontrollieren und miteinander zu vergleichen. Es gibt diesbezüglich drei Eigenschaften die den Gesundheitsmarkt von anderen Dienstleistungsmärkten unterscheidet:

1. Unzureichende Möglichkeiten für Stichproben

Bestimmte Gesundheitsleistungen werden nur selten bzw. unregelmäßig in Anspruch genommen, gerade bei lebensbedrohenden Krankheiten. Aus diesem Grund, wie oben angesprochen, fehlt Erfahrungswissen, um diese Leistung ausreichend beurteilen zu können. Auch Erfahrungen anderer sind nicht 1:1 übertragbar, da Gesundheitsprobleme nicht wirklich vollkommen zu vergleichen sind und auch Behandlungsabläufe stark von der Arzt-Patienten-Beziehung abhängen.

2. Unzureichende Beurteilung der Qualität

Auch nach der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen lässt sich die Qualität oftmals nicht bestimmen, da die Behandlung und die Änderung des Gesundheitszustandes häufig von anderen Faktoren wie z.B. den Selbstheilungskräften des Körpers beeinflusst werden.

3. Die Besonderheit des Informationsgewinn

Gerade im Gesundheitswesen besteht die in Anspruch genommene Leistung darin, erst einmal Informationen zu seinem Gesundheitszustand einzufordern, wie es im Falle der Erstellung einer Diagnose zutreffend ist. In diesem Falle wäre das nachgefragte Gut die Diagnoseerstellung und demnach auch die Information selbst. Hier tritt die Situation ein, dass der Patient kaum in der Lage ist, die Qualität der Diagnosestellung zu beurteilen. Wäre er dazu in der Lage müsste er den Arzt nicht aufsuchen, da er die gesuchte Information vor Arztbesuch gehabt hätte und diesbezüglich über die gleichen Kompetenzen verfügt wie der Leistungsersteller. Aus diesem Grunde entsteht ein ungleichgewichtiges Machtverhältnis zwischen Arzt und Patient (vgl. F. Breyer/P. Zweifel e al., 2005, S. 179 ff).

Durch diese eingeschränkte Möglichkeit der Beurteilungsfähigkeit der Patienten über Gesundheitsdienstleistungen und ihrer Güter ist es natürlich eher schwierig einen Steuerungseffekt zu erzielen. Je unwissender die Patienten bzw. je intransparenter die Leistungen und je abhängiger die Patienten von den Leistungen sind, desto unwirksamer ist auch die Reaktion auf den Preis (vgl. P. Herder-Dorneich, 1994, S. 382). So sind nach Meinung von Breyer/Zweifel et al. gerade solche Markteingriffe sinnvoll, die die Unterschreitung des Qualitätsmindestniveaus bei den Leistungsanbietern verhindern. So kann durch geeignete Regelungen auch der Nachlässigkeit und Unachtsamkeit durch die Leistungserbringer auf Grund von fehlenden Kenntnissen des Leistungsnehmers entgegen gewirkt werden (vgl. F. Breyer/P. Zweifel e al., 2005, S. 182). Fehlende Konsumentensouveränität auf Grundlage asymmetrischer Informationen kann eine angebotsinduzierte Nachfrage durch die Leistungserbringer bewirken.

4.1.2 Angebotsinduzierte Nachfrage durch die Leistungserbringer

Unter der angebotsinduzierten Nachfrage wird zum einen, die Beeinflussung des Nachfrageverhaltens der Leistungsnehmer durch den Leistungsersteller, z.B. dem Arzt, verstanden. Konkret bedeutet dies, dass der Leistungsanbieter teilweise die Art und den Umfang der Leistungen selber bestimmen kann und demzufolge auch beeinflusst (vgl. J.-M. G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 162). Durch die asymmetrischen Informationen besitzt der Arzt einen erheblichen Machtvorteil gegenüber dem Patienten. So hat er die Möglichkeit den Patienten so zu informieren, dass der Patient durch seine Unwissenheit die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöhen wird – nicht weil die Leistungen besser sind und dem Patienten mehr helfen sondern nur aus der Tatsache heraus eigene Interessen zu verfolgen, wie z.B. seine Einnahmen zu erhöhen.

So existiert z.B. ein Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer in einem Krankenhaus und der Höhe der Bettenanzahl (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 70-71) sowie zwischen der Höhe der ärztlichen Behandlungen und der Ärztedichte (vgl. McGuire/Henderson et al., 1997, S. 160). Schulenburg und Greiner führen an, dass eine erhöhte Ärztedichte innerhalb eines Gebietes zur Konsequenz hat, dass es zu verkürzten Wege-, Warte- und Suchzeiten für den Patienten kommt. Das wiederum erhöht die Inanspruchnahme von Arztkonsultationen. Durch den

steigenden Wettbewerb der Ärzte werden diese versucht sein so viel Leistungen wie möglich anzubieten, um ihr Einkommen zu sichern. Aus diesem Grunde sind sie versucht zusätzliche Leistungen anzubieten, die wie bereits erwähnt nicht unbedingt notwendig sind. So weiten sie die Nachfrage des Patienten aus, indem sie z.B. dem Patienten verdeutlichen, dass mehr Arztkonsultationen für seine Behandlung von Nöten sind und erbringen auch mehr Leistungen pro Behandlung. Unterstützt wird diese Strategie der Ärzte zum einen durch die Unwissenheit des Patienten aber auch weil sie wissen, dass nicht die Versicherten sondern die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Mehrere empirische Untersuchungen untermauern diese Erscheinung der angebotsinduzierten Nachfrage. So untersuchte bzw. schätzte Schulenburg die Angebotsinduktion in der Schweiz in Bezug auf die Elastizität der Krankenkassenausgaben und der Ärztedichte und kam zu dem Ergebnis, dass ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und der Anzahl der Konsultationen pro Fall existiert. Demnach kam es zu einer Nachfrageelastizität von 1,11 und schlussfolgernd verursachen 10% mehr Ärzte 11% mehr Kosten. Weiterhin führt eine 10 prozentige Arztzunahme auch zu einer 6,6 prozentigen Steigerung der Behandlungsfälle pro Versicherten sowie zu einer 2,9 prozentigen Konsultationssteigerung pro Fall und des weiteren zu einer 1,6 prozentigen Leistungssteigerung pro Arztbesuch (vgl. J.-M., G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 15; vgl. J.-M., G. Schulenburg, 1987 S. 65 ff; vgl. J.-M., G. Schulenburg, 1987 a, S. 134 ff).

Aus den eben genannten Gründen kann eine Steuerungswirkung für Patienten durch Selbstbeteiligung eher nur geringfügig erreicht werden, da in diesem Falle die Ärzte die Ausweitung der Nachfrage teilweise induzieren. So ist es in diesem Fall wirkungsvoller Instrumente zu finden, die die durchgeführten Leistungen der Ärzte überprüfen und steuern.

Schlimmer noch, Schulenburg weist durch seine Schätzungen darauf hin, dass die Erhebung einer Selbstbeteiligung zu einer vermehrten angebotsinduzierten Nachfrage durch die Ärzte führen kann, wenn ein Nachfragerückgang durch die Patienten erfolgt. Gerade durch geringere Zahlen der Patienten würden Mediziner kostenintensivere Behandlungsmethoden wählen, um wettbewerbsfähig zu bleiben bzw. den Nachfragerückgang zu kompensieren. Durch diesen Effekt würden sich die Einsparungen und die zusätzlichen Ausgaben gegenseitig aufheben (vgl. J.-M., G. Schulenburg, 1987 S. 65 ff).

4.2 Zeitkosten

Nicht nur monetäre Mittel und Informationsdefizite beeinflussen das Nachfrageverhalten sondern auch Zeitkosten stellen einen beeinflussenden Faktor dar. So benötigt der Versicherte für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in erster Linie Zeit, die normalerweise entweder für Freizeit oder Arbeit aufgewendet wird. Gerade dann, wenn der Versicherte kaum oder nur einen geringen Teil für die Selbstbeteiligung aufwenden muss, zahlt er somit „nur“ einen sogenannten Zeitpreis. Hier muss sich der Versicherte entscheiden, in welches „Gut“ er am ehesten investieren bzw. für was er wie viel Zeit veranschlagen möchte (vgl. J.-M., G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 113 ff).

Das bedeutet, dass der Einzelne zwischen Arbeit und Freizeit wählt, und das daraus resultierende Einkommen kann er für den Konsum von „normalen“ Gütern oder für Gesundheitsleistungen ausgeben, um eine Steigerung seines Nutzens zu erreichen. Weiterhin muss bedacht werden, dass der „verbrauchte“ Zustand seiner Gesundheit reinvestiert werden muss, um das Niveau seiner Gesundheit zu halten. So benötigt ein Mensch zum einen ein gutes Einkommen und zum anderen Zeit, um seine Gesundheit zu verbessern (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 23).

Dies bedeutet, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen, in dem Falle Zeit und das Ausbleiben von Einkommen, in Gesundheit oder andere Konsumgüter investiert werden. Schulenburg untersuchte das Verhältnis von Zeit und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und kam zu dem Ergebnis, dass die Nachfrage nach nicht-inferioren Gesundheitsgütern (Nachfrage steigt mit Zunahme des Einkommens) sinkt, wenn die Zeitkosten steigen. Unter dem Zeitfaktor fällt auch die Wege- und Wartezeit, da auch hier schlussendlich Zeit beansprucht wird. Die Nachfrage sinkt bei höherer Zeitaufwendung aufgrund der Tatsache, dass bei steigenden Zeitkosten der Einzelne Arbeitszeit verliert und somit Einkommenssteigerung verhindert sowie Konsumaktivitäten reduziert werden, und diese Zeit eher für das Ersteigern für „Gesundheit“ eingesetzt werden. Schulenburg zieht weiter den Schluss, dass ohne zusätzliche Kenntnisse einzelner Parameter kaum abzuzielen ist, ob es bei einer Preissenkung zu einer Nachfragereduktion von inferioren Gütern kommt. Denn bei steigendem Einkommen sinkt die Nachfrage nach dem Gut (vgl. R. Pindyck/D. Rubinfeld, 2009, S. 165). Er kommt zu der Hypothese, dass nur bei nicht-inferioren Gütern eine Vorhersage möglich ist. Er erläutert, dass wenn die Wege-, Warte- und

Behandlungszeit steigt demnach bei Vollversicherung oder vorhandenem Selbstbeteiligungssatz auch die Nachfrage sinkt. Wird jedoch weniger Zeit für Gesundheitsleistungen beansprucht, wird die Nachfrage steigen. Diese Reaktion wirkt umso intensiver je größer die individuell bewertete Zeit ist. Aus diesem Grund kann als Steuerungsinstrument die Zeit als Einflussfaktor gewertet werden. Demzufolge sind nicht nur monetäre Mittel, wie z.B. Selbstbeteiligungssätze, sinnvolle Steuerungsinstrumente. Die Nachfrage kann somit auch über die Zeit gesteuert und reduziert werden (vgl. J.-M., G. Schulenburg/ W. Greiner, 2007, S. 113 ff; vgl. J.-M., G. Schulenburg, 1987 S. 53). Schlussendlich heißt dies, dass eine Überbeanspruchung bei hohen Zeitkosten eher unwahrscheinlich ist.

5. Steuerungswirkung in den einzelnen Leistungssektoren

Damit geklärt werden kann, ob eine gewünschte Steuerungswirkung in den einzelnen Leistungsbereichen eintritt, ist es wichtig sich mit der Frage zu beschäftigen, inwiefern es in den Leistungsbereichen zu Moral-Hazard-Verhalten und der damit verbundenen Ausweitung der Nachfrage kommt. Eine Selbstbeteiligung kann nur dann eine steuernde Wirkung besitzen, wenn wirklich mehr als nötig nachgefragt wird. In dieser Arbeit wird jedoch durch den eng bemessenen Umfang nur auf die großen Leistungssektoren (ambulanter und stationärer Sektor sowie Arzneimittel) eingegangen.

5.1 Ambulanter Leistungssektor

Die ambulante ärztliche Versorgung wird durch niedergelassene Kassenärzte wahrgenommen (vgl. Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.), o. J., o. S., Internetquelle). Ausgangspunkt der Nachfrage nach Leistungen innerhalb des ambulanten Bereiches sind hauptsächlich allgemeine Beschwerden und Krankheiten sowie psychische Beschwerden (vgl. R. Brennecke, 1987, S.10).

Seit dem 01.01. 2004 wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (siehe Kapitel 2) eine Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal eingeführt. Hauptziel war es neben dem finanziellen Zugewinn einen Steuerungseffekt zu erzielen (vgl. Grabka, M., M./ Schreyögg, J. et al, 2005, S.1, Internetquelle). So sollten zum einen unnötige Arztbesuche und zum anderen Facharztbesuche ohne Überweisungsschein vermieden bzw. verringert werden. Diese Einführung der Praxisgebühr brachte den

Krankenkassen eine zusätzliche Einnahme von 2 Milliarden Euro. Der finanzielle Effekt hat sich demnach bestätigt. Fraglich ist bis heute der Steuerungseffekt (vgl. Meißner, M./Well, J., 2012., o. S., Internetquelle). So laufen derzeit heftige Debatten, ob die Praxisgebühr abgeschafft werden sollte oder nicht, da der gewollte Steuerungseffekt nicht ersichtlich ist. So sind gerade FDP, SPD, die Grünen sowie die Linken für die Abschaffung der Praxisgebühr auf Grund von übermäßigem Verwaltungsaufwand der Ärzte, der verfehlten Steuerungswirkung und der Angst, dass gerade die Bedürftigen von einem notwendigen Arztbesuch abgehalten werden (vgl. Rie, 2012, o.S., Internetquelle).

Dabei erschien die Studie kurz nach Erhebung der Praxisgebühr durch die Technische Universität Berlin und des Instituts für Wirtschaftsforschung sehr erfolgsversprechend (vgl. Meißner, M./Well, J., 2012., o. S., Internetquelle). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass in den Jahren 2003-2004 die Arztkontakte signifikant zurückgegangen sind. Bei den Patienten, die nur einmal im Jahr einen Arztbesuch wahrgenommen haben, fiel dieser Rückgang noch stärker aus. Weiterhin kamen sie zu dem Schluss, dass gerade einkommensstärkere Patienten geringere Arztkontakte aufwiesen. Es kam jedoch bei Patienten mit geringen Einnahmen zu keinem gravierenden Nachfragerückgang. Patienten, die durch Gesundheitsleistungen einen guten Gesundheitszustand aufwiesen, gingen 2004 signifikant weniger als im Jahr 2003 bzw. gar nicht zu einem Arzt. Patienten, die einen negativen Gesundheitszustand im Jahr 2003 zu verzeichnen hatten (inbegriffen waren Personen mit Schwerbehinderung oder mindesten Pflegestufe 2) und demzufolge auch einen Mediziner benötigten, auch im Folgejahr Arztkontakte nicht mieden. Demzufolge wurde angenommen, dass die Einführung einer Praxisgebühr zu keiner Vermeidung medizinisch notwendiger Maßnahmen führte (vgl. Grabka, M., M./Schreyögg, J. et al, 2005, S.1, Internetquelle).

Kurze Zeit später waren diese Erkenntnisse hinfällig. 2005 kam das Rheinisch Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung zu dem Schluss, dass es zu keiner signifikanten Verringerung der Nachfrage durch Einführung der Zuzahlung kam (vgl. Meißner, M./Well, J., 2012., o. S., Internetquelle). Schlimmer noch, laut des Barmer GEK Arztreportes von 2011 scheinen die Deutschen besonders häufig einen Mediziner zu kontaktieren. So suchten laut des Berichtes 90 % der Bevölkerung innerhalb der Jahre 2004-2009 mindestens einmal im Jahr einen Arzt auf. Daraus resultierte 2004, dass 6,5 Behandlungsfälle mit durchschnittlichen 16,4 einzelnen

Arztkontakten innerhalb eines Jahres pro Person anfielen. 2007 stiegen die Behandlungsfälle je Person sogar noch auf durchschnittlich 7,1 innerhalb eines Jahres (vgl. T. G. Grobe/H. Dörning et al., 2011, S. 43, Internetquelle).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung kritisierte jedoch an dem Arztreport 2011 von der BARMER GEK, dass die Höhe der Arztkontakte nur einen Mittelwert darstellt. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung veröffentlichte dagegen 2012 eine eigene Analyse. Sie konzentrierte sich hierbei auf die Arztkontakte im Jahr 2007, wobei sie sich auf die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten bezogen und die GKV-Patienten erfassten, die mindestens einmal innerhalb des Jahres den Arzt konsultierten.

In ihrer Untersuchung kam auch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung auf einen relativ hohen Durchschnittswert ärztlicher Kontakte, die eine Person innerhalb eines Jahres beansprucht. So kontaktierte eine Person 2007 durchschnittlich 17 Mal einen Mediziner. Die hohe Durchschnittszahl kommt jedoch durch die Personengruppe zustande, die einen großen notwendigen, medizinischen Bedarf aufweist. Demnach nahm ein Viertel der Patienten 4 mal im Jahr einen Arzt in Anspruch. Weitere 25% konsultierten 5 bis 10 Mal einen Mediziner und nochmals 25% wiesen 11 bis 22 Arztkontakte auf. Die größte Patientengruppe (weitere 25%) suchte innerhalb eines Jahres mehr als 22 Mal einen Mediziner auf. Die durchschnittliche Kontaktaufnahme innerhalb eines Jahres beträgt bei dieser Gruppe bis zu 40 Mal und demnach wird der Durchschnittswert von jährlich 17 Arztbesuchen stark durch die letzte Gruppe beeinflusst. Diesbezüglich besteht eine hohe Ungleichverteilung hinsichtlich der Arztkontakte. Nur ca. 16% der Patienten nehmen 50% der Arztkontakte ein. Gerade die Personengruppe mit mindestens einer Morbi-RSA-Krankheit sowie ältere Menschen kontaktieren überdurchschnittlich häufig den Arzt. Sie nehmen fast 70% der Arztkontakte ein. So konnte diese Untersuchung zeigen, dass die hohe Durchschnittszahl durch eine geringe Patientengruppe beeinflusst wird und eine intensive und notwendige Betreuung durch den Arzt auch wirklich benötigen (vgl. B. Riens/M. Erhart et al., 2012, S.1 ff, Internetquelle).

Durch diese Studie wird ersichtlich, dass eine Überbeanspruchung durch die Versicherten eher nicht gegeben ist und demnach auch kein Moral-Hazard-Verhalten auftritt. Das Ziel, die Nachfrage in diesem Bereich zu senken hätte schlussfolgernd eher nachteilige Auswirkungen, da die Personengruppe durch eine Zuzahlung

bestraft werden würde, die schon von vornherein durch ihre Erkrankung im Nachteil ist (siehe hierzu auch Kapitel 3.2.1).

Ein weiteres Phänomen der quartalsweisen Zahlung der Praxisgebühr ist, dass die Patienten versuchen innerhalb eines gezahlten Quartales so viele Überweisungen wie möglich zu holen, um einer weiteren Zahlung zu entgehen.

Gravierender ist die Tatsache, dass trotz des eher geringen Rückganges der Nachfrage innerhalb des ambulanten Bereiches viele Patienten den Arztbesuch trotz Krankheit meiden. So mieden 13% der erkrankten GKV-Versicherten den Arzt laut einer aktuellen Untersuchung. Gerade die Patienten mit geringem Einkommen und eingeschränkter Gesundheit scheint die Praxisgebühr von einer Arztkonsultation abzuhalten (vgl. Meißner, M./Well, J., 2012., o. S., Internetquelle). Auch innerhalb eines Projektes Obdachlose in Hannover wieder an eine Regelversorgung heranzuführen nutzten schlussendlich auch Menschen mit festem Wohnsitz. So war das eigentliche Ziel dieses Projektes Obdachlose kostenlos medizinisch zu versorgen. Begleitet und ausgewertet wurde dieses Vorhaben durch eine zehnjährige Studie vom Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen. Demzufolge nahmen 17% der obdachlosen Bevölkerung 2003 dieses Angebot wahr. Im Laufe der Jahre nahm die Teilnehmerzahl ab. 2010 nahmen nur noch 6% dieses Angebot wahr. Jedoch stieg die Anzahl der Personen mit festem Wohnsitz im Laufe der Jahre erheblich, um die kostenlose ambulante Versorgung zu nutzen. So konnte die Vermutung ehrenamtlicher Mitarbeiter durch eine modifizierte Datenabfrage bestätigt werden, dass immer mehr bedürftige Menschen diese Hilfe in Anspruch nahmen. 61% der Behandlungsfälle waren demnach Arbeitslosengeld-II-Empfänger und 18% waren Rentner. Die weiteren Personen, die dieses Angebot wahrnahmen, wiesen entweder einen Migrationshintergrund auf oder machten keinerlei Angaben. Durch erste Ergebnisse kann darauf hingedeutet werden, dass der Anstieg der Inanspruchnahme der Hilfeleistung von Menschen mit festem Wohnsitz durch die zunehmenden Kosten im Gesundheitswesen entstehen. So müssen Geringverdiener, die auf Hartz IV angewiesen sind, trotz Härtefallregelung (Zwei-Prozent-Klausel) immerhin noch 87,63 Euro und chronisch Kranke (Ein-Prozent-Klausel) die Hälfte innerhalb eines Jahres zahlen (vgl. J. Protschka, 2011, o.S., Internetquelle).

Demnach sollte die Praxisgebühr noch einmal überdacht werden, da - wenn überhaupt - nur eine minimale Steuerungswirkung erzielt werden kann.

Schlussendlich ist nur eine Finanzwirkung eingetreten. Desweiteren sollte untersucht werden ob die Härtefallregelungen wirklich ausreichen, um notwendige Arztbesuche durch Zuzahlung nicht aufzuschieben, da dies zu einer Verschlimmerung der Krankheit führen kann und demnach auch höhere Kosten entstehen (vgl. M. Pfaff/S. Busch, 1997, S.23).

5.2 Stationärer Leistungssektor

Auch der stationäre Bereich blieb von einer Zuzahlung nicht verschont. So zahlen Patienten, die sich einer stationären Behandlung unterziehen, 28 Tage lang 10 Euro täglich. Nach diesen 28 Tagen sind sie jedoch von weiteren Zuzahlungen bei längeren Aufenthalten befreit (siehe hierzu auch Kapitel 2). Der stationäre Leistungssektor stellt den kostenintensivsten Bereich innerhalb des Gesundheitswesens dar. So mussten rund 63,9 Milliarden Euro 2006 für den Krankenhaussektor ausgegeben werden (vgl. M. Müller; K. Böhm, 2009, S. 24). Die Mehreinnahmen von Zuzahlungen durch die Versicherten innerhalb dieses Sektors sind unbestreitbar. Wie oben beschrieben wird ein Teil der Kosten von der GKV auf die Patienten übertragen, und demnach müssen die Krankenkassen weniger und dafür die Patienten mehr zahlen (siehe auch Kapitel 3.2.1). So kann die finanziell maximal zu tragende Last bis zu 280 Euro für 28 Tage betragen. Gerade die älteren Generationen weisen die höchsten Zuzahlungsbeträge in diesem Bereich auf. Sie müssen in der Regel eine wesentlich größere Aufenthaltsdauer hinnehmen und sind auch von vornherein von häufigeren Krankenhausaufenthalten geprägt (vgl. A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.36). Dennoch handelt es sich um einen relativ kleinen Versichertenkreis, der auf die Inanspruchnahme von stationären Hilfen angewiesen ist (vgl. A. Pfaff, 2003, S.156).

Während die Finanzierungswirkung unbestreitbar ist, kann jedoch die angestrebte Steuerungswirkung im stationären Leistungssektor eher bezweifelt werden. Dies liegt an der Tatsache, dass in den meisten Fällen außer in Notfällen nicht der Patient selbst sondern der Vertragsarzt eine Einweisung in den stationären Bereich vornimmt (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 166). Innerhalb des stationären Sektors bestimmen dann die Leistungserbringer den medizinischen Umfang und die Art und Weise der Behandlung (siehe auch Kapitel 4.1.2). Aus diesem Grund kann es im stationären Bereich auch kaum zu einem Mehrkonsum durch die Patienten kommen

und ein Moral-Hazard-Verhalten eher ausgeschlossen werden, da in dem Falle der Arzt den höchsten Einflussfaktor für die Inanspruchnahme stationärer Leistungen für den Patienten darstellt. Demzufolge ist es unwahrscheinlich, dass die Erhebung einer Selbstbeteiligung zu einem Nachfragerückgang führt. Auch die RAND-Studie konnte in diesem Bereich keinen wirklich signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstbeteiligung und Reduzierung des Nachfrageverhaltens aufweisen (vgl. F. Rau, 1992, S. 77 ff). Es ist in diesem Sinne auch unwahrscheinlich, dass Patienten mit Freude einen Krankenhausaufenthalt in Kauf nehmen und diesen freiwillig ohne ersichtlichen Grund in die Länge ziehen (vgl. A. Pfaff, 2003, S.156). Das einzige schlüssige Argument einer Selbstbeteiligung im stationären Bereich außer dem finanziellen Zugewinn ist, dass während der Krankenhausaufenthalt auch Verpflegungsaufwendungen betrieben werden, die der Versicherte auch in seinem privaten Haushalt leisten müsste. Diesbezüglich ist es durchaus verständlich, dass die Patienten an den Kosten beteiligt werden. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar laut Pfaff/Langer et al., warum gerade eine Grenze von 28 Tagen gezogen wurde. Auch Patienten, bei denen mit längeren Aufenthalten gerechnet wird, beziehen nach den 28 Tagen Verpflegung, tragen dann jedoch keine Kosten mehr.

In diesem Sinne kann die Zuzahlungsregelung im Krankenhaus nur zu einer Kostenentlastung führen und hat demzufolge auch nur eine reine Finanzierungswirkung (vgl. A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.38).

5.3 Arzneimittelsektoren

Neben dem ambulanten und stationären Bereich stellt der Arzneimittelmarkt einen der kostenintensivsten Bereiche des GKV-Systems dar. So wurden insgesamt im Jahr 2006 39,6 Milliarden Euro für Arzneimittel ausgegeben. Circa 2 Milliarden Euro zahlten hiervon die GKV-Versicherten durch Selbstbehalte (vgl. M. Müller; K. Böhm, 2009, S. 18-37).

Mit Zunahme des Alters steigen, wie oben schon besprochen, die Krankheiten an und demzufolge nimmt auch der Bedarf an Medikamenten zu. So betragen 2001 die durchschnittlichen Kosten für 20 bis unter 25 jährige männliche Versicherte ca. 87,27 Euro in den alten und 74,78 Euro in den neuen Bundesländern. Anschließend steigen die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten kontinuierlich an bis sie im Alter der über 80 jährigen einen Betrag von 883,37 Euro für männliche Versicherte in

den alten und 874,31 Euro in den neuen Bundesländern erreichten. Auch bei den Frauen ist dieser etappenhafte Anstieg auszumachen. Hier lagen die Kosten im Alter von 15 bis unter 25 bei 133,23 Euro in den alten und 146, 11 Euro in den neuen Bundesländern. Mit zunehmendem Alter erhöhten sich die Kosten und erreichten bei den über 80 jährigen Frauen eine Höhe von 805,80 Euro in den alten und 776,94 Euro in den neuen Bundesländern (vgl. B. Langer, 2005, S.15 ff).

So wie die Ausgaben generell für die Altersklassen steigen, steigt natürlich auch der Anteil der Selbstbeteiligung mit Zunahme des Alters an. Nach Berechnungen der Universität Augsburg betragen die durchschnittlichen Zuzahlungen je Versicherten ohne Berücksichtigung der Härtefallregelungen und mit Berücksichtigung der Zuzahlungsbefreiung von Minderjährigen 51 Euro (vgl. A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.32 ff). Hier wird klar ersichtlich, dass ein Zugewinn durch Selbstbeteiligung innerhalb dieses Leistungsbereiches ermöglicht wird. Doch wie sieht es mit der Steuerungswirkung innerhalb dieses Sektors aus?

Der Arzneimittelmarkt unterliegt besonderen Bedingungen, die auf normalen Konsummärkten nicht anzutreffen sind. So wird dieser Markt von vielen unterschiedlichen Handlungspartnern mitbestimmt. Zum einen existiert der Konsument (Patient). Dieser gehört durch seine Beitragszahlung einer Versicherung (Krankenkasse) an und erhält als Mitglied auch eine Versichertenkarte. Diese Karte wiederum legt er im Krankheitsfalle dem Arzt vor. Der Mediziner stellt ihm anschließend ein Rezept aus. Mit diesem Rezept geht der Patient im Anschluss zur Apotheke, die ihm das Medikament nach Tausch des Rezeptes aushändigt. Die Apotheke wiederum nimmt alle eingereichten Rezepte und schickt sie zur Abrechnung an die Krankenkasse. Demzufolge ist der Konsument (Patient) zum einen gerade bei verschreibungs- und rezeptpflichtigen Medikamenten nicht automatisch der Nachfrager, sondern der Arzt bestimmt Art und Menge der Medikamente und ist somit der eigentliche Nachfrager (siehe hierzu auch Kapitel 4.1.2; vgl. P. Herder-Dorneich, 1994, S. 573 ff). Desweiteren erfolgt keine direkte Abrechnung mit dem Konsumenten sondern mit den sogenannten Zwischeninstanzen, d. h. der Apotheke und der Krankenkasse. Der Patient ist in diesem Falle nicht mit dem wirklichen Preis konfrontiert (vgl. hierzu Kapitel 4.1), sondern nur mit seiner gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungshöhe. Aus diesem Grund kann auch kein wirkliches Kostenbewusstsein entstehen, sondern nur eine

eventuelle Steuerungswirkung für den Zuzahlungsbereich erreicht werden (siehe Kapitel 2). In Kapitel 3.3.2 wurde dargestellt, dass die gewählte Zuzahlungsform für Arzneimittel aus einer Mischform zwischen absoluter und prozentualer Selbstbeteiligung besteht. Demnach ist eine theoretische Steuerungswirkung nur in den Bereichen zu erzielen, in denen die Nachfrage elastisch wird. Konkret heißt dies, dass nur für alle Medikamentenpreise unter 5 Euro sowie zwischen 50 Euro und 100 Euro eine preiselastische Nachfrage erzielt werden kann. Nur in diesen Preisbereichen ist es möglich, dass Patienten womöglich auf die Preise achten und demnach günstigere Medikamente in Erwägung ziehen (vgl. Kapitel 3.3.2 und die dort angeführte Literatur). Aufgrund der Tatsache, dass nur für preisgünstige oder hochpreisige Medikamente eine elastische Nachfrage erreicht werden kann, ist die Steuerungswirkung auch nur für einen stark eingegrenzten Bereich zu erzielen (vgl. A. Pfaff / B. Langer et al., 2003, S.35).

Hajen, Paetow et al. bezweifeln, dass eine Steuerungswirkung innerhalb des Arzneimittelsektors durch Selbstbeteiligung erreicht werden kann. So lösen Zuzahlungen nicht wirklich Entscheidungsänderungen bei den Konsumenten/Patienten aus, da sie Preisunterschiede und Mengenänderungen von Medikamenten nur in geringem Maße wahrnehmen können. Diesbezüglich kann kaum ein Preis-Nutzen-Vergleich gezogen werden. Desweiteren, wie in Kapitel 4 verdeutlicht, können Patienten durch die ungleichgewichtige Informationsverteilung nicht wirklich Medikamente nach wirtschaftlichen Kriterien beurteilen und nehmen als Qualitätsindikator den Preis als Orientierung. Gerade dann, wenn sie sich innerhalb des unelastischen Bereiches der Nachfrage befinden, werden sie dem Qualitätsindikator des höher angelegten Preises folgen und so die zu leistende Zuzahlung ausreizen, um so den größtmöglichen Nutzen zu ziehen. Weiterhin kann es zu schwerwiegenden Folgeeffekten führen, wenn Patienten aufgrund von ökonomischen Erwägungen den Arzt und seine medizinischen Empfehlungen in den Hintergrund stellen und auf benötigte Medikamente verzichten oder die Anweisungen nur teilweise befolgen, indem z.B. die Medikamentendosis zu gering angesetzt wird. Im schlechtesten Fall kann dies Folgeerkrankungen auslösen, die in ihrer Behandlung wesentlich kostenintensiver sind. Kommt noch der Sachverhalt hinzu, dass Medikamente unterhalb der Selbstbeteiligung liegen, können Patienten zu dem Schluss gelangen, dass bei rezeptfreien Medikamenten gar kein Mediziner

aufgesucht wird und demzufolge der Verzicht des medizinischen Rates in Kauf genommen wird (vgl. L. Hajen / H. Paetow et al., 2004, S. 209 ff).

Es ist durch die verstrickten Beziehungsverhältnisse der einzelnen Handlungspartner schwierig, in diesem Bereich eine Steuerungswirkung zu erzielen. Demzufolge kann, wenn überhaupt, das Ziel des Nachfragerückgangs bzw. die Erhöhung des Kostenbewusstseins für die Verbraucher nur in geringem Maße erreicht werden.

6.Fazit

Aus der vorliegenden Arbeit geht klar hervor, dass eine Finanzierungswirkung in jedem Falle eintritt, gerade weil durch Erhebung einer Zuzahlung die Kosten der Krankenkassen auf die Versicherten übertragen werden.

Zweifelhaft ist jedoch trotz Härtefallregelungen ob die sozial schlechter gestellte Gruppe - sei es durch chronische Krankheiten oder geringe Einnahmen - ausreichend geschützt wird. Auch eine zusätzliche Zahlung von nur einem bzw. zwei Prozent kann das Budget dieser Gruppe erheblich minimieren. Sei angenommen, Personen, die der schwachen Sozialschicht angehören müssten sich entscheiden ob sie nun Lebensmittel oder Witterungsbedingte Kleidung für ihre Kinder und sich selbst kaufen oder doch lieber darauf verzichten und ihr Geld für Arztbesuche oder für wichtige Medikamente ausgeben. Für welche Variante sollten sie sich entscheiden? Welche Variante sollte die Richtige sein? Beide Varianten sind hilfreich, um die Gesundheit aufrecht zu erhalten oder zu verbessern, und eigentlich sollten solche Entscheidungsdilemmas verhindert werden. Vitaminreiche Ernährung oder anständige Kleidung gehören genauso zu einer gesunden Lebensführung wie evtl. Arztbesuche bei Krankheit. Die meisten Menschen dieser Schicht besitzen nur ein geringes Budget, müssen sich genau überlegen für welche Konsumgüter ihr Geld verwendet wird und sind in den meisten Fällen sogar auf Dritte angewiesen. Durch die zusätzlich zu tragenden Kosten könnte sich der Gesundheitszustand dieser Gruppe weiter verschlechtern. Wir alle wissen, dass gerade in dieser Schicht eine höhere Krankheitsanfälligkeit auftritt, weil eben viele ungesunde Verhaltensweisen gelebt und - noch schlimmer - den Kindern vorgelebt werden. Durch Zuzahlungen kann meiner Meinung nach dieses Problem noch verstärkt werden. Personen, die z.B. von vornherein Schwierigkeiten haben gesund zu leben, sei es z.B. indem sie sich gesund ernähren, werden in diesem Falle noch weniger motiviert sein, ihre

Lebensweise umzustellen. Dosennahrung und etwaige andere Fertiggerichte sind oftmals wesentlich günstiger als frisches, unterschiedliches Obst und Gemüse sowie abwechslungsreiche Kost. Steht in diesem Falle ein geringes Budget zur Verfügung wird von Grund auf eher auf ungesunde und einfache Kost zurück gegriffen.

Kommen dann noch zusätzliche Kosten für Arztbesuche oder Medikamente hinzu, muss noch mehr gespart werden, und die Wahrscheinlichkeit, sich für das eine oder andere zu entscheiden, erhöht sich.

Ein weiterer Kritikpunkt ist das Moral-Hazard-Theorem. Es ist fraglich, ob es wirklich innerhalb des Gesundheitswesens in überwiegendem Maße zu einer unnötigen Mehrnachfrage nach Gesundheitsleistungen kommt, wenn ein voller Versicherungsumfang besteht. In den meisten Fällen wurde aufgezeigt, dass Gesundheitsleistungen eine sehr geringe Preiselastizität aufweisen. In diesem Fall kann auch keine Steuerungswirkung durch Zuzahlung eintreten. Gerade weil Gesundheit eine wesentliche Lebensgrundlage darstellt, ist für die meisten Gesundheitsgüter auch nur eine geringe Preiselastizität feststellbar. Ohne Gesundheit kann das Leben nicht gelebt werden. Im schlimmsten Fall ist es unmöglich ein Einkommen zu erzielen und die angenehmen Dinge des Lebens zu genießen. Krankheit ist häufig mit Leid und Schmerz verbunden. Die betroffenen Menschen sind froh über jegliche Form der Heilung und würden schlussendlich alles dafür geben, wieder „leben“ zu können. In diesen Situationen wäre es undenkbar, den Patienten eine Zusatzzahlung aufzuerlegen. Denn dies würde dazu führen, dass gerade die finanziell schlechter gestellten Gruppen von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden und ihnen demzufolge auch die Chance auf Heilung verwehrt bleiben würde.

Desweiteren ist es eher unwahrscheinlich, dass sich Menschen freiwillig aus Lust und Laune heraus bestimmten ärztlichen Behandlungen unterziehen. Keiner legt sich freiwillig unter das Skalpell (kosmetische Chirurgie ausgeschlossen), wenn es nicht wirklich unbedingt notwendig ist, und keiner setzt sich gerne in ein überfülltes Wartezimmer nur weil er das Bedürfnis zum Reden hat. Es mag sein, dass es natürlich auch diese Menschen geben mag. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass sie die größten Kostenverursacher sind, da sie doch eher die Minderheit darstellen. Es konnte aufgezeigt werden, dass die hohen Ausgaben der GKV nur durch einen sehr geringen Teil der Versicherten entstehen und zwar dem Teil, der wirklich ärztliche

Hilfe benötigt, nämlich die Menschen, die nicht darauf verzichten können, in regelmäßigen und kurzen Abständen den Arzt aufzusuchen und dementsprechend auch Kosten verursachen.

Weiterhin wurde dargestellt, dass es in geringem Maße auch Gesundheitsleistungen gibt, die wesentlich höhere Preiselastizitäten aufweisen. Die Rede ist von den sogenannten „Bagatellfällen“. Hier kann es durchaus möglich sein, dass es zu einer erhöhten und medizinisch unnötigen Mehrnachfrage und somit auch zu Moral-Hazard-Verhalten kommt. In diesen Fällen kann es durchaus sinnvoll sein, Selbstbeteiligungen z.B. in Form des Festbetrages zu erheben, damit nur die medizinisch notwendigen Kosten abgedeckt werden. Es ist jedoch häufig schwierig, eine Grenze zwischen medizinisch notwendigen und unnötigen Leistungen zu ziehen. Es sollte hier genau überlegt werden, welche Leistungen teilweise oder sogar ganz ausgeschlossen werden.

Schlussendlich sollte auch Bedacht werden, dass Gesundheitsleistungen bestimmten Faktoren unterliegen, die das Nachfrageverhalten der Versicherten zum großen Teil mitbestimmen. Durch die Tatsache, dass in den meisten Situationen der Arzt das Nachfrageverhalten seiner Patienten durch die ungleichgewichtige Informationsverteilung bestimmt, sollte eher überlegt werden, ob das Moral-Hazard-Problem nicht zum überwiegenden Teil durch den Mediziner und weniger durch den Patienten hervorgerufen wird. So sollten doch weniger die Patienten sondern eher die Ärzte durch bestimmte Auflagen zur Raison gebracht werden.

In dem Kapitel 5 dieser Arbeit konnte aufgezeigt werden, dass in den größten Leistungssektoren keine oder nur in sehr geringem Maße eine Steuerungswirkung erzielt werden kann. Eine Finanzierungswirkung entsteht jedoch in jedem Bereich. Es stellt sich diesbezüglich die Frage, ob dieser Finanzierungseffekt auch wirklich die Probleme der nächsten Jahre und Jahrzehnte reduzieren kann, oder ob es nur der Wirkung von einem kleinen Tropfen auf den heißen Stein entsprechen würde.

Desweiteren kommt es dem Anschein nahe, dass wenn die Erhöhungen der Selbstbeteiligungen immer weiter zunehmen und mehr Leistungsausschlüsse aus dem Regelkatalog vorgenommen werden, so wie in den letzten Jahren, sich das Solidarsystem immer weiter auflöst und unser Gesundheitssystem sich immer weiter in Richtung marktwirtschaftliches System bewegen wird. Die Frage ist jedoch ob bei

Auftreten von Problemen nicht versucht werden sollte, den Standard trotz allem zu halten und eher nach sinnvolleren Alternativen zu suchen, die nutzbringender und effektiver sind.

Vielleicht ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sich mehr Personen auf dem Hartz 4 System ausruhen als, dass Versicherte übermäßig viele unnötige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Möglichkeit sollte in Betracht gezogen und untersucht werden. Sollte nicht versucht werden und ist es nicht auch effektiver, wenn Menschen wieder lernen, sich selbst zu helfen und ihnen dementsprechend Hilfen zur Seite gestellt werden, als dass sie immer weiter in die Unmündigkeit rutschen? Sollte nicht versucht werden Menschen so schnell wie möglich in Arbeit zu bringen? Ist es nicht effektiver Arbeitssuchenden kompetente Fachkräfte zur Seite zu stellen, die psychologische Kompetenzen aufweisen? Fachkräfte, die auf ihre Klienten individuell eingehen und dem einen Zuspruch und Motivation und dem anderen eher Grenzen aufweisen. Damit die Menschen in schwierigen Lebenslagen so schnell wieder für ihre eigenen Lebensaufwendungen aufkommen können? Schlussendlich würde dies einen doppelten Effekt erzielen. Einerseits gäbe es mehr Einzahler, die das Gesundheitssystem finanzieren und zum anderen könnten Gelder, die vorher für Menschen ohne Arbeit ausgegeben wurden, umgelagert werden und das Gesundheitssystem finanziell aufstocken.

Weiterhin, da gerade sozial Benachteiligte häufiger mit gesundheitlichen Einschränkungen zu kämpfen haben und zum größten Teil auch Bildungsdefizite dafür mitverantwortlich sind, kann es auch ein wesentlicher Schritt sein, mehr in das Bildungswesen und hier vor allen Dingen in Kindergärten und allgemeinen Schulen zu investieren sowie die Eltern, gerade in sozial benachteiligten Regionen, pädagogisch zu unterstützen.

Es sollte überdacht werden, ob die Probleme durch andauernde Zuzahlungserhöhungen behoben werden können.

Literaturverzeichnis

AOK (2012): AOK-Bundesverband (Hrsg.): Festbeträge für Arzneimittel, online im www unter http://www.aok-bv.de/lexikon/f/index_00338.html [Zugriff: 30.05.2012]

Arrow K., J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review 53 in Bulletin of the World Health Organization S. 141-149, online im www unter <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/2/PHCBP.pdf> [Zugriff: 02.06.2012]

Beske, F. (2010): Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln- Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen, Fritz Beske Institut für Gesundheits- System-Forschung (Hrsg.), Schriftenreihe Band 116, Kiel, Schmidt & Klaunig

BMG (2011): Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Arzneimittel: Die wichtigsten Regelungen für Zuzahlungen und Erstattungen im Überblick, online im www unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/zuzahlung.html> [Zugriff: 30.05.2011]

Breyer, F/Zweifel, P. et al. (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag

DIMDI (2012): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): Arzneimittelfestbeträge, online im www unter <http://www.dimdi.de/static/de/amg/fbag/index.htm> [Zugriff: 30.05.2012]

Dierks M.-L./Martin S. et al. (2001): Der informierte Patient in den Institutionen des Gesundheitswesens - Partner oder Störfaktor?, in: Dierks M.-L./Bitzer E.-M. et al.(Hrsg.): Patientensouveränität-Der Autonome Patient im Mittelpunkt, Akademie für Technikfolgenabschätzung, Arbeitsbericht Nr.; 195, Stuttgart, S. 89-115, online im www unter http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/gutachten.pdf [Zugriff: 03.06.2012]

Grabka, M., M./ Schreyögg, J. et al. (2005): Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Discussion Papers 506, Berlin, online im www unter http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.43399.de/dp506.pdf [Zugriff: 07.06.2012]

Grobe, T. G./Dörning, H. (2011): BARMER GEK Arztreport 2011 – Schwerpunkt: Bildgebende Diagnostik – Computer- und Magnetresonanztomographie, BARMER GEK (Hrsg.): Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 6, St. Augustin, Asgard-Verlag, online im www unter http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame_PDF_Dokumente/Reports/Arztreport-2011-PDF_property=Data.pdf [Zugriff: 09.06.2012]

Hajen, L. / Paetow, H. Et al. (2004): Gesundheitsökonomie – Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele, 2. Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer

Henke, K.-D. (2003): Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden? Eine nationale und europaweite Herausforderung, Diskussionspapier // Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management No. 2003/2, online im www unter <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/36416/1/360816657.pdf> [Zugriff: 22.05.12]

Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens – Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, 1. Auflage, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft

Knappe, E. (2003): Koreferat zu „Auswirkungen von Selbstbeteiligungen: Steuerung und Rationierung unter Berücksichtigung der Härtefallregelungen, in: Wille, E. (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, Gesundheitsökonomische Beiträge, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, S.163-192

Knappe, E. (1987): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen. Eine Bestandsaufnahme empirischer Untersuchungen, in: Oberender, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen im Umbruch?, Bayreuth, S. 49-75

KVB (o.J.): Kassenärztliche Vereinigung Bayern (Hrsg.): Gesundheitsreformen, online im www unter <http://www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitik/gesundheitsreformen/> [Zugriff:20.05.12]

Langer, B. (2005): Steuerungsmöglichkeiten des Arzneimittelmarktes – Selbstbeteiligungen unter besonderer Berücksichtigung von Härtefallregelungen, Dissertation, Berlin, Logos Verlag Berlin

McGuire A. /Henderson J. et al. (1997): The Economics of Health Care- An introductory Text, New York, Routledge

Meißner, M./Well (2012): Praxisgebühr - Abschaffung nicht vom Tisch, in: Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Jg. 109, Heft 12, o. S online im www unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=124284> [Zugriff: 21.04.2012]

Müller, M. / Böhm, K. (2009): Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens , Robert Koch-Institut (Hrsg.):Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 45, Berlin, Oktoberdruck AG

Oberender, P., O. / Ecker, T. (2001): Grundelemente der Gesundheitsökonomie, Prof. Dr. Nagel, E. / Prof. Dr. Oberender, P. et al (Hrsg.): Bayreuther Gesundheitsökonomie, Studentexte, Band 2, Bayreuth, Verlag P.C.O.

o.V. (o.J.): Gesundheitsreform in der GKV und PKV, online im www unter http://www.gesetzliche-krankenkassen.eu/gesundheitsreform_gkv_pkv.htm [Zugriff 20.05.2012]

Pfaff, A. (2003): Auswirkungen von Selbstbeteiligungen: Steuerung und Rationierung unter Berücksichtigung der Härtefallregelungen in Wille, E. (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, Gesundheitsökonomische Beiträge, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, S.127-161

Pfaff, A. / Langer B. et al. (2003): Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen, Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät (Hrsg.): Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, Beitrag Nr. 253, online im www unter <http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/253.pdf> [22.05.2012]

Pfaff, M., Busch, S. (1997): Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung, erhöhte Selbstbeteiligung: Wem nutzen und wen belasten kassenspezifische Wahltarife?, in: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 11-12, S.19-24

Pindyck, R./Rubinfeld, D. (2009): Mikroökonomie, 7. Auflage, München, Pearson Education Deutschland GmbH

Protschka, J. (2011): Gesundheitsversorgung – Zu arm für den Arztbesuch in Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Jg.108, Heft 36, o.S., online im www unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/105181/Gesundheitsversorgung-Zu-arm-fuer-den-Arztbesuch> [Zugriff: 21.03.2012]

Rau, F. (1992): Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen – Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich, 1. Auflage, Konstanz, Hartung – Gorre Verlag

Reiners, H. (2001): Wenn Welten aufeinander prallen – Die Ökonomen und das Gesundheitswesen, in: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 11/12, S.58-68

Ribhegge, H. (2004): Sozialpolitik, München, Verlag Franz Vahlen GmbH

Rie (2012): Praxisgebühr – Bundestagsabgeordnete sind gespalten in: Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Jg. 109, Heft 13, o. S., online im www unter

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/124381/Praxisgebuehr-Bundestagsabgeordnete-sind-gespalten>

[Zugriff: 21.04.2012]

Riens, B./Erhart, M. et al. (2012): Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen, Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Hrsg.), online im www unter

http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID_14_Dok1_Bericht.pdf [Zugriff: 08.06.2012]

Schulenburg, J.-M. G (1987): Selbstbeteiligung-Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Tübingen

Schulenburg, J.-M. G (1987a): Marktstruktur und Wettbewerb in der ambulanten Versorgung in Brennecke, R./Schach, E. (Hrsg.): Ambulante Versorgung, Nachfrage und Steuerung, Berlin, Heidelberg, New York, 125-172)

Schulenburg, J.-M. G./Greiner, W. (2007): Gesundheitsökonomik, Richter, R. (Hrsg.): Neue ökonomische Grundrisse, 2. Auflage, Tübingen, Mohr Siebeck

Schreyögg, J. (2002): Medical Savings Accounts als Instrument zur Reduktion von moral hazard Verlusten bei der Absicherung des Krankheitsrisikos, Diskussionspapiere // Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, No. 2002/5, online im www unter <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/36446/1/34808630X.pdf> [24.05.12]

Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.), (o.J.): Ambulante medizinische Versorgung, online im www unter <http://www.gesunde.sachsen.de/57.html> [Zugriff: 07.06.2012]

Sterk, H.-P. (1979): Selbstbeteiligung unter risikotheorietischen Aspekten, Versicherungswissenschaft der Universität Mannheim, Band 14, Karlsruhe, Verlag Versicherungswirtschaft e.V.

SVRKAIG (1988): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Medizinische und ökonomische Orientierung – Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1988, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft

Toepffer, J. (1997): Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 18, Bayreuth, Verlag P.C.O.

Varian, H., R. (2001): Grundzüge der Mikroökonomik, 5. Auflage, München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH

Voltaire (o.J.): (o.Titel), online im www unter http://www.dr-mueck.de/HM_Denkhilfen/Leben-Saetze-Sprueche-Zitate.htm [Zugriff: 15.05.12]

Woodbury, B: (2007): Health Savings Accounts and High- Deductible Health Plans, The Bell Policy Center (Hrsg.): Issue Brief No. 8, online im www unter <http://www.thebell.org/PUBS/IssBrf/2007/08-HSAs.pdf> [Zugriff: 10.06. 2012]

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 16.06.2012

Katja Többicke