



Institut für Volkswirtschaftslehre

Universität Augsburg

Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe

**Zuzahlungen nach dem GKV-
Modernisierungsgesetz (GMG) unter
Berücksichtigung von Härtefallregelungen**

**Anita B. Pfaff, Bernhard Langer, Florian Mamberer,
Florian Freund, Axel Olaf Kern, Martin Pfaff**

Beitrag Nr. 253, November 2003

Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen

*Anita B. Pfaff, Bernhard Langer, Florian Mamberer,
Florian Freund, Axel Olaf Kern und Martin Pfaff*

*Kooperationsprojekt mit dem
Internationalen Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES)
gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung*

Zusammenfassung:

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2003 sieht u.a. eine deutliche Erhöhung bzw. Ausweitung der Zuzahlungen sowie eine Einschränkung der Befreiungsmöglichkeiten vor. Vor diesem Hintergrund stellen die Autoren in dieser Arbeit zunächst einleitend die unterschiedlichen Positionen verschiedener politischer Gruppen zur Selbstbeteiligung vor. Anschließend werden die theoretischen Grundlagen der Selbstbeteiligung dargestellt. Schließlich werden in umfangreichen Modellrechnungen die Auswirkungen der neuen Zuzahlungsregelungen analysiert und unter Berücksichtigung der neuen Befreiungsmöglichkeiten einem Vergleich mit den bisher geltenden Regelungen unterzogen.

Abstract:

The law for the Modernisation of the Social Health Insurance System 2003 ("GKV-Modernisierungsgesetz – GMG" 2003) provides, among other measures, for a noticeable increase in co-payments and also for a reduction of possibilities for claiming exemptions from co-payments. Against this backdrop, the authors of the paper present, at the start, the varying news on co-insurance payments held by different political groups. Thereafter, the theoretical foundations of co-payments are described. Finally, on the basis of extensive empirically founded computations, the effects of the new co-payment rules (together with relevant new exemptions) are compared with the effects of the rules still in force.

Key Words: Social Health Insurance System, co-payment, public finance

JEL classification: I 10, I 18

Adresse der Verfasser:

Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, 86159 Augsburg,
Anita B. Pfaff, Tel.: (0821) 598-4202, e-mail: Anita.Pfaff@wiwi.uni-augsburg.de
Bernhard Langer, Tel.: (0821) 598-4210, e-mail: Bernhard.Langer@wiwi.uni-augsburg.de
Florian Mamberer, Tel.: (0821) 598-4207, e-mail: Florian.Mamberer@wiwi.uni-augsburg.de
Florian Freund, Tel.: (0821) 598-4200, e-mail: Florian.Freund@web.de
Axel Olaf Kern, Tel.: (0821) 598-4206, e-mail: Axel.Olaf.Kern@wiwi.uni-augsburg.de
Martin Pfaff, Tel.: (0821) 598-4202, e-mail: Martin.Pfaff@wiwi.uni-augsburg.de

Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES), Haldenweg 23,
86391 Stadtbergen, Tel. (0821) 431052, e-mail: inifes@t-online.de, www.inifes.de

Dieser Beitrag steht auch als PDF-File zum Herunterladen zur Verfügung unter:
www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/253.htm

Inhaltsverzeichnis

Seite

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Zielsetzung der Studie	2
2	Aktuelle Positionen zur Selbstbeteiligung	3
2.1	Parteien	3
2.2	Tarifparteien	6
2.3	Interessensverbände	8
2.4	Wissenschaftliche Politikberatung.....	10
3	Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung	14
3.1	Ziele von Selbstbeteiligungen	14
3.2	Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen	15
3.3	Auswirkungen von Selbstbeteiligungsregelungen auf die Morbidität	24
3.4	Höhe der Selbstbeteiligung	25
4	Härtefallregelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung	28
4.1	Gesetzliche Grundlage.....	28
4.2	Anzahl und Verteilung der Härtefälle	30
5	Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen	32
5.1	Leistungsbereich Arzneimittel	32
5.2	Leistungsbereich Krankenhaus	35
5.3	Leistungsbereich ambulante Behandlung	38
5.4	Zusammenwirkung der Selbstbeteiligungen und Berücksichtigung des Härtefallstatus ...	45
6	Zusammenschau und Schlussfolgerungen	58
6.1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	58
6.2	Schlussfolgerungen	59
	Literaturverzeichnis	63

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die wichtigen Gesundheitsreformen der letzten 30 Jahre hatten zwei Hauptanliegen: Zum einen wurde periodisch wiederkehrend der Versuch unternommen, die Steigerung der Gesundheitskosten zu verlangsamen, *Kostendämpfung* zu erzielen. Zum anderen wird jedoch, vor allem seit dem Gesundheitsreformgesetz 1989, versucht, schrittweise eine *Strukturreform* des Gesundheitssystems durchzuführen, um höhere Effizienz und Effektivität im Sinne eines verbesserten Gesundheits-Outcomes und höherer Qualität zu erreichen. Verbunden mit diesem Anliegen ist immer die Voraussetzung, die Leistungserstellung und die Finanzierung des Gesundheitssystems insgesamt, d.h. gesamtgesellschaftlich und gesamtwirtschaftlich möglichst wirtschaftlich zu gestalten. Die komplexe Struktur des Gesundheitswesens - geprägt durch Interessen mächtiger Verbände - erschwert dies jedoch, da es immer wieder gelingt Partikularinteressen durchzusetzen, die vielleicht Teile des Systems „optimieren“, d.h. einigermaßen effizient weiterentwickeln, die gesamtgesellschaftlichen Ziele dabei jedoch verletzen. Grundsätzlich – wenn oft nicht im Detail – besteht jedoch Einigkeit, dass dies auf der Leistungsseite eine bessere Integration zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor, sowie eine bessere Integration innerhalb dieser Sektoren erfordert. Maßnahmen, die diesem Ziel dienen, können und müssen zugleich von ökonomischen Anreizen flankiert werden.

Mit der bislang letzten großen Strukturreform, dem *Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)*, das im September vom Bundestag bzw. im Oktober vom Bundesrat verabschiedet wurde und in den meisten Teilen ab 1. Januar 2004 in Kraft tritt, sollten beide angesprochenen Ziele, Strukturreform und Kostendämpfung, erreicht werden. Ganz explizit haben die Regierungskoalition wie auch die Unionsfraktion, die auf der Basis von Konsensgesprächen einen gemeinsamen Reformvorschlag erarbeitet haben, der im Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 8. September seinen Niederschlag fand, betont, dass es ein wesentliches Anliegen der Reform sei, relativ kurzfristig die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu senken. Anders ausgedrückt: Obwohl das gemeinsame Handeln eigentlich auch die Durchsetzung von schwierigen Strukturreformen gegen Partikularinteressen ermöglichen sollte, wie dies z.B. beim Gesundheitsstrukturgesetz 1993 erreicht wurde, liegt ein ganz wesentlicher Schwerpunkt des GMG auf der Kostendämpfung. Hinsichtlich der Strukturreformen schien der erzielte Konsens eher bescheiden – wichtige Interessengruppen konnten sich gegen manche, für sie unerwünschte, Regelungen durchsetzen.

Inwiefern es allerdings der nicht unwichtigen Gruppe der Versicherten gelang, ihre Interessen durchzusetzen ist fraglich, da sie durchaus heterogene, ja gegensätzliche Interessen vereinigt. Als Beitragszahler/in wünscht man sich niedrige Beiträge, als Patient/in flächendeckend, qualitativ hoch stehende, dem Bedarf gerechte Leistungen in ausreichender Menge ohne oder mit möglichst geringen zusätzlichen Kosten der Inanspruchnahme.

Ein Instrument, das zunächst den Leistungsumfang einschränkt, wurde in den meisten der Kostendämpfungs- wie auch der Strukturreformen eingesetzt, nämlich die direkte Selbstbeteiligung¹ bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Mit diesem Instrument können für die GKV und die Versicherten(gruppen) sowohl *Finanzierungseffekte* erzielt werden, als auch über ihre *Steuerungswirkung* (flankierend) *Struktureffekte* für das Gesundheitswesen. Finanzierungseffekte für die GKV (generell natürlich auch für die PKV, die jedoch nicht Gegenstand dieser Untersuchung ist) und für die Versicherten bzw. Patienten/innen entstehen nämlich durch die Erhöhung der oder durch den Verzicht auf die In-

¹ In dieser Studie werden die Begriffe Selbstbeteiligung, Selbstbehalt und Zuzahlung synonym verwendet.

anspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf Grund der Selbstbeteiligungen. Sie bewirken auf jeden Fall eine Kostenverlagerung zwischen GKV und Versicherten bzw. indirekt über die Beitragssatzeffekte zwischen verschiedenen Versichertengruppen. Da Selbstbeteiligungen eine direkte Zuzahlung bei einer Leistungsanspruchnahme darstellen, können sie aber auch als Quasi-Preis Steuerungswirkungen entfalten, wenn für die „nachfragenden“ Patienten bei substituierbaren Leistungen unterschiedliche „Preise“ zu entrichten sind oder bei „ anbietenden“ Leistungserbringern unterschiedliche Umsätze oder Kostendeckungsbeiträge erwirtschaftet werden können.

1.2 Zielsetzung der Studie

Ziel dieser Studie ist es, die Finanzierungs- und Steuerungswirkungen von drei hinsichtlich ihres Volumens wichtigen Selbstbeteiligungen, die im GMG ausgeweitet bzw. neu eingeführt werden, unter Berücksichtigung der veränderten Härtefallregelungen zu untersuchen. Dabei geht es im Einzelnen um (a) die Ausweitung und Umstrukturierung der Selbstbeteiligungen bei Arzneimittelzuzahlungen, (b) die Ausweitung der Selbstbeteiligungen im Krankenhaus und (c) die Neueinführung von Selbstbeteiligungen bei ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen. Die folgenden Teilaspekte werden behandelt:

- Die Positionen verschiedener Gruppen zur Selbstbeteiligung werden kurz dargestellt (Kapitel 2).
- Die möglichen Wirkungsweisen von Selbstbeteiligungen werden kurz aus gesundheitsökonomischer Sicht diskutiert. Dabei wird auf internationale Erfahrungen eingegangen (Kapitel 3).
- Die Bedeutung der bestehenden Härtefallregelungen zur Beschränkung der Selbstbeteiligungsbelastung für die GKV-Versicherten wegen geringer Zahlungsfähigkeit und wegen hohen Bedarfs wird ausgeführt. Besonders wird darauf verwiesen, dass beide Aspekte zusammentreffen (Kapitel 4).
- In empirischen Schätzungen werden für die Berechnungsbasis 2001 die Auswirkungen der Veränderung der Selbstbeteiligung bei Arzneien, im Krankenhaus und bei der ärztlichen Behandlung auf die Versicherten untersucht (Kapitel 5.1 bis 5.3).
- Im Zusammenspiel der drei Selbstbeteiligungen wird die Auswirkung auf die GKV-Mitglieder unter Berücksichtigung der bisherigen und der durch das GMG veränderten Härtefallregelungen analysiert (Kapitel 5.4).
- Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen schließen die Ausführungen ab (Kapitel 6).

2 Aktuelle Positionen zur Selbstbeteiligung

In kaum einem anderen Wirtschaftssektor sind derart viele (Interessens-) Gruppen involviert wie im Gesundheitsbereich. Im Folgenden soll ein Überblick über die jeweiligen Positionen von Parteien, Interessensvertretern und an der Leistungserstellung Beteiligten zu Leistungsausschlüssen und Selbstbeteiligungen gegeben werden.

2.1 Parteien

Nach dem Kompromiss zur Gesundheitsreform haben sich CDU/CSU, SPD und FDP auf einige Punkte verständigt, die die GKV mittelfristig um ca. 20 Mrd. € entlasten sollen. Der gefundene Kompromiss beinhaltet sowohl Neuregelungen bei den Zuzahlungen (Praxisgebühr, Einführung einer prozentualen Zuzahlung mit Ober- und Untergrenze), wie auch den Ausschluss von Leistungen (z.B. Verlagerung des Zahnersatzes in die gesonderte Absicherung). Inwiefern in diesem Kompromiss die Positionen der Regierungs- bzw. Oppositionsparteien Eingang gefunden haben, wird in den folgenden Abschnitten kurz dargestellt.

2.1.1 Regierungsparteien: SPD und Bündnis 90/Die Grünen

Die *SPD* sieht im Bereich der Gesundheitspolitik akuten Handlungsbedarf, hält jedoch an der solidarisch finanzierten Krankenversicherung fest. Ziel der *SPD* ist es, alle Versicherten „unabhängig vom Alter oder Geldbeutel“² mit den jeweils medizinisch notwendigen Leistungen zu versorgen. Nach Auffassung der *SPD* lassen sich Leistungen wie verschreibungsfreie Medikamente, Sterilisation, künstliche Befruchtung und das Sterbegeld problemlos aus dem Leistungskatalog der GKV herauslösen, um sie in die Eigenverantwortung der Versicherten zu legen. Für diejenigen Arznei- und Verbandmittel, die auch weiterhin von der Krankenkasse erstattet werden sollen, wird die Zuzahlung modifiziert und - je nach Packungsgröße - weiter differenziert. Für Versicherte, die „am Hausarztssystem oder einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke teilnehmen, wird der Eigenanteil deutlich ermäßigt.“³ Härtefälle, wie etwa Sozialhilfeempfänger, sollen der *SPD* zufolge vor Überforderung geschützt werden.

Die Partei *Bündnis 90/Die Grünen* stellt an die Gesundheitsreform vor allem den Anspruch der Nachhaltigkeit. Reformmaßnahmen dürften nicht kurzfristige Kostensenkungsprogramme bedeuten, sondern müssten nach Auffassung der *Grünen* in erster Linie langfristig wirken. Im Leistungskatalog der GKV wollen *Die Grünen* ebenso, wie bereits für die *SPD* dargelegt, das medizinisch Notwendige belassen. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen dürfe nicht durch Zuzahlungen gefährdet werden, vielmehr sei deren Lenkungscharakter zu betonen. Wenn eine Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nötig werde bzw. neue Selbstbeteiligungen eingeführt würden, so seien Behinderte und chronisch kranke Menschen von diesen Zuzahlungen zu befreien, da sie im Allgemeinen dauerhaft auf diese Leistungen angewiesen sind. Ungerechtigkeiten sollen so vermieden werden.⁴

Die Regierungskoalition hat ihre Position zunächst im Entwurf des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz – GMG – vom 2. Juni dargelegt⁵.

2 SPD BUNDESVORSTAND (Hrsg.) (2003): S. 24.

3 SPD BUNDESVORSTAND (Hrsg.) (2003): S. 24.

4 Vgl. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Hrsg.) (2003): S. 3, S. 10.

5 Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 2. Juni 2003.

2.1.2 Oppositionsparteien: CDU und FDP

Abgeordnete der *CDU/CSU*- Bundestagsfraktion sehen die GKV in Deutschland in einer tiefen Krise, was sich z.B. darin manifestierte, dass der durchschnittliche Beitragssatz der GKV einen absoluten Höchststand erreicht habe, und die Kassen sich trotzdem zur Abdeckung laufender Ausgaben verschulden. Die von der *SPD* vorgeschlagenen Differenzierungen bei den Zuzahlungen lehnen die Mitglieder der Unionsfraktion entschieden ab, da so die Undurchsichtigkeit im Gesundheitssektor verstärkt werde⁶. Leistungsausgrenzungen bei Sehhilfen, Fahrkosten und nichtverschreibungspflichtigen Medikamenten lehnt die Union ab, da dies unter bestimmten Voraussetzungen zu inakzeptablen Ergebnissen führen könne⁷. Zudem sei bei Leistungsausgrenzungen mit „Substitutionseffekten“ zu rechnen, die diese Kostenersparnis durch Leistungsausgrenzung zunichte machen würden. Stattdessen fordert die Union für die Zuzahlungen eine Umorientierung hin zu einer kostenbezogenen prozentualen Selbstbeteiligung von 10 %, mindestens jedoch in Höhe von 5 €. Aus sozialen Erwägungen heraus soll, so die Union, die Belastung der Versicherten auf maximal 2 % des Jahresbruttoeinkommens begrenzt werden⁸. Weiterhin sollen beitragsfrei mitversicherte Kinder, sowie alle Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung von der Selbstbeteiligung ausgenommen werden. Eine Leistungsausgrenzung von versicherungsfremden Leistungen ist nach Ansicht der Unionsparteien wünschenswert, so dass der Zahnersatz künftig über private Krankenversicherungen abgedeckt werden solle.⁹

Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik der *FDP* steht die Senkung der Beitragssätze, weshalb sich auch die *FDP* für weitere Leistungsausgrenzungen aus dem Katalog der GKV ausspricht¹⁰. Um einen Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen auch auf der Leistungsseite anzuregen, solle es nach Ansicht der *FDP* im Ermessen der einzelnen Kassen liegen, welche Leistungen sie ganz oder teilweise ausschließen und welche medizinischen Maßnahmen sie mit Selbstbeteiligungen versehen¹¹. Die Steuerungswirkung von Zuzahlungen solle durch eine Umstellung auf prozentuale Selbstbeteiligungen erhöht werden, neue Leistungsansprüche der Versicherten sollen nur dann in den Katalog der GKV aufgenommen werden, wenn dafür zur Gegenfinanzierung andere Leistungsansprüche zurückgefahren werden¹².

2.1.3 Der Kompromiss im GMG-Entwurf vom 08.09.2003

Wenngleich die Frage der Ausgestaltung möglicher Reformen im Gesundheitswesen über die Parteigrenzen hinweg zwar (sehr) unterschiedlich beantwortet wird, so ist doch der Reformbedarf in diesem Zweig der Sozialversicherung unbestritten. Aus diesem Grund einigten sich die Fraktionen von *SPD*, *CDU/CSU* sowie *Bündnis 90/Die Grünen* auf einen gemeinsamen Gesetzentwurf zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)¹³. In diesem Gesetzentwurf sind u.a. eine Ausgliederung von bestimmten Leistungen, Änderungen bei den Zuzahlungsregelungen

⁶ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.) (2003a): S. 5.

⁷ Die Unionsfraktion im Bundestag nennt hier beispielsweise Infusionslösungen für Krebskranke als nichtverschreibungspflichtige Medikamente, für die eine Leistungsausgrenzung nicht in Frage kommt.

⁸ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.) (2003a): S. 11.

⁹ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.) (2003a): S. 11.

¹⁰ Vgl. FDP (Hrsg.) (2003).

¹¹ Einzelne Kassen können nach dem Modell der FDP beispielsweise folgende Maßnahmen zur Senkung ihrer jeweiligen Beitragssätze ergreifen: Ausschluss (ganz oder teilweise) von Zahnersatz, Kuren, Fahrkosten, Sterilisation, künstlicher Befruchtung, Krankengeld und privaten Unfällen; Erhöhung/Einführung von Selbstbeteiligungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie für Hausarztbesuche sowie von Selbstbehalten (Vgl. THOMAE (2003): S. 2f.).

¹² Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.) (2003b): S. 3.

¹³ Stand: 08.09.2003.

inkl. der Härtefallregelungen und eine Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln vorgesehen. Im Einzelnen sind geplant¹⁴:

- Versicherungsfremde Leistungen werden künftig aus Steuermitteln mitfinanziert.
- Der Zahnersatz wird ab 2005 allein von den Versicherten mit einem einkommensunabhängigen Beitrag finanziert. Versicherte können zwischen Angeboten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung wählen.
- Ab dem Jahr 2006 wird das Krankengeld umfinanziert. Zur Beteiligung der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung an den gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen wird ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,5 % eingeführt, der nur von den Mitgliedern getragen wird. Der allgemeine Beitragssatz sinkt entsprechend und wird insoweit auch die Belastungen der Beitragszahler durch den zusätzlichen Beitragssatz im Ergebnis abmildern.
- Bestimmte Leistungen werden der Eigenverantwortung - sprich Eigenfinanzierung - der Versicherten übertragen. Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen bei Sterilisation, die nicht aus medizinischen Gründen geboten sind, müssen künftig von den Versicherten selbst finanziert werden.
- Der Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen wird auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie schwer sehbeeinträchtigte Versicherte begrenzt.
- Der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wird zumutbar eingeschränkt. Übernommen werden künftig drei Behandlungsversuche. Die Altersgrenzen werden festgesetzt auf 25 bis 40 Lebensjahre bei Frauen bzw. bis 50 Lebensjahren bei Männern. Es muss ein Eigenanteil in Höhe von 50 % übernommen werden.
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur noch in engen Grenzen durch die GKV erstattungsfähig.
- Fahrkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in der ambulanten Versorgung grundsätzlich nicht mehr erstattet. Ausnahmen gelten nur nach Genehmigung durch die Krankenkassen.
- Die Zuzahlungsregelungen werden neu gestaltet und deutlich vereinfacht:
 - Grundsätzlich wird künftig eine prozentuale Zuzahlung bei allen Leistungen von 10 % erhoben, es sind dabei allerdings nicht mehr als 10 € je Leistung zu zahlen. Mindestens müssen jeweils 5 € zugezahlt werden. Abweichend hiervon gilt bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege künftig eine Zuzahlung von 10 % je einzelner Leistung zuzüglich eines Betrages von 10 € für die gesamte Verordnung. Die Zuzahlung für häusliche Krankenpflege wird dabei auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr begrenzt.
 - Bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung beträgt die Zuzahlung 10 € je Quartal und Behandlungsfall. Erfolgt die Behandlung auf Überweisung, entfällt die Zuzahlung.
 - Für Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen, für Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V sowie für Schutzimpfungen fallen grundsätzlich keine Praxisgebühren an.

¹⁴ entnommen aus GMG- Entwurf vom 08.09.2003.

- Bei Krankenhausaufenthalt ist eine Zuzahlung von 10 € pro Kalendertag für maximal 28 Tage pro Jahr zu leisten.
- Bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen beträgt die Zuzahlung ebenfalls 10 € pro Kalendertag. Die Begrenzung auf maximal 28 Tage pro Jahr gilt nur bei Anschlussheilbehandlung.
- Kinder und Jugendliche bleiben grundsätzlich von Zuzahlungen befreit.
- Um die soziale Balance sicherzustellen, werden folgende Befreiungs- und Überforderungsregelungen in § 62 SGB V vorgesehen:
 - Für alle Versicherten einschließlich der Sozialhilfeempfänger gilt künftig für alle Zuzahlungen gleichermaßen eine Belastungsobergrenze in Höhe von 2 % des Bruttoeinkommens.
 - Auf Familien wird besonders Rücksicht genommen: Deshalb werden Freibeträge für Kinder und nicht berufstätige Ehegatten bei der Höhe des zugrunde gelegten Einkommens zusätzlich berücksichtigt. Zudem gilt, dass Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr generell von allen Zuzahlungen befreit sind.
 - Den besonderen Bedürfnissen chronisch Kranker wird durch eine niedrigere Überforderungsgrenze von 1 % des Bruttoeinkommens im Jahr Rechnung getragen.
 - Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbstständiger Tätigkeit von Rentnerinnen und Rentnern werden künftig mit dem vollen Beitragssatz belegt.
 - Sozialhilfeempfänger, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden künftig mit GKV-Versicherten gleich behandelt. Die Krankenkassen übernehmen für sie die Aufwendungen für Krankenbehandlung. Dabei ist wie bei GKV-Versicherten auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu achten. Die Sozialhilfeträger erstatten den Krankenkassen die entsprechenden Aufwendungen zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von bis zu 5 %.

2.2 Tarifparteien

2.2.1 Arbeitgeber

Die *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)* sieht im Gesundheitssektor einen volkswirtschaftlich bedeutsamen aber auch sehr reformbedürftigen Wirtschaftssektor, der über eine große Dynamik und erhebliches Wachstumspotenzial verfügt. Angesichts des demographischen Wandels, könne eine dynamische Entwicklung jedoch nur dann ohne eine „übermäßige Zwangsabgabenlast“¹⁵ finanziert werden, „wenn eine Konzentration der paritätisch über Zwangsbeiträge finanzierten Pflichtleistungen der Krankenkassen auf eine Basissicherung erfolgt“¹⁶. Langfristig müsse der Beitragssatz unter 12 Prozentpunkte herabgesetzt werden, was sich zum Beispiel durch eine Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten erreichen ließe. Im Einzelnen fordert die *BDA* folgende Maßnahmen zu mehr Eigenbeteiligung:

¹⁵ BDA (Hrsg.) (2001): S. 4.

¹⁶ BDA (Hrsg.) (2001): S. 4.

- Durch die Einführung von Kern- und Wahlleistungsbereichen soll den individuellen Bedürfnissen der Versicherten besser Rechnung getragen werden¹⁷.
- Auf der Finanzierungsseite könnten „Wahlmöglichkeiten zwischen Vollabsicherung und verschiedenen Selbstbehalten, Beitragsrückgewähr und Kostenerstattung sowie Bonus- und Malussystemen“ mehr Flexibilität schaffen.
- Die Selbstbeteiligungsregelungen insgesamt sind dem *BDA* folgend auszubauen, allerdings unter der Maßgabe, dass chronisch Kranke oder Einkommensschwache vor zu hohen Belastungen geschützt sind¹⁸.
- Die pauschalen Zuzahlungen, wie heute etwa im Arzneimittelbereich, sollen nicht mehr nach Packungsgröße gestaffelt sein. Vielmehr hält der *BDA* deren Umwandlung in prozentuale Zuzahlungen mit Höchstbetrag für sinnvoll, da so die Zuzahlungsbeträge mit dem Preis ansteigen.¹⁹

Durch diese und weitere Reformvorschläge ließen sich laut *BDA* zwischen 20,5 Mrd. € und 22,5 Mrd. € einsparen, was einer Senkung der Beitragsätze um mindestens 2,1 Prozentpunkte entspräche.²⁰

2.2.2 Gewerkschaften

Aus der Sicht des *Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)* ist das Gesamtpaket, das von der Verhandlungskommission zur Gesundheitsreform vorgelegt wurde, sozial unausgewogen. Der *DGB* geht davon aus, dass die Lasten größtenteils von Versicherten und Kranken getragen werden müssen, während die Belastungen für die Leistungserbringer vergleichsweise gering ausfallen.²¹

Was die geplanten Selbstbeteiligungsregelungen und Ausgrenzungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung angeht, so lehnt der *DGB* die Übertragung von Leistungen in die Eigenverantwortung großteils ab. Im Einzelnen vertritt der *DGB* folgende Auffassungen:

- Die Ausgrenzung nichtverschreibungspflichtiger Medikamente führt zu einer einseitigen Belastung und in der Folge zu Ausweichstrategien hin zu verschreibungspflichtigen Medikamenten.
- Auch die Ausgliederung von Zahnersatzleistungen in eine gesonderte Krankenversicherung sowie die geplanten Änderungen lehnt der *DGB* ab. Für diese Leistungsbereiche werde nicht nur die paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgegeben, auch die Solidarkomponente gehe so in der GKV verloren.
- Ebenso lehnt der *DGB* die Änderungen bei Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten ab. Vor allem die Zuzahlungen im ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen sowie im stationären Bereich seien „sozial unausgewogen und gesundheitspolitisch gefährlich.“²² Zwar sei die Loslösung der Zuzahlung bei Arzneimitteln rational nachvollziehbar, unter distributiven Aspekten jedoch finde so eine Umverteilung von den Kranken hin zu den Gesunden statt. Eine Steuerungswirkung auf die Nachfrage schließt der *DGB* bei Krankenhausaufenthalten kategorisch aus.

17 Als Wahlleistungen kommen dem *BDA* zufolge vor allem folgende Leistungsbereiche in Frage: Kuren, Fahrkosten, Zahnersatz, Absicherung gegen besondere Risiken.

18 Der *BDA* fordert eine Ausweitung der Zuzahlungen auf alle Leistungsbereiche; auch die ambulante Versorgung solle mit einem Zugangsgeld versehen werden.

19 Vgl. *BDA (Hrsg.) (2001): S. 28f.*

20 Vgl. *BDA (Hrsg.) (2001): S. 39f.*

21 Vgl. *DGB (Hrsg.) (2003): S. 1.*

22 *DGB (Hrsg.) (2003): S. 10.*

- Darüber hinaus hält der *DGB* am Zuschuss für Sehhilfen fest und will diese im Leistungskatalog der GKV belassen.
- Bei einigen Leistungen jedoch sieht es der *DGB* für sinnvoll an, sie aus der solidarischen Finanzierung zu lösen. So betreffen etwa Maßnahmen der Sterilisation - sofern nicht medizinisch notwendig - die persönliche Lebensplanung und können somit aus dem Leistungskatalog der GKV herausgelöst werden.²³

2.3 Interessensverbände

Wie bereits weiter oben erwähnt, sind bei gesundheitspolitischen Entscheidungen derart viele Akteure beteiligt, wie in kaum einem anderen Wirtschaftsbereich. Wo nun einzelne Interessensverbände im Gesundheitssektor Handlungsbedarf sehen und wie sie sich bzgl. Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen positionieren, ist Gegenstand der folgenden Abschnitte.

2.3.1 Pharmaindustrie

Der *Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA)* beschreibt die Leistungen der Deutschen Krankenversicherung als „äußerst großzügig“²⁴ und durch nur sehr geringe Selbstbeteiligungen der Versicherten gekennzeichnet. Die häufig daraus abgeleitete Forderung nach einer Beschränkung der Leistungen auf medizinisch notwendige Maßnahmen weist jedoch vor allem ein definitorisches Problem dahingehend auf, dass sich im Einzelfall nicht abschließend klären lasse, welche Leistungen medizinisch notwendig sind und welche nicht.²⁵

Was Selbstbeteiligungen angeht, so werden dem *VFA* zufolge nur solche Regelungen Erfolg haben, bei denen nicht der unmittelbare Finanzierungseffekt, sondern vielmehr die Steuerungswirkungen im Mittelpunkt steht. Bei der Einführung eines verbindlichen Hausarztmodells sieht der *VFA* die Gefahr, dass die Steuerung wie bisher von oben erfolgt, ohne den Präferenzen der Versicherten gerecht zu werden. Die Tatsache, dass Patienten nicht einmal annähernd über die verursachten Kosten informiert sind, liegt nach Ansicht des *VFA* darin begründet, dass bisherige Zuzahlungsregelungen nicht an den jeweils verursachten Kosten orientiert sind, sondern in Abhängigkeit von Packungsgröße (bei Arzneimitteln) und in Form von Tagessätzen (im stationären Bereich) erhoben werden.²⁶

An diese Kritik knüpft der *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)* an. Die Steuerungswirkungen für Zuzahlungen könnten schon durch eine einfache Umstellung auf prozentuale Zuzahlungen deutlich verbessert werden. Arzt und Patient „würden gemeinsam zur Kosten/Nutzen-Abwägung für die jeweilige Therapiesituation angeregt“²⁷, wodurch eine sinkende Tendenz in der Kostenentwicklung einsetzen würde. Die Einführung einer prozentualen Zuzahlung schließlich sei v.a. aus verteilungspolitischen Gründen auch den Leistungsausgrenzungen überlegen, da diese gleichbedeutend seien mit einer 100 %-igen Zuzahlung ohne Härtefall- oder Überforderungsklauseln. Besonders die geplante Streichung von rezeptfreien Medikamenten aus dem Leistungskatalog der GKV sieht der *BPI* kritisch, sie bedeute „eine massive Einschränkung der Arzneimitteltherapie, ein erhöhtes Gesundheitsri-

²³ Vgl. *DGB* (Hrsg.) (2003): S. 4ff.

²⁴ ZWEIFEL; BREUER (2002): S. 24.

²⁵ Vgl. ZWEIFEL; BREUER (2002): S. 24f.

²⁶ Vgl. ZWEIFEL; BREUER (2002): S. 25.

²⁷ SENDLER (2003): S. 1.

siko für die Patienten und Mehrausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung“²⁸. Die genannten Mehrausgaben für die GKV würden sich dem *BPI* zufolge auf etwa 1,6 Mrd. € belaufen.

2.3.2 Apothekerverbände

Die *Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)* lehnt den Kompromiss zur Gesundheitsreform zwischen *SPD* und Unionsparteien ab²⁹. Was die Herausnahme nichtverschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog der GKV angeht, so folgt die *ABDA* der Argumentation des *BPI*. Eine solche Leistungseinschränkung sei „gesundheitspolitisch unvertretbar und wird auch nicht die gewünschten Einspareffekte nach sich ziehen.“³⁰ Viele der Medikamente, die rezeptfrei erhältlich sind, lägen bereits heute preislich unterhalb der Zuzahlungsgrenze, so dass das Einsparpotential aus dieser Maßnahme als äußerst gering eingeschätzt wird. Die Reduktion der Selbstbeteiligung für Versicherte, die am Hausarztssystem teilnehmen, wie sie etwa die *SPD* fordert, lehnt die *ABDA* ab. Dieser finanzielle Anreiz für die Versicherten fördere nicht den Qualitätswettbewerb, sondern verursache vielmehr Preisdumping unter den Anbietern. Auch das Solidarprinzip sieht die *ABDA* durch diese Maßnahme gefährdet. Versicherte erhielten für gleiche, nach ihrer Leistungsfähigkeit gestaffelte Beiträge nicht mehr die gleichen Leistungen.³¹ Im Ergebnis stellen, so die *ABDA*, die Maßnahmen der geplanten Gesundheitsreform eine Existenzbedrohung für die Apotheken dar³².

2.3.3 Ärzteverbände

Von einer künftigen Gesundheitsreform erhofft sich der *Marburger Bund* eine grundlegende Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Zukunft. Es müsse gelingen, die anstehenden Herausforderungen (z.B. demographische Entwicklung) zu lösen. Für den Themenkomplex Selbstbeteiligung lässt sich festhalten, dass der *Marburger Bund* eine Erhöhung der Zuzahlung im stationären Bereich ablehnt, da solche Selbstbeteiligungen für Krankenhausaufenthalte keinerlei Steuerungswirkung entfalten können.

Auch den Ausschluss des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog der GKV lehnt der *Marburger Bund* ab. Zwar seien Leistungsausgrenzungen grundsätzlich sinnvoll, da so die Eigenverantwortung der Patienten stärker betont werden könne, sie müssten sich jedoch auf Bereiche beschränken, die von den Patienten selbst beeinflusst werden können (wie etwa beim Zahnersatz, der laut *Marburger Bund* ganz erheblich von der Pflege und der Prävention abhängt).³³

Die *Bundesärztekammer* wird, was die Zuzahlungen angeht, konkreter und fordert eine prozentuale Selbstbeteiligung von 10 % je Packung, bei einer Untergrenze von 5 € und einer Obergrenze von höchstens 10 €. Für Versicherte, die durch die genannten Zuzahlungsbeträge übermäßig belastet würden, gilt ein Zuzahlungsbetrag von 1 €. Die Patienten an den Kosten ihrer Erkrankungen zu beteiligen und gleichzeitig soziale Aspekte zu berücksichtigen könne entschieden dazu beitragen, das derzeitige System der sozialen Sicherung beizubehalten.³⁵

28 BPI (Hrsg.) (2003): S. 1.

29 Vgl. ABDA (Hrsg.) (2003b).

30 ABDA (Hrsg.) (2003a): S. 13.

31 Vgl. ABDA (Hrsg.) (2003a): S. 12f.

32 Vgl. ABDA (Hrsg.) (2003b).

33 Vgl. MARBURGER BUND (Hrsg.) (2003).

34 Vgl. ÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (2003): S. 27f.

35 Vgl. ÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (2003): S. 184f.

2.3.4 Krankenkassen

Den häufig beschworenen „Scheideweg zwischen mehr Marktorientierung und dem Erhalt der solidarischen Krankenversicherung“³⁶ hält die AOK für eine untaugliche Polarisierung, um die derzeitige Situation im Gesundheitswesen zu beschreiben. Den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen betreffend hält die AOK an der Vollversicherung für die Versicherten fest. Allerdings sollte sich die solidarische Finanzierung auf medizinisch notwendige Leistungen beschränken³⁷. Bei medizinisch umstrittenen Leistungen soll es nach dem Prinzip der Selbstverwaltung den Kassen und deren Partnern obliegen, ob diese Leistungen Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV bleiben sollen oder nicht.³⁸ Den Zahnersatz jedenfalls will die AOK in der GKV belassen. Was die geplanten Erhöhungen bei den Zuzahlungsregelungen angeht, so sieht die AOK hier für die GKV die Gefahr, dass das Härtefallvolumen ebenfalls zunähme, was wiederum zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen führen könne. Ebenfalls kritisiert wird die Tatsache, dass die geplanten Erhöhungen bzw. die Neueinführung einer ambulanten Zuzahlung vor allem die Kranken treffe und zu einem erheblich größeren Verwaltungsaufwand³⁹ führe.⁴⁰

2.4 Wissenschaftliche Politikberatung

Der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR)* sieht in Selbstbeteiligungen allgemein ein Instrument, mit dem sich die Effizienz im Gesundheitswesen erheblich steigern ließe⁴¹, wengleich die Verteilungswirkungen solcher Maßnahmen berücksichtigt werden müssten. Ein Kompromiss zwischen den gegenläufigen Effekten Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit macht im Allgemeinen Härtefallregelungen erforderlich. Zudem spricht sich das Gremium für die Einführung einer Praxisgebühr aus, die für jeden (nichtpräventiven) Arztbesuch von den Versicherten entrichtet werden solle. So wird davon ausgegangen, dass sich die im internationalen Vergleich recht hohe Anzahl von Arztkontakten um jene verringern ließe, die auf relativ geringe gesundheitliche Beeinträchtigungen zurückzuführen seien. Die Versicherten, die kostenintensive Doppeluntersuchungen durch Fachärzte wünschen, könnten durch die Praxisgebühr an den anfallenden Kosten beteiligt werden, was die Entwicklung eines Kostenbewusstseins bei den Patienten fördere.⁴² Was den Leistungskatalog der GKV angeht, so sollte er einheitliche und für alle Kassen verbindliche Leistungen enthalten. Medizinisch nicht notwendige Leistungen sollten in die Private Krankenversicherung (PKV) übertragen werden. Zur Beantwortung der Frage, welche Leistungen im Einzelnen aus dem Leistungskatalog der GKV herauszulösen

³⁶ AOK BUNDESVERBAND (Hrsg.) (2003): S. 18.

³⁷ Die AOK beklagt, dass beispielsweise die Anzahl der Herzkathederuntersuchungen in Deutschland um ein vielfaches höher ist als in anderen Staaten; eine völlige Ausgrenzung dieser Leistung kommt nach Ansicht der AOK natürlich nicht in Frage, vielmehr sollten nach Ansicht der AOK diese Maßnahme nur ergriffen werden, wenn sie medizinisch nötig ist. (Vgl. AOK BUNDESVERBAND (Hrsg.) (2002): S. 18).

³⁸ Vgl. AOK BUNDESVERBAND (Hrsg.) (2003): S. 18.

³⁹ Der Verwaltungsaufwand für Einzug, Abrechnung und eventuell Erstattung im Rahmen der Härtefallregelungen falle hierbei, je nach Regelung, bei den Krankenkassen oder den Arztpraxen an.

⁴⁰ Vgl. WELLER (2003): S. 12f.

⁴¹ Der Sachverständigenrat verweist hier auf eine Studie in den USA, bei der gezeigt wurde, dass Patienten mit schwerwiegenden gesundheitlichen Störungen bei Vorliegen eines Selbstbehalts genauso häufig einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchten, wie für den Fall, dass auf Selbstbeteiligungen verzichtet wurde.

⁴² Vgl. SVR (Hrsg.) (2002): S. 274.

wären, seien nach Auffassung des Sachverständigenrates medizinische und ökonomische Kriterien heranzuziehen⁴³. Folgende Leistungen wären demnach aus dem Katalog der GKV zu streichen:

- Leistungen für Empfängnisverhütung, Sterilisation, nicht medizinisch induzierte Schwangerschaftsabbrüche sowie Schwangerschaftsgeld und Sterbegeld, da sie keinen Bezug zu einer Krankheit haben.
- Eventuell Akupunktur- oder Naturheilverfahren, wenn deren Wirksamkeit nicht durch ein unabhängiges Gremium medizinischer Experten anerkannt wird.
- Sehhilfen und Zahnersatz, da Ausgaben für diese Leistungen durch die Versicherten gut planbar seien und in der Regel nicht zu einer Überforderung führten.

Die ausgegrenzten Leistungen könnten nach Ansicht des Sachverständigenrates von den Versicherten künftig privat abgesichert werden, sofern dies die Patienten wünschten.⁴⁴

Der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG)* betont ebenfalls, dass sowohl bei Zuzahlungen als auch bei Leistungsausgrenzungen Verteilungsaspekte berücksichtigt werden müssten⁴⁵. Moderate Maßnahmen bzgl. beider Handlungsparameter seien jedoch durch diese distributive Komponente nicht ausgeschlossen.⁴⁶ Die Erhöhung von Selbstbeteiligungen sieht der Sachverständigenrat als nachrangige Maßnahme an, die – in Verbindung mit Härtefallregelungen und Überforderungsklauseln – nur Anwendung finden sollte, wenn weitere Rationierung drohe⁴⁷. Die allokativen Wirkungen von Selbstbeteiligungsregeln – nämlich der Verhinderung eines Moral-Hazard-Verhaltens⁴⁸ seitens der Versicherten – sieht der Sachverständigenrat durchaus kritisch, da eine solche ökonomisch positiv zu bewertende Auswirkung daran geknüpft sei, dass von den Zuzahlungen keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Versicherten ausgingen.⁴⁹ Darüber geht der Sachverständigenrat von weiteren Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen aus⁵⁰. Allgemein seien prozentuale Zuzahlungen bzgl. ihrer Anreizkompatibilität besser geeignet als die derzeit vorliegenden Formen. Schließlich merkt das Gremium an, dass es durch die meisten Formen der Selbstbeteiligungen zu einer Umverteilung von den Beziehern niedrigerer Einkommen hin zu den Beziehern höherer Einkommen kommt.⁵¹ Bei Ausgrenzungen aus dem Katalog der GKV ist die Argumentation dieses Gremiums ähnlich der des *Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*: Nicht im Zusammenhang mit einer Krankheit stehende Leistungen könnten aus dem Katalog der GKV gestrichen

43 Medizinische Kriterien können beispielsweise Notwendigkeit oder Wirksamkeit einer Leistung sein oder ob sie im direkten Bezug zu einer Krankheit steht. Als ökonomisches Kriterium nennt der Sachverständigenrat beispielsweise die Preiselastizität der Nachfrage nach einzelnen Gesundheitsgütern oder die Planbarkeit von Ausgaben.

44 Vgl. SVR (Hrsg.) (2002): S. 275.

45 Besondere Erwähnung findet neben der intragenerativen Verteilung dabei auch die Generationengerechtigkeit, da Leistungsausschlüsse insbesondere die älteren Versicherten, Beitragserhöhungen hingegen überwiegend die jüngeren Versicherten trafen.

46 Vgl. SVRKAiG (Hrsg.) (2003): S. 50f.

47 Vgl. SVRKAiG (Hrsg.) (2003): S. 36.

48 Der Sachverständigenrat unterscheidet hierbei moral hazard ex ante (die Versicherten bemühen sich nicht/zu wenig um Schadensbegrenzung) und moral hazard ex post (die Versicherten nehmen Leistungen im Schadensfall übermäßig in Anspruch).

49 Vgl. SVRKAiG (Hrsg.) (2003): S. 129.

50 Vgl. hierzu Gliederungspunkt 3.2.

51 Vgl. SVRKAiG (Hrsg.) (2003): S. 130f.

werden. Die Ratsmehrheit spricht sich schließlich auch für eine Ausgliederung privater Unfälle und des Zahnersatzes aus.⁵²

Die Mitglieder der von der Bundesregierung eingesetzten *Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme* (sog. *Rürup-Kommission*) verfolgen mit ihren Vorschlägen zu den Selbstbeteiligungsregelungen in der GKV das Ziel „die Eigenverantwortung bzw. das Kostenbewusstsein der Versicherten zu erhöhen“⁵³ und somit eine übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen zu verhindern ohne jedoch bei der Finanzierung der Selbstbeteiligungen einzelne Versichertengruppen von der Finanzierung auszunehmen. Im Einzelnen schlägt die Rürup-Kommission folgende Maßnahmen bei den Zuzahlungen vor:

- Steigerung der Merklichkeit der Zuzahlungsbeträge durch deren Anhebung bei gleichzeitiger Schaffung von Ausnahmetatbeständen für besonders betroffene Personen. So würden nach Ansicht der Kommission vor allem relativ gesunde Versicherte mit höherem Einkommen stärker an der Finanzierung beteiligt. Alternativ zu dieser Regelung könne auch eine Franchise⁵⁴ zur Anwendung kommen, die zwar zu einer gleichmäßigeren Belastung führen würde, jedoch nur geringere Anreizwirkungen entfalten könne.
- Einen positiven Anreizeffekt hätten nach Auffassung der Kommission prozentuale, d.h. preisabhängige Zuzahlungen bei Medikamenten, wobei der Prozentsatz degressiv zu gestalten sei. Die Aut-idem-Regelung könnte durch eine solche Regelung auf der Patientenseite flankiert werden.
- Mit der Einführung einer absoluten Zuzahlung bei ambulanten Behandlungen will die Kommission die im internationalen Vergleich hohe Anzahl von Arztkontakten in Deutschland reduzieren. Durch eine solche Maßnahme könne sogar erreicht werden, dass die bei Selbstbeteiligungsregelungen häufig kritisierte Umverteilung von Kranken hin zu Gesunden reduziert werde⁵⁵. Um negative Anreizeffekte bei Präventivmaßnahmen zu vermeiden, sollten Vorsorgeuntersuchungen von der Praxisgebühr ebenso ausgenommen werden wie Arztbesuche, die der Behandlung von chronischen Krankheiten dienen⁵⁶.
- Um soziale Härten zu vermeiden, aber auch zur Gewährleistung der vertikalen Gerechtigkeit schlägt die Kommission eine Obergrenze für die Belastung durch Zuzahlungen vor. Bezugspunkt für eine solche Regelung sollte das jeweilige Einkommen der Versicherten sein, von generellen Befreiungen sollte Abstand genommen werden um eine gleichmäßige Beteiligung aller Versicherten zu gewährleisten.⁵⁷

Zusammenfassend lässt sich für die Reform der Zuzahlungen festhalten, dass die *Rürup-Kommission* die (bislang eher geringe) Bedeutung der Selbstbeteiligungen in Deutschland erhöhen will. Mit der Einfüh-

52 Vgl. SVRKAiG (Hrsg.) (2003): S. 114f.

53 RÜRUP-KOMMISSION (Hrsg.) (2003): S. 11.

54 Unter einer Franchise versteht die Kommission einen Selbstbehalt der Versicherten, der möglichst als Anteil am Einkommen zu definieren wäre. Bis zu diesem Anteil müssten dann die Versicherten sämtliche Leistungen selbst tragen.

55 Nach Auffassung der Kommission würden durch eine Praxisgebühr vor allem die relativ gesunden Versicherten getroffen, da sie eher ambulante als stationäre Leistungen nachfragen.

56 Des Weiteren sollten Arztbesuche von Kindern, Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft sowie Notfallbehandlungen von einer solchen Praxisgebühr ausgeschlossen werden. Generell sollte die Praxisgebühr nur für Erstbesuche anfallen, da weitere Arztbesuche häufig durch den Arzt vorgegeben sind.

57 Vgl. RÜRUP-KOMMISSION (Hrsg.) (2003): S. 11ff.

rung einer Praxisgebühr ließe sich eine Steigerung der Nachfrageeffektivität relativ einfach erreichen. Allerdings seien die finanziellen Entlastungswirkungen für die GKV als eher gering einzuschätzen.⁵⁸

Die von den Unionsparteien eingesetzte *Kommission „Soziale Sicherheit“* (sog. *Herzog-Kommission*) geht in ihrer Analyse davon aus, dass die weiter andauernde demographische Entwicklung weitreichende Reformen aller Sozialversicherungszweige und im Besonderen der GKV nötig mache. Bei einem Anstieg der Krankenversicherungskosten für Rentner von 152 % in den Jahren von 1980 bis 2000 bzw. von 68 % aller Versicherten im gleichen Zeitraum wird deutlich, wie sich die Ausgaben der GKV in Zukunft entwickeln werden, wenn der Anteil der Rentner an der Gesamtbevölkerung weiter steigen wird. Um trotz dieser Entwicklungen die Sozialsysteme „so demographiefest wie möglich zu machen“⁵⁹ müssen nach Auffassung der Kommission kurzfristig Elemente einer kapitalgedeckten Sozialversicherung⁶⁰ implementiert werden, da eine vollständige Umstellung nur langfristig möglich sei und von sozialen Ausgleichsmechanismen begleitet werden müsse.⁶¹

Für die GKV sieht die *Herzog-Kommission* vor, dass alles medizinisch Notwendige weiterhin im Leistungskatalog der GKV erhalten bleiben muss. Eine Reform, wie sie jetzt im Gesundheitskompromiss eingeleitet wurde, sei zwar ein Schritt in die richtige Richtung, sie könne jedoch nur kurzfristig eine Entspannung in der GKV hervorbringen. Um die GKV aber auf lange Frist von ihrem „Problemdruck“ zu befreien seien Maßnahmen nötig, die weit über die im GMG beschlossenen hinausgehen. Im Einzelnen wird für Selbstbeteiligungen und für den Leistungskatalog folgendes vorgeschlagen:⁶²

- Mehr Entscheidungsfreiheit bei den Versicherten soll zu mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen führen. Die Entscheidung, welche über einen Grundkatalog hinausgehenden Leistungen zu welchen Bedingungen (geringe oder höhere Eigenbeteiligung) von der Krankenkasse übernommen werden sollen, liege bei den Versicherten.
- Klar abgrenzbare Leistungsblöcke sollen aus der GKV herausgelöst und in eine gesonderte Versicherungspflicht überführt werden. Dies wird beispielsweise für den Zahnersatz, für Zahnbehandlungen oder das Krankengeld gefordert.
- Positives Gesundheitsverhalten der Versicherten sollte nach Auffassung der Kommission durch eine Rückerstattung von Beiträgen unterstützt werden, da sich so erhebliche Kosteneinsparungen realisieren ließen.

Insgesamt jedoch strebt die *Herzog-Kommission*, wie weiter oben bereits erwähnt, einen Umstieg auf das Kapitaldeckungsverfahren frühestens im Jahr 2013 an. Bis dahin wäre es nach Auffassung der Kommission möglich aus zusätzlichen Beiträgen der Versicherten einen Kapitalsockel aufzubauen, mit dessen Hilfe übermäßige soziale Härten für ältere Versicherte vermieden werden könnten.⁶³

58 Vgl. RÜRUP-KOMMISSION (Hrsg.) (2003): S. 13, S. 16.

59 HERZOG KOMMISSION (Hrsg.) (2003): S. 15.

60 Der Herzog-Kommission zufolge kommen folgende Bereiche der Sozialversicherung für ein Kapitaldeckungsverfahren in Frage: Alterssicherung, Pflegeversicherung, Krankenversicherung (Vgl. HERZOG KOMMISSION (Hrsg.) (2003): S. 15).

61 Vgl. HERZOG KOMMISSION (Hrsg.) (2003): S. 11, S. 15.

62 Vgl. HERZOG KOMMISSION (Hrsg.) (2003): S. 21 f.

63 Vgl. HERZOG KOMMISSION (Hrsg.) (2003): S. 22 f.

3 Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Bevor nun auf die Auswirkungen von Härtefallregelungen, Anwendungsgebiete im deutschen Krankenversicherungswesen und internationale Erfahrungen eingegangen wird, sollen im Folgenden die Ziele von Selbstbeteiligungen, die für die Wirkungsweisen maßgeblichen theoretischen Grundlagen sowie die aktuellen bzw. zukünftigen Regelungen dargestellt werden.

3.1 Ziele von Selbstbeteiligungen

Mit Einführung bzw. Umgestaltung von Selbstbeteiligungsregelungen werden zwei Ziele verfolgt: das Finanzierungsziel und das Steuerungsziel. Es wird sich sicherlich niemals abschließend klären lassen, ob eine Selbstbeteiligungsregelung nun aus dem einen oder dem anderen Aspekt eingeführt wurde, bzw. welcher dieser beiden Gesichtspunkte die politische Entscheidung stärker beeinflusst hat. Betrachtet man die vergangenen Gesundheitsreformen und deren Begründung, so wurde vermutlich der Finanzierungseffekt als sicher realisierbares Ziel in den Vordergrund gestellt. Im Folgenden wird nun kurz auf diese beiden Zielsetzungen, die mit der Einführung bzw. Umgestaltung von Zuzahlungen verfolgt werden, eingegangen.

3.1.1 Finanzierungswirkung

Die durch die Einführung einer Selbstbeteiligungsregelung entstehende „Senkung des Finanzierungsbedarfs“⁶⁴ der GKV kann als Finanzierungswirkung beschrieben werden, d.h. der Kostenanteil, der von den Versicherten bei Inanspruchnahme einer Leistung selbst getragen wird, reduziert direkt das Ausgabenvolumen der GKV, das über Beiträge finanziert werden muss. Die Einsparungen der GKV können in diesem Zusammenhang auf zwei verschiedene Weisen erfolgen: es können entweder weniger Leistungen in Anspruch genommen, oder relativ teure Leistungen durch preisgünstigere Behandlungsformen substituiert werden⁶⁵. Die Finanzierungswirkung von Zuzahlungen fällt unabhängig davon an, ob gleichzeitig eine Steuerungswirkung vorliegt oder nicht. Die Finanzierungswirkung ist im deutschen GKV-System jedoch nicht unbegrenzt ausdehnbar, da sich mit einem steigenden Ausmaß von Zuzahlungen das Ausmaß der solidarischen Finanzierung reduziert. Zum derzeitigen Umfang der Finanzierungswirkung, insbesondere im Zusammenhang mit Härtefallregelungen, liegen in Deutschland nur wenige Daten vor, so dass das Gesamtvolumen der Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem unbekannt ist.⁶⁶ Insbesondere lässt sich bei bestehenden Selbstbeteiligungen nur auf Basis willkürlicher Annahmen feststellen, ob neben der ex post grundsätzlich festzustellenden Finanzierungswirkung eine Steuerungswirkung eingetreten ist bzw. welcher Teil der GKV-Entlastung auf sie zurückgeht. Sieht man allerdings, dass Selbstbeteiligungen meist im Zusammenhang mit der Klage über zu hohe Kosten ausgeweitet wurden, so ist zu befürchten, dass wohl meist die Finanzierungswirkung ursprüngliches Ziel der Maßnahmen war.

3.1.2 Steuerungswirkung

„Das primäre Ziel von Selbstbeteiligungswirkungen ist es, mittels finanzieller Anreize eine Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten zu verhindern.“⁶⁷ Das Ziel eines effizienten Umgangs mit den vorhandenen Ressourcen durch die Nachfrager wird in der allgemeinen ökonomischen Theorie durch den Preismechanismus erreicht. Als Steuerungsinstrument werden Selbst-

⁶⁴ RÜRUP-KOMMISSION (Hrsg.) (2002): S. 2.

⁶⁵ Vgl. MÜNNICH (1983): S. 23f.

⁶⁶ Vgl. RÜRUP-KOMMISSION (Hrsg.) (2002): S. 8.

⁶⁷ RÜRUP-KOMMISSION (Hrsg.) (2002): S. 2.

beteiligungen, die preisartige (pretiale) Auswirkungen haben, unter der Annahme eingesetzt, dass für Gesundheitsleistungen wie in anderen Konsumbereichen ein „normales“ Nachfrageverhalten vorliegt, d.h. mit steigendem Preis die Nachfrage sinkt. Bei einer Krankenversicherung, wie der deutschen GKV, geht die Preissteuerung der Nachfrage durch den Preis weitestgehend verloren. Zwar finanzieren die Versicherten die Ausgaben der GKV durch ihre Beiträge⁶⁸, sie unterliegen dabei jedoch einer Finanzierungsillusion, derart, dass der Bezug zwischen den Leistungen und den verursachten Kosten verloren geht. Diese Finanzierungsillusion wächst mit dem Anteil der Leistungen, die über Steuern oder (steuerähnliche) Sozialversicherungsbeiträge finanziert werden.⁶⁹ An dieser Stelle nun setzen die Steuerungswirkungen von Selbstbeteiligungen an. Sie verdeutlichen den Versicherten, dass für beanspruchte Leistungen durchaus Kosten anfallen, auch wenn sie diese nicht in voller Höhe zu tragen haben.

3.2 Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen

In diesem Gliederungspunkt werden die leistungsbereichsspezifischen Einflussfaktoren erarbeitet, welche sich auf die kostendämpfenden und steuernden Effekte von Selbstbeteiligungsregelungen auswirken. Hierdurch sollen Aussagen bezüglich der Einflüsse der verschiedenen relevanten Faktoren auf die Eignung eines Leistungsbereichs für die Belegung mit einer Selbstbeteiligung ermöglicht werden. Ziel ist es, Kriterien zu definieren, anhand derer für Selbstbeteiligungen geeignete Leistungsbereiche identifiziert werden können.

3.2.1 Preiselastizität der Nachfrage

Als ein „klassisches ökonomisches Merkmal zur Ausgrenzung von Leistungen“⁷⁰ wird vom SVRKAiG die Preiselastizität der Nachfrage genannt. Diese ist definiert als die „Prozentänderung der Menge dividiert durch die Prozentänderung des Preises“⁷¹, sie gibt somit vereinfacht den prozentualen Rückgang der Nachfrage nach einem Gut bei einem Preisanstieg von 1 % an. Die Preiselastizität der Nachfrage stellt ein rein ökonomisches Kriterium zur Messung der Wirksamkeit von Preisänderungen dar.

Das Argument, dass bei einer hohen Preiselastizität der Nachfrage eine Leistung ausgrenzbar sei, beruht auf der Annahme, dass Konsumenten insbesondere bei solchen Gütern und Leistungen mit einer deutlichen Nachfragereduktion bei Preiserhöhungen reagieren, welche ihres Erachtens nach entbehrlich sind. Entbehrliche Leistungen könnten, dieser Argumentation folgend, aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen werden.

Der Grad der so definierten Entbehrlichkeit resultiert – wie auch die individuelle Zahlungsfähigkeit – aus den subjektiv empfundenen Präferenzen. Angesichts der für einen Großteil medizinischer Leistungen angenommenen Meritorik⁷² und der daraus resultierenden Annahme eingeschränkter Konsumentensouveränität⁷³ manifestiert sich die Feststellung, dass bei Gesundheitsgütern die Konsumenten- bzw. Versichertenpräferenzen nicht zwangsläufig dem, nach medizinischen oder gesamt-

68 Der Beitrag zur Krankenversicherung ist dabei als Preis für den Versicherungsschutz, nicht jedoch als Preis für den Konsum von Gesundheitsgütern zu verstehen.

69 Vgl. HENKE (1983): S. 29.

70 SVRKAiG (1994): Ziffer 411.

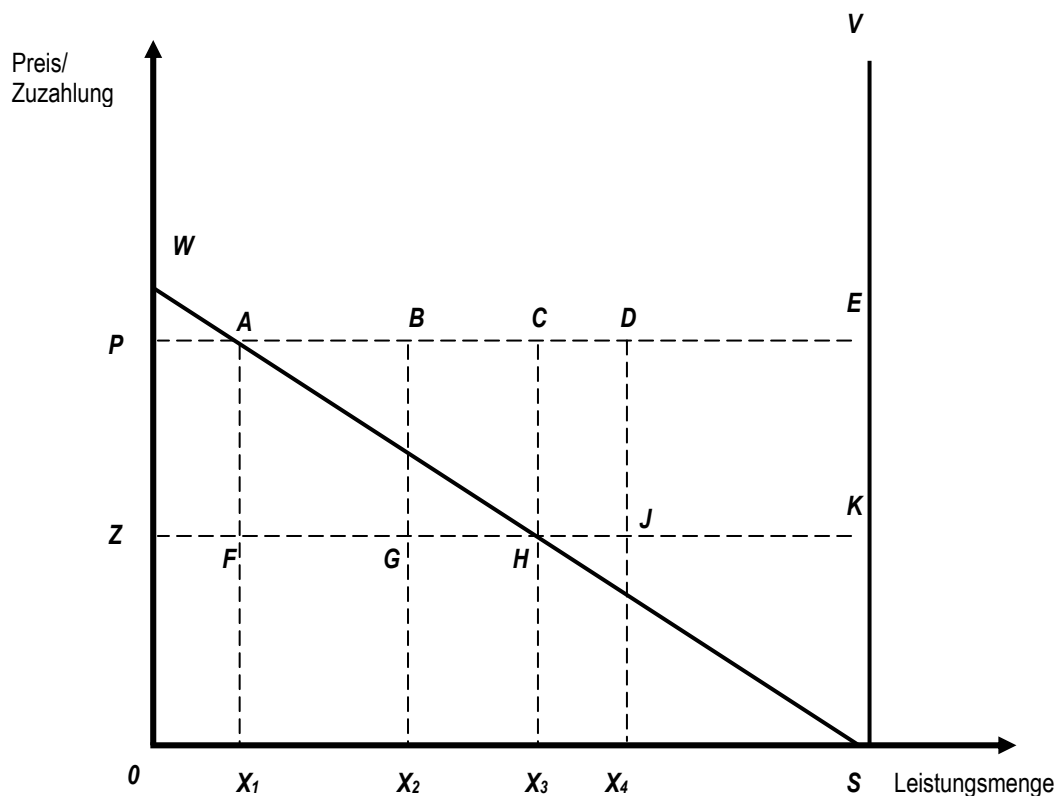
71 VARIAN (1999): S. 257.

72 Vgl. HERDER-DORNEICH (1994): S. 663ff. Unter einem meritorischen Gut ist ein Gut zu verstehen, welches, wird es auf einem unregulierten Markt gehandelt, aufgrund einer Geringschätzung durch die Konsumenten, in zu geringen Mengen hergestellt und nachgefragt wird (vgl. BRÜMMERHOFF (2001): S. 113).

73 Vgl. MÜNNICH (1983): S. 45.

gesellschaftlichen Maßstäben bemessenen, notwendigen Bedarf entsprechen. Es ist im Gegenteil sogar anzunehmen, dass diese auseinander fallen. Dies wiederum bedeutet, dass bei einer breit angelegten Nachfragereduktion auf der Basis individueller Präferenzen unter Umständen Leistungen ausgegrenzt würden, welche vom medizinischen und gesamtgesellschaftlichen Standpunkt aus betrachtet unentbehrlich sind. Die Ausgrenzung von Gesundheitsleistungen auf Basis einer hohen Preiselastizität der Nachfrage entspricht somit den Versichertenpräferenzen (zunächst), kann jedoch, da diese Präferenzen nicht zwingend mit dem medizinisch Erforderlichen übereinstimmen, die Ausgrenzung medizinisch sinnvoller und notwendiger Leistungen zur Folge haben. Die dargestellte Grundannahme, dass eine hohe Preiselastizität der Nachfrage insbesondere bei solchen Gesundheitsgütern vorliegt, welche von den Versicherten als entbehrlich betrachtet werden, kann nicht nur die Ausgrenzung dieser Gesundheitsleistung aus dem Leistungskatalog sondern auch deren Belegung mit einer Zuzahlung legitimieren. Gestützt wird diese Annahme durch die Ansicht, dass bei einer verhaltenssteuernden Wirkung einer Zuzahlung, wie sie nur bei einer hohen Preiselastizität der Nachfrage möglich ist, ein höheres Einsparpotential als bei einer ausschließlich kostendämpfenden Variante infolge einer geringen Preiselastizität zu erwarten ist. Dies sei an Abbildung 1 verdeutlicht.

Abbildung 1: Wirkung einer Selbstbeteiligung in Abhängigkeit der Preiselastizität der Nachfrage



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Ist die Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung für den Patienten nicht mit direkten Kosten verbunden, wie dies in einem zuzahlungsfreien Krankenversicherungssystem der Fall ist, so ist der Versicherte bestrebt, die Sättigungsmenge S dieser Leistung zu konsumieren. Bei einem Preis (Kosten) in Höhe von P pro Leistungseinheit hat die Krankenkasse den Betrag S mal P dies entspricht der Fläche $OSEP$ - für die Bereitstellung der Leistung aufzubringen. Wird auf die betrachtete Gesundheitsleistung eine Zuzahlung pro Leistungseinheit in Höhe von Z erhoben, so ergeben sich in Abhängigkeit der Preiselastizität der Nachfrage unterschiedliche Folgewirkungen.

Im Falle einer völlig preisunelastischen Nachfrage⁷⁴ VS würde aus der Zuzahlung Z keinerlei Nachfragerückgang resultieren, die Versicherten konsumieren weiterhin die Menge S. Der von der Krankenversicherung aufzubringende Betrag reduziert sich jedoch auf $(P-Z)$ mal S - folglich auf die Fläche ZKEP. Den restlichen Anteil OSKZ finanzieren die Leistungsbezieher über die Zuzahlung Z selbst. Die Entlastung der Krankenkasse beläuft sich somit auf die Summe der Kosten, die jetzt von den Patienten selbst gezahlt werden müssen. Ein Steuerungseffekt im Sinne eines preisbedingten Rückgangs der Nachfragemenge bleibt bei einer total unelastischen Nachfragefunktion jedoch aus.

Im Falle der grundsätzlich preiselastischen Nachfrage WS resultiert aus der Zuzahlung Z ein Nachfragerückgang von S auf X_3 . Dies bedeutet gegenüber der Betrachtung bei absolut unelastischer Nachfrage eine zusätzliche Mengenreduktion von $S-X_3$. Der von der Krankenkasse aufzubringende Betrag beläuft sich somit nicht mehr allein auf ZKEP, sondern verringert sich darüber hinaus um den aus dem Mengenrückgang resultierenden Betrag von HKEC, so dass bei der Krankenversicherung nunmehr nur Kosten in Höhe von ZHCP anfallen. Von den Patienten muss der Beitrag OX_3HZ übernommen werden. Die gesamte Entlastung der Krankenkasse beträgt in diesem Falle OSKZ (die neue Finanzierungswirkung) + HKEC (die Folge der Steuerungswirkung).

Es zeigt sich, dass die Entlastungswirkung bei einer konstanten Zuzahlungshöhe Z bei einer preiselastischen Nachfragerreaktion höher als bei einer total preisunelastischen ist. Selbstbeteiligungen sollten daher bevorzugt in Leistungsbereichen mit preiselastischen Nachfrageverläufen angewandt werden⁷⁵, da in diesem Fall erstens eine höhere Entlastungswirkung bei der GKV eintritt und zweitens nur im Falle einer preiselastischen Nachfragefunktion eine Steuerungswirkung bzgl. der Menge der beanspruchten Leistung zu verzeichnen ist. Allgemein lässt sich festhalten, dass die Steuerungswirkung einer Selbstbeteiligung umso höher ausfällt, je flacher die Nachfragekurve verläuft, d.h. je stärker die Nachfrager von Gesundheitsgütern und -leistungen auf eine Preiserhöhung reagieren. Gesamtwirtschaftlich lässt sich sagen, dass die reine Finanzierungswirkung bei total unelastischer Nachfrage keine Kosteneinsparung sondern nur eine Kostenverlagerung von der GKV auf die Versicherten darstellt. Eine tatsächliche Kostenreduktion tritt nur bei fallender Nachfrage auf – Ressourcen werden für andere volkswirtschaftliche Verwendungen frei.

Die Messung der Preiselastizität bzw. des Verlaufs der Nachfrage gestaltet sich schwierig und trotz einer überaus großen Anzahl von Studien ist die abschließende Klärung dieses Sachverhalts bis heute nicht gelungen. Intuitiv wird man wohl davon ausgehen, dass der Zusammenhang zwischen Höhe des Preises und nachgefragter Menge negativ ist, d.h. die Preiselastizität der Nachfrage < 0 ist. Jedoch wird selbst dieses Ergebnis nicht in allen Studien konstatiert⁷⁶. Diejenigen Studien, die zum Ergebnis einer negativen Preiselastizität gelangen, liefern kein einheitliches Bild: die Spannweite der gemessenen Elastizitäten reicht in diesen Untersuchungen von sehr geringen Elastizitäten $n = -0,02$ bis hin zu deutlichen Re-

74 VS stellt eine absolut unelastische Nachfragekurve dar, d.h., die Versicherten reagieren auf einer Preiserhöhung nicht mit einem Rückgang der Menge. Die hier dargestellte Nachfragefunktion WS weist zwar an jedem Punkt eine unterschiedlich hohe Preiselastizität vom Wert 0 bei Punkt S bis Punkt W auf. Jedoch besteht grundsätzlich mengenreduzierende Wirkung mit steigendem Preis.

75 Anhand von Abbildung 1 kann ebenso gezeigt werden, dass Leistungsausgrenzungen elastizitätsunabhängig wirken: Eine Leistungsausgrenzung verlagert die gesamte Finanzierung in den privaten Bereich, d.h. die Zuzahlung Z wird auf 100 % angehoben und somit zum Preis P äquivalent. Der Einspareffekt einer Leistungsausgrenzung für die Krankenkasse ist somit von der Reaktion der Patienten unabhängig.

76 Vgl. PIFFL (1990): S. 88; Zwei der hier angegebenen Studien kommen zu dem Ergebnis positiver Preiselastizitäten.

aktionen von bis zu $n = -1,5$ ⁷⁷ ⁷⁸. Die Ursachen für diese Messunterschiede sind vielfältig und beruhen meist auf drei Problemen:

1. Im Ausgangszustand der Untersuchung liegen keine oder nur sehr geringe Selbstbeteiligungsbeträge vor, was rechnerisch zu relativ geringen Elastizitätswerten führt.
2. Die Definition des Begriffes Preis ist häufig zu eng gefasst, da für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht nur ein Geldpreis besteht, sondern vom Leistungsempfänger auch ein „Zeitpreis“ in Form von verllorener Freizeit (beispielsweise Wartezeiten beim Arzt) „gezahlt“ werden muss.
3. Der untersuchte Leistungsbereich nimmt maßgeblich Einfluss auf die Preiselastizität der Nachfrage, da die Patienten in den unterschiedlichen Leistungsbereichen einen unterschiedlichen Einfluss auf die Nachfragehöhe haben⁷⁹.

Diese Argumente weisen darauf hin, dass die Preiselastizität der Nachfrage in den meisten Studien eher unterschätzt wurde, was dann wiederum zu einer Unterschätzung der Steuerungswirkung von Selbstbeteiligungen führen würde. Demgegenüber lassen sich jedoch insbesondere bei solchen Untersuchungen, welche hohe Preiselastizitäten proklamieren, Kritikpunkte anführen, welche die Vermutung nahe legen, dass bei diesen systematisch zu hohe Elastizitäten gemessen werden.

Solche Kritik ist insbesondere an dem so genannten RAND-Health-Insurance-Experiment zu üben. Diese in den Jahren 1974 bis 1982 durch die RAND-Corporation durchgeführte Feldstudie gilt als die aufwendigste, jemals durchgeführte Einzeluntersuchung zur Messung der Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen⁸⁰. Nach den Ergebnissen der RAND-Studie sind die Preiselastizitäten der Nachfrage als hoch und Selbstbeteiligungen als wirksam zu interpretieren. Allerdings leidet das RAND-Experiment unter einigen konzeptionellen Mängeln, welche seine Aussagekraft relativieren. Insbesondere die Auswahl der in die Studie berücksichtigten Untersuchungspopulation lässt Kritik zu⁸¹.

Resümierend kann somit festgestellt werden, dass nicht nur die in den zahlreich vorliegenden Studien gemessenen Preiselastizitäten ein uneinheitliches Bild zeichnen, sondern dass zudem eine Reihe konzeptioneller Kritikpunkte besteht, welche sowohl auf eine Über- als auch eine Unterschätzung der gemessenen Elastizitäten schließen lassen. Letztlich ist noch anzumerken, dass ein Großteil der vorliegenden Untersuchungen dem nordamerikanischen Raum entstammt⁸², was nur eine eingeschränkte Übertragbarkeit auf europäische und speziell deutsche Verhältnisse erlaubt⁸³.

3.2.2 Einkommenselastizität der Nachfrage

Mit der Einkommenselastizität der Nachfrage wird der Einfluss von Einkommensänderungen auf die Nachfrage nach bestimmten Gütern gemessen. In einer von PFAFF; SCHEJA (1985) durchgeführten

77 Vgl. PIFFL (1990): S. 88ff. Zu weiteren Übersichten bezüglich Untersuchungen zu Nachfrageelastizitäten vgl. SCHAPER (1978): S. 252ff., MORARO (1985): S. 167ff.

78 KNAPPE spricht bis zu einer Preiselastizität von $n = -1$ von einer unelastischen Nachfrage, darunter von einer elastischen (KNAPPE (1987): S. 65).

79 Die Patienten haben beispielsweise kaum Einfluss auf die Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Krankenhaus, da in diesem Leistungsbereich v.a. die medizinischen Fachleute über den Einsatz von Maßnahmen entscheiden.

80 Vgl. REICHEL (1994): S. 148.

81 Vgl. RAU (1992): S. 75.

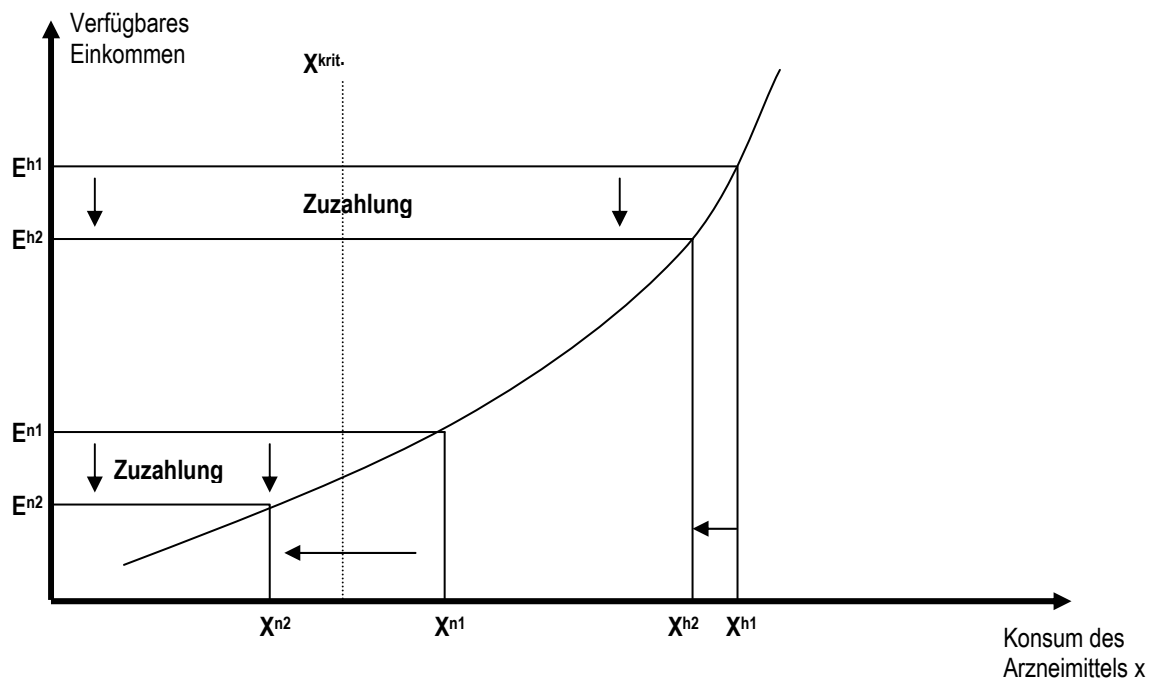
82 So stammen 30 der 34 Untersuchungen aus der verwendeten Übersicht von PIFFL von amerikanischen Autoren (Vgl. PIFFL (1990): S. 88ff.).

83 Vgl. hierzu die Kritik von MÜNNICH (1983): S. 101, weiterhin REICHEL (1994): S. 149.

Studie zur Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern ließ sich nicht abschließend klären, inwiefern Preis- und Einkommenseffekte die reale Nutzung von bestimmten medizinischen Güterkategorien beeinflussen. Allerdings konnten erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Güterarten ausgemacht werden.⁸⁴

Diese Unterschiede bei verschiedenen Gütern gestalten auch die mikroökonomische Betrachtung schwierig, da für unterschiedliche Güter wiederum unterschiedliche Wirkungen einer Einkommensänderung angenommen werden müssen. Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Arbeit die Wirkung von Selbstbeteiligungen am Beispiel der Arzneimittelnachfrage verdeutlicht werden. Wird eine Zuzahlung auf ein Medikament erhoben, so wird diese Zuzahlung das verfügbare Einkommen der Versicherten um den Betrag der Selbstbeteiligung schmälern. Wie Abbildung 2 entnommen werden kann, sind die Auswirkungen dieses Einkommensverlustes auch dann nicht für alle Versicherten gleich, wenn die absolute Höhe der Zuzahlungen für alle Nachfrager identisch ist.

Abbildung 2: Mengenwirkungen einer Zuzahlung in Abhängigkeit vom Einkommen



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Ohne die Erhebung einer Zuzahlung verfügt der Bezieher eines niedrigeren Einkommens über E^{n1} und kann damit x^{n1} erwerben, während der Bezieher eines höheren Einkommens über E^{n1} verfügt und damit die Gütermenge x^{n1} nachfragen kann. Beide Individuen können sich sogar eine größere als die medizinisch sinnvolle bzw. mini und notwendige Menge $x^{krit.}$ leisten.

Nach Einführung einer allgemeinen Zuzahlung verringert sich das Einkommen der beiden Personen gleichermaßen um den Zuzahlungsbetrag⁸⁵. Durch diese Einkommensverminderung werden beide

⁸⁴ Vgl. PFAFF; SCHEJA (1985): S. 150ff.

⁸⁵ Welche Art der Zuzahlung eingeführt wird ist für die Einkommensschmälerung nicht von Bedeutung, sofern diese Zuzahlung unabhängig vom Einkommen erhoben wird. Existiert etwa eine Einkommensgrenze bis zu der eine Selbstbeteiligung nicht erhoben wird, so gelten die oben dargestellten Konsequenzen nur für die Einkommensbezieher, die oberhalb der gesetzten Einkommensgrenze liegen. Im Idealfall sollte eine Zuzahlungsregelung also das Einkommen derart berücksichtigen, dass von keinem Nachfrager (=Versicherten) die

Individuen auch den Konsum des Arzneimittels verringern und zwar derart, dass der Bezieher des niedrigeren Einkommens im Fall des dargestellten Verlaufs der Einkommens-Konsum-Kurve (Engel-Kurve) einen größeren Verlust hinnehmen muss, als derjenige Versicherte, der ein höheres Einkommen erzielt. Im Fall von medizinischen Leistungen, wie etwa Medikamenten, kann der dargestellte Mengenrückgang weitreichende Folgen haben. Erreicht der Versicherte mit geringem Einkommen nicht mehr die medizinisch sinnvolle Menge an Medikamenten X^{krit} , so sind ernsthafte Konsequenzen für dessen Gesundheit nicht auszuschließen. Es zeigt sich also, dass die Einkommenselastizität der Nachfrage, sowie die Höhe des Einkommens unter distributiven Gesichtspunkten in die Entscheidung über Zuzahlungsbeträge einbezogen werden müssen, da sonst u.U. erforderliche Behandlungen ausbleiben können. Die hier gewählte Darstellung vereinfacht den Sachverhalt insofern, als Selbstbeteiligungen in der Regel preisartige Steuerungsformen haben, von denen in der Nachfrage Substitutions- und Einkommenseffekte ausgehen. In Abbildung 2 wird nur der Einkommenseffekt dargestellt. Der Substitutionseffekt führt bei Preissteigerungen zu einem weiteren Nachfragerückgang, was die Versorgung der Bezieher niedriger Einkommen weiter gefährden kann.

3.2.3 Konsumentensouveränität

Die Allokationsfunktion wird in einem am Wettbewerb orientierten Wirtschaftssystem in der Regel durch den Marktmechanismus erfüllt. Auf dem Markt bestimmen die Konsumenten, die gemäß ihren Bedürfnissen, Präferenzen und ihrer Zahlungsfähigkeit bzw. –bereitschaft Nachfrage generieren die Produktionsmengen von Gütern und Dienstleistungen. Entscheidend hierbei ist, dass jeder Konsument die Entscheidung bzgl. seiner Nachfrage frei trifft und (im idealtypischen Modell der vollkommenen Konkurrenz) über vollkommene Information bzgl. der angebotenen Güter und Dienstleistungen verfügt. Gerade die letztgenannte Annahme wird bei Gesundheitsgütern und -leistungen häufig bestritten.⁸⁶ So ist beispielsweise bei der „Inanspruchnahme von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln [...] der Entscheidungsspielraum der Patienten weitgehend beschränkt“⁸⁷. Dies gilt zumindest für die Medikamentenart und –menge, da die Verordnung letztlich dem Arzt obliegt. Kritiker dieser Argumentation gehen jedoch davon aus, dass der Patient dennoch über relativ große Entscheidungsspielräume bei Gesundheitsgütern verfügt: Die Wahl des Arztes, die Entscheidung ob ein Arztbesuch erfolgen soll, die Äußerung von Behandlungswünschen⁸⁸ und die Einlösung von Überweisungen oder Rezepten liegen immer noch bei den Patienten⁸⁹. Dennoch kann eine angebotsinduzierte Nachfrage in vielen Bereichen - nicht zuletzt aufgrund asymmetrisch verteilter Information - nicht bestritten werden, wenngleich sie sicher nicht in allen Fällen die Nachfrage allein determiniert. Im Folgenden soll dies an einigen Beispielen verdeutlicht werden.

Beim Arztkontakt entscheidet, wie weiter oben schon erwähnt, der Patient meist selbstständig ob ein solcher stattfindet und welchen Arzt er aufsuchen will, so dass bei dieser Entscheidung durchaus Konsumentensouveränität anzunehmen ist. Gerade diese soll jedoch u.a. durch Selbstbeteiligungen z.B. im ambulanten Bereich reduziert werden. Bei den Verordnungen bzw. Folgebehandlungen, die der Arzt dem Patienten empfiehlt bzw. verschreibt verfügt der Patient im Allgemeinen nicht über die notwendigen

kritische Menge unterschritten wird. Freilich ergeben sich in der Realität Probleme bei der Feststellung dieser Menge.

86 Vgl. KERN (2002): S. 7.

87 CHOU (1993): S. 98.

88 Zwar hat der Arzt grundsätzlich ein Interesse an einem sparsamen Umgang mit Arzneimittelverordnungen, dennoch lässt sich konstatieren, dass (gerade bei steigendem Wettbewerb unter den niedergelassenen Ärzten) ein Ignorieren der Konsumentenwünsche (beispielsweise bei der Packungsgröße) mit einem Verlust des Patientenstamms einher gehen kann (Vgl. CHOU (1993): S. 100).

89 Vgl. KNAPPE; ROPPEL (1982): S. 48.

Kenntnisse, was der Annahme von eigenständig entscheidenden Konsumenten entgegensteht. Dennoch verfügen die Patienten über eine Verhandlungsposition gegenüber dem Arzt, die es ihnen erlaubt, Wünsche zu äußern und diese auch durchzusetzen. Je komplizierter sich jedoch der medizinische Sachverhalt darstellt, umso geringer werden die Möglichkeiten des Patienten zur Einflussnahme auf die Behandlungsform. So sind diese im stationären Bereich wiederum umso geringer, je schwerwiegender und komplexer sich der Behandlungsverlauf darstellt. Zwar werden im Zusammenhang mit Forderungen nach Stärkung der Patientenrechte Modelle gemeinsamer Entscheidung von Arzt und Patienten diskutiert, der Einfluss von Patienten auf die vorgenommenen Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhaus, dürfte jedoch gering sein. Für Selbstbeteiligungsregelungen ergibt sich aus diesen Beispielen, dass mit dem Einfluss der Patienten auf den Behandlungsverlauf auch die Steuerungswirkung der Selbstbeteiligungen abnimmt, da ja die Ärzteschaft, die wiederum nicht die Lasten der Selbstbeteiligung zu tragen hat, in hohem Maße verantwortlich für die Höhe der Nachfrage ist.⁹⁰ Andererseits lässt sich eine medizinische Form der Steuerungswirkungen von Selbstbeteiligungen möglicherweise nutzen, wenn erwünscht Verhaltensweisen und Behandlungsabläufe (nach Richtlinien EBM, Disease Management) von Selbstbeteiligungen entlastet werden, andere belastet werden.

3.2.4 Merklichkeit

Empirische Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass sich die Preiselastizität der Nachfrage in Abhängigkeit der zu leistenden Zuzahlung nicht konstant verhält, sondern bei steigender Zuzahlungshöhe zunimmt⁹¹. Dies hat zur Folge, dass Zuzahlungen von geringer Höhe auch nur geringe Steuerungswirkungen auf den Versicherten ausüben. Deshalb wird als weiteres Kriterium zur Beurteilung der Steuerungswirkung einer Selbstbeteiligung das der Merklichkeit herangezogen. Eine Selbstbeteiligung wird als „merklich“ bezeichnet, wenn ihre absolute Höhe die „Reaktionsschwelle des Versicherten“⁹² überschreitet. Ziel der Ausgestaltung einer Selbstbeteiligung ist es, die Grenze der Merklichkeit und den erforderlichen Leistungsumfang möglichst nah aneinander anzunähern. Die Selbstbeteiligung ist hierfür so zu konzipieren, dass sie gerade bei dem medizinisch erforderlichen Leistungsumfang die für den Patienten merkliche absolute Höhe erreicht. Allerdings ist die individuelle Merklichkeitsgrenze vom verfügbaren Einkommen des Betroffenen abhängig. Selbstbeteiligungen, welche bei besser Verdienenden keine Verhaltensänderungen auslösen, können bei Personen mit geringem Einkommen u.U. den Konsum erforderlicher medizinischer Leistungen einschränken bzw. verhindern⁹³. Des Weiteren ist die Überschreitung der Merklichkeitsgrenze kein Garant für einen steuernden Effekt einer Selbstbeteiligung: Wären beispielsweise intensivmedizinische Leistungen mit hohen Selbstbeteiligungen belegt, so wären sie für den betroffenen Patienten durchaus merklich. Dennoch sähe sich dieser kaum in der Lage, Nachfrage abzubauen. Die Merklichkeit stellt somit ausschließlich ein notwendiges nicht jedoch hinreichendes Kriterium für die Steuerungswirkung einer Zuzahlung dar. Sie ist als Evaluationskriterium für Selbstbeteiligungsregelungen daher nicht unumstritten.

⁹⁰ Anzumerken ist an dieser Stelle, dass für Ärzte in einigen Bereichen erhebliche Anreize bestehen um Nachfrage zu erzeugen. Dies gilt etwa, wenn sie selbst die nachgefragten Leistungen erbringen und insbesondere dann, wenn zur Leistungserbringung erhebliche Investitionen erforderlich waren. Man denke an dieser Stelle an innovative Untersuchungs- und Behandlungsgeräte, deren Anschaffung sich innerhalb einer Arztpraxis unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten rechnen muss.

⁹¹ Vgl. hierzu SCHULENBURG; GREINER (2000): S. 32; SCHULENBURG (1987): S. 62.

⁹² KRAFT; SCHULENBURG (1985): S. 146.

⁹³ Vgl. CHOU (1993): S. 104ff.

3.2.5 Fallzahlen und Pro-Kopf-Ausgaben

Zwei Kriterien, welche sich auf die Eignung eines Leistungsbereichs zur Selbstbeteiligung auswirken, stellen die Anzahl der Fälle und die Pro-Kopf-Ausgaben in einem Leistungsbereich pro Periode dar. Sie generieren folgende Wirkungen:

1. Je höher die Anzahl der Fälle in einem Leistungsbereich, desto höher ist auch die zu erwartende Einsparwirkung einer Selbstbeteiligung. Übt die Selbstbeteiligung einen vorwiegend kosten-dämpfenden Effekt aus, so können bei hohen Fallzahlen bereits mit Zuzahlungen in geringer Höhe bedeutende Einsparwirkungen realisiert werden. Übt sie hingegen einen Steuerungseffekt aus, so kann mittels einer Zuzahlung eine hohe Anzahl von Leistungsfällen abgebaut werden.
2. Je höher die Pro-Kopf-Ausgaben in einem Leistungsbereich sind, desto höher ist die zu erwartende Einsparwirkung einer Selbstbeteiligung. Unabhängig von ihrer Wirkungsweise können in einem kostenintensiven Leistungsbereich höhere Einspareffekte realisiert werden, als in einem Bereich mit geringen Pro-Kopf-Ausgaben. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei hohen Pro-Kopf-Ausgaben höhere Zuzahlungen erhoben und somit höhere Einspareffekte generiert werden können, ohne die tatsächlichen Kosten der belasteten Leistung zu überschreiten, als dies in Leistungsbereichen mit geringeren Pro-Kopf-Ausgaben möglich ist.

In Abhängigkeit der Ausprägungen dieser beiden Kriterien lassen sich drei verschiedene Grade der quantitativen Eignung eines Leistungsbereichs für eine Selbstbeteiligung definieren. Diese sind in Tabelle 1 wiedergegeben.

Tabelle 1: Grade der quantitativen Eignung eines Leistungsbereichs für eine Selbstbeteiligung

	Niedrige Pro-Kopf-Ausgaben	Hohe Pro-Kopf-Ausgaben
Niedrige Fallzahl	Geringe quantitative Eignung	Bedingte quantitative Eignung
Hohe Fallzahl	Bedingte quantitative Eignung	Hohe quantitative Eignung

Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

1. Weist ein Leistungsbereich gleichzeitig geringe Pro-Kopf-Ausgaben und eine geringe Anzahl an Leistungsfällen auf, so erscheint er für eine Selbstbeteiligungsregelung nur wenig geeignet. Aufgrund der geringen Fallzahl können nur wenige Fälle belastet bzw. abgebaut werden. Zudem könnte aufgrund der niedrigen Pro-Kopf-Ausgaben die Zuzahlung nur in geringer Höhe erhoben werden, ohne die tatsächlichen Kosten der Leistung zu übersteigen. Beide Aspekte bedingen ein nur geringes Einsparpotential solcher Bereiche.
2. Weist ein Leistungsbereich geringe Pro-Kopf-Ausgaben aber hohe Fallzahlen auf, so ist er für Selbstbeteiligungen bedingt geeignet. Aufgrund der geringen Pro-Kopf-Ausgaben kann die Zuzahlung zwar nur in geringer Höhe erhoben werden, da diese jedoch viele Fälle betrifft, ist durchaus eine Einsparwirkung zu erwarten. Auch bei hohen Pro-Kopf-Ausgaben aber geringen Fallzahlen ist ein Leistungsbereich für Selbstbeteiligungen als bedingt geeignet einzustufen. Zwar würde eine Zuzahlung nur wenige Fälle betreffen, allerdings könnten auf diese wegen den hohen Pro-Kopf-Ausgaben auch hohe Zuzahlungen erhoben werden. Somit würden sich auch bei dieser Konstellation spürbare Einsparwirkungen ergeben.
3. Weist ein Leistungsbereich hohe Pro-Kopf-Ausgaben und gleichzeitig hohe Fallzahlen auf, so ist er für eine Selbstbeteiligung prädestiniert. Durch die hohe Fallzahl werden viele Leistungsfälle von der Zuzahlung betroffen, welche aufgrund der hohen Pro-Kopf-Ausgaben zudem in einem hohen absoluten Umfang erhoben werden kann.

3.2.6 Gutscharakter der Gesundheitsleistungen

„Wirtschaftliche Güter müssen durch den Einsatz der Produktionsfaktoren *Arbeit, Sachkapital und Boden* [...] produziert werden“⁹⁴, wobei das zentrale Problem darin besteht, dass die meisten wirtschaftlichen Ressourcen, im Gegensatz zu den Bedürfnissen der Menschen begrenzt sind⁹⁵. Für medizinische Leistungen bzw. Güter gilt, dass es eine Vielzahl von Möglichkeiten der Abgrenzung gibt und die von der Güterart abhängigen Implikationen (z.B. für Selbstbeteiligungsregelungen) sich nicht immer eindeutig ableiten lassen. Im Folgenden wird für unterschiedliche Güterarten kurz untersucht, welche medizinischen Güter und Leistungen jeweils zuzuordnen sind, und welche Implikationen sich daraus für mögliche Selbstbeteiligungsregelungen ergeben.

Medizinische Güter und Leistungen können den Charakter eines gewöhnlichen Konsumguts aufweisen. Dies kann am Beispiel von Brillengestellen verdeutlicht werden, die im Gegensatz zu den Brillengläsern von den Patientinnen nach Kriterien wie Farbe, Form oder Größe ausgesucht werden. Ökonomisch scheint bei derartigen medizinischen Gütern eine Selbstbeteiligung gemäß dem Umfang des Konsumgutcharakters sinnvoll und geboten. (Leistungen können hierbei auch gänzlich aus dem Leistungskatalog entfallen, was einer 100 %-igen Selbstbeteiligung entspricht, wenn sie (fast) ausschließlich Konsumgutcharakter aufweisen).⁹⁶

Gesundheitsgüter können auch öffentliche Güter sein (Nicht-Rivalität im Konsum und Nicht-Anwendbarkeit des Ausschlussprinzips) bzw. starke positive externe Effekte aufweisen. Beispielhaft sei hier auf Impfungen verwiesen, die zum einen natürlich die geimpfte Person vor Erkrankung schützen, zum anderen aber auch andere Personen vor einer möglichen Ansteckung bewahren⁹⁷. Hat der Konsum eines Gesundheitsgutes durch ein Individuum positiven Einfluss auf die Gesundheit anderer Individuen, so ist davon auszugehen, dass Zuzahlungen diejenigen Versicherten belohnen, die sich als Trittbrettfahrer verhalten. Um ein solches Verhalten zu vermeiden ist es sinnvoll entweder auf Zuzahlungen für öffentliche Gesundheitsgüter zu verzichten, oder auf politischer Ebene den Konsum verpflichtend vorzuschreiben.

Für Gesundheitsgüter, die meritorischen Charakter aufweisen gilt, dass zwar Nichtzahler grundsätzlich vom Konsum ausgeschlossen werden könnten, dieser Ausschluss jedoch entweder unter distributiven Aspekten nicht gewollt oder aber aus ökonomischen Aspekten nicht sinnvoll ist⁹⁸. Da mit dem Konsum meritorischer Güter häufig positive externe Effekte für andere Individuen und verzerrte Präferenzen seitens der Konsumenten einhergehen sind Eingriffe des Staats hier häufig durchaus sinnvoll.⁹⁹ Beispielhaft sei dies an Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen (z.B. Krebsvorsorgeuntersuchung) veran-

94 SCHUMANN et al. (1999): S. 5.

95 Eine Ausnahme bzgl. der begrenzten Verfügbarkeit stellen die freien Güter dar, auf die weiter unten in diesem Abschnitt noch eingegangen wird.

96 An dieser Stelle kann auf eine weitere Besonderheit von medizinischen Gütern und Dienstleistungen hingewiesen werden: die Nachfrage nach diesen Gütern und Leistungen wird häufig durch die Anbieter bestimmt (angebotsinduzierte Nachfrage). Der Patient entscheidet zwar darüber, ob er einen Augenarzt aufsucht, über die weitere Therapie, die Verordnung einer Brille oder weitere Untersuchungen jedoch entscheidet maßgeblich der Augenarzt. Vgl. zur Konsumentensouveränität Abschnitt 3.2.3.

97 Nur die Verhütung von Ansteckung stellt hier das öffentliche Gut dar, da jeder vor Ansteckung geschützt ist und von diesem Schutz weder ausgeschlossen werden kann, noch andere dadurch beeinträchtigt, dass er den Schutz in Anspruch nimmt.

98 Allgemein werden Schul- und Hochschulbildung oder Schwimmbadnutzung als Beispiele für meritorische Güter angeführt (Vgl. SCHUMANN et al. (1999): S. 39).

99 Vgl. SCHUMANN et al. (1999): S. 39 und BRÜMMERHOFF (2001): S. 113f., speziell für Gesundheitsgüter ausführlich: HERDER-DORNEICH (1994): S. 663ff.

schaulich, also Leistungen bei denen Individuen häufig zu einer Unterschätzung ihres eigenen Bedarfs neigen (Unterschätzung des eigenen Krankheitsrisikos). Diese Unterschätzung gewinnt mit steigenden Zuzahlungen (Preisen) an Bedeutung und verursacht einen Rückgang der Nachfrage nach solchen Leistungen. Die Konsequenz ist leicht ersichtlich: Erkrankungen werden zu spät diagnostiziert und behandelt. Für Gesundheitsgüter, denen ein meritorischer Charakter, insbesondere bzgl. der verzerrten Präferenzen, zu unterstellen ist, gilt: eine Selbstbeteiligungsregelung erscheint wegen ihrer nachfragehemmenden Wirkung als Steuerungsinstrument ungeeignet, da bei meritorischen Gütern ja gerade eine gesteigerte Nachfrage wünschenswert ist.

In der Gesundheitsökonomie wird den meisten Gesundheitsgütern neben einer Linderung akuter Beschwerden auch ein investiver Charakter zugeschrieben, „der sich in einem Zuwachs an gesunder Zeit manifestiert“¹⁰⁰. Diese Investitionen in gesunde Zeit müssen aber nicht notwendigerweise durch Gesundheitsgüter erfolgen. Vielmehr kann jeder Versicherte durch sein individuelles Verhalten in seine Gesundheit investieren¹⁰¹. Eine mögliche Investitionsfolge in gesunde Zeit bzgl. der Vermeidung von Rückenleiden könnte sich beispielsweise folgendermaßen darstellen:

Persönliche Vorsorge (z.B. Sport) → Maßnahmen zur Vermeidung ernsthafter Konsequenzen (Massagen, Krankengymnastik) → letzte Möglichkeit zur Herstellung der Gesundheit (z.B. OP).

In diesem Beispiel ist davon auszugehen, dass mit jeder weiteren erforderlichen „Investitionsmaßnahme“ die Kosten für die GKV ansteigen. Ausgehend von dieser Argumentation ergibt sich für die Selbstbeteiligungen eine Staffelung nach der Stufe der Investition. So könnte sich, in Verbindung mit entsprechenden Aufklärungsmaßnahmen, die Lenkungswirkung der Selbstbeteiligung hinsichtlich eines „gesundheitsbewussten“ Verhaltens der Versicherten entfalten. Allerdings ist anzumerken, dass der „Anfangsbestand“ an Gesundheit nicht für alle Versicherten gleich ist, d.h. für gesunde Zeit unterschiedliche Investitionen erforderlich sind. Dies ist der Grund, warum Zuzahlungsregelungen nach diesem Muster für eine soziale Krankenversicherung eher kritisch zu betrachten sind.

3.3 Auswirkungen von Selbstbeteiligungsregelungen auf die Morbidität

Trotz der bereits genannten Kritikpunkte stellt das RAND-Experiment bis dato die einzige Studie dar, in welcher die Auswirkungen von Selbstbeteiligungen auf den Gesundheitszustand der Versicherten adäquat untersucht wurden.

Mit wenigen Ausnahmen, beispielsweise der Verbesserung der Sehstärke bei Kurzsichtigkeit und der Senkung des Blutdrucks bei Hypertonikern, zeigten sich über alle Probanden keine Unterschiede in den Gesundheitszuständen von Versicherten in Tarifen mit und ohne Selbstbeteiligungen¹⁰². Die Verbesserungen (gemessen in Leistungsanspruchnahme) bei den beiden genannten Indikationen traten am stärksten bei Geringverdienern mit hohem Gesundheitsrisiko und Verträgen ohne Selbstbeteiligung auf. Weitere Effekte, welche gegen Eigenbeteiligungen sprechen, stellen der geringere Anteil unter Blutarmut leidender Kinder unterprivilegierter Eltern und die bessere Mundgesundheit unter 35-jähriger in Tarifen ohne Selbstbeteiligungen dar¹⁰³. Andere gesundheitliche Unterschiede aufgrund direkter Beteiligungen der Patienten an den Behandlungskosten waren nicht feststellbar.

¹⁰⁰ LEU (1991): S. 222.

¹⁰¹ Eine Investition in die eigene Gesundheit kann auf der individuellen Ebene beispielsweise in gesunder Ernährung oder dem Aufgeben von ungesunden Verhaltensweisen (Rauchen) erfolgen.

¹⁰² Vgl. RAU (1992): S. 87.

¹⁰³ Vgl. RAU (1992): S. 88.

Auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten, beispielsweise in den Rauch-, Trink- oder Ernährungsgewohnheiten¹⁰⁴, wie auch Unterschiede in der Compliance¹⁰⁵ waren zwischen den Versicherten mit Verträgen mit und ohne Selbstbeteiligungen nicht auszumachen.

Das wohl stichhaltigste Argument, weshalb kaum Veränderungen im Gesundheitszustand wie auch im Gesundheitsverhalten feststellbar waren, liefert PFAFF: Er bringt den Einwand hervor, dass der Untersuchungszeitraum „zu kurz gewählt“¹⁰⁶ sei, um die gesundheitlichen Folgewirkungen von Selbstbeteiligungen hinreichend beobachten zu können. Gestützt wird dieses Argument dadurch, dass gerade bei denjenigen Indikationen, bei welchen eine Behandlung schnellen Erfolg zeigt, deutlich bessere Werte in den Tarifen ohne Selbstbeteiligungen festzustellen waren: Die Mundgesundheit lässt sich bei entsprechender Prävention schnell verbessern und auch gegen Fehlsichtigkeit bzw. Bluthochdruck sind bei entsprechender Patientencompliance zeitnahe Erfolge zu erzielen. Demgegenüber dürften diese selbstbeteiligungsbedingten Morbiditätsunterschiede bezogen auf Erkrankungen mit längeren durchschnittlichen Behandlungszeiträumen auch erst über mehrere Perioden hinweg erkennbar werden. Negative gesundheitliche Folgewirkungen durch Selbstbeteiligungen sind also durchaus zu erwarten.

3.4 Höhe der Selbstbeteiligung

Für eine theoretische Analyse von Selbstbeteiligungsregelungen ist es, gerade unter dem Gesichtspunkt der Merkllichkeit¹⁰⁷, von großer Bedeutung, auch die Höhe der Selbstbeteiligungen zu betrachten. In den beiden folgenden Abschnitten werden sowohl die derzeit noch gültigen Zuzahlungsregelungen wie auch die im September und Oktober 2003 im GKV-Modernisierungsgesetz verabschiedeten Änderungen kurz vorgestellt¹⁰⁸.

3.4.1 Bisherige Regelungen

Tabelle 2 zeigt die Zuzahlungsregelungen nach Leistungsbereichen, wie sie bislang in Deutschland Gültigkeit haben. Sie reichen von einer festen, nach Packungsgrößen gestaffelten Zuzahlung (Gebühr) bei Arzneimitteln über eine generelle prozentuale Zuzahlung bei Heil- und bestimmten Hilfsmitteln bis hin zu einer prozentualen Selbstbeteiligung mit Bonussystem bei Zahnersatz. Auch in der Bemessungsgrundlage der Zuzahlungen gibt es Unterschiede: Orientiert sich die Höhe der Selbstbeteiligung beim Zahnersatz und anderen Leistungsbereichen an der Höhe der Kosten, so orientiert sie sich bei Medikamenten an der Packungsgröße und bei stationären Behandlungen an der Dauer des Aufenthalts.

¹⁰⁴ Vgl. KNAPPE (1987): S. 73.

¹⁰⁵ Vgl. RAU (1992): S. 89.

¹⁰⁶ PFAFF; SCHEJA (1985): S. 273.

¹⁰⁷ Siehe dazu auch Gliederungspunkt 3.2.4.

¹⁰⁸ Eine Analyse der Steuerungswirkungen von Selbstbeteiligungen in einzelnen Leistungsbereichen erfolgt weiter unten in Kapitel 5.

Tabelle 2: Zuzahlung in der GKV nach Leistungsbereichen im Jahr 2003

Leistung	Jeweilige Zuzahlung
Arzneimittel	Gebühr nach Packungsgröße
Packungsgröße N1	4,00 €
Packungsgröße N2	4,50 €
Packungsgröße N3	5,00 €
Verbandmittel	Gebühr
Für jedes Mittel	4,00 €
Fahrkosten	Gebühr
Pro Fahrt	13,00 €
Heilmittel	Prozentual
Massagen, Krankengymnastik, etc., auch bei Abgabe in der Arztpraxis	15 % der Kosten
Best. Hilfsmittel	Prozentual
Bandagen, Einlagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	20 % der Kosten, die die Krankenkasse übernimmt
Krankenhausbehandlung	Gebühr nach Tagen
Pro Kalendertag für höchstens 14 Tage pro Jahr	9,00 €
Mütterkuren	Gebühr nach Tagen
Pro Kalendertag	9,00 €
Stat. Vorsorge und Rehabilitation	Gebühr nach Tagen
Pro Kalendertag	9,00 €
Anschlussrehabilitation	Gebühr nach Tagen
Pro Kalendertag für höchstens 14 Tage	9,00 €
Zahnersatz	Prozentual mit Bonussystem
	50 % der Kosten ohne Bonus
	40 % der Kosten mit Bonus
	35 % der Kosten bei Nachweis langjähriger Pflege

Quelle: Modifiziert entnommen aus: VdAK/AEV (2003).

3.4.2 Regelung des GKV-Modernisierungsgesetzes

Die Neuordnung der Finanzierung der GKV, die aus dem Konsenspapier der Regierungskoalition und der Fraktion der CDU/CSU hervorgegangen sind und im GMG Eingang gefunden haben, beinhalten weitgehende Änderungen bei den Zuzahlungsregelungen¹⁰⁹. So wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen und somit, wie Sterbe- und Entbindungsgeld, nicht medizinisch induzierte Sterilisation, und Kosten für Taxi- oder Mietwagenfahrten mit einer Zuzahlung von 100 % belegt. Für Sehhilfen gilt dieser Leistungsausschluss nur für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern sie nicht „schwer sehbeeinträchtigt“ sind, nicht verschreibungspflichtige Medikamente sollen nur noch in Ausnahmefällen von der GKV finanziert werden. Für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wird die Anzahl der Behandlungsversuche sowie die in Frage kommenden Altersgruppen begrenzt; zusätzlich werden die Kosten zukünftig hälftig von den Versicherten zu tragen sein.¹¹⁰

Die bestehenden Zuzahlungsregelungen sollen dem GMG zufolge umgestaltet, vereinfacht und ergänzt werden. Dazu ist eine grundsätzliche Zuzahlung von 10 % bei allen Leistungen vorgesehen, die jedoch nicht unter 5 € und nicht über 10 € liegen darf. Bei einzelnen Leistungsbereichen sieht der Entwurf aber Abweichungen von diesen grundsätzlichen Regelungen vor:

¹⁰⁹ Sämtliche Ausführungen in diesem Abschnitt beziehen sich auf den Entwurf eines „Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG); Stand 8. September 2003.

¹¹⁰ Künstliche Befruchtungen werden auf drei Versuche für Frauen von 25 bis 40 Lebensjahren begrenzt, für Männer gilt eine Altersgrenze von 50 Lebensjahren.

- Bei Heilmitteln und häuslicher Pflege wird zusätzlich zu der vorgesehenen 10 %-igen Selbstbeteiligung eine Gebühr von 10 € je Verordnung fällig. Im Bereich der häuslichen Pflege wird die Zuzahlung jedoch auf die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme begrenzt.
- Die bis dato zuzahlungsfreie Inanspruchnahme ambulantärztlicher Leistungen soll künftig, sowohl bei Allgemein- als auch bei Fachärzten mit einer „Praxisgebühr“ in Höhe von 10 € pro Behandlungsfall und Quartal belegt werden. Dies bedeutet, dass ein Patient für den Besuch bei jedem niedergelassenen Arzt (Allgemeinarzt wie auch Facharzt), pro Quartal eine Eigenleistung von 10 € zu entrichten hat¹¹¹. Wie oft und aus welchen Gründen er den betreffenden Arzt in diesem Quartal insgesamt aufsucht ist hierbei unerheblich. Die Gebühr entfällt jedoch, wenn:
 - der Patient zu dem betreffenden Arzt überwiesen wird,
 - an dem Patienten Gesundheitsuntersuchungen i.S.d. § 25 SGB V erbracht werden und
 - der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.¹¹²

Des Weiteren wird die Praxisgebühr in die allgemeinen Härtefallregelungen, d.h. eine Begrenzung der gesamten zu leistenden Selbstbeteiligung auf 2 %, bei chronisch Kranken auf 1 % des Bruttojahreseinkommens, miteinbezogen.¹¹³

- Für Krankenhausbehandlungen soll der Zuzahlungsbetrag auf 10 € pro Kalendertag erhöht werden. Wobei die Dauer der Zuzahlungspflicht von 14 auf 28 Tage verlängert werden soll. Für Vorsorge- und Rehamaßnahmen ist eine analoge Regelung vorgesehen, allerdings nur dann mit einer Begrenzung der Zuzahlungspflicht auf 28 Tage, wenn eine Anschlussbehandlung vorliegt.

Um bei diesen zahlreichen Ausweitungen bzw. Erhöhungen der Selbstbeteiligungsregelungen eine „soziale Balance“ sicherzustellen sind auch Änderungen bei den Befreiungsmöglichkeiten vorgesehen¹¹⁴.

¹¹¹ Vgl. o.V. (2003b).

¹¹² Vgl. o.V. (2003a).

¹¹³ Vgl. o.V. (2003a).

¹¹⁴ Siehe hierzu Abschnitt 4.1.2.

4 Härtefallregelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Um sowohl den Forderungen nach der Leistungsgewährung nach dem Bedarf als auch nach einem Anreiz für wirtschaftliches Verhalten gerecht zu werden, wurden in der Bundesrepublik Deutschland im Gesundheitsreformgesetz 1989 gleichzeitig mit einer Ausweitung der Selbstbeteiligung - im Hinblick auf die Sicherung des Solidarprinzips - durch so genannte Härtefallregelungen¹¹⁵ Befreiungen von Zuzahlungen gesetzlich verankert. Gleichzeitig entfielen die bis dahin geltenden Begünstigungen chronisch Kranker.

4.1 Gesetzliche Grundlage

4.1.1 Bisheriges Recht

Die Definition eines Versicherten als Härtefall wird im SGB V verbindlich geregelt, wobei ursprünglich zwei, seit 1999 drei Befreiungstatbestände unterschieden werden:

Die auch als „Sozialklausel“ bezeichnete Regelung des § 61 SGB V sieht bisher vor, dass Versicherte, deren Haushaltseinkommen eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreitet, vollständig von Zuzahlungen zu Arzneien, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln, Fahrkosten, Kuren, stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Zahnersatz befreit sind. Unabhängig von ihrer individuellen Einkommensgrenze sind außerdem Versicherte befreit, die Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge, Arbeitslosenhilfe oder Ausbildungsförderung beziehen.

Gemäß der „Überforderungsklausel“ nach § 62 SGB V werden Versicherte nach Vorlage entsprechender Belege rückwirkend von den Zuzahlungen befreit, soweit sie 2 % ihres Haushaltseinkommens übersteigen. Diese teilweise Befreiung bezieht sich dabei auf Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie zu Fahrkosten.

Seit 1999 sind nach § 62 SGB V auch chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 % ihres Haushaltseinkommens geleistet haben, für die weitere Dauer der Behandlung von Zuzahlungen in den gleichen Leistungsbereichen wie bei der Überforderungsklausel befreit. Dabei legt § 62 Absatz 1 SGB V fest, dass die Zuzahlungen nach Ablauf von einem Jahr nur für diejenigen Versicherten entfallen, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind.

Beim Zahnersatz gibt es eine gleitende Härtefallregelung. Danach übernimmt die Krankenkasse den Betrag des Eigenanteils des Versicherten, der das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 SGB V und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 SGB V maßgebenden Einnahmegränze übersteigt. Für Zuzahlungen im Krankenhaus gibt es weder Befreiungsmöglichkeit nach § 61 SGB V noch nach § 62 SGB V.

Neben Härtefällen nach §§ 61ff. SGB V sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren generell von Zuzahlungen befreit. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die im Jahr 2003 geltenden unterschiedlichen Befreiungstatbestände in den einzelnen Leistungsbereichen der GKV.

¹¹⁵ Für eine theoretische Analyse der Härtefallregelungen vgl. PFAFF (2003): S. 127ff.

Tabelle 3: Zuzahlungsbefreiungen in der GKV nach Leistungsbereichen im Jahr 2003

Leistung	Möglichkeiten der Befreiung
Arzneimittel	Zuzahlungsbefreiung
Packungsgröße N1	a) b) c) d)
Packungsgröße N2	a) b) c) d)
Packungsgröße N3	a) b) c) d)
Verbandmittel	Zuzahlungsbefreiung
Für jedes Mittel	a) b) c) d)
Fahrkosten	Zuzahlungsbefreiung
Pro Fahrt	a) b) c)
Heilmittel	Zuzahlungsbefreiung
Massagen, Krankengymnastik, etc., auch bei Abgabe in der Arztpraxis	a) b) c) d)
Best. Hilfsmittel	Zuzahlungsbefreiung
Bandagen, Einlagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	a) d)
Krankenhausbehandlung	Zuzahlungsbefreiung
Pro Kalendertag für höchstens 14 Tage	d)
Mütterkuren	Zuzahlungsbefreiung
Pro Kalendertag	a) d)
Stat. Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlungsbefreiung
Pro Kalendertag	a) d)
Anschlussrehabilitation	Zuzahlungsbefreiung
Pro Kalendertag für höchstens 14 Tage	a) d)
Zahnersatz	Zuzahlungsbefreiung
	a) b) (gleitende Überforderungsklausel)
Legende	
a) Sozialklausel b) Überforderungsklausel c) Chronisch Kranken Klausel d) Kinder unter 18 Jahre	

Quelle: Modifiziert entnommen aus: VdAK/AEV (2003).

4.1.2 Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes

Im GKV-Modernisierungsgesetz - GMG¹¹⁶ ist neben der im Punkt 3.4.2. angesprochenen Modifikation der Zuzahlungsregelungen auch eine Änderung der Härtefallregelungen vorgesehen. Zukünftig werden alle Versicherten mit Ausnahme von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr mit Zuzahlungen belastet, die jedoch auf maximal 2 % ihres Bruttoeinkommens begrenzt werden. Die darüber hinausgehenden Zuzahlungsbeträge werden von der Krankenkasse übernommen. Chronisch Kranke werden, wie bisher, nur Zuzahlungen in Höhe von 1 % ihres Bruttoeinkommens - allerdings nicht nur in einem Jahr, sondern auch in den Folgejahren - leisten müssen. Demnach werden die bisher Sozialklauselbefreiten nicht mehr vollständig von Eigenbeteiligungen befreit, sondern müssen stattdessen Zuzahlungen wie die restlichen Versichertengruppen leisten. Allerdings wirken sich die niedrigen Einkommen auf die absolute Höhe der Zuzahlungsbegrenzung aus.

Den besonderen sozialen Belangen von Familien wird neben der Zuzahlungsbefreiung von Minderjährigen bei der Festlegung des für die 2 % bzw. 1 % Grenze relevanten Einkommens durch Freibeträge für Kinder und nicht berufstätige Ehegatten Rechnung getragen. Entweder findet ein absoluter Freibetrag für Kinder und Ehegatten Anwendung¹¹⁷ oder eine Verminderung der jährlichen Bruttoeinnahmen um 15 %

¹¹⁶ Neufassung von § 62 SGB V in der Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG); Stand 8. September 2003. Das Gesetz wurde Ende September 2003 in zweiter und dritter Lesung vom Bundestag und am 17. Oktober 2003 vom Bundesrat verabschiedet und tritt in den meisten Teilen ab 01.01.2004 in Kraft.

¹¹⁷ Die Höhe dieses Freibetrags liegt bei 3.648 € je Kind.

bzw. 10 % je berücksichtigungsfähigem Angehörigen¹¹⁸. Durch die Neuregelungen wird es künftig keine vollständige Befreiung von Zuzahlungen mehr geben. Wie in Punkt 5.4 weiter unten gezeigt wird, werden jedoch viele bisher vollständig von Zuzahlungen Befreite nach § 61 SGB V zukünftig im Rahmen der 2 %-Regel zumindest teilweise von Zuzahlungen befreit sein. Es muss in Zukunft also mit einer Zunahme der Härtefälle nach der Überforderungsklausel (2 %-Regelung) gerechnet werden, nicht zuletzt aufgrund der deutlichen Anhebungen der Zuzahlungen. Da chronisch Kranke auch schon nach der bisherigen Regelung (d.h. wenn sie innerhalb eines Jahres aufgrund der gleichen Krankheit mehr als 1 % ihres Einkommens für Zuzahlungen aufwenden mussten) von Zuzahlungen befreit waren, dürfte sich die Größe dieser Gruppe nach der Neufassung der Härtefallregelung allenfalls geringfügig ändern. (Künftig gilt aber die 1 %-ige Zahlung für jedes Jahr, eine vollständige Befreiung von gewissen Zuzahlungen ist nicht mehr möglich.) Die Belastung dieser Versichertengruppe durch die Zuzahlungen steigt gegenüber den bisherigen Regelungen somit an. Aufgrund der Zuzahlungserhöhungen dürften weitere als chronisch krank anzuerkennende Versicherte hinzukommen, deren Belastung bisher unter 1 % des Einkommens betrug. In Zukunft ist außerdem zu erwarten, dass ein Teil der bislang als „Sozialklauselfälle“ Befreiten mit Selbstbeteiligungsbelastung zwischen 1 % und 2 % des relevanten Einkommens die Befreiung als chronisch Kranke beantragen wird.

4.2 Anzahl und Verteilung der Härtefälle

Aus Tabelle 4 geht hervor, dass 34,90 % der 70,947 Mio. GKV-Versicherten im Jahr 2001 aufgrund der verschiedenen Befreiungsregelungen von Zuzahlungen befreit waren. Von allen Befreiten stellen die Minderjährigen rund 54 % und die Härtefallbefreiten nach § 61 und § 62 SGB V 46 %. Von diesen wiederum machen die (fast) vollständig Befreiten nach § 61 SGB V den weitaus größten Anteil aus: Von den rund 11,4 Mio. Härtefällen stellen sie 9,4 Mio. Die restlichen 2 Mio. entfallen hingegen auf die beiden Gruppen der nur teilweise Befreiten. Diese hatten bisher nur eine untergeordnete Bedeutung.

Tabelle 4: Von Zuzahlung in der GKV befreite Personen im Jahr 2001

Personenkreis	Zahl der erfassten Personen	Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten in Prozent
gesetzlich krankenversicherte Personen	70.947.864	100,00
von Zuzahlungen befreite Personen, davon:	24.761.597	34,90
Minderjährige	13.368.570	18,84
Härtefälle, darunter:	11.393.027	16,06
vollständig befreit	9.353.809	13,18
teilweise befreit, davon:	2.039.218	2,87
<i>chronisch krank</i>	1.956.791	2,76
<i>überfordert</i>	82.427	0,12

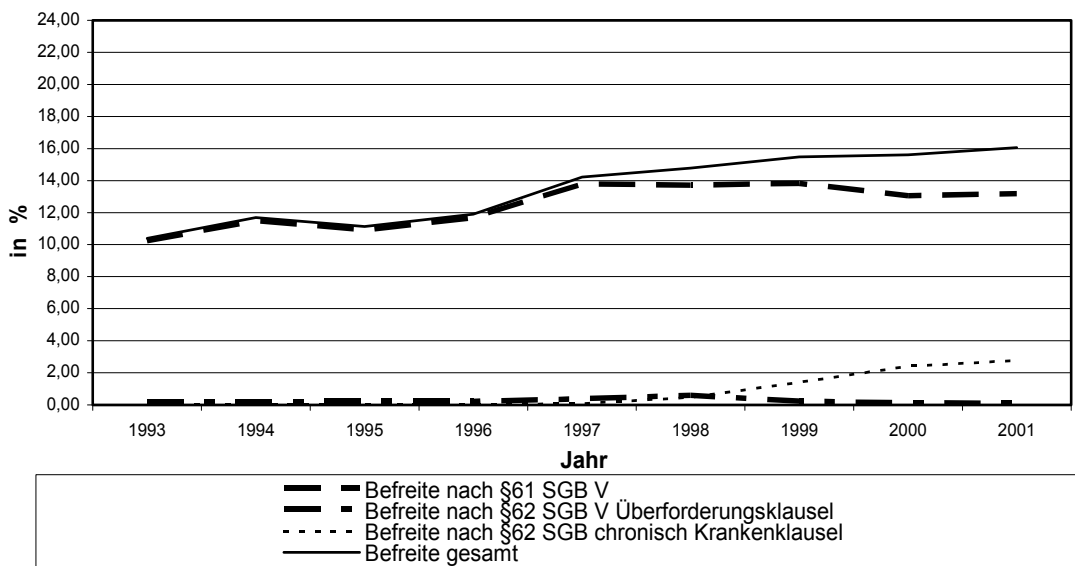
Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Berechnung nach: BMGuSS (o.J.).

Der Anteil der Befreiten nach §§ 61 und 62 SGB V an den Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung hat im Laufe der letzten Jahre stetig zugenommen. Wie aus Abbildung 3 hervorgeht, vergrößerte er sich von 10,41 % im Jahr 1993 bis auf 16,06 % im Jahr 2001. Wenngleich die Befreiungen nach § 61 SGB V mit einem Zuwachs von 10,23 % im Jahr 1993 auf 13,18 % im Jahr 2001 überwiegen, waren bei den teilweisen Befreiungen nach § 62 SGB V, mit einem Anstieg von 0,16 % im Jahr 1993 auf 2,88 % im Jahr 2001, weit höhere Zuwachsraten zu verzeichnen. Dagegen war bei den nach Überforderungs-

¹¹⁸ Die 15 %-ige Reduktion der Bruttoeinnahmen gilt für den ersten im Haushalt des Versicherten lebenden Angehörigen, darüber hinaus gilt eine Verminderung von 10 %.

klausel befreiten Versicherten seit 1998 sogar ein drastischer Rückgang um 0,48 Prozentpunkte zu verzeichnen, während im selben Zeitraum die Befreiungen für chronisch Kranke um 2,2 Prozentpunkte anstieg. Bis zum Jahr 1998 jedoch war bei beiden Gruppen von teilweise befreiten Versicherten ein Anstieg zu verzeichnen, ab diesem Zeitpunkt jedoch ist, wie bereits erwähnt, der gesamte Anstieg auf die Zunahme an Befreiungen für chronische Kranke zurückzuführen. Die Entwicklung bis 1998 mag vor allem an der Erhöhung der Selbstbeteiligungen der Versicherten in den Jahren zuvor liegen, die zur Vermeidung sozialer Härten zu einer vermehrten Inanspruchnahme der Härtefallregelungen führten. Befreiungen wegen chronischer Erkrankung im Rahmen der Härtefallklauseln gibt es erst (wieder) ab dem 01.01.1999.

Abbildung 3: Anteil der Härtefälle nach §§ 61f. SGB V an den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1993-2001, Angaben in Prozent



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung nach: BMGuSS (o.J.).

Es zeigt sich auch, dass die einzelnen Kassenarten unterschiedliche Befreitenanteile aufweisen, die im Zeitraum 1993-2001 für alle Kassenarten deutlich zugenommen haben. Es weisen vor allem die AOK'n deutlich überproportionale Anteile von Zuzahlungsbefreiten auf, die BKK'n und die Angestelltenersatzkrankenkassen unterproportionale¹¹⁹. Dennoch wurde in der Diskussion der Reform des Risikostrukturausgleichs kein Ausgleich dieses verhältnismäßig einfach und objektivierbar nachzuvollziehenden Tatbestands vorgesehen: Frühere Untersuchungen der Autoren (PFAFF et al. 2002) haben gezeigt, dass aber auch die „Sozialklauselbefreiten“ nach § 61 SGB V weit höhere durchschnittliche Gesundheitsausgaben verursachen als gleichaltrige nicht Zuzahlungsbefreite. Der bisherige Risikostrukturausgleich berücksichtigt zwar die unterschiedlichen beitragspflichtigen Einkommensniveaus, nicht jedoch die durch die Sozialklausel bewirkten höheren Kassenausgaben. Wie LANGER et al. (2003) zeigten, wäre eine Berücksichtigung von Härtefällen im Risikostrukturausgleich gleichsam als indirekte Erfassung der Morbidität gerechtfertigt und würde die Wettbewerbsnachteile von Kassenarten mit vielen Härtefällen verringern.

¹¹⁹: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, (o.J.). Die Autoren danken Herrn Dreesen und Herrn Busch vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die vorzeitige Überlassung der Statistik KG 2 für die Jahre 2000 und 2001.

5 Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen

Im Abschnitt 3.2 dieser Arbeit wurde die Voraussetzung für eine wirksame Nachfragesteuerung durch Selbstbeteiligungen aufgezeigt und erläutert. Zuvor war auch auf den Finanzierungsaspekt von Selbstbeteiligungen hingewiesen worden. In diesem Abschnitt sollen nun für ausgewählte Bereiche, die im Rahmen der GMG-Reform deutliche Zuzahlungsveränderungen erfahren, die zu erwartenden Finanzierungs- und Steuerungswirkungen untersucht werden. Die Auswahl der Maßnahmen umfasst nicht nur von ihrem Aufkommen her bedeutende Bereiche, sondern auch solche, die sich deutlich hinsichtlich der Art der Selbstbeteiligung, der Betroffenheit der Versicherten und der Härtefälle sowie hinsichtlich der Art der Veränderung unterscheiden, nämlich die Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln, im Krankenhaus und bei der (zahn-)ärztlichen Behandlung.

In diesem Schritt der Untersuchung einzelner Selbstbeteiligungen wird jeweils auf den Versicherten abgestellt, während wir in der Analyse des Zusammenwirkens unter Berücksichtigung der künftig geltenden Überforderungsregelung in Abschnitt 5.4 jeweils ein Mitglied mit seinen mitversicherten Angehörigen zusammenfassen.

5.1 Leistungsbereich Arzneimittel

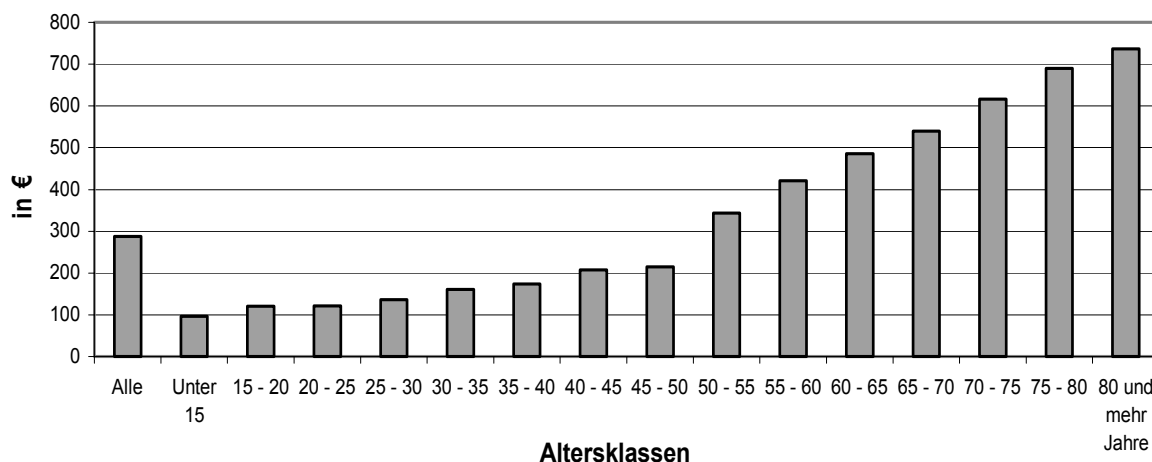
Arzneimittel werden in jedem Jahr von der ganz überwiegenden Zahl der Versicherten in Anspruch genommen. Es gab bisher eine sehr deutliche Entlastung von diesen Selbsthalten bei Härtefällen, vor allem bei Sozialklauselfällen sowie bei chronisch Kranken. Wie aus Abschnitt 3.4 hervorgeht, wird der Arzneimittelsektor von zahlreichen Änderungen hinsichtlich Höhe und Art der Selbstbeteiligung sowie im Hinblick auf die Behandlung von Härtefällen bei den Zuzahlungsregelungen betroffen sein. Die folgenden Abschnitte sollen nun für diesen Leistungsbereich die Änderungen auf ihre Wirkungen hin untersuchen.

5.1.1 Finanzierungswirkung von Arzneimittelselbsthalten

Die dargestellten Änderungen bei den Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel werden zunächst auf jeden Fall Finanzierungswirkungen entfalten, da Kosten von der GKV auf die Versicherten verlagert werden. Diese Wirkungen werden dabei in diesem Abschnitt ohne Berücksichtigung von Verhaltensänderungen (Formalinzidenz) untersucht. Das bedeutet, dass wir die Auswirkungen unter der Annahme schätzen, die Nachfrage wäre völlig unelastisch.

Aus Abbildung 4 werden die bisherigen Ausgaben der GKV für Arzneimittel nach Altersgruppen ersichtlich. Durchschnittlich betragen die Ausgaben für Arzneimittel, die ein Versicherter verursacht, im Jahr 2001 288 €, wobei ein kontinuierlicher Anstieg der Kosten mit dem Alter zu beobachten ist. Dieser Kostenanstieg verteilt sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Lebensabschnitte der Versicherten. Während die Kostenzuwächse vom Jugendalter bis zu einem Alter von 49 Jahren relativ moderat ausfallen, steigen sie ab einem Alter von 50 Jahren sprunghaft an. Verbraucht ein Versicherter der Altersgruppe 45 bis 50 Jahre noch durchschnittlich 215 € für Arzneimittel, so steigt dieser Wert in der nächsten Altersgruppe um fast 60 % auf 343 € an. Bis zu einem Alter von 49 Jahren steigen die Gesundheitsausgaben beim Übertritt in die nächste Altersgruppe durchschnittlich um 17 €. In dem Lebensabschnitt ab 50 Jahre erhöhen sich diese Zuwächse auf rund 75 € pro Fünfjahresgruppe.

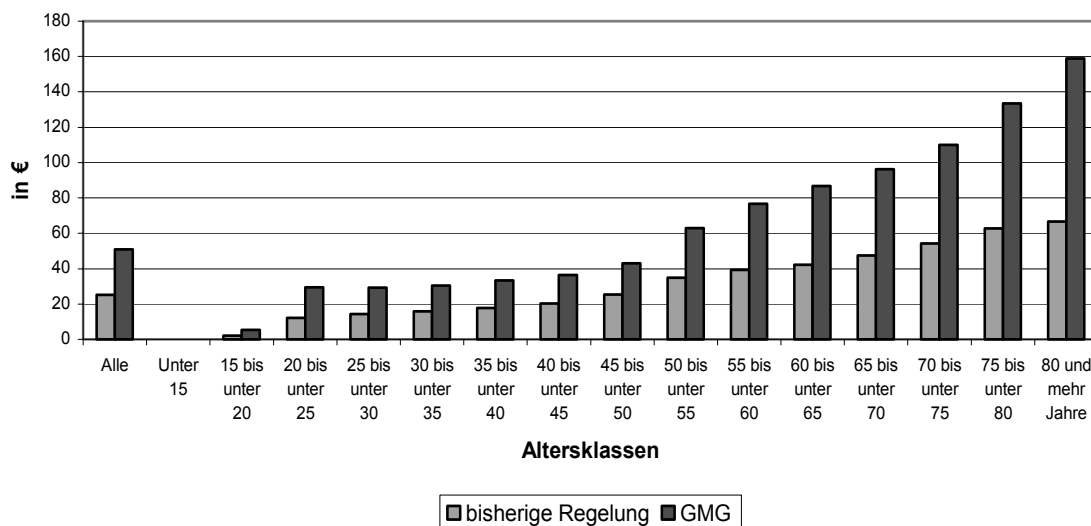
Abbildung 4: Durchschnittliche jährliche GKV-Ausgaben für Arzneimittel je Versichertem nach dem Alter, Berechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Die dargestellte Entwicklung der Ausgaben für Medikamente über das Lebensalter hinweg schlägt sich auch auf die Zuzahlungsbeträge der jeweiligen Altersgruppen nieder, wie Abbildung 5 für das Jahr 2001 verdeutlicht. Durchschnittlich wurden Versicherte nach bisherigem Recht (hellgraue Balken) mit 25 € pro Jahr mit Zuzahlungen belastet, wobei für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren eine generelle Befreiung galt. Ab der Volljährigkeit steigen die Beträge für Zuzahlungen stetig mit dem Alter an und erreichen bei der ältesten aufgeführten Versichertengruppe den höchsten Betrag. Zu beachten ist dabei, dass sich die Steigerungen der Belastungen durch Selbstbehalte ebenfalls nicht gleichmäßig vollziehen, sondern bei einzelnen Altersgruppen besonders stark ausfallen. Schließlich verdeutlicht ebenfalls Abbildung 5 in dunkelgrauen Balken, wie sich die geplanten Reformen bei den Zuzahlungen auf deren Höhe im Jahr 2001 ausgewirkt hätten. Bleiben die neuen Härtefallregelungen, deren Wirkung nur im Zusammenspiel verschiedener Selbstbehalte sinnvoll beurteilt werden kann (vgl. dazu Gliederungspunkt 5.4 unten), unberücksichtigt, so beliefen sich die durchschnittliche Belastung durch Zuzahlungen im Arzneimittelbereich unter Berücksichtigung der Befreiung von Minderjährigen auf 51 €. Sie würden sich in den meisten Altersgruppen mehr als verdoppeln. Dies würde zum einen natürlich die Finanzierungswirkung verstärken, zum anderen wären jedoch auch politisch ungewollte Verteilungseffekte die Konsequenz.

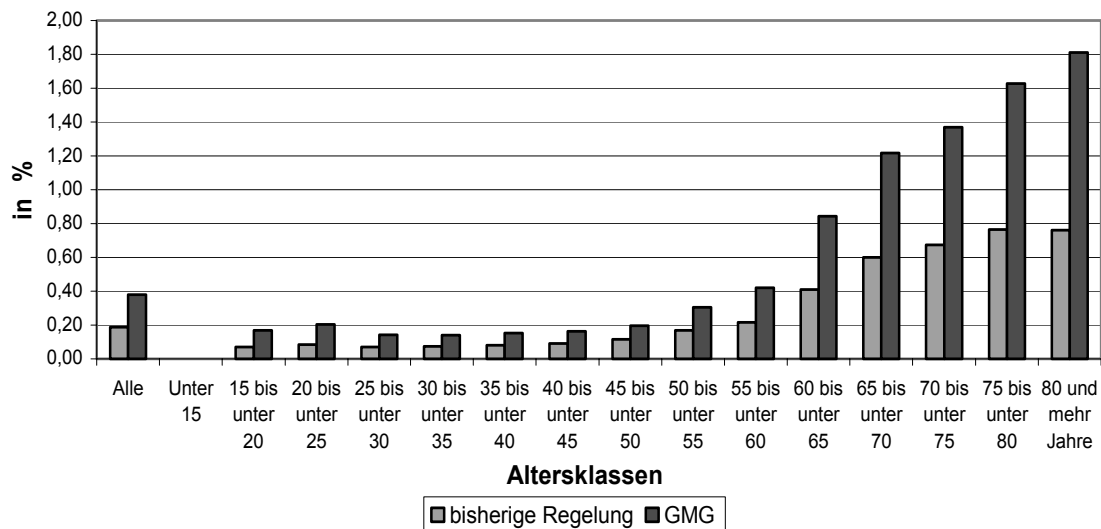
Abbildung 5: Durchschnittliche Höhe der Arzneimittelselbstbehalte nach dem Alter nach bisheriger Regelung und nach dem GMG, Berechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Es unterscheiden sich jedoch nicht nur die absoluten Belastungen bei verschiedenen Altersgruppen. Auch im Verhältnis zum jeweiligen Einkommen sind die Belastungsunterschiede durch Zuzahlungen für Arzneimittel sehr deutlich, wie Abbildung 6 demonstriert. Müssen Versicherte bis 49 Jahre etwa 0,10 % ihres Einkommens für Selbstbehalte bei Arzneimitteln aufwenden, machen diese bei den 55-60-jährigen bereits 0,22 %, bei den 60-65-jährigen 0,41 % und bei der folgenden Gruppe schon 0,60 % des Jahreseinkommens aus. Den größten Teil ihres Einkommens mussten mit 0,77 % im Jahr 2001 die 75-79-jährigen für Zuzahlungen aufwenden, während Versicherte ab 80 Jahren wieder einen geringeren Teil ihres Einkommens (0,76 %) für diesen Zweck aufzubringen hatten. Die Arzneimittelzuzahlungen nach dem GMG würde im Verhältnis zum Einkommen – ohne Berücksichtigung der Härtefallregelungen – insgesamt 0,38 % betragen und somit zu deutlichen Mehrbelastungen führen. Die Belastung des Einkommens mit Zuzahlungen nach würde GMG-Regelung ebenfalls wie die alte Zuzahlungsregelung stark mit dem Alter ansteigen, allerdings insbesondere in den oberen Altersklassen auf wesentlich höherem Niveau.

Abbildung 6: Prozentuale Belastung des Einkommens der Versicherten durch Arzneimittelselfthalte nach dem Alter nach bisheriger Regelung und nach dem GMG, Berechnungsbasis 2001, in Prozent des Einkommens



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Berechnung und Darstellung.

Es lässt sich festhalten, dass die Belastungen durch Zuzahlungen nach den bisherigen Regelungen im Arzneimittelbereich stark vom Alter der Versicherten abhängen, was seinen Grund vor allem in der Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Medikamenten hat. Die bisherigen Härtefallregelungen nach §§ 61 und 62 SGB V verhindern, wie die hellgrauen Balken in Abbildung 5 und Abbildung 6 oben zeigten, diese auch relativ zum Einkommen höhere Belastung älterer Menschen nicht genügend, um diesen Effekt zu nivellieren. Die im GMG vorgesehenen Änderungen bei den Selbsthalten im Arzneimittelbereich führen - ohne Härtefallregelungen - jedoch zu einer durchschnittlich deutlich höheren Belastung, vor allem für ältere Versicherte.

5.1.2 Steuerungswirkung von Arzneimittelselfthalten

An dieser Stelle soll veranschaulicht werden, wie sich der zukünftige Verlauf der Selbstbeteiligungshöhe in Abhängigkeit von den Medikamentenpreisen darstellt. Bis zu einem Preis von 5 € müssen Versicherte den Preis der Medikamente vollständig selbst übernehmen. Für Medikamente mit einem Preis zwischen fünf und 50 € gilt die 10 %-ige Selbstbeteiligung mit einer Untergrenze von 5 €, so dass für dieses Preis-

segment faktisch eine feste absolute Zuzahlung (Gebühr) besteht. In der folgenden Preisgruppe (von über 50 € bis 100 €) greift die prozentuale Zuzahlung. Die Zuzahlungsbeträge liegen zwischen 5 € und 10 € und orientieren sich an den Kosten des verordneten Mittels (Proportionalzone). Für Medikamente, deren Preis oberhalb von 100 € liegt, ist der Zuzahlungsbetrag auf zehn € beschränkt, so dass im Ergebnis die neue Regelung wiederum einer festen Gebühr gleichkommt. Eine Umstellung von einer absoluten Zuzahlung auf eine prozentuale Selbstbeteiligung findet also für einen großen Teil der Arzneimittel nicht statt. Für die Konsumenten von eher niedrigpreisigen bzw. hochpreisigen Medikamenten findet nur eine geringfügige Änderung statt: Die Zuzahlung wird nunmehr unabhängig von der Packungsgröße erhoben und erhöht sich für die meisten Präparate¹²⁰. Die für eine prozentuale Zuzahlung postulierten größeren Steuerungswirkungen gelten nur für einen eingegrenzten Bereich der Arzneimittel.

Weiterhin muss aber auch von Steuerungswirkungen ausgegangen werden, die der ursprünglichen Intention eines effizienteren Umgangs mit den vorhandenen Ressourcen widersprechen. Durch die Loslösung der Selbstbehalte von den Packungsgrößen verschwindet für einen Teil der Versicherten bzw. für bestimmte Preissegmente der Anreiz, übermäßige Nachfrage zu vermeiden. Liegt die Zuzahlung bei einem Präparat für mehrere Packungsgrößen in gleicher Höhe vor¹²¹, so besteht für die Patienten ein Anreiz, sich die, für die jeweilige Zuzahlungshöhe größtmögliche Packung verschreiben zu lassen. Dies wird ein Patient möglicherweise auch dann von seinem Arzt fordern, wenn aus medizinischer Sicht eine kleinere Packung ausreichend wäre. Die Steuerungswirkung wird nach der GMG-Reform auf einen anderen Aspekt gelenkt als bisher: Wenn Arzneien die weitgehend gleiche Wirkung haben, z.B. den gleichen Wirkstoff enthalten, so werden künftig die Versicherten einen Anreiz zur Verschreibung des preisgünstigeren Mittels erhalten, soweit die Preise zwischen 50 € und 100 € liegen. In der Vergangenheit war - solange Arzneimittelbudgets in Kraft waren - allenfalls für den Arzt der Anreiz vorhanden, preisgünstigere Medikamente zu verschreiben.

5.2 Leistungsbereich Krankenhaus

Die Zuzahlungen im Krankenhaus werden dem GMG-Entwurf zufolge nicht, wie im Arzneimittelbereich, weitgehenden Änderungen unterworfen. Vielmehr wird die bestehende Bemessungsgrundlage (Aufenthaltsdauer) beibehalten. Allein die Zuzahlungshöhe pro Tag steigt von 9 € auf 10 € bei einer gleichzeitigen Ausweitung der Geltungsdauer von 14 auf 28 Tage.

5.2.1 Finanzierungswirkung von Krankenhausselbstbehalten

Nach bisheriger Regelung waren Krankenhausselbstbehalte eine im Vergleich zu den tatsächlichen Krankenhauskosten geringe Gebühr, welche mit oberer Begrenzung von 14 Tagen pro Jahr anfiel und, von der es auch keine Härtefallbefreiungen gab. Zu beachten ist auch, dass sich - im Gegensatz zur Arzneimittelinanspruchnahme - die Krankenhausnutzung auf einen vergleichsweise geringen Anteil der Versicherten pro Jahr beschränkt.

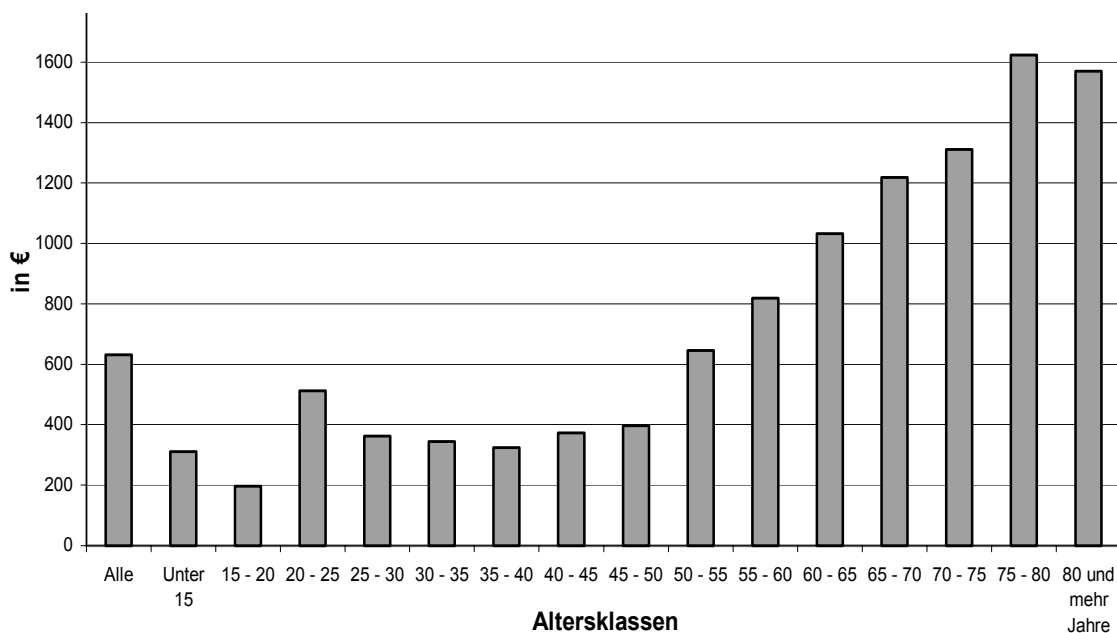
Abbildung 7 zeigt, dass die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2001 bei durchschnittlich 631 € pro Person lagen. Es handelt sich insgesamt um den ausgabenträchtigsten GKV-Leistungsbereich. Die geringsten Kosten fielen bei den 15- bis 20-jährigen mit 197 € pro Versichertem an. Die unter 15-jährigen verursachten aufgrund von Geburtskomplikationen und Kinderkrankheiten etwas

¹²⁰ Für Präparate, deren Preis bei einer Packungsgröße von N3 unter 50 € liegt bleibt der Zuzahlungsbetrag konstant und liegt, wie bisher bei 5 €.

¹²¹ Dies ist für zwei Fälle denkbar: Die Preise für verschiedene Packungsgrößen liegen für ein Präparat entweder im Bereich von 5 € bis 50 €, so dass die Zuzahlungshöhe in jedem Fall 5 € beträgt, oder aber im Bereich von über 100 €, so dass der Versicherte unabhängig von der Packungsgröße einen Selbstbehalt von 10 € leisten muss.

höhere Kosten, ebenso die Altersgruppe der 20- bis unter 25-jährigen wegen der zahlreicheren Geburten weiblicher Versicherter in diesen Jahrgängen. Deutlich erkennbar ist auch ein stetiger Anstieg der Kosten mit dem Alter der Versicherten, da diese meist zu häufigeren und längeren Klinikaufhalten gezwungen sind. So lagen die durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten im Alter von 75 bis unter 80 Jahren bei 1.623 € im Jahr, was einen deutlichen Kontrast zu den jüngeren Versicherten darstellt.

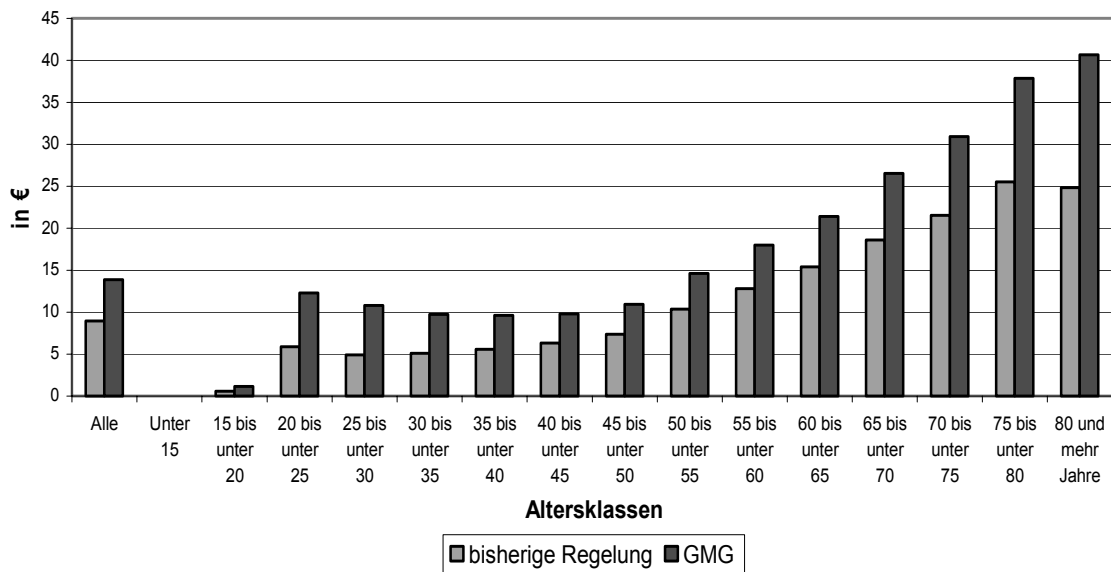
Abbildung 7: Durchschnittliche jährliche Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung je Versichertem, Berechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Abbildung 8 lässt deutlich erkennen, dass die Höhe der Selbstbehalte (nach alter Regelung, heller Balken) wie die Krankenhauskosten mit dem Alter steigen. Eine Ausnahme stellt die Gruppe der unter 15-jährigen dar, da sie von Zuzahlungen vollständig befreit sind. Auch die Gruppe der 15- bis unter 20-jährigen ist teilweise auszunehmen, da erst die ab 18-jährigen von Zuzahlungen betroffen sind. Bei den restlichen Jahrgängen, mit Ausnahme der 20- bis unter 25-jährigen, ist jedoch, wie bei den Kosten, ein Anstieg der Selbstbehalte mit dem Alter deutlich erkennbar. Die höchsten Selbstbehalte weisen mit durchschnittlich 26 € pro Jahr die 75- bis unter 80-jährigen auf. Im Vergleich dazu beträgt der Durchschnitt der Selbstbehalte aller Versicherter pro Jahr nur 9 €. Der Verlauf der Selbstbehalte nach GMG-Regelung (dunkelgrauer Balken) verhält sich ähnlich wie bei der alten Regelung, jedoch ändert sich sein Niveau. So steigt der Durchschnitt insgesamt von 9 € pro Kopf und Jahr auf 14 € und die über 80-jährigen müssen statt 25 € sogar 41 € selbst bezahlen. Zu beachten ist bei diesen Durchschnittsbeträgen allerdings, dass verglichen mit Arzneimittelausgaben jeweils nur ein geringer Anteil der Versicherten in einem Jahr Krankenhausaufenthalte aufweisen. Für Personen mit Krankenhausaufhalten konnte die Belastung nach bisheriger Regelung bis zu 126 € pro Jahr betragen. Nach neuem Recht kann sie, aufgrund des höheren Selbstbeteiligungssatzes und wegen der zeitlichen Verlängerung der Zuzahlungspflicht auf 28 Tage, sogar bis 280 € betragen.

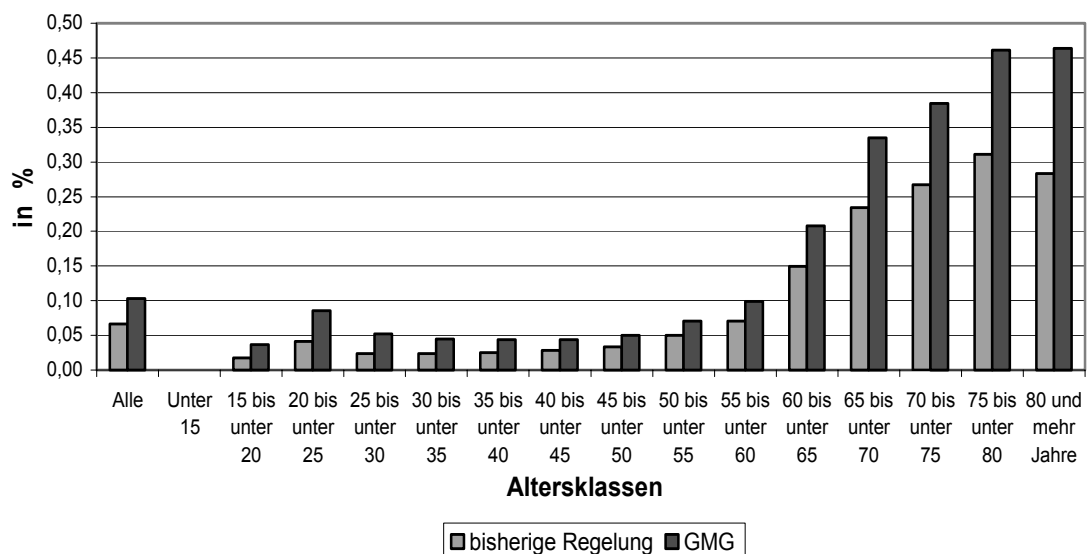
Abbildung 8: Durchschnittliche Höhe der Selbstbehalte im Krankenhaus je Versichertem nach dem Alter nach bisheriger Regelung und nach dem GMG, Berechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Abbildung 9 veranschaulicht die Selbstbehalte (nach alter Regelung) in Prozent des Einkommens. Mit zunehmendem Alter steigen die Selbstbehalte nicht nur dem Betrag nach an, sie machen auch einen immer größer werdenden Anteil des Einkommens der Versicherten aus, da diese mit steigendem Alter einerseits höhere Kosten im stationären Sektor verursachen und zudem meistens im Rentenalter über geringere Einkommen verfügen. Eine Ausnahme bilden wiederum die unter 15-jährigen, deren Anteil bei 0 % des Einkommens liegt und die Altersgruppen der 15- bis unter 20-jährigen bzw. der 20- bis unter 25-jährigen. Im Schnitt hat bisher jeder Versicherte einen Selbstbehalt in Höhe von 0,07 % seines Einkommens zu tragen. Nach der GMG-Regelung erhöht sich der Selbstbehalt als Anteil des Einkommens auf insgesamt 0,10 %. Die zukünftige prozentuale Einkommensbelastung mit Zuzahlungen steigt ebenfalls mit dem Alter stark an und erreicht ihren höchsten Wert in den Altersklassen der über 75-jährigen mit 0,46 %.

Abbildung 9: Prozentuale Belastung des Einkommens der Versicherten durch Selbstbehalte im Krankenhaus nach dem Alter 2001 nach bisheriger Regelung und nach dem GMG, in Prozent des Einkommens



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

5.2.2 Steuerungswirkung von Krankenhausselbstbehalten

Eigenbeteiligungen der Versicherten im stationären Sektor sind durchaus kritisch zu betrachten, gerade was die Steuerungswirkungen betrifft. Häufig wird von Kritikern einer solchen Regelung angeführt, dass „die Einweisung in ein Krankenhaus diejenige Leistung darstelle, die der Verfügung des Patienten am weitestgehenden entzogen sei“¹²², weshalb von einer Zuzahlung im Krankenhaus unter Aspekten der Nachfragesteuerung abgesehen werden solle¹²³. Auch das RAND-Experiment, die bisher umfangreichste Studie zur Wirkung von Selbstbeteiligungen kam für den Krankenhausssektor nicht zu dem Ergebnis, dass Zuzahlungen die Inanspruchnahme von stationären Leistungen verringern können¹²⁴. Dennoch, so die Befürworter einer solchen Regelung, sei eine Zuzahlung auch im Krankenhaus sinnvoll, da für die betroffenen Patienten Einsparungen bei der Verpflegung zu Hause vorlägen. Es sei durchaus legitim diese Kostenersparnisse der privaten Haushaltsführung an die Krankenversicherung weiterzugeben¹²⁵.

Auch für die bisher in Deutschland gültige Zuzahlung, die sich an der Aufenthaltsdauer orientiert, trifft o.g. Argumentation zu. Die Steuerungswirkung auf die Nachfrage nach stationärer Versorgung ist (vor allem bei relativ komplexen und schwerwiegenden Behandlungen) so gering, dass allein dadurch eine Selbstbeteiligung an den Krankenhauskosten nicht legitim erscheint. Dennoch kann der Versicherte an den Kosten für Verpflegung und Unterkunft durchaus beteiligt werden, da er diese Kosten auch bei sich im Haushalt zu tragen hätte. Wenn dieses Argument die wesentliche Begründung für die Selbstbeteiligung im Krankenhaus darstellt, ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum dann eine zeitliche Begrenzung auf 28 Tage pro Jahr bestehen sollte. Was die geplanten Änderungen bei der Selbstbeteiligung im Krankenhaus angeht¹²⁶, so kann die Anhebung von 9 auf 10 € pro Tag zwar mit Kostensteigerungen begründet werden; die Höhe ist und bleibt allerdings eher willkürlich festgelegt. Die Ausweitung der bisherigen Begrenzung von 14 auf 28 Tage erscheint unter der Argumentation der Beteiligung der Patienten an den Unterkunfts- und Verpflegungskosten ebenfalls willkürlich; schließlich ist davon auszugehen, dass auch über diese Zeitspannen hinaus Verpflegungskosten anfallen, die der Patient in seinem Haushalt ebenfalls tragen müsste. Diese Argumente belegen u.E., dass es sich bei dieser Selbstbeteiligung nur um ein Finanzierungs- bzw. Kostenentlastungsinstrument für die GKV handelt.

5.3 Leistungsbereich ambulante Behandlung

Im stationären Sektor und im Arzneimittelbereich, für die die Auswirkungen von Zuzahlungsänderungen untersucht wurden, stellen Selbstbeteiligungsregelungen schon seit längerer Zeit einen festen Bestandteil der Finanzierung bzw. der Leistungsausgrenzung dar. Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz soll nun ein bislang zuzahlungsfreier Leistungsbereich, der ambulanzärztliche und zahnärztliche Sektor, ebenfalls mit Zuzahlungen belegt werden¹²⁷. Es bleibt zu zeigen, dass bei dieser Selbstbeteiligung allerdings eher ein Steuerungs- und weniger ein Finanzierungseffekt angestrebt wird, nämlich der Wunsch, den Hausarzt bzw. einen Arzt stärker zum Lotsen des Systems zu machen, indem insbeson-

¹²² MÜNNICH (1983): S. 81.

¹²³ Diese Argumentation geht davon aus, dass im stationären Bereich eine äußerst geringe Preiselastizität der Nachfrage vorliegt, da gerade in diesem Bereich die Konsumentensouveränität ebenfalls als sehr gering einzuschätzen ist. Für eine ausführliche Darstellung dieser beiden Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Selbstbeteiligungsregelungen siehe Abschnitte 3.2.1 und 3.2.3.

¹²⁴ Vgl. RAU (1992): S. 77ff.

¹²⁵ Vgl. MÜNNICH (1983): S. 81.

¹²⁶ Vgl. zu den neuen Selbstbeteiligungsregelungen Gliederungspunkt 3.4.2.

¹²⁷ Vgl. auch hier Gliederungspunkt 3.4.2.

dere bei Überweisung keine Selbstbeteiligungen erhoben werden. Auch die Zuzahlungsbefreiung von Vorsorgeleistungen deutet darauf hin.

5.3.1 Vorgehensweise

Von den insgesamt 566.418.330 im Jahre 2001 von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten ambulanten Quartalsfällen wurden für die folgenden Berechnungen aus Gründen der Zuzahlungsbefreiung bereits vorab 34.867.516 Fälle, welche auf Verhütungs- und Früherkennungsmaßnahmen, sowie weitere 6.807.735 Fälle, welche auf belegärztliche Behandlung und ambulantes Operieren entfielen, aus der Betrachtung ausgeschlossen¹²⁸. Die folgenden Berechnungen der Selbstbeteiligungswirkungen gehen daher von den verbleibenden 524.743.079 Quartalsfällen aus.

Die berücksichtigten Quartalsfälle wurden gemäß dem RSA-Kostenprofil auf die nach Geschlecht getrennten und in Fünf-Jahres-Kohorten gegliederten GKV-Versicherten verteilt. Aufgrund der vorgesehenen Befreiungsregelungen waren weiterhin folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Bei Arztbesuchen, welche aufgrund einer Überweisung erfolgen, fällt keine Praxisgebühr an. Gemäß Ausnahmen des BMGuSS ist von einem Anteil von rund 15 % an den Gesamtfällen auszugehen, welche aufgrund einer Überweisung eines Arztes zu einem anderen erfolgen. Da diese Fälle von der Praxisgebühr von 10 € pro Behandlungsfall und Quartal befreit sind, müssen sie bei der Ermittlung der Finanzierungswirkungen der Praxisgebühr ebenfalls herausgerechnet werden. Unsere Berechnungen folgen insofern diesen Annahmen.
- Bei Versicherten unter 18 Jahren fällt die Praxisgebühr generell nicht an. Auch diese Tatsache ist bei der Ermittlung der Finanzierungseffekte zu berücksichtigen¹²⁹.

Bei den Berechnungen der Finanzierungswirkungen und der Belastungswirkungen auf die Versicherten wurden fünf Varianten unterschieden:

- **Variante 1** unterstellt, dass sich diejenigen 15 % der berücksichtigten Fälle, welche aufgrund einer Überweisung zuzahlungsbefreit sind, gleichmäßig auf die Versicherten in den verschiedenen Fünf-Jahres-Gruppen aufteilen.
- **Variante 2** geht demgegenüber davon aus, dass die Überweisungsquoten in Abhängigkeit des Alters des Versicherten zunehmen. Zu begründen ist dies mit der Annahme, dass ältere Versicherte aufgrund häufigerer Arztbesuche zum einen eher den Anreiz haben, zuerst einen Allgemeinarzt aufzusuchen, um sich gegebenenfalls zu mehreren Fachärzten überweisen zu lassen und sich somit dort die Zuzahlungen zu ersparen. Andererseits lässt sich argumentieren, dass diese Versicherten aufgrund ihrer höheren Morbidität eher in einen „Überweisungszyklus“ geraten können, indem sie oft von einem Facharzt zum nächsten überwiesen werden. Variante 2 weist aus Sicht der Autoren demnach eine höhere Realitätsnähe als Variante 1 auf. Die alters- und geschlechtsabhängigen Überweisungsquoten wurden wiederum gemäß den Proportionen der RSA-Kostenprofile zugerechnet.
- **Variante 3** geht von denselben Annahmen wie Variante 2 aus. Zusätzlich wird angenommen, dass durch die Praxisgebühr eine generelle, über alle Alters- und Geschlechtskategorien identische Reduktion der Quartalsfälle in Höhe von 3 % eintritt.

¹²⁸ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003b).

¹²⁹ Bei einigen der folgenden Auswertungen wurde aus Gründen der Anschaulichkeit die Wirkung der Zuzahlungsbefreiung der Minderjährigen dennoch explizit dargestellt.

- **Variante 4** geht ebenfalls von den gleichen Annahmen wie Variante 2 aus, unterstellt jedoch zusätzlich eine den Überweisungsquoten äquivalente alters- und geschlechtsabhängige Erhöhung der Überweisungsquoten aufgrund der Praxisgebühr. Dies ist damit zu begründen, dass Versicherte aufgrund der Zuzahlungsbefreiung bei Überweisungen auch bei konstanter Anzahl an Quartalsfällen einen Anreiz haben sich öfters überweisen zu lassen¹³⁰. Dieser Anreiz ist umso höher, je höher die Gesamtzahl der Quartalsfälle eines Versicherten pro Jahr ist. Aufgrund der höheren Morbidität und der daraus resultierenden höheren Überweisungsquote älterer Versicherter ist auch von einer stärkeren Erhöhung der Überweisungsquoten bei älteren Versicherten auszugehen.
- **Variante 5** verbindet schließlich Variante 3 und Variante 4: Die Verteilung der Überweisungsquoten entspricht derjenigen von Variante 2, zudem wird jedoch von einem zuzahlungsinduzierten Rückgang der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von 3 % und einer Erhöhung der Überweisungsquote mit steigendem Alter gemäß den Annahmen von Variante 4 ausgegangen.

5.3.1. Finanzierungswirkung von Selbstbehalten im ambulanten Bereich

Um die Wirkungen dieser Neuregelung abschätzen zu können, soll dennoch als erstes ein Blick auf deren Finanzierungswirkungen geworfen werden, da auch diese entstehen, wenngleich sie vielleicht nicht das Hauptmotiv für die Maßnahme bilden.¹³¹

Ermittelt man für die berücksichtigten Quartalsfälle unter Beachtung aller geplanten Befreiungsregelungen gemäß den genannten Varianten die Finanzierungswirkungen der Praxisgebühr, so erhält man folgende Ergebnisse:

Tabelle 5: Alternative Entlastungswirkungen der GKV durch Selbstbeteiligungen bei der ambulanten Behandlung, Berechnungsbasis 2001, in Mrd. €

Berechnungsvariante	Entlastungswirkung für die gesetzliche Krankenversicherung in Mrd. €
Variante 1	3,959
Variante 2	3,916
Variante 3	3,799
Variante 4	3,786
Variante 5	3,206

Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Unter der Annahme einer gleichverteilten Überweisungsquote von 15 % der Quartalsfälle ist durch die Praxisgebühr mit einer Entlastungswirkung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 3,959 Mrd. € jährlich zu rechnen. Nimmt man für ältere Versicherte höhere und für jüngere Versicherte geringere Überweisungsquoten an, so reduziert sich die Entlastung geringfügig um 42,7 Mio. € auf 3,916 Mrd. € jährlich. Dieser Effekt liegt darin begründet, dass sich der Anteil der aufgrund einer Überweisung zuzahlungsbefreiten Fälle zugunsten der älteren und zulasten der jüngeren Versicherten verlagert. Bei den jüngeren Versicherten ist dann jedoch ein höherer Anteil aufgrund der Minderjährigkeit befreit, weshalb die gesamte Entlastungswirkung der GKV nach den Annahmen der Variante 2 etwas geringer ausfällt. Eine generelle Reduktion der Inanspruchnahme ambulanzärztlicher Leistungen um 3 % hat für sich

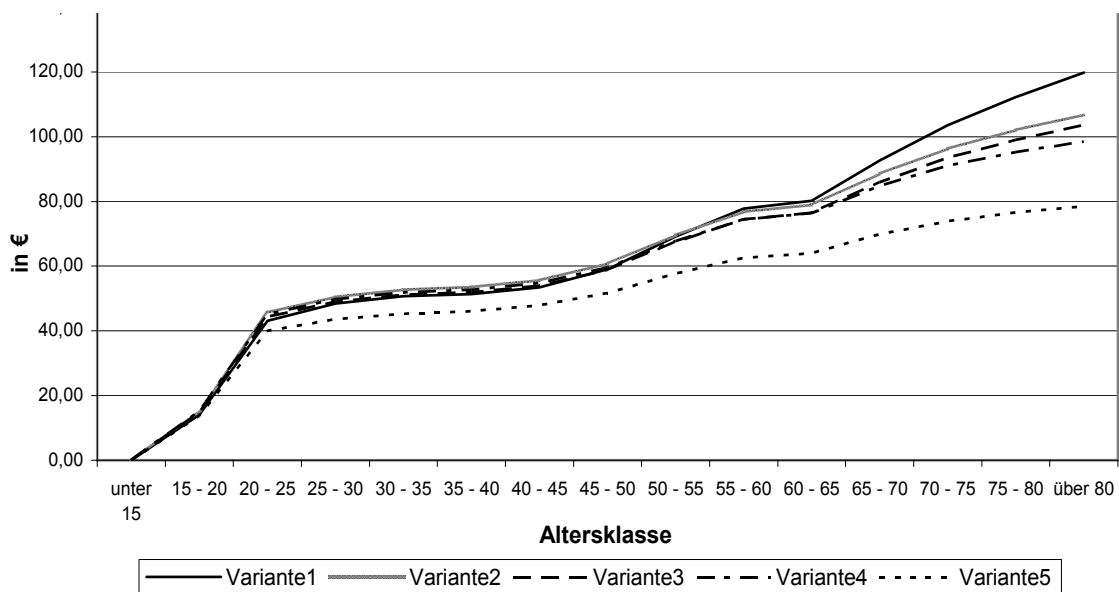
¹³⁰ Vgl. hierzu auch Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V. (2003).

¹³¹ Vgl. zu diesem Themenkomplex auch PFAFF et al. (1994).

genommen mit einer verbleibenden Entlastungswirkung von 3,799 Mrd. € pro Jahr eine ähnlich moderate Wirkung wie die in Variante 4 unterstellte Annahme einer alters- und geschlechtsabhängigen Steigerung der Überweisungsquoten mit einer Entlastungswirkung von 3,786 Mrd. € jährlich. Wirken hingegen beide Effekte zusammen, wie Variante 5 es unterstellt, treten demgegenüber ganz erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierungseffekte auf: Mit einem Gesamtzuzahlungsvolumen von 3,206 Mrd. € fallen gegenüber der Finanzierungswirkung bei Variante 1 nahezu 752,9 Mio. € an GKV-Ausgaben im Jahr weg.

Mit welchen jährlichen Belastungen die Praxisgebühr für die einzelnen Versicherten einhergeht, ist, nach Fünf-Jahres-Kohorten getrennt, der folgenden Abbildung 10 zu entnehmen:

Abbildung 10: Durchschnittliche Höhe der Selbstbeteiligungen bei ambulanter Behandlung nach alternativen Annahmen, Berechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung und Berechnung.

Die Angaben bis zur Altersgruppe der 15- bis unter 20-jährigen sind durch die Zuzahlungsbefreiung aufgrund von Minderjährigkeit determiniert, die zur Folge hat, dass für die bis unter 15-jährigen Versicherten keine Zuzahlungen und für die 15- bis unter 20-jährigen Versicherten Zuzahlungen nur für Versicherte anfallen, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben. Ab der Altersgruppe der 20- bis unter 25-jährigen nimmt die jährliche Belastung der Versicherten durch die Praxisgebühr kontinuierlich zu, wobei die bereits bei der Untersuchung der Finanzierungswirkungen beobachteten Effekte hier bestätigt werden: Die Annahme einer altersabhängigen Verteilung der Überweisungsquoten hat tendenziell zur Folge, dass ältere Versicherte geringere und jüngere Versicherte höhere Zuzahlungen zu ambulanten Leistungen bezahlen müssen als in Variante 1. Die Auswirkungen der 3 %-igen Inanspruchnahmereduktion sowie des zuzahlungsinduzierten Anstiegs der Überweisungsquoten sind für sich genommen gering, führen zusammen hingegen zu einem sehr deutlichen Effekt. Ergänzend ist zu bemerken, dass die Belastung durch die Zuzahlungen bei weiblichen Versicherten bis zu einem Alter von unter 70 Jahren, teilweise um bis zu einem Verhältnis von 1:2,26¹³², die der männlichen Versicherten übersteigt. Über diesem Alter sind dann die männlichen Versicherten von höheren Zuzahlungen betroffen.

Angesichts dieser Ergebnisse ist, je nach zugrunde gelegter Variante, von leicht bis deutlich geringeren Finanzierungseffekten auszugehen als bei die Berechnung der Finanzierungswirkungen des GMG ange-

132 Quelle: Eigene Berechnungen.

nommen. Insbesondere die Ergebnisse der Berechnungsvarianten 3 bis 5 spiegeln die hohe Bedeutung einer Miteinbeziehung zuzahlungsinduzierter Verhaltensänderungen seitens der Versicherten wieder, welche statische Rechnungen, die den Finanzierungseffekt der Praxisgebühr unter Annahme der *ceteris paribus* Klausel ermitteln, nicht berücksichtigen können. Die beiden Wirkungen, welche den somit tendenziell überschätzten Entlastungseffekt der Gesetzlichen Krankenversicherung reduzieren, sind ein reduziertes Inanspruchnahmeverhalten einerseits, höhere Überweisungsquoten andererseits. Die Ermittlung der Belastungswirkungen auf die Versicherten zeigt, dass ältere Versicherte tendenziell stärker betroffen sind als jüngere. Entsprechend wirken sich die angenommenen Verhaltensänderungen der älteren Versicherten stärker auf deren Zuzahlungsbelastung aus als dies bei den jüngeren Versicherten der Fall ist. Wären Minderjährige nicht von der Praxisgebühr befreit, so würde sich deren Belastung aufgrund der Zuzahlung in den beobachteten Trend einfügen.

5.3.2 Steuerungswirkung von Selbstbehalten im ambulanten Bereich

Auch wenn die eben untersuchten fiskalischen Wirkungen von Zuzahlungen in der Realität die wohl relevanteren darstellen dürften, wird zur ihrer Legitimation oftmals auf den verhaltenssteuernden Effekt verwiesen, den sie beim Versicherten hervorrufen sollen¹³³. Einerseits sollen, wie in Variante 3 der obigen Modellrechnung bereits angenommen, die Versicherten ihre Übernachfrage nach Gesundheitsgütern, die aus deren unentgeltlicher Abgabe resultiert (sog. „moral-hazard“-Problematik¹³⁴), reduzieren, bzw. gänzlich abbauen¹³⁵, andererseits sollen auch die Folgen der angebotsinduzierten Nachfrage¹³⁶ durch eine Sensibilisierung der Versicherten für die Kostenaspekte in sozialen Krankenversicherungssystemen gemildert werden¹³⁷.

Neben diesen allgemeinen Steuerungswirkungen, die durch Zuzahlungen angestrebt werden, ergeben sich aber, je nach Grundtypus¹³⁸ und spezieller Ausgestaltung der Zuzahlung, auch spezifische, erwünschte wie auch unerwünschte, Sekundäreffekte, welche die angestrebten Steuerungswirkungen der Zuzahlung beeinflussen können.

Wie die Bezeichnung „Praxisgebühr“ bereits andeutet, handelt es sich bei dieser Form der Zuzahlung um eine Gebühr. Eine Gebühr ist durch einen festen Zuzahlungsbetrag pro bezogener Leistungseinheit gekennzeichnet. Unter der Annahme, dass die beziehbaren Leistungseinheiten homogen sind, übt die Gebühr eine verzerrungsfreie, die Nachfrage nach ambulanten Gesundheitsleistungen begrenzende Wirkung aus. Ein Spezifikum, welches sich auf die Anreizwirkungen der Praxisgebühr jedoch entscheidend auswirken dürfte, besteht darin, dass sie nicht bei jedem Arztbesuch, sondern nur beim ersten Arztbesuch im Quartal erhoben wird. Aufgrund eben dieser Beschränkung der Gebühr auf eine einmalige Zahlung pro Vierteljahr (unter Berücksichtigung der gegebenen bzw. reformierten Befreiungsregelungen) und aufgesuchtem Arzt stellen sich verschiedene zusätzliche Wirkungsmechanismen ein.

Die drei bedeutendsten dieser Sekundärwirkungen sind:

- Reduktion von medizinisch nicht erforderlichen Arztwechseln,
- Unterstützung der Lotsenfunktion der Allgemeinärzte,
- Vorzugs- und Nachholeffekte.

133 Vgl. ÖBIG (2003): S. 12ff.

134 Vgl. beispielsweise: PAULY (1968); PAULY (1983).

135 Vgl. WldO (2001).

136 Vgl. hierzu ausführlich: KERN (2002).

137 Vgl. ÖBIG (2003): S. 13.

138 Vgl. SCHULENBURG (1987): S. 43ff.; MPS (1990); MÜNNICH (1983): S. 42ff.; ÖBIG (2003): S. 18ff.

Ein Effekt der Quartalsbegrenzung der Praxisgebühr besteht darin, dass den Patienten der Anreiz zum sog. „Doktor-Hopping“ genommen wird. Unter diesem Begriff ist der so lange anhaltende Besuch verschiedener Ärzte durch einen Patienten zu verstehen, bis dieser bekommt, was er möchte (z.B. Verschreibung von Massagen, Ausstellung einer Krankschreibung, etc. oder aber auch die bessere Diagnose und Therapie bei unspezifischen Beeinträchtigungen). Dieses Doktor-Hopping kann durch eine Praxisgebühr wirkungsvoll eingeschränkt werden, da der Patient bei jedem weiteren Arzt, den er ohne Überweisung besucht, die Praxisgebühr erneut zu entrichten hätte. Sucht er hingegen denselben Arzt öfters auf, so hat er die Gebühr nur einmal pro Quartal zu bezahlen. Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung bleibt bei dieser Form bereits bei geringen Zuzahlungen möglich, wohingegen das Aufsuchen einer Vielzahl von Ärzten aus ggf. anderen als medizinischen Gründen effektiv eingeschränkt werden kann.

Eine weitere Wirkung ist in der Stärkung der Allgemeinmediziner als „Gatekeeper“ zum Gesundheitssystem zu sehen. Anstatt aus eigener Entscheidung heraus verschiedene Fachärzte aufzusuchen, hätte der Versicherte durch die Praxisgebühr den Anreiz, vorab zum Allgemeinarzt zu gehen. Auf diesem Wege würde er die Praxisgebühr nur einmal bezahlen müssen und würde Dank der professionellen Kompetenz des Allgemeinarztes schneller (und zuzahlungsfrei!) zum richtigen Facharzt überwiesen werden. Der Anreiz für die Versicherten zum primären Aufsuchen des Allgemeinarztes könnte durch eine Erhöhung der Praxisgebühr für den Besuch bei Fachärzten über diejenige bei den Allgemeinärzten hinaus, beispielsweise auf 15 € pro Quartal¹³⁹, noch gesteigert werden. Der entsprechende Vorschlag wurde allerdings wieder fallen gelassen.

Bei früheren Änderungen der Zuzahlungsregelungen konnten oftmals temporäre Reaktionen beobachtet werden, welche als Vorzugs- bzw. Nachholeffekte bezeichnet werden. Ein Vorzugseffekt liegt vor, wenn die Versicherten kurz vor einer Zuzahlungserhöhung die mit der künftig erhöhten Zuzahlung belegten Leistungen noch einmal verstärkt konsumieren, bevor sie dann teurer werden¹⁴⁰. Umgekehrt ist ein Nachholeffekt bei Zuzahlungsreduktionen zu erwarten: Die Versicherten vermeiden kurz vor der in Aussicht gestellten Zuzahlungsreduktion die Inanspruchnahme der betroffenen medizinischen Leistung, um nach der Reduktion der Zuzahlung die bis dahin vermiedene Inanspruchnahme verbilligt nachzuholen. Aufgrund der quartalsweisen Begrenzung der Praxisgebühr sind ähnliche Vorzugs- und Nachholeffekte an jeder Quartalsgrenze zu erwarten.

Aufgrund der einander gegenläufigen Vorzugs- und Nachholeffekte des Vor- und des Betrachtungsquartals sowie des Betrachtungs- und des Folgequartals ist im Saldo eine Veränderung der beanspruchten Menge ambulanter Leistungen nicht zu erwarten. Allerdings ändert sich die Verteilung der erbrachten ambulanten Leistungen auf die Versicherten: Bei einer Inanspruchnahmemöglichkeit ohne Zuzahlung wird jeder Versicherte genau dann zum Arzt gehen, wenn er sich krank fühlt. Bei der Belegung ambulantärztlicher Leistungen mit einer wie beschrieben ausgestalteten Gebühr sind hingegen die erläuterten Vorzugs- und Nachholeffekte nicht unwahrscheinlich: Kurz vor Quartalsende werden noch einige Versicherte, die in dem Quartal bereits einen Arztbesuch hatten, den Arzt, auch wenn sie nur bedingt einen Bedarf an medizinischen Leistungen haben, ein weiteres mal aufsuchen, da ihnen hierfür keine Zuzahlungen mehr anfallen. Im selben Zeitraum wird aber ein Teil der Versicherten, die sich bereits krank fühlen, den Arzt nicht aufsuchen, da sie befürchten die Zuzahlung angesichts der bevorstehenden Quartalsgrenze innerhalb kurzer Zeit zweimal zahlen zu müssen. Kurz nach der Quartalsgrenze werden diejenigen Versicherten, die eigentlich keinen Arzt bräuchten, diesen nicht mehr aufsuchen. Die Patienten,

¹³⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a).

¹⁴⁰ Vgl. exemplarisch für den Bereich Arzneimittel: SCHRÖDER; SELKE (1999): S. 43ff.

welche ihre Krankheit jedoch um einige Tage hinausgezögert haben, haben nun u.U. einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung. Die Praxisgebühr würde demnach zwar nicht die Menge der beanspruchten ambulantärztlichen Leistungen verändern, würde aber gerade an den Quartalsgrenzen gewisse zeitliche Verschiebungen, eventuell auch Fehlallokationen der erbrachten ambulanten Leistungen verursachen.

Da in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ambulantärztliche Leistungen bis dato zuzahlungsfrei beansprucht werden können, besteht die einzige Möglichkeit einer Wirkungsabschätzung der geplanten Maßnahmen in einem Vergleich der Regelungen und der Auswirkungen dieser Regelungen in anderen Ländern. Eine Untersuchung zu diesem Themenbereich wurde jüngst von ÖBIG¹⁴¹ durchgeführt.

Wenngleich Zuzahlungen der Versicherten zu ambulantärztlichen Leistungen in anderen Ländern nicht unbekannt sind, so finden sie bislang dennoch eine geringere Verbreitung als in anderen Leistungsbereichen¹⁴². Zudem erschweren die teilweise sehr unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Ländern einen Vergleich mit den in Deutschland geplanten Maßnahmen: Insbesondere die (einmalige) Zuzahlung für potentiell mehrere Leistungen pro Quartal stellt ein deutsches Spezifikum¹⁴³ dar, welches eine Wirkungsfolgenabschätzung durch einen Ländervergleich nur bedingt zulässt.

Die unterschiedlichen Regelungen in denjenigen Ländern in welchen Zuzahlungen zu ambulanten Leistungen existieren sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 6: Ambulante Zuzahlungen im internationalen Vergleich, ausgewählte Länder

Land	Zuzahlungsregelungen zu ambulanten Leistungen
Finnland	Die Hoheit zur Festlegung der Zuzahlungen zu ambulanten Leistungen obliegt in Finnland den Gemeinden. Grundsätzlich stehen diesen zwei Modelle zur Verfügung, wie sie die Zuzahlungen erheben können: <ul style="list-style-type: none"> • Einmal in zwölf Monaten 22 € für alle in dieser Zeit stattfindenden Arztbesuche, oder • Für die ersten drei Arztbesuche in zwölf Monaten je 11 €, alle weiteren dann zuzahlungsfrei. Zudem ist bei einem Arztbesuch außerhalb der normalen Öffnungszeiten eine erhöhte Gebühr von 15 € statt 11 € zu entrichten. Bei diesen Zuzahlungen handelt es sich formell um gesetzlich festgelegte Höchstgrenzen. Faktisch werden die Selbstbeteiligungen jedoch von den meisten Gemeinden in Höhe des Maximalsatzes erhoben.
Italien	Leistungen der Primärversorgung (bei den sog. „Familienärzten“) sind zuzahlungsfrei. Besuche bei Fachärzten, die außerdem nur mit einer Überweisung eines Familienarztes möglich sind, sind vollständig vom Versicherten selbst, bis zu einer Höchstgrenze von 36 € pro Besuch zu tragen.
Österreich	Bei Inanspruchnahme ist pro Quartal ein Krankenschein vorzulegen. Für diesen Krankenschein haben „normale“ Versicherte 3,63 €, Landwirte 6,81 € zu bezahlen. Beamte und Selbstständige mit Sachleistungsberechtigung müssen hingegen 20 % des Arzthonorars als Eigenleistung finanzieren.
Schweden	Die Zuzahlungshöhe ist je nach Provinz unterschiedlich. Sie beläuft sich auf Beträge von 10,80 € bis 16,20 €, bei Notfällen bis auf 32,40 € pro Inanspruchnahme. Allerdings existiert eine Höchstgrenze von 97,19 € pro zwölf Monate. Übersteigt ein Versicherter diese Höchstgrenze, so erhält er eine sog. „Freikarte“, d.h. er ist für den Rest der Zwölfmonatsfrist von der Zuzahlung befreit.

Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung; auf Basis von: ÖBIG (2003).

¹⁴¹ Vgl. ÖBIG (2003).

¹⁴² In den acht vom ÖBIG untersuchten Ländern waren Zuzahlungen zu ambulantärztlichen Leistungen in fünf, zu Arzneimitteln hingegen in allen acht Ländern zu finden.

¹⁴³ Nur Österreich hat teilweise eine ähnliche Regelung. (Vgl. ÖBIG (2003): S. 90f. und nachfolgende Tabelle).

Wie aus der Tabelle ersichtlich, ist die einzige mit der künftigen deutschen „Praxisgebühr“ vergleichbare Regelung in Österreich im Rahmen der Krankenscheingebühr für normale Versicherte und Landwirte zu finden.

Die Steuerungswirkung dieser Regelungen wurde jedoch bereits vor ihrer Einführung bezweifelt¹⁴⁴ und ist auch bis heute nicht anerkannt¹⁴⁵, so dass bereits wenige Jahre nach ihrer Einführung wieder die Abschaffung der Krankenscheingebühr gefordert wird¹⁴⁶. Die Kritik fehlender Steuerungswirkung wird insbesondere mit der zu geringen Höhe der Zuzahlung (3,63 € bzw. 6,81 € für Landwirte) begründet. Auch Befragungen österreichischer Versicherter zeigen, dass die Krankenscheingebühr subjektiv nur eine geringe Steuerungswirkung entfaltet¹⁴⁷. Am ehesten bestätigen noch Versicherte mit geringem Ausbildungsniveau eine verhaltenssteuernde Wirkung dieser Gebühr¹⁴⁸.

Angesichts der zwar deutlich höheren, in ihrer absoluten Bemessung jedoch nicht übermäßigen Zuzahlung von 10 € pro Quartal, die in Deutschland eingeführt wird, bleiben vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse verhaltenssteuernde Effekte, welche sich in Richtung einer Reduktion der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen bzw. einer Steigerung des Kostenbewusstseins der Versicherten auswirken, abzuwarten. Hingegen ist es wahrscheinlicher, dass stärker auf Überweisungen zurückgegriffen wird und damit einem anderen als dem Kostendämpfungsziel vor allem Rechnung getragen wird, nämlich höhere Transparenz ins Leistungsgeschehen zu bringen.

Zu erinnern ist auch an die erst mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 abgeschafften Krankenscheinregelung in Deutschland.

5.4 Zusammenwirkung der Selbstbeteiligungen und Berücksichtigung des Härtefallstatus

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Selbstbeteiligungen in den drei oben diskutierten sowie in weiteren Leistungsbereichen durch das GMG wurden auch, wie in Kapitel 4 angeführt, die Zuzahlungsbefreiungen für Härtefälle neu geregelt. Sehr vereinfacht ausgedrückt werden künftig auch die bisher nach § 61 SGB V Befreiten stärker – nämlich bis zu einer Höchstgrenze von 2 % des Einkommens, wie bisher die Befreiten gemäß der Überforderungsklausel – durch Zuzahlungen belastet werden. Bei chronisch Kranken wird diese Grenze auf 1 % des Einkommens abgesenkt; es tritt also auch bei ihnen eine Mehrbelastung gegenüber dem Status quo ein. Anders als bisher ist bis zu diesen Grenzen künftig auch von diesen beiden Gruppen die Selbstbeteiligung zu tragen. Die Berücksichtigung der Bedürftigkeit bei Mitgliedern mit niedrigen Einkommen bzw. des erhöhten Bedarfs bei chronisch Kranken erfolgt durch die Einkommensbezogenheit der Belastungsgrenze der Selbstbeteiligung bzw. die niedrigere Höchstbelastung für chronisch Kranke. D.h. ein Mitglied mit höherem Einkommen muss bis zu einem höheren absoluten Betrag die Selbstbeteiligungen tragen als eines mit niedrigerem. In der weiteren Analyse wird jeweils auf die Mitglieder der GKV, nicht die einzelnen Versicherten abgestellt, da sich die Frage der Überforderung eines Haushalts aus der Belastung durch die Ausgaben für alle Haushaltsmitglieder, also auch die mitversicherten Angehörigen ergibt. Eine gewisse Fehlerfassung kann in unseren Schätzungen auftreten, da eigentlich der gesamte Haushalt gemeinsam, also auch Zweierdienerhepaare als eine Einkommens- und Konsumgemeinschaft berücksichtigt werden müssten. Die Daten gestatten es jedoch

¹⁴⁴ Vgl. Österreichisches Parlament (1996).

¹⁴⁵ Vgl. Österreichisches Parlament (2000a).

¹⁴⁶ Vgl. Österreichisches Parlament (2000b), KLEC (2003).

¹⁴⁷ Vgl. REICHMANN; SOMMERSGUTER- REICHMANN (2003): S. 30 ff.

¹⁴⁸ Vgl. REICHMANN; SOMMERSGUTER- REICHMANN (2003): S. 33.

nicht Ehepaare, die beide GKV-Mitglieder sind, zusammenzuführen. So entsteht eine gewisse Überschätzung der Härtefälle. Andererseits unterschätzen wir die Zahl der Überforderten, da nur etwa drei Viertel der Selbstbehaltungsleistungen erfasst sind. Ob sich die Effekte saldieren kann allerdings nicht gesagt werden.

5.4.1 Veränderte Härtefallbefreiungen

Um die umfassende Wirkung zu berücksichtigen, müssten natürlich idealiter alle Selbstbeteiligungen berücksichtigt werden. Dies würde jedoch zum einen den Rahmen dieses nur kleinen Projekts mit kurzer Laufzeit sprengen, zum anderen stehen für einige Bereiche der Selbstbeteiligung keine ausreichend guten Daten zur Verfügung. Dies gilt vor allem für die Fahrkosten, zum anderen für nicht unerhebliche Teile der Heil- und Hilfsmittel. Auch nach den Berechnungen für die Gesetzesbegründung des GMG sind jedoch die drei oben angesprochenen Leistungsbereiche die für das Selbstbeteiligungsaufkommen wichtigsten. Der bislang vom Selbstbeteiligungsvolumen bedeutende Zahnersatz fällt aus dem herkömmlichen Leistungskatalog der GKV künftig heraus und muss anders finanziert werden. Aus diesem Grund wird dieser in der vorliegenden Studie nicht untersucht.

Berücksichtigt man also die Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln, im Krankenhaus und bei der ambulanten Versorgung, kann man etwa drei Viertel der Selbstbeteiligungsbelastung erfassen. Die Gesamtbelastung wird so zwar um ein Viertel ebenso unterschätzt wie die Zahl und der Anteil der Mitglieder, die aufgrund der neu gefassten Härtefallregelung zu den Härtefällen zählen werden. Dennoch stellen die in der Folge dargestellten Schätzungen einigermaßen genaue Untergrenzen der Zahl der Betroffenen dar. Des Weiteren bieten die Modellrechnungen eine Möglichkeit, die Finanzierungseffekte für die Selbstbeteiligungen unter Berücksichtigung des der GKV durch diese Regelungen „entgangenen Selbstbehalts“ einigermaßen genau abzuschätzen.¹⁴⁹

In der Diskussion um die vermutlichen Finanzierungseffekte des GMG wurde von einer Reduzierung des Finanzierungseffekts durch die (neuen) Härtefallregelungen von etwa 50 % ausgegangen. Diese Schätzung kann unseres Erachtens allerdings nur als sehr willkürliche Annahme angesehen werden, da uns keine Studien – außer unsere eigene bisher nicht veröffentlichte¹⁵⁰ – über die Ausgabenstrukturen und Befreiungswirkungen von Härtefällen bekannt sind.

In Kapitel 4 oben wurde auf die höhere Morbidität der Härtefälle nach § 61 SGB V (Sozialklausel) im Vergleich zu gleichaltrigen Nichthärtefällen hingewiesen¹⁵¹. Bei den bisherigen Härtefallregelungen bestand ein eindeutiger Entlastungsvorteil darin, eine Befreiung nach § 61 SGB V zu erhalten, gefolgt von der Anerkennung als chronisch Kranke/r nach § 62 SGB V. Vergleichsweise am ungünstigsten war die Entlastung aufgrund der Überforderungsklausel nach § 62 SGB V. Deshalb waren in der Vergangenheit chronisch Kranke mit niedrigem Einkommen nicht veranlasst, die Befreiung als chronisch Kranke zu beantragen, wenn sie nach der Sozialklausel befreit werden konnten. Anders ausgedrückt beinhalten die Befreiten nach § 61 SGB V eine erhebliche Zahl von Versicherten, die ebenfalls chronisch Kranke gemäß der Definition des § 62 SGB V wären.

Durch das GMG werden die Voraussetzungen für die Befreiung deutlich verändert. Personen, die bislang nach § 61 SGB V von Zuzahlungen befreit waren, verlieren diesen Status, andere, die keine Befreiung

149 Für ähnliche Schätzungen für die Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes vgl. PFAFF et al., 1994.

150 PFAFF et al. (2002).

151 Vgl. auch PFAFF et al. (2002).

hatten werden aufgrund der deutlich angehobenen Zuzahlungen zu Überforderten mit Zuzahlungen, die 2 % ihres Einkommens übersteigen.

Stellt man nur auf die Belastung durch die Selbstbehalte bei Arzneien, im Krankenhaus und in der ambulanten Behandlung ab – unterschätzt man also die Gesamtbelastung – so ergeben sich die in Tabelle 7 dargestellten Muster.

Tabelle 7: Veränderung im Härtefallstatus nach dem GMG, Rechnungsbasis 2001

Bisheriger Härtefallstatus		Härtefallstatus nach GMG, Anteil der Versicherten			
		Belastung des Einkommens durch Selbstbehalt			
Art der Befreiung	Versicherte in Mio.	bis 1 % - nicht überfordert	1 %-2 % - nur Chroniker überfordert	über 2 % - generell überfordert	Insgesamt
Sozialklausel nach § 61 SGB V	9,354	15,1	22,4	62,5	100,0
Chronisch Kranke nach § 62 SGB V	1,957	1,2	7,8	91,0	100,0
Überforderte nach § 62 SGB V	0,082	2,0	7,0	91,0	100,0
Keine Härtefallbefreiung	59,555	67,9	14,4	17,7	100,0
Zusammen	70,948	57,3	15,7	27,0	100,0

Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Berechnungen.

Von den bisherig nach § 61 SGB V befreiten GKV Mitgliedern werden nach der GMG-Reform schätzungsweise 15,1 % die volle Selbstbeteiligung von bis zu 1 % ihres Einkommens zahlen müssen. Weitere 62,5 % werden mehr als 2 % ihres Einkommens an Selbstbeteiligung aufweisen; ihre Belastung wird auf das Niveau von 2 % begrenzt – nach neuem Recht sind sie Überforderte. Das verbleibende Fünftel weist Selbstbeteiligungen zwischen 1 % und 2 % des Einkommens auf. Das bedeutet, dass sie zunächst die volle Last bezahlen müssten. Allerdings ist angesichts der hohen Morbidität der Sozialklauselbefreiten zu erwarten, dass ein nicht unerheblicher – vielleicht sogar der überwiegende – Teil auch als chronisch krank einzustufen ist und dass er diesen Status beantragen wird. Wie hoch dieser Anteil liegt, ist jedoch schwer vorherzusagen. Ebenso ist davon auszugehen, dass ein Teil der bisherigen Sozialklauselfälle chronisch krank ist und so die Belastung auf 1 % des Einkommens reduzieren kann.

Eigentlich würde man erwarten, dass alle chronisch Kranken Selbstbeteiligungen von 1 % oder mehr aufweisen müssten und alle Überforderten von über 2 %. Da nach geltendem Recht dieser Status jedoch aufgrund der vergangenen Selbstbeteiligungsbelastung zuerkannt wird, ist erklärbar, dass nicht alle Mitglieder aktuell in diese Gruppen fallen. Zu erwarten ist jedoch, dass normalerweise chronisch Kranke nach altem Recht in aller Regel auch chronisch Kranke nach neuem Recht sein werden und ihre Selbstbeteiligungsbelastung so künftig auf 1 % ihres Einkommens begrenzt wird. Damit werden sie eine größere Belastung zu tragen haben als heute. Die vergleichsweise kleine Gruppe der Überforderten nach altem Recht wird üblicherweise auch nach neuem Recht zu den Überforderten gehören.

Besonders beachtenswert ist jedoch die Gruppe der bisherigen Nicht-Härtefälle: Von ihnen werden schätzungsweise 17,7 %, also etwa ein Sechstel künftig zu Härtefällen neuen Rechts, nämlich aufgrund der gestiegenen Selbstbeteiligungen zu Überforderten.

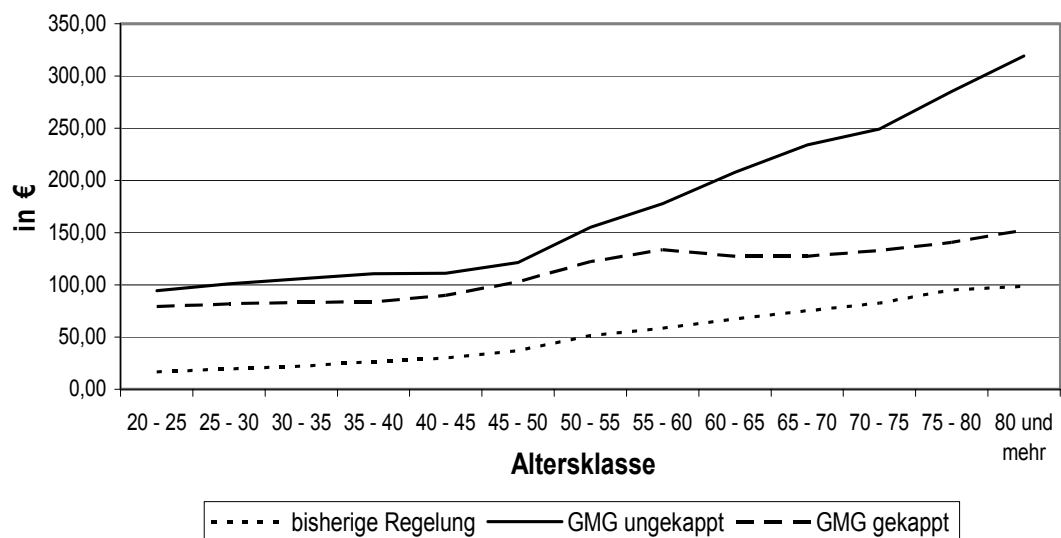
Diese Zahlen verdeutlichen, dass sich durch die neuen Selbstbeteiligungsregelungen erhebliche Verschiebungen in den Belastungen ergeben werden. In der Folge werden die Muster nach Alter und Einkommen differenziert näher behandelt.

5.4.2 Verteilung der Selbstbehaltsbelastung nach Alter und Geschlecht

Betrachtet man die Höhe der Selbstbeteiligung, die ein gesetzlich krankenversichertes Mitglied pro Jahr durchschnittlich zu leisten hat, differenziert nach dem Alter (Abbildung 11), fallen insbesondere zwei Sachverhalte auf: Vergleicht man die Zuzahlungsbelastungen ohne Begrenzung der Gesamtbelastung auf 2 % bzw. 1 % des Jahreseinkommens mit den Zuzahlungsbelastungen mit einer solchen Begrenzung wird deutlich, dass insbesondere ältere Versicherte von der einkommensabhängigen Begrenzung der Gesamtbelastung (in den Graphiken als Kappung bezeichnet) durch Zuzahlungen profitieren: Während in den Kohorten zwischen 20 bis unter 60 Jahren die Unterschiede zwischen der begrenzenden („gekappten“) und der unbegrenzenden („ungekappten“) Variante lediglich zwischen 15 € bis 44 € jährlich liegen, steigen sie bei den Kohorten über 60 Jahren von 80 € (bei den 60- bis unter 65-jährigen) kontinuierlich auf bis 167 € (bei den über 80-jährigen) an. Dieser Effekt war mit Blick auf die geringeren beitragspflichtigen Renteneinkommen sowie die höhere Morbidität der Versicherten in diesen Altersgruppen zu erwarten und ist somit gut erklärbar.

Den zweiten auffälligen Sachverhalt stellt der nahezu parallele Verlauf der Zuzahlungsbelastungskurven aufgrund der bisherigen und der künftigen Regelung unter Berücksichtigung der einkommensabhängigen Begrenzung dar. Dies gilt insbesondere bei den Mitgliedern im erwerbsfähigen Alter, während bei den Rentnern die Steigerung der Selbstbeteiligung sogar etwas geringer ausfällt. In den Kohorten aller über 20-jährigen liegen die (einkommensbegrenzten) Zuzahlungen nach der künftigen Gesetzeslage zwischen durchschnittlich 46 € und 75 € höher als nach der derzeitigen Rechtslage. Aufgrund der altersabhängigen Zunahme der Belastung durch die Zuzahlungen impliziert dieser weitgehend parallele Verlauf eine - ähnliche Mehrbelastung der Mitglieder aller Altersgruppen.

Abbildung 11: Durchschnittliche jährliche Selbstbeteiligung nach dem Alter, nach bisheriger Regelung und nach dem GMG, Rechnungsbasis 2001, in €



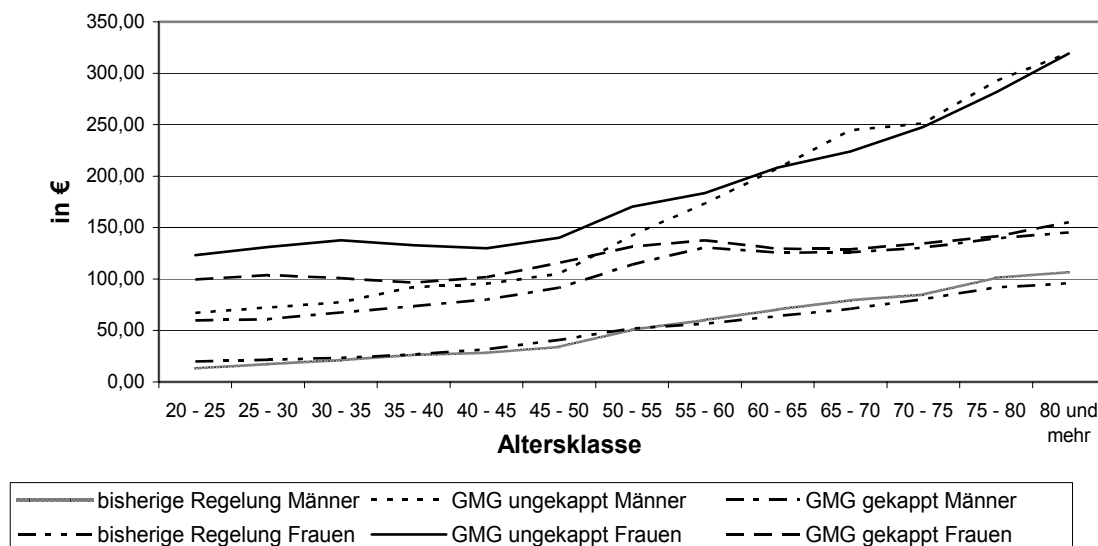
Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Der Kurvenverlauf zeigt, dass etwa bei der Gruppe der ab 80-jährigen Mitglieder nicht zuletzt aufgrund der Härtefallregelungen die Belastung bisher auf durchschnittlich etwa 100 € pro Jahr begrenzt war. Nach neuem Recht steigt die Belastung – unter Berücksichtigung der Überforderungsgrenze von 2 %

bzw. 1 % auf etwa 150 €. Ohne die einkommensabhängige Begrenzung nach oben läge diese Belastung sogar bei weit über 300 €.

Eine geschlechtsdifferenzierte Betrachtung der vorangegangenen Verläufe in Abbildung 12 demonstriert, dass Frauen sowohl absolut als auch relativ durch die künftigen Zuzahlungsregelungen mit Kappung deutlich stärker belastet werden als vergleichbare männliche Versicherte:

Abbildung 12: Durchschnittliche jährliche Selbstbeteiligung nach Alter und Geschlecht, nach bisheriger Regelung und nach dem GMG, Rechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Während nach der bisherigen Rechtslage in einigen Altersgruppen weibliche und in anderen Altersgruppen männliche Versicherte im Schnitt etwas stärker durch Zuzahlungen belastet waren, liegt gemäß den künftigen Zuzahlungsregelungen die durchschnittliche Belastung der Frauen vor allem bei den bis 60-jährigen über derjenigen der Männer. Diese Mehrbelastung weiblicher Versicherter steigt zudem, insbesondere in den jüngeren Altersklassen, von bislang nur geringfügigen Unterschieden auf Beträge bis zu 42,84 € (bei den 25- bis unter 30-jährigen Versicherten) pro Jahr, deutlich an.

Die Altersklassen der bis unter 20-jährigen wurden aufgrund der generellen Befreiungsregelung für minderjährige Versicherte aus den vorgestellten Betrachtungen ausgeschlossen.

5.4.3 Verteilung der Selbstbeteiligungsbelastung nach Einkommen und Versichertenstatus

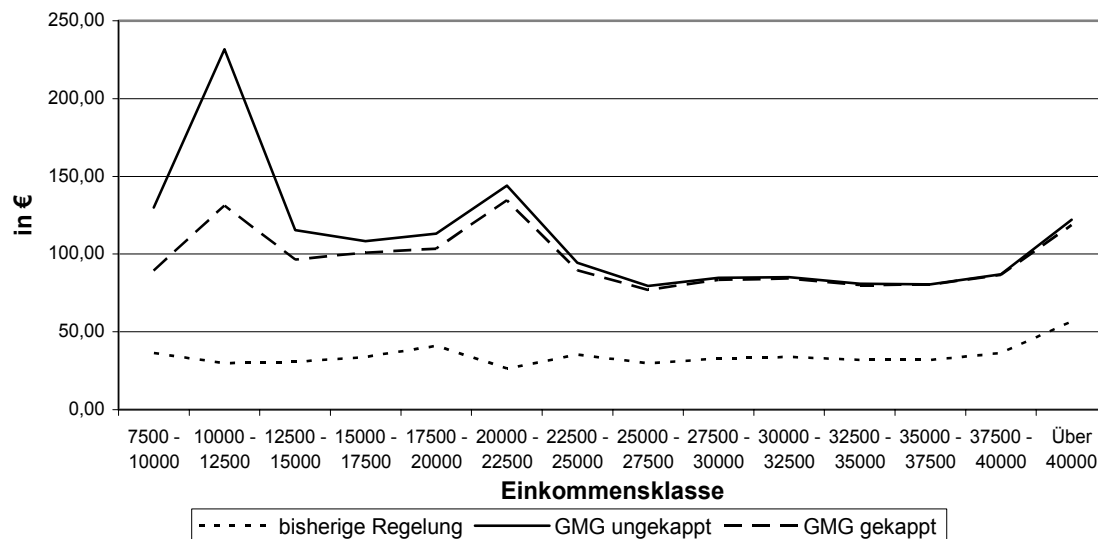
Bei der nach Einkommensklassen gegliederten Ergebnisdarstellung erschien es sinnvoll, Versicherte der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) aufgrund der deutlich voneinander abweichenden Einkommensniveaus, der unterschiedlich hohen Unterschiede zwischen Brutto- und Nettoeinkommen sowie der unterschiedlichen Morbidität dieser beiden Teilpopulationen, getrennt auszuweisen.

5.4.3.1 Höhe der Selbstbeteiligung der AKV-Mitglieder

Wie zu erwarten profitieren AKV-Mitglieder mit geringeren Einkommen von der einkommensabhängigen Begrenzung der Gesamtbelastung in höherem Maße als Versicherte, die über höhere Einkommen verfügen (vgl. Abbildung 13): Während sich durch die Begrenzung bei geringen Einkommen teils erhebliche Minderungen der Zuzahlungen ergeben, treten sie ab Einkommen von 25.000 € pro Jahr kaum auf. Die

durchschnittliche Selbstbeteiligung ist jedoch nach der künftigen Rechtslage, auch mit Begrenzung, in allen Einkommensklassen höher als nach den derzeitigen Regelungen.

Abbildung 13: Durchschnittliche jährliche Selbstbeteiligungshöhe der AKV-Mitglieder nach dem Einkommen, Rechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Die Untergliederung nach dem Geschlecht bestätigt die bereits weiter oben gemachten Beobachtungen: Während bei den Zuzahlungen nach bisheriger Rechtslage weder Männer noch Frauen über alle Einkommensgruppen hinweg höhere durchschnittliche Zuzahlungen zu leisten hatten, haben nach der künftigen Rechtslage in allen Einkommensklassen Frauen höhere durchschnittliche Belastungen aufgrund von Selbstbeteiligungen zu tragen als Männer.

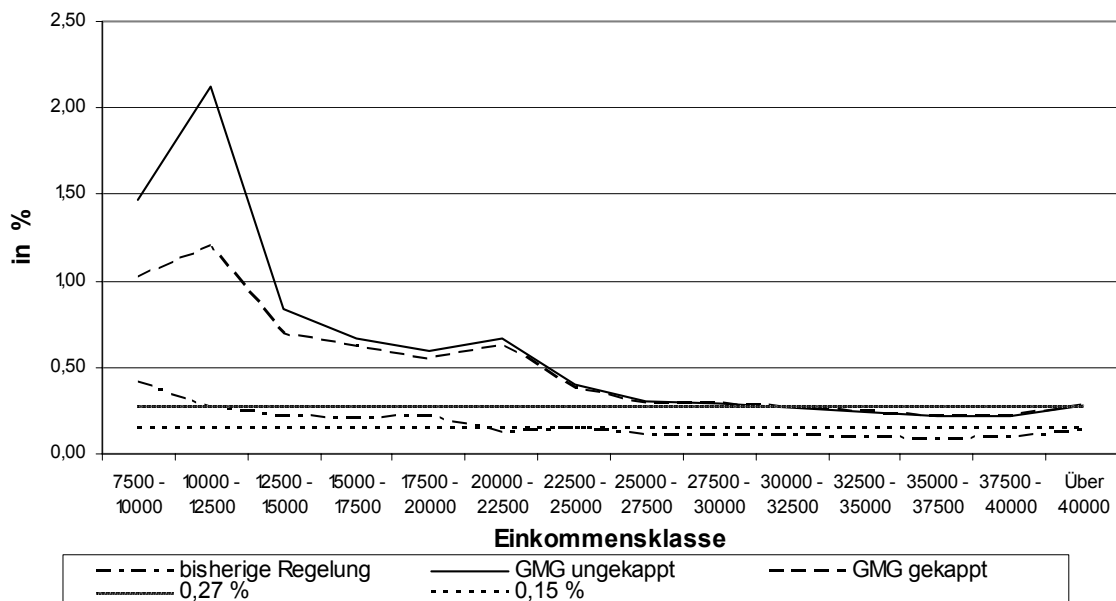
5.4.3.2 Anteil der Selbstbeteiligung der AKV-Mitglieder am Einkommen

Die Muster der absoluten Belastung der AKV-Versicherten spiegeln sich auch im Anteil der Zuzahlungen am Einkommen der Versicherten wider: Auch hier profitieren die Bezieher niedrigerer Einkommen stärker von der Belastungsbegrenzung als die höherer, wenngleich die prozentuale Belastung hier bei den Beziehern niedriger Einkommen deutlich höher ausfällt als bei denen höherer Einkommen. In diesem Zusammenhang ist besonders von Interesse, wie verschiedene Einkommensgruppen unterschiedlich von den gestiegenen Selbstbeteiligungen einerseits zusätzlich belastet und andererseits von einer dadurch möglichen Minderung des allgemeinen Krankenversicherungsbeitragssatzes begünstigt würden (vgl. Abbildung 14).

Ausgehend von Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von rund 138,8 Mrd. € und einem durchschnittlichen Beitragssatz von 13,58 % im Jahr 2001 entsprechen dem Gesamtvolumen der hier untersuchten Zuzahlungen nach geltendem Recht (in Höhe von rund 2,4 Mrd. € jährlich) rund 0,30 Beitragssatzpunkte; das erwartete Zuzahlungsvolumen nach neuem Recht (in Höhe von rund 5,4 Mrd. € jährlich) entspricht ca. 0,53 Beitragssatzpunkten. Nimmt man der Einfachheit halber an, die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung würde beibehalten, so darf die Zuzahlung, bemessen in Prozent des Einkommens, eines Versicherten die Hälfte dieser Werte nicht übersteigen, wenn das Mitglied durch die direkte Zahlung der Selbstbeteiligungen im Vergleich zu einer entsprechenden Beitragsfinanzierung ohne Zuzahlung besser gestellt werden soll.

In Abbildung 14 sind die durchschnittlichen prozentualen Belastungen des Bruttojahresentgelts der Mitglieder der verschiedenen Entgeltklassen für geltendes Recht, sowie für die GMG-Regelungen mit und ohne Obergrenze der Selbstbeteiligungszahlungen dargestellt. Zusätzlich zeigen die beiden horizontalen Linien die prozentual einheitliche Beitragsentlastung (nur Arbeitnehmerbeitrag) an, die durch die Selbstbeteiligung „gegenfinanziert“ ist.

Abbildung 14: Anteil der Selbstbeteiligungshöhe der AKV-Mitglieder am Einkommen und dadurch eingesparte Arbeitnehmerbeiträge, Rechnungsbasis 2001, in Prozent des Einkommens



Anmerkung: 0,15 %, 0,27 % Arbeitnehmerbeitragsanteil zur Finanzierung der Selbstbeteiligungen nach bisherigem Recht bzw. nach dem GMG.

Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

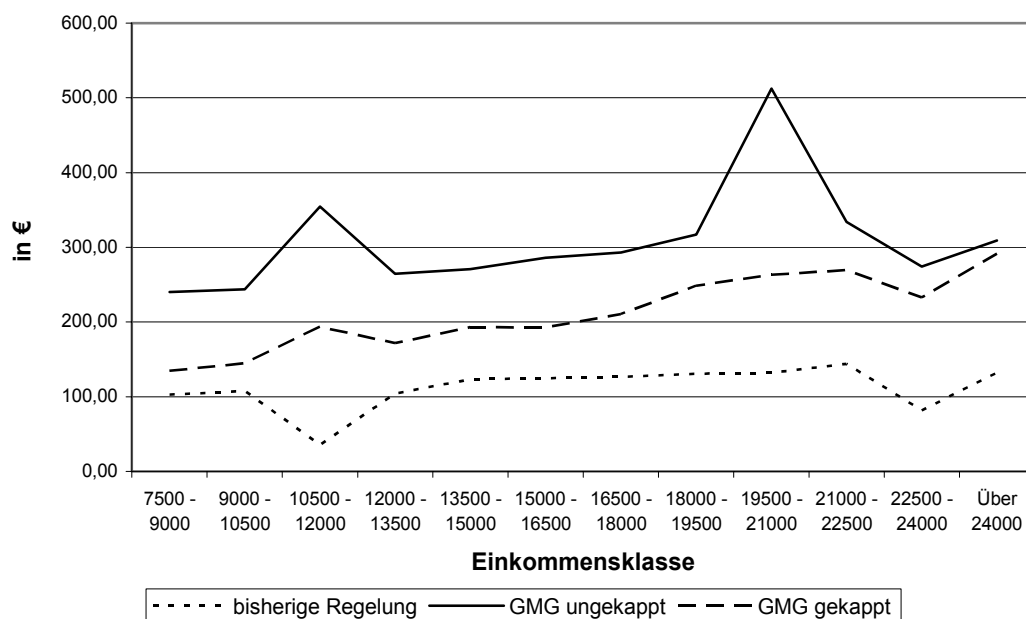
Aufgrund der generell höheren Einkommensanteile, welche Versicherte mit geringen Einkommen für Zuzahlungen aufwenden müssen, profitieren Angehörige höherer Einkommensklassen durch die Zuzahlungsfinanzierung stärker als Bezieher geringerer Einkommen. Das aus der alten Rechtslage resultierende Gesamtvolumen der Zuzahlungen gestattet eine Reduzierung des Arbeitnehmeranteils um ca. 0,15 % des Einkommens. Bezieher von Einkommen von über 25.000 € jährlich profitierten daher im Durchschnitt von der Finanzierung über Zuzahlungen. Allerdings überschritten die Zuzahlungen nach bisherigem Recht in keiner Einkommensgruppe 0,41 % des Einkommens, so dass auch Versicherte mit geringen Einkommen durch die Zuzahlungen nur eine moderate Mehrbelastung zu verkraften hatten.

Die nach den neuen Regelungen erwarteten Zuzahlungen würden ceteris paribus eine Beitragssatzwirkung von rund 0,27 Prozentpunkten (Arbeitnehmeranteil) nach sich ziehen. Somit würden im Durchschnitt Mitglieder ab einem Einkommen von rund 30.000 € jährlich von der Zuzahlungsfinanzierung profitieren. Dagegen hätten die neuen Zuzahlungsregelungen eine erhebliche Mehrbelastung unterer Einkommensgruppen zur Folge. Ihr für Selbstbeteiligungen aufgewendeter Einkommensanteil würde sogar unter Berücksichtigung der einkommensabhängigen Kappung bis zu 1,20 % betragen, erheblich mehr also, als bisher. Mit der künftigen Zuzahlungsregelung würde sich der Vorteil der Anhebung von Zuzahlungen also noch mehr auf Bezieher höherer Einkommen konzentrieren; es fände eine stärkere „(un)soziale“ Umverteilung von niedrigen zu höheren Einkommen statt.

5.4.3.3 Höhe der Selbstbeteiligung der KVdR-Mitglieder

Ähnliche Effekte wie bei den Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung sind, wie Abbildung zeigt, auch bei denen der Krankenversicherung der Rentner (im Weiteren als KVdR-Mitglieder bezeichnet) festzustellen: Bezieher niedriger Einkommen profitieren von der Begrenzungsregelung stärker als höhere. Die durchschnittlichen Belastungen durch die Zuzahlungen sind auch hier durch die neuen Zuzahlungsregelungen höher als durch die bisherigen. Zudem zeigt sich zwischen den durchschnittlichen Zuzahlungsbelastungen nach bisheriger und nach künftiger Rechtslage mit zunehmendem Einkommen tendenziell eine (bei den AKV-Mitgliedern allerdings nicht zu beobachtende) Spreizung.

Abbildung 15: Durchschnittliche jährliche Selbstbeteiligungshöhe der KVdR-Mitglieder nach dem Einkommen, Rechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Vergleicht man hingegen die Belastung von Männern und Frauen, so weichen die Ergebnisse deutlich von denjenigen der AKV-Versicherten ab: Waren in der AKV nach bisheriger Rechtslage zwischen Männern und Frauen keine nennenswerten Unterschiede in der Verteilung der durchschnittlichen Zuzahlungshöhe festzustellen, so fallen bei den Versicherten der KVdR deutlich höhere Zuzahlungsbelastungen weiblicher Versicherter bei mittleren und vor allem bei höheren Einkommensklassen auf. Auch die erwarteten Zuzahlungshöhen nach künftigem Recht stellen sich nicht mehr so eindeutig wie bei den AKV-Versicherten dar: Die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Versicherten treten nicht mehr so deutlich zu Tage. In einigen, vor allem höheren, Einkommensklassen übersteigen die durchschnittlichen Zuzahlungsbelastungen der Männer sogar die der Frauen.

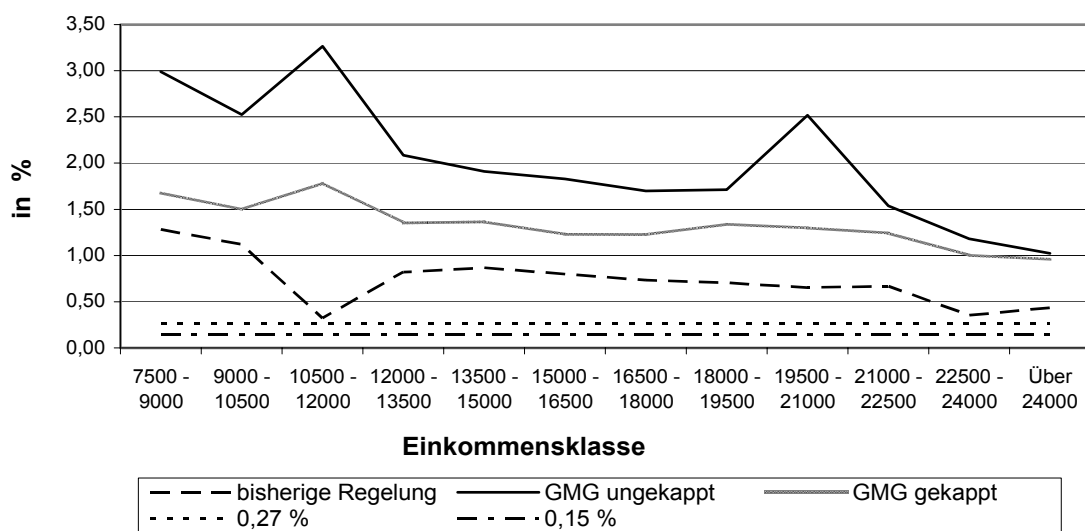
5.4.3.4 Anteil der Selbstbeteiligung der KVdR-Mitglieder am Einkommen

Stellt man die Belastung durch die Zuzahlungen auch für die KVdR als Anteil am Einkommen dar (vgl. Abbildung 16), so ist in der Tendenz ein ähnlich mit steigendem Einkommen fallender Verlauf festzustellen wie bei den Mitgliedern der AKV. Allerdings übersteigt die relative Belastung durch die Zuzahlungen in allen Einkommensgruppen deutlich die entsprechenden Beitragssatzentlastungen, die aus den Zuzahlungen möglich werden. Dieser Effekt resultiert aus den vergleichsweise hohen Gesundheitsausgaben in der KVdR, die mit niedrigen beitragspflichtigen Einkommen einhergehen. Eine Ausweitung

der Zuzahlung belastet die KVdR-Mitglieder deshalb deutlich mehr als die Beitragsreduzierung für sie entlastend wirkt. Nicht zuletzt hieraus wird deutlich, dass auch nach der Neuregelung der Selbstbeteiligungen die Umverteilung von der AKV hin zur KVdR erhalten bleiben wird.

Die Abbildung zeigt, dass die prozentuale Belastung der Bezieher niedriger Einkommen auch nach bestehendem Recht bei über 1 % des Einkommens liegt, während Bezieher höherer Einkommen weit geringere Anteile von unter 0,5 % aufzubringen haben. Dem steht eine Beitragsentlastung von 0,15 % gegenüber. Nach den Regelungen des GMG würde die anteilige Belastung in allen Einkommensgruppen deutlich zunehmen: Unter Berücksichtigung der Kappung durch die Überforderungsgrenze auf immerhin mehr als 1,5 % des Einkommens bei den niedrigen Einkommensgruppen, bis etwa 1 % bei den Beziehern höherer Renten. Natürlich läge die Belastung ohne Kappung der hohen Belastungen noch deutlich über diesem Niveau.

Abbildung 16: Durchschnittliche Selbstbeteiligung der KVdR-Mitglieder in Prozent des Einkommens nach dem Einkommen, Rechnungsbasis 2001



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung.

Ein Blick auf die entsprechenden nach Geschlecht gegliederten Ergebnisse bestätigt die Erkenntnisse, die bei der Betrachtung der absoluten Selbstbeteiligungsbeiträge bereits gewonnen wurden: Entgegen den entsprechenden Ergebnissen für AKV-Mitglieder sind bereits infolge der aktuellen Zahlungsregelungen deutlich höhere Belastungen weiblicher Rentner-Mitglieder in mittleren und höheren Einkommensgruppen festzustellen. Anders als bei AKV-versicherten Frauen kann jedoch für die KVdR-Mitglieder keine so deutlich ausgeprägte Verschlechterung, gerade für Frauen, festgestellt werden: Die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Versicherten fallen durchweg geringer aus, in einigen Einkommensgruppen haben sogar männliche Versicherte die höheren durchschnittlichen Zuzahlungsbeiträge zu leisten.

5.4.4 Veränderungen für Befreite nach § 61 SGB V (Sozialklauselfälle)

Die Neuregelungen des GMG sehen nicht nur eine Erhöhung der Selbstbeteiligungen sondern auch ihre strukturelle Veränderung vor. Ein Strukturmerkmal, das deutliche Veränderungen erfährt, ist die Behandlung der Härtefälle. Wie oben in Kapitel 4 ausgeführt wurde, gibt es nach dem noch geltenden Recht drei Gruppen von Härtefallbefreiungen – (a) wegen niedrigen Einkommens, (b) wegen besonders hoher Belastungen chronisch Kranker und (c) wegen besonders hoher Belastungen generell, d.h. zum einen

wird die Befreiung wegen mangelnder Zahlungsfähigkeit gewährt, zum anderen, um eine Überforderung wegen besonders hohen Bedarfs aufgrund schlechter Gesundheit zu vermeiden.

Was die Steuerungswirkungen betrifft, liegen in der bisherigen Regelung allerdings gewisse Unstimmigkeiten, die allenfalls aus pragmatischen Gründen sinnvoll erscheinen: Die Regelung, dass anerkannte Sozialklausel-Befreite nach § 61 SGB V wegen niedrigen Einkommens die meisten Zuzahlungen überhaupt nicht aufbringen müssen, führt dazu, dass eventuelle nachfrageseitige Steuerungswirkungen – soweit sie überhaupt wirksam werden – gerade bei den Gruppen ausgehebelt werden, die am ehesten auf Preissignale durch Einschränkungen der Nachfrage reagieren würden. Wie oben bemerkt wurde, weisen aber die Sozialklausel-Befreiten im Durchschnitt eine wesentlich schlechtere Gesundheit – gemessen z.B. an den Krankenhaustagen aber auch an den Arzneimittelkosten – auf als die Nicht-Härtefälle. D.h. bei dieser Gruppe trifft der Tatbestand niedriger Zahlungsfähigkeit auf hohen Bedarf. Auch aus epidemiologischen Daten – wie dem Gesundheitssurvey – weiß man allerdings, dass die Zugehörigkeit zu niedriger sozialer Schicht in der Tendenz mit verhaltens- wie auch verhältnisbedingt schlechtem Gesundheitszustand einhergeht. Und niedriges Einkommen stellt eine klassische Schichtvariable dar. Dieses Phänomen ist deshalb nicht besonders erstaunlich. Wie oben ausgeführt wurde, besteht aber nach bisherigem Recht eher der Anreiz die Befreiung nach § 61 SGB V zu suchen, weil sie umfassender ist, als die Befreiung nach § 62 SGB V als chronisch Kranker oder Überforderter. Dies führt natürlich dazu, dass auch Personen mit vergleichsweise geringen Gesundheitskosten aber niedrigem Einkommen eine umfassende Zuzahlungsbefreiung erfahren, auch wenn sie keinen besonders hohen Bedarf aufweisen.

Die Neuregelungen nach dem GMG erscheinen aus systematischen Gründen konsistenter: Gewisse Selbstbeteiligungen bleiben für alle Versicherten grundsätzlich erhalten – jedoch bis zu einer einkommensabhängigen Obergrenze, um die Zahlungsfähigkeit zu berücksichtigen. Für chronisch Kranke wird die Grenze niedriger angesetzt, um dem besonderen dauerhaften Bedarf Rechnung zu tragen.

Auf der negativen Seite sind allerdings durchaus Kritikpunkte anzumerken:

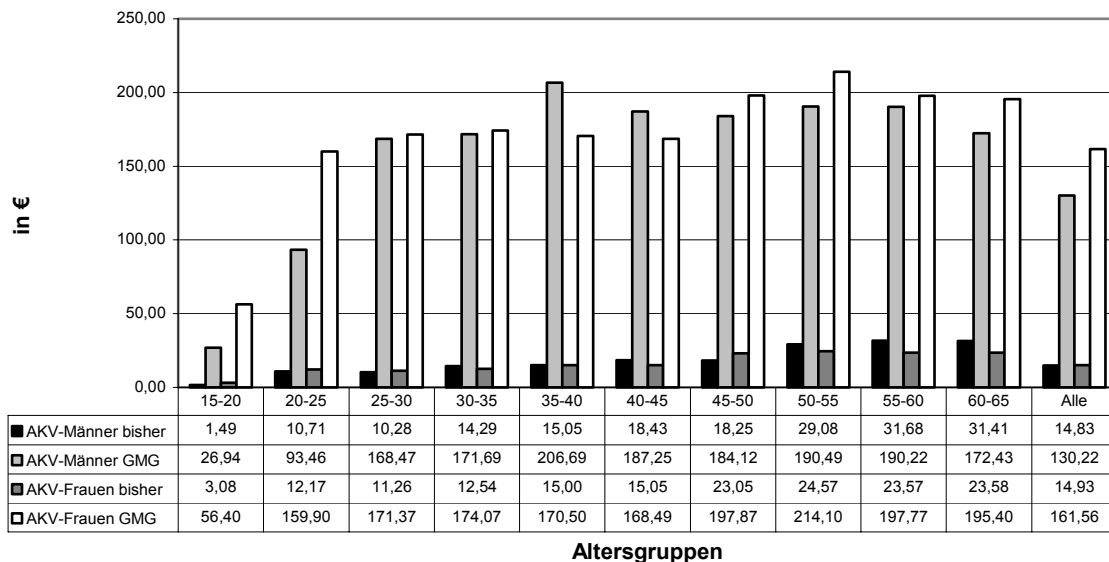
- Die Neuregelungen sind bei weitem nicht so einfach handhabbar wie die alten Regelungen. De facto muss für alle betroffenen Versicherten jedes Jahr geprüft werden, ob ihre Zuzahlungen die relevante einkommensbezogene Obergrenze übersteigen. Bisher war dies für die ganz überwiegende Zahl der Härtefälle, nämlich die nach der Sozialklausel Befreiten, nicht erforderlich. Sie mussten lediglich den Einkommensnachweis prüfen lassen.
- Die Ausweitung der Selbstbeteiligungen schwächt das Solidarprinzip: Bezieher niedriger Einkommen, Alte, Kranke und Frauen werden härter betroffen, wie die obigen Modellrechnungen zeigten.
- Die Selbstbeteiligungen werden zwar grundsätzlich prozentual ausgestaltet, was nach gängiger Meinung am ehesten eine Preissteuerungswirkung entfalten könnte, Mindest- und Maximalbeträge unterlaufen diese jedoch weitgehend.

Da die bisher nach § 61 SGB V Befreiten in besonderem Maße durch die Änderungen betroffen werden widmen sich die folgenden Ausführungen den Veränderungen bei ihnen.

Im Jahr 2001 gab es in der Gesetzlichen Krankenversicherung, wie in Kapitel 4 oben angemerkt wurde, 9,354 Mio. Versicherte, die nach § 61 SGB V von Zuzahlungen weitestgehend befreit waren. Zuzahlungen mussten allerdings für Krankenhausaufenthalte entrichtet werden. In Abbildung 17 werden die durchschnittlichen Zuzahlungsbeträge der AKV-Mitglieder, die eine Härtefallbefreiung nach § 61 SGB V

hatten nach geltendem Recht und nach den Regelungen des GMG unter Berücksichtigung der Kappung der Zuzahlungshöhe gemäß der Obergrenze von 2 % des Einkommens gegenübergestellt.

Abbildung 17: Durchschnittliche Zuzahlung von Härtefallbefreiten nach § 61 SGB V der AKV nach geltendem Recht und nach dem GMG nach Alter und Geschlecht, Berechnungsbasis 2001, in €



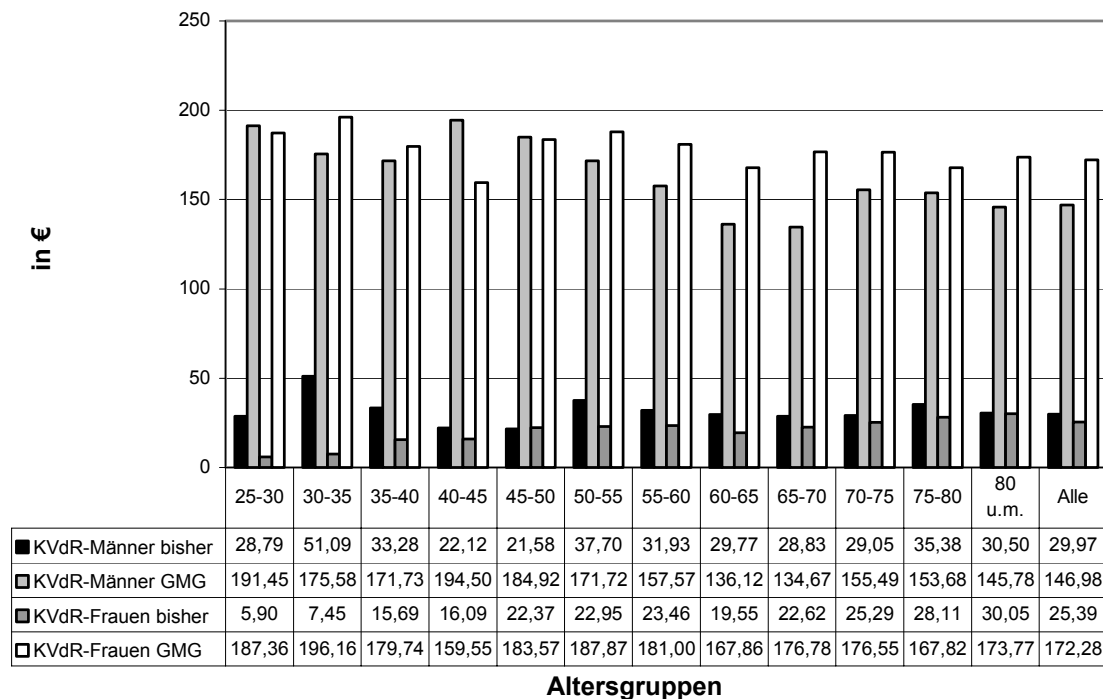
Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung und Berechnung.

Die Abbildung zeigt deutlich, dass gerade für diese Gruppe die Belastung drastisch ansteigen wird. Während in der AKV sowohl Männer wie Frauen nach geltendem Recht in fast allen Altersgruppen im Durchschnitt deutlich unter 30 € zu entrichten hatten, werden diese Beträge in manchen Gruppen auf fast 200 € oder mehr ansteigen. Würde man die Werte ohne Obergrenze berücksichtigen, müssten etwa doppelt so hohe Beträge erwartet werden.

Ähnlich gestalten sich, wie Abbildung 18 zeigt, die Belastungen der Sozialklauselfälle nach altem und neuem Recht für die KVdR-Mitglieder. Auch sie werden aufgrund der weitgehenden Befreiung nach geltendem Recht nur durch geringe Zuzahlungen im Krankenhaus belastet. Diese liegen bei den KVdR-Mitgliedern allerdings etwas höher als in der AKV. Allerdings ergibt sich ein kleiner Unterschied in den Mustern der AKV-Mitglieder im Vergleich zu KVdR-Mitgliedern nach neuem Recht: Die durchschnittlichen Zuzahlungen der KVdR-Mitglieder fallen angesichts der Kappung der Zuzahlungen in Einkommensabhängigkeit für KVdR-Mitglieder nunmehr etwas niedriger aus als für die der AKV. Dennoch wird auch für die KVdR-Mitglieder deutlich, dass sich bei ihnen ganz erhebliche Mehrbelastungen einstellen werden.

Insbesondere bei den Rentnermitgliedern ist jedoch anzunehmen, dass sich für diese Gruppe eine weitere Reduzierung der Zuzahlungen ergeben wird, da zu erwarten ist, dass ein erheblicher Teil dieser Gruppe die Anerkennung als chronisch Kranke beantragen wird.

Abbildung 18: Durchschnittliche Zuzahlung von Härtefallbefreiten nach § 61 SGB V der KVdR nach geltendem Recht und nach dem GMG nach Alter und Geschlecht, Berechnungsbasis 2001, in €



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung und Berechnung.

5.4.5 Gesamtrahmen der Zuzahlung

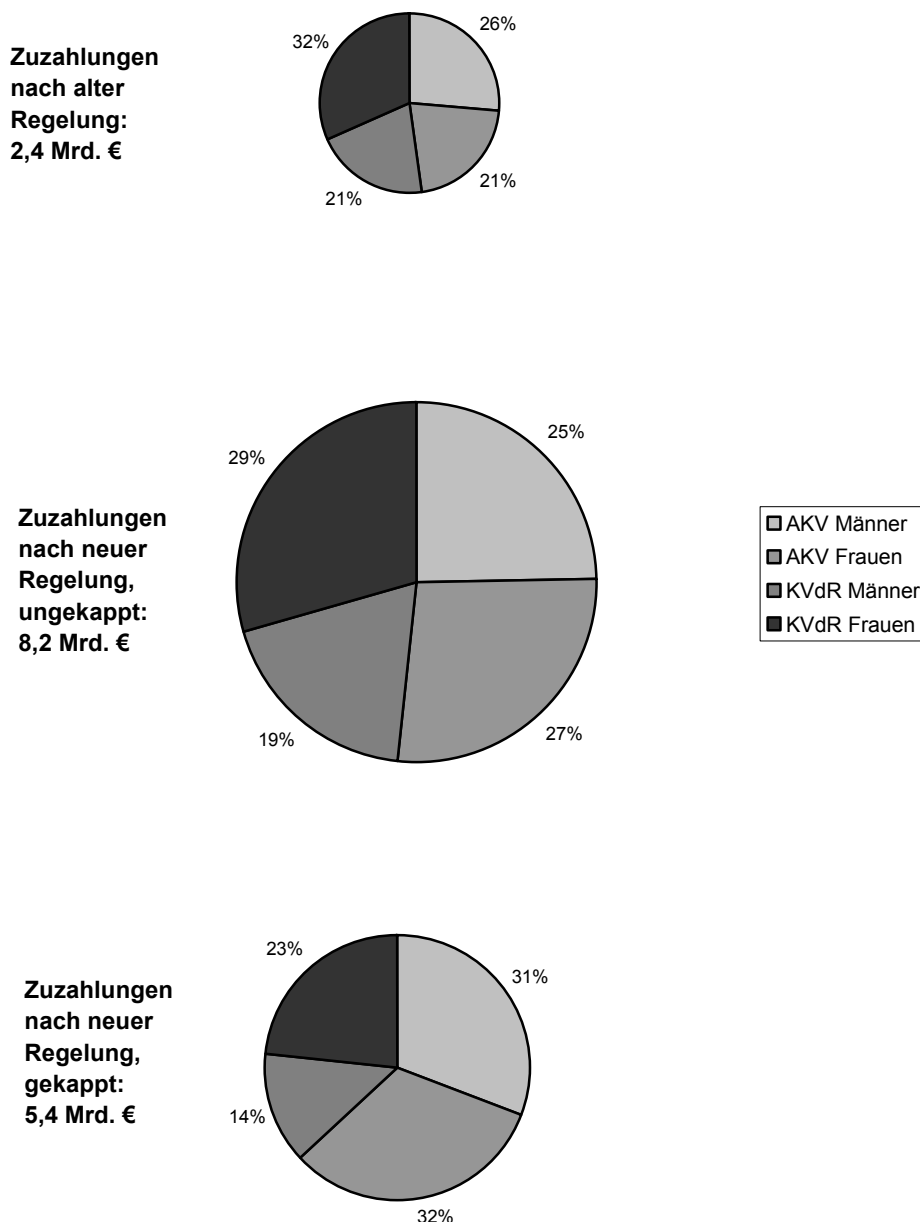
Hält man sich die in der gesundheitspolitischen Diskussion genannten Größen hinsichtlich des Entlastungsvolumens der geplanten Zuzahlungsregelungen für die GKV vor Augen, so fällt auf, dass die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ermittelten Werte die bereits kursierenden oft deutlich unterschreiten. So wurde – ohne Berücksichtigung der Auswirkungen der einkommensgebundenen Befreiungsregelungen – beispielsweise für den Bereich Arzneimittel eine Entlastung in einer Größenordnung von rund 4,0 Mrd. € jährlich debattiert. Der entsprechende Wert, welcher in der vorliegenden Studie ermittelt werden konnte, beläuft sich auf 3,7 Mrd. €. Für den Bereich Krankenhaus waren bis zu 1,4 Mrd. € Entlastung jährlich im Gespräch, wohingegen wir diese Größe auf ca. 900,0 Mio. € beziffern können. Auch die neu einzuführenden Selbstbeteiligungen im ambulanten Bereich wurden in der vorliegenden Studie mit 3,6 Mrd. € Entlastung pro Jahr deutlich geringer geschätzt, als die teils für diesen Leistungsbereich angenommenen 4,2 Mrd. € jährlich.

Das unter Berücksichtigung der Befreiungsregelungen ermittelte Gesamtentlastungsvolumen für die GKV von rund 5,4 Mrd. € unterschreitet den in der Diskussion genannten Wert von 6,4 Mrd. € deutlich. Eine vergleichende Gegenüberstellung der Gesamtvolumina der Entlastungen der GKV durch Selbstbeteiligungen nach bisheriger Gesetzeslage, nach neuer Regelung ohne Härtefallbefreiung und nach neuer Regelung mit Härtefallbefreiung ist für die drei untersuchten Leistungsbereiche Abbildung 19 zu entnehmen.

Nach derzeitiger Gesetzeslage beträgt das Gesamtaufkommen durch Zuzahlungen in den drei Leistungsbereichen rund 2,4 Mrd. € im Jahr 2001. Gemäß neuer Gesetzeslage wäre es ohne die einkommensbedingte Befreiungsregelung auf rund 8,2 Mrd. € angestiegen, wird jedoch, wie bereits angegeben, aufgrund der Befreiungen nur rund 5,4 Mrd. € betragen. Da die einkommensabhängige Begrenzung des individuell zu leistenden Gesamtzuzahlungsvolumens bei Versicherten der KVdR seine Auswirkungen deutlicher entfaltet als bei Versicherten der AKV, reduziert sich zudem der relative Anteil der von KVdR-

Versicherten zu leistenden Zuzahlungen am Gesamtzuzahlungsvolumen von derzeit 53 % deutlich bis auf 37 %. Was die erwarteten Einsparvolumen der GKV betrifft, muss noch berücksichtigt werden, dass die Höchstbegrenzungen für die bisher nach § 61 SGB V befreiten Sozialklauselfälle weiter sinken, wenn ein erheblicher Teil dieses Personenkreises als chronisch krank anerkannt werden muss.

Abbildung 19: Gesamtzuzahlungsvolumen nach bisheriger und nach neuer Gesetzeslage mit und ohne Befreiungsregelungen sowie Verteilung nach Geschlecht und AKV/KVdR



Quelle: INIFES – Universität Augsburg; eigene Darstellung und Berechnung.

Eine Zusammenfassung der umfangreichen empirischen Ergebnisse, sowie deren Relevanz im politischen Prozess bildet das Abschlusskapitel der vorliegenden Untersuchung.

6 Zusammenschau und Schlussfolgerungen

6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die zusammenfassende Darstellung der empirischen Ergebnisse folgt dem Aufbau des vorangegangenen Kapitels. Ohne die Berücksichtigung derzeit gültiger bzw. künftiger Härtefallregelungen können für den ersten untersuchten Leistungsbereich, den Arzneimittelbereich, folgende Aussagen über die Finanzierungswirkungen, getroffen werden:

- Ab dem 50-sten Lebensjahr steigen die durchschnittlichen Arzneimittelausgaben der GKV pro Versichertem sprunghaft an (um 75 € in die Alterskohorte der 50 bis unter 55-jährigen, gegenüber durchschnittlich 17 € zwischen jüngeren Kohorten)
- Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren wurden bereits durch die bisherigen Selbstbeteiligungsregelungen zu Arzneimitteln, sowohl was die absolute Höhe als auch den Anteil an ihrem Einkommen betrifft, deutlich stärker belastet als Versicherte bis zu einem Alter von 50 Jahren.
- Die Belastungsverteilung nach dem Alter wird sich durch die neuen Selbstbeteiligungsregelungen nur unwesentlich verändern. Auch künftig wird die Belastung durch Arzneimittelselbstbeteiligungen mit dem Alter des Versicherten zunehmen. Die absolute und somit auch die relativ zum Einkommen bemessene Belastung wird durch die GMG-Regelungen jedoch in allen Altersklassen ansteigen.

Hinsichtlich der Steuerungswirkungen der GMG-Maßnahmen lässt sich folgendes feststellen:

- Bei Arzneimitteln bis zu einem Preis von 5 € treten keine verzerrenden Effekte auf, da in diesem Preisbereich eine 100 %-ige Selbstbeteiligung gilt.
- Bei Arzneimitteln mit Preisen zwischen 5 € und 50 € ergibt sich eine Beschränkung der Selbstbeteiligung auf eine Gebühr in Höhe von 5 €. Überschreitet der Preis des Arzneimittels somit nicht die 50 €-Grenze, haben Versicherte keinen Anreiz zu kostenbewusstem Verhalten.
- Beträgt der Preis des Arzneimittels zwischen 50 € und 100 €, so kommt die 10 %-Regel zur Geltung. Durch diese proportionale Selbstbeteiligung haben Versicherte wiederum einen Anreiz zu kostenbewusstem Verhalten.
- Da die Höhe der Selbstbeteiligung jedoch auf 10 € pro bezogener Leistung begrenzt ist, besteht ab einem Arzneimittelpreis von 100 € für die Versicherten keinerlei Anreiz mehr ihr Inanspruchnahmeverhalten wegen der Selbstbeteiligung zu überdenken.

Insgesamt ist somit zu befürchten, dass sich insbesondere im mittel- und hochpreisigen Segment die Anreizwirkungen billigere Arzneien zu nutzen durch die GMG-Regelungen eher wenig auswirken werden, obgleich die Belastungen zunehmen.

Beim zweiten, separat untersuchten Leistungsbereich, dem Krankenhaussektor, kann ähnlich zum Arzneimittelbereich, festgestellt werden, dass:

- die durchschnittlichen Krankenhauskosten pro Versichertem mit zunehmendem Alter erheblich steigen.
- die absolute wie auch die relative, am Einkommen bemessene Höhe der Zuzahlungsbelastung mit dem Alter deutlich ansteigt. Die Regelungen des GMG verursachen hierbei generell höhere Belastungen durch die Selbstbeteiligungen, als die derzeit gültigen Vorschriften.

Steuerungswirkungen sind in diesem Bereich durch Selbstbeteiligungen hingegen nicht zu erwarten. Die Begründung für die Selbstbeteiligungen in diesem Leistungsbereich stellt vielmehr die Ersparnis bei der privaten Haushaltsführung während des Krankenhausaufenthaltes der Versicherten dar. Eine zeitliche Begrenzung auf 14 Tage, wie sie derzeit gilt, bzw. 28 Tage, wie sie das GMG vorsieht, erscheint jedoch in jedem Fall willkürlich.

Ähnliche Belastungseffekte sind auch im dritten untersuchten Leistungsbereich, dem ambulanten Bereich, zu finden. Dieser Bereich wird durch das GMG erstmals mit Zuzahlungen belegt. Hierbei sind mit zunehmendem Alter ansteigende individuelle Belastungen der Versicherten infolge der erhobenen Praxisgebühr zu beobachten. Insbesondere durch die Gültigkeit der Zuzahlung pro Quartal und besuchtem Arzt, sowie der Zuzahlungsbefreiung von Arztbesuchen, die auf eine Überweisung hin erfolgen, ergeben sich mehrere Steuerungseffekte, die bei dieser Form der Eigenbeteiligung auch im Vordergrund stehen:

- Die Rolle des Hausarztes als „Gatekeeper“ wird potentiell gestärkt. Unter dem Gesichtspunkt der Integration von Hausarztmodellen ein wünschenswerter Effekt.
- Das „Doktor-Hopping“, d.h. das wiederholte Aufsuchen mehrerer Ärzte ohne Überweisung aus nicht-medizinischen Gründen, kann eventuell eingeschränkt werden.

Allerdings können gewisse Verschiebungen der Arztbesuche am Quartalsende und –anfang auftreten.

Aufgrund der verhältnismäßig geringen absoluten Höhe der Gebühr bleiben die Steuerungseffekte dieser Regelungen abzuwarten. Bei der Abschätzung ihrer Finanzierungswirkungen ist ebenfalls Vorsicht geboten: Bereits geringfügige Variationen hinsichtlich zuzahlungsinduzierter Verhaltensänderungen der Versicherten können umfangreiche Reduktionen in der Finanzierungswirkung der Selbstbeteiligung bewirken.

Bezieht man die Härtefallregelungen des GMG in die Untersuchung ein, so ist zunächst festzuhalten, dass sich deren Anzahl voraussichtlich erheblich erhöhen wird. Hauptgrund hierfür stellt die aufgrund der generell angestiegenen Zuzahlungshöhen zunehmende Anzahl von Überforderungsfällen dar. Weiterhin sind, bei Berücksichtigung künftiger Härtefallregelungen, folgende Effekte zu erwarten:

- Von der einkommensabhängigen Begrenzung der Gesamtbelastung durch Selbstbeteiligungen profitieren insbesondere ältere Versicherte sowie Bezieher geringer Einkommen.
- Versicherte der KVdR werden gegenüber einer über den allgemeinen Krankenversicherungsbeitrag bereitgestellten Finanzierung des Zuzahlungsvolumens generell schlechter gestellt. Bei Versicherten der AKV gilt dies nach Inkrafttreten des GMG bis hin zu einem Einkommen von rund 30.000 € jährlich (derzeit ca. 25.000 €).
- Hieraus wird jedoch auch erkennbar, dass die prinzipielle Umverteilung von der AKV hin zur KVdR erhalten bleibt.

Zudem werden weibliche Versicherte durch die GMG-Regelungen generell (bis auf einige Ausnahmen bei KVdR-Versicherten) höher durch die Zuzahlungen belastet, als männliche Versicherte. Nach den derzeitigen Vorschriften ist eine solch eindeutige Schlechterstellung weiblicher Versicherter nicht feststellbar.

6.2 Schlussfolgerungen

Jede größere Reform eines Systems, der sozialen Sicherung betrifft zum einen die Effizienz und Leistungsfähigkeit des Systems zum andern aber auch den Solidarausgleich oder die (Um)- Verteilungsfunktion. Wird ein Solidarausgleich nicht gewünscht, erübrigt sich die Existenz einer Sozialversicherung.

Bei den Reformen des Gesundheitssystems kommen zwei besondere Aspekte hinzu: Mit der Leistungserbringung und –inanspruchnahme ist ein wichtiger Wirtschaftsbereich Gegenstand der Gestaltung. Zugleich erfolgt jedoch auch eine wesentliche Umverteilung, d.h. ein erheblicher Solidarausgleich der über den rein versicherungstechnischen Ausgleich hinausgeht, indem die Leistungsgewährung weitgehend am Bedarf, die Finanzierung weitgehend an der Leistungsfähigkeit, dem Einkommen, orientiert ist. Soweit die Finanzierung über die bisher vergleichsweise geringen Direktzahlungen durch die Versicherten hinausgeht, sind sogar mehrere Sozialversicherungszweige und öffentliche Gebietskörperschaftshaushalte an der Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt. Den wichtigsten Träger unter ihnen stellt jedoch die Gesetzliche Krankenversicherung dar, auf die sich diese Analyse beschränkt hat.

Selbstbeteiligungen haben mehrere Funktionen: Sie entlasten die Gesetzliche Krankenversicherung von den Ausgaben in Höhe der geleisteten der Selbstbeteiligung, soweit diese Funktion nicht durch den Verzicht auf Selbstbeteiligung, etwa über Härtefallbefreiungen konterkariert wird. Führen sie darüber hinaus zu unterschiedlichen Belastungen verschiedener Leistungen, steuern sie auch die Inanspruchnahme – entweder vom teureren zum billigeren Verfahren, gemessen an der zu tragenden Selbstbeteiligung – oder in Richtung einer Einschränkung der Inanspruchnahme. Selbstbeteiligungen schwächen den Solidarausgleich – soweit bedarfsgerechte Leistungsanspruchnahme vorliegt – und stärken das Äquivalenzprinzip. Soweit die Inanspruchnahme von Leistungen von den Versicherten selbst beeinflusst werden kann, ist das Äquivalenzprinzip auch als ein Gerechtigkeitsprinzip anzusehen, welches sicher nicht umgangen werden kann oder soll. Gesundheit ist jedoch zu einem erheblichen Teil nicht der Eigenverantwortung unterworfen, da Wohn- und Arbeitsverhältnisse die Gesundheit und den Bedarf beeinflussen. Umgekehrt ist Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit nicht gänzlich unabhängig vom Gesundheitszustand. Angeborene Gesundheitseigenschaften bestimmen den Bedarf ebenso mit. Äquivalenz und Eigenverantwortung im Sinne der beeinflussbaren Verhaltensweisen und Determinanten von Gesundheit können als gerechtfertigt angesehen werden; der Verweis auf die Eigenverantwortung hinsichtlich unbeflussbarer Determinanten, die Versicherte hinnehmen müssen, sicher nicht.

Fazit 1: Selbstbeteiligungen als Instrumente zur Stärkung des Äquivalenzprinzips sind angesichts der komplexen Gemengelage im Gesundheitswesen mit Vorsicht zu betrachten – vor allem dann, wenn die reine Finanzierungsfunktion im Vordergrund steht.

Von vielen „Modernisierern“ wird die Berechtigung einer Umverteilungsfunktion im Rahmen der Leistungsgewährung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Frage gestellt. Am liebsten wäre ihnen die systematisch saubere Trennung in eine am Äquivalenzprinzip orientierte (eventuell sogar risikoäquivalente) Versicherung oder mindestens eine durch einheitliche Kopfpauschalen finanzierte Versicherung. Die Umverteilung würden sie systematisch klar auf den Steuertransfermechanismus verlagern. Eine solche Form der Finanzierung macht es auch sehr viel leichter, weitere Leistungsausgrenzungen in Form steigender Selbstbeteiligungen vorzunehmen, da dadurch keine eklatanten Verschlechterungen für Bezieher niedriger Einkommen bei Begünstigung der Bezieher höherer Einkommen auftreten. Auch die zur Zeit von vielen propagierte Bürgerversicherung wird von manchen Proponenten vor allem in Kombination mit der Finanzierung über Kopfpauschalen gefordert – mit dem Ziel, die eventuell verbleibende Umverteilung getrennt finanzieren zu können. Eine solche Form der Bürgerversicherung würde eine Kombination mit Leistungsausgrenzung und Selbstbeteiligung erleichtern. Die Bürgerversicherung könnte dann zunehmend mehr zu der Einheitsversicherung mit möglicherweise immer mehr eingeschränktem Leistungskatalog werden – ergänzt um Selbstbeteiligungen und freiwillige Zusatzversicherungen, die einen Solidarausgleich logischerweise nicht enthalten können.

Fazit 2: Die Selbstbeteiligung ist in der Finanzierung weder eine Alternative zur Bürgerversicherung noch zur Kopfpauschale. Sie können vielmehr aus bestimmten ordnungspolitischen Zielsetzungen kommend zu einem einheitlichen Leistungspaket zusammengefügt werden.

Die große Bedeutung der Umverteilungsfunktion der Gesetzlichen Krankenversicherung – in ähnlicher Weise auch der sozialen Pflegeversicherung – geht jedoch deutlich über die Einkommensumverteilungsfunktion und die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken hinaus. Da die Tatbestände Einkommen, Geschlecht, Erwerbsbeteiligung und Familienstruktur nicht unabhängig von Gesundheit und damit dem Bedarf an Gesundheitsleistungen verteilt sind, werden weitere Verteilungsaspekte berührt. In der Tendenz ist der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die soziale Umwelt und das Krankheitsverhalten der Angehörigen niedriger sozialer Schichten schlechter als das höherer sozialer Schichten, wobei die soziale Schicht mindestens zum Teil durch das Einkommen gekennzeichnet ist. Frauen haben aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung im Durchschnitt einen höheren Leistungsbedarf als Männer. Die Familienstruktur interagiert mit dem Alter, dem Einkommen und der Erwerbsbeteiligung.

Der hohe Anteil der Finanzierung über öffentliche Haushalte und insbesondere über die Sozialversicherungshaushalte bietet sich vor allem an, um eine umfassende Sicherung mit Zwangscharakter zu gewährleisten und die vielschichtige soziale Ausgleichsfunktion dabei wahrnehmen zu können.

Fazit 3: Selbstbeteiligungen können in die komplexen Umverteilungsmechanismen ungeahnte Verzerrungen bringen. Sie reduzieren immer die von einem solidarischen Gesundheitssystem erwünschte Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken und zwischen hohen und niedrigen Einkommen. Bei hohen Selbstbeteiligungen zum Zweck der Kostenentlastung der Kassen müssten entsprechende Ausgleichsmechanismen geschaffen werden.

Traditionell hatte und hat die Bundesrepublik Deutschland einen im Vergleich geringen Anteil an Selbstbeteiligungen zur Finanzierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen. Mit jedem bedeutenden Reformschritt der letzten Dekaden hat die Höhe jedoch zugenommen und sich die Struktur häufig verändert. Um dem Umverteilungsaspekt Rechnung zu tragen, hatte man 1989 Härtefallregelungen eingeführt für einkommensmäßig Bedürftige und für Versicherte mit besonders hohen Gesundheitsausgaben relativ zu ihrem Einkommen. Ab 1999 wurde auch dem besonderen Bedarf chronisch Kranker durch entsprechende Befreiungen (wieder) Rechnung getragen. Mit dem GMG erfolgt der Schritt in Richtung einer weitgehend einheitlichen Festlegung auf eine maximal zulässige Belastung von 2 % des Einkommens. Eine spezielle Begünstigung Bedürftiger fällt mit dieser Proportionalbelastung weg. Grundsätzlich ist die neue Regelung konsistenter als die alte, sie birgt jedoch mit steigenden Selbstbeteiligungen verschiedene Probleme in sich: Wie kann die administrative Handhabung wirtschaftlich, gerecht und effektiv gestaltet werden? Gibt es einen großen Verwaltungsaufwand für Versicherte und Kassen bzw. für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen? Oder stellt diese Regelung den kalten Einstieg in die Kostenerstattung als Regelfall dar? Oder soll etwa ein technisch ausgeklügeltes Erfassungssystem mit einer neuen (und teuren) Versichertenkarte eingeführt werden?

Fazit 4: Die derzeitige Entwicklung der Selbstbeteiligung scheint zwar Ansätze zu einer sinnvollen Systematik zu enthalten. Die Praktikabilität ist jedoch unklar und fraglich.

Für chronisch Kranke legt man sich auf eine 1 %-ige Obergrenze für die Selbstbeteiligung fest. Es erscheint im Moment schwer zu beurteilen, ob dies eine willkürliche Regelung ist. Als Steuerungsinstrument scheint die Regelung allerdings dann sinnvoll, wenn sie mittelfristig mit qualitativ guter Versorgung im Rahmen von Disease-Management-Programmen verbunden werden kann. Nur dann hat die relative Begünstigung dieser Gruppe Sinn und hilft zur Verbesserung der Gesundheit.

Fazit 5: Sonderbehandlung im Zusammenhang mit Selbstbehalten für Chroniker ist vor allem dann sinnvoll, wenn sie zur Verbesserung des Gesundheitssystems im Sinne des Gesundheitsoutcomes genutzt wird.

Die neue Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich ist weniger unter dem Gesichtspunkt der Finanzierung als unter der Steuerungsmöglichkeit zu betrachten. Zum einen ist es denkbar, dass mit unter der Besuch direkt beim Facharzt nicht unwirtschaftlicher sein muss, wenn klar ist, welche Fachrichtung durch eine Erkrankung betroffen ist. Hier könnte der Weg über den Hausarzt sogar unnötig Kosten verursachen. Wenn sich die Zuzahlung bzw. deren Wegfall jedoch dazu nützen lässt, erwünschte Behandlungswege zu fördern, so wird der Finanzierungseffekt zwar deutlich geringer als erwartet ausfallen, aber dennoch den gewünschten Steuerungseffekt haben. Der Erfolg dieser Maßnahmen ist allerdings ganz wesentlich mit der Qualitätssicherung der Leistungserbringung und der Behandlungsformen sowie einer guten Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer verbunden. Wenn sich die Leistungsbringer einer solchen erfolgreich entziehen können, wird auch der Steuerungseffekt der Selbstbeteiligungen ins Leere laufen.

Fazit 6: Die Selbstbeteiligungen könnten für eine Steuerung in Richtung qualitativ guter Behandlung genutzt werden. Ob das Gesetz durch den Kompromiss aber nicht einen zahnlosen Tiger der Qualitätssicherung geschaffen hat, bleibt offen.

Abschließend kann festgestellt werden: Mit der gewählten Themenstellung haben wir versucht, einen ersten Schritt zur Beurteilung einiger wichtiger Reformmaßnahmen zu leisten. Die Beurteilung fällt insgesamt durchmischt aus. Zwar scheinen einige Potentiale in einer veränderten Steuerungsmöglichkeit zu liegen. In bestimmten Bereichen der Arzneimittelversorgung könnte es zu einer höheren Wirtschaftlichkeit durch die Wahl preisgünstigerer Arzneimittel kommen – dafür fällt aber der Anreiz zur Inanspruchnahme geringerer Mengen teilweise weg. Im ambulanten Bereich könnte die Selbstbeteiligung zur Förderung besserer Versorgungsstrukturen genutzt werden. Ob dies gelingen wird, ist jedoch keineswegs sicher. Im Krankenhaus ist von einer Steuerungswirkung der Selbstbeteiligung nicht auszugehen.

Auf der negativen Seite ist zu verbuchen, dass die neuen Zuzahlungen zu einer erheblichen Mehrbelastung der Versicherten führen werden, denen nur bei den gesunden Mitgliedern mit hohen Einkommen entsprechende Beitragssatzentlastungen gegenüberstehen. Die Bezieher niedriger Einkommen und die Kranken – das heißt auch: Die Rentner/innen und generell die Frauen werden erheblich mehr belastet. Etwas pointiert ausgedrückt: Die Reform schafft es, im Interesse einer Beitragssenkung – eine Gesundheitskostensenkung ist damit nicht unbedingt verbunden – im Vergleich zum Status quo die Alten, die Frauen, die Kranken und die Bezieher niedriger Einkommen mehr zu belasten! Man kann nur hoffen, dass die potentiell positiven Steuerungswirkungen auch etwas für die Verlierer dieser Reform abfallen lassen.

Literaturverzeichnis

- ABDA (Hrsg.) (2003a): Zusammenfassung der Position der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände; http://www.abda.de/ABDA/download/reformcenter/GMG_ABDAPosition_Zusammenfassung_030619.pdf; [12.08.2003];
- ABDA (Hrsg.) (2003b): Kein Stein bleibt auf dem anderen - Auswirkungen des Parteienkompromisses zur Gesundheitsreform auf die Arzneimittelversorgung; http://www.abda.de/ABDA/artikel.html?ID=1027&ref=Reform_Hintergrund#Punkte; [12.08.2003];
- AOK BUNDESVERBAND (Hrsg.) (2002): G+G Sonderdruck – Wettbewerb als Chance für das Solidarsystem – Positionen der AOK zu nächsten Stufe der Gesundheitsreform; Bonn;
- AOK BUNDESVERBAND (Hrsg.) (2003): G+G Sonderausgabe August 2003 – Gesundheits- Konsens – Stimmt der Kurs?; Bonn;
- ÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (2003): 1. Arbeitsentwurf – Formulierungshilfe für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und F.D.P.; <http://www.aerztekammer-bw.de/20/gesundheitspolitik/gesetzgebung/gmg-entwurf.pdf>; [13.08.2003]
- ÄRZTEVEREIN SÜDKREIS METTMANN E.V. (2003): http://www.kapiertnix.de/pageID_518222.html; [17.09.2003];
- BDA (Hrsg.) (2001): Memorandum „Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen“; Berlin;
- BESKE, F. (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung - Kieler Konzept - Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen; Prag et al.;
- BPI (Hrsg.) (2003): BPI-Pressemitteilung vom 09.05.2003 – BPI: Gesundheitsreform ist unsozial und treibt Arzneimittelausgaben weiter in die Höhe; <http://www.bpi.de/internet/presse/pressemit.asp#>; [14.08.2003];
- BRÜMMERHOFF, D. (2001): Finanzwissenschaft, 8., völlig überarbeitete und stark erweiterte Auflage; München et al.;
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2003a): <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/spi/spi0203/3297.cfm>; [08.09.2003];
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2003b): Unveröffentlichte Statistik KG3 für das Jahr 2001;
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hrsg.) (2000): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1999; Bonn;
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (o.J.): Unveröffentlichte Statistik KG2 für die Jahre 1993 bis 2001 (2000 bis 2001 unveröffentlicht);
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Hrsg.) (2003): Grüne Reformpolitik und Agenda 2010: Sozialstaat reformieren – Gerechtigkeit erneuern – Zukunft gestalten; Beschluss der außerordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz in Cottbus;
- CHOU, L.-F. (1993): Selbstbeteiligungen aus ordnungspolitischer Sicht: Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland; Finanzwissenschaftliche Schriften, Band 55; Frankfurt am Main et al.;
- DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.) (2003a): Drucksache 15/1174 – Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik neu denken und gestalten; Berlin;
- DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.) (2003b): Drucksache 15/1175 – Mut zur Verantwortung - Für ein freiheitliches Gesundheitswesen; Berlin;
- DGB (Hrsg.) (2003): Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu den Eckpunkten der Verhandlungskommission zur Gesundheitsreform; http://www.dgb.de/themen/themen_a_z/abisz_doks/s/stellungnahme_eckpunkte.pdf; [11.08.2003];
- FDP (Hrsg.) (2003): Gesundheitsreform – FDP fordert Nachbesserung; <http://www.liberales.de/portal/index.phtml?spezialthema=1&id=12>; [13.08.2003];
- GLAESKE, G.; LAUTERBACH, K.W.; RÜRUP, B.; WASEM, J. (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, Manuskript zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung am 05. Dezember 2001 in Berlin; Bonn;
- HENKE, K.-D. (1983): Selbstbeteiligung als Finanzierungs- und Steuerungselement – Stand der Ziele und Formen der Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung; in: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORD-WÜRTTEMBERG (Hrsg.) (1983): Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung; Sankt Augustin;

- HERDER-DORNEICH, P. (1994), *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen*; Baden-Baden;
- HERZOG KOMMISSION (Hrsg.) (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“: Zur Reform der sozialen Sicherungssysteme;
- IW KÖLN (Hrsg.) (2003a): Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln Nr. 31 vom 31. Juli 2003 – Gesundheitsreform: wieder nur Stückwerk; Internet Ressource; <http://iwkoeln.de>; [14.08.2003];
- IW KÖLN (Hrsg.) (2003b): Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln Nr. 33 vom 14. August 2003 – Bürokratieabbau: weniger Futter für den Amtsschimmel; Internet Ressource; <http://iwkoeln.de>; [14.08.2003];
- KERN, A.O. (2002): Arztinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung – Bedeutung für eine Privatisierung von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung; Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe: Beitrag Nr. 225;
- KLEC, G. (2003): Gesundheit und Selbstbehalte – Informationen für die laufende Diskussion; <http://www.gpa.at/esreicht/selbstbehalt/gpa-selbstbehalte-info.pdf>; [10.09.2003];
- KNAPPE, E. (1987): Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen. Eine Bestandsaufnahme empirischer Untersuchungen; in: OBERENDER, P. (Hrsg.), (1987), *Gesundheitswesen im Umbruch?*; Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bayreuth, S. 49 – 75;
- KNAPPE, E.; ROPPEL, U. (1982): Zur Stärkung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente im Gesundheitssystem – Probleme und Ansatzpunkte; Köln;
- KRAFT, K.; SCHULENBURG, J.-M. GRAF v. d. (1985): Einige empirische Ergebnisse zur Beurteilung der Wirkung von Selbstbeteiligungsregelungen in der Krankenversicherung; in: OBERENDER, P. (Hrsg.) (1985): *Gesundheitswesen im Wandel; Gesundheitsökonomie und Sozialrecht*, Band 2; Spardorf, S. 123 – 147;
- LANGER, B.; PFAFF, A.B.; RINDSFÜßER, C.; ELLER, M.; MIELCK, A.; BAUMANN, H. (2003): Berücksichtigung von Härtefällen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs?, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Nr. 5-6, S. 43 - 50;
- LEU, R.E. (1991): Gesundheitsverhalten, Gesundheitsstatus und Kosten der medizinischen Versorgung; in: ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.) (1991): *Beiträge zur Gesundheitsökonomie 12 – Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen und ihre ökonomische Bedeutung*; Gerlingen; S. 213 – 270;
- MARBURGER BUND (Hrsg.) (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems; <http://marburger-bund.de/bundesverband/aktuelles/gesundheitspolitik/texte/gmg-mb.html>; [13.08.2003];
- MORARO, G. (1985): Die Rolle von Preisen im öffentlichen Gesundheitsdienst; in: ANDRAE, C.-A.; THEURL, E. (1985) (Hrsg.): *Marktsteuerung im Gesundheitswesen*; Köln; S. 167 – 188;
- MPS (1990): *Alternative Modelle der Selbstbeteiligung*; Bonn;
- MÜNNICH, F. (1983): *Steuerungsmöglichkeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung*; Köln- Lövenich;
- O.V. (2003a): Zusammenfassung der gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform, August 2003; Berlin;
- O.V. (2003b): Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform, 22. Juli 2003; Berlin;
- ÖBIG (2003): *Selbstbeteiligung: Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich*; Wien;
- ÖSTERREICHISCHES PARLAMENT (1996): *Parlamentskorrespondenz* 04.07.1996, Nr. 419; <http://www.parlinkom.gv.at/pd/pk/1996/PK0419.html>; [10.09.2003];
- ÖSTERREICHISCHES PARLAMENT (2000a): *Parlamentskorrespondenz* 02.02.2000, Nr. 42; <http://www.parlinkom.gv.at/pd/pk/2000/PK0042.html>; [10.09.2003];
- ÖSTERREICHISCHES PARLAMENT (2000b): *Parlamentarische Materialien*; <http://www.parlinkom.gv.at/pd/pm/XXI/A/texte/000/A00075.html>; [10.09.2003];
- PAULY, M.V. (1968): The Economics of Moral Hazard: Comment; in: *American Economic Review*, Vol. 58, S. 531 – 537;
- PAULY, M.V. (1983): More on Moral Hazard; in: *Journal of Health Economics*, Vol. 2, S. 81 – 85;
- PFAFF, A.B. (2003): Auswirkungen von Selbstbeteiligungen: Steuerung und Rationierung unter Berücksichtigung der Härtefallregelungen, in: WILLE, E. (Hrsg.), (2003): *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, Gesundheitsökonomische Beiträge*, Band 40; Baden-Baden;
- PFAFF, A.B.; BUSCH, S; RINDSFÜßER, C. (1994): Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen der Reformgesetzgebung von 1989 und 1993 auf die Versicherten; Frankfurt a.M.;
- PFAFF, M. (1982): *Finanzierungs- und Ausgabenströme im Gesundheitssektor: eine realtypische Betrachtung fiskalischer Systeme – Referat für die Tagung des Finanzwissenschaftlichen Ausschusses des Vereins für Socialpolitik*; Augsburg;

- PFAFF, M.; PFAFF, A.B.; LANGER, B.; MIELCK, A.; ELLER, M. (2002): Härtefälle nach SGB V §§ 61 ff.: Art, Umfang und Folgen tatsächlicher Inanspruchnahme und potentieller Berechtigung; Forschungsbericht des bayerischen Forschungsverbunds Public Health – Öffentliche Gesundheit; Augsburg und Neuherberg;
- PFAFF, M.; SCHEJA, U. (1985): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich – Einkommens- und Preiselastizitäten für Gesundheitsausgaben und die Nutzung von Gesundheitsgütern; in: GÄFGEN, G. (Hrsg.) (1985): Ökonomie des Gesundheitswesens – Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik; Berlin; S. 145 – 160;
- PIFFL, S. (1990): Eigenbeteiligung in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Möglichkeiten gesundheitsökonomischer Ausgestaltung; Studien des Forschungsinstituts für Wirtschaftspolitik an der Universität Mainz, Band 37; München;
- RAU, F. (1992): Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen: Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich; Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Band 21; Konstanz;
- REICHELDT, H. (1994): Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung im Arzneimittelmarkt: Analyse der Auswirkungen bisher praktizierter und aktuell diskutierter Selbstbeteiligungsregelungen in der Arzneimittelversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung; Stuttgart et al.;
- REICHMANN, G.; SOMMERSGUTER-REICHMANN, M. (2003): Selbstbehalte in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich; in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 26. Jg., Heft 1; S. 19 – 33;
- RÜRUP-KOMMISSION (Hrsg.) (2003): Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung; Berlin;
- SCHRÖDER, H., SELKE, G.W. (1999): Arzneimittelmarkt 1997 geprägt von Zuzahlungserhöhungen; in: Sozialer Fortschritt, 48. Jg., Nr. 1/2, S. 43 – 45;
- SCHULENBURG, J.-M. GRAF v. d. (1987): Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen; Tübingen;
- SCHULENBURG, J.-M. GRAF v. d.; GREINER, W. (2000): Gesundheitsökonomik; Tübingen;
- SCHUMANN, J. et al. (1999): Grundzüge der mikroökonomischen Theorie, 7., neubearbeitete und erweiterte Auflage; Berlin et al.;
- SENDLER, H. (2003): Eine Lanze für die sozial gerechte prozentuale Zuzahlung; <http://www.bpi.de/internet/ViewDocument.aspx?d=4461>; [07.08.2003];
- SPD BUNDESVORSTAND (Hrsg.) (2003): Außerordentlicher Parteitag der SPD in Berlin – Beschlüsse; Bonn, Berlin;
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2001): Statistisches Jahrbuch 2001; Wiesbaden;
- SVR (Hrsg.) (2002): 20 Punkte für Beschäftigung und Wachstum: Jahresgutachten 2002/2003; Stuttgart;
- SVRKAiG (Hrsg.) (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht 1994; Baden-Baden;
- SVRKAiG (Hrsg.) (2003): Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität; Baden-Baden;
- THOMAE, D. (2003): Für einen funktionsfähigen Wettbewerb in der Krankenversicherung; <http://mdb.liberales.de/fraktion/dateien/initiativen/ZukunftspapierFDPGesundheitspolitik.pdf>; [13.08.2003];
- VARIAN, H.R. (1999): Grundzüge der Mikroökonomik; 4. Auflage, München et al.;
- VdAK/AEV (2003): (Hrsg.): Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2003; Siegburg;
- WELLER, M. (2003): Von Licht und Schatten; in: AOK BUNDESVERBAND (Hrsg.) (2003): G+G Sonderausgabe August 2003 – Gesundheitskonsens – Stimmt der Kurs?; Bonn;
- WIDO Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2001): Finanzierung und Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung – Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick; Bonn;
- ZALEWSKI, T. (1984): Originäre Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Steuerungspotentiale in der ambulanten ärztlichen Versorgung; Sankt Augustin;
- ZIMMERMANN, H.; HENKE, K.-D. (1994): Finanzwissenschaft: Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft; 7., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage; München;
- ZWEIFEL, P.; BREUER, M. (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems – Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V.; Zürich;