



Institut für Volkswirtschaftslehre

Universität Augsburg

Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe

Steuerung des GKV-Arzneimittelmarktes – Auswirkungen von Selbstbeteiligungen und Härtefallregelungen

Bernhard Langer

Anita B. Pfaff

Axel Olaf Kern

Beitrag Nr. 285, Juni 2006

Steuerung des GKV-Arzneimittelmarktes – Auswirkungen von Selbstbeteiligungen und Härtefallregelungen

Bernhard Langer, Anita B. Pfaff, Axel Olaf Kern

Zusammenfassung:

Wie vorliegende Arbeit zeigt, weisen Härte- bzw. Nicht-Härtefälle im GKV-Arzneimittelbereich deutliche Unterschiede sowohl bei der Inanspruchnahme als auch bei den Ausgaben auf, weshalb Härtefälle ohne Befreiungsregelungen durch enorme Zuzahlungen belastet wären. Zudem zeigt sich auch, dass gerade Härtefälle im Durchschnitt weniger gesund als Nicht-Härtefälle sind. Eine Selbstbeteiligung ohne begleitende Härtefallregelungen würde daher kaum eine bedarfsgerechte Versorgung von Härtefällen ermöglichen. Andererseits wird durch Härtefallregelungen die effektive Wirkungsweise von Zuzahlungsregelungen bei Arzneimitteln zum Teil deutlich vermindert.

Abstract:

This analysis shows that hardship and not hardship cases respectively reject clear differences both at the demand and at the expenditures for pharmaceuticals financed by the statutory health insurance. Hardship cases without exemption regulations would be burdened therefore by enormous co-payments. Moreover, it also turns out that straight hardship cases are less healthy on average than not hardship cases. Co-payments without accompanying hardship case regulations would therefore hardly make a supply possible adapted to the needs of hardship cases. On the other hand the effectivity of drug co-payment regulations is reduced by hardship case regulations considerably.

Key Words: co-payments, pharmaceutical market, statutory health insurance, public finance

JEL classification: I 10, I 18

Adresse der Verfasser:

Bernhard Langer

Tel.: (0821) 598-4210, e-mail: Bernhard.Langer@wiwi.uni-augsburg.de

Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, 86159 Augsburg, www.wiwi.uni-augsburg.de

Anita B. Pfaff

Tel.: (0821) 598-4202, e-mail: Anita.Pfaff@wiwi.uni-augsburg.de

Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, 86159 Augsburg, www.wiwi.uni-augsburg.de

Axel Olaf Kern

Tel.: (0751) 501-9415, e-mail: Axel.Kern@hs-weingarten.de

Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
88241 Weingarten, www.hs-weingarten.de

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	II
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	III
TABELLENVERZEICHNIS	III
1 PROBLEMHINTERGRUND UND ZIELSETZUNG	1
2 SELBSTBETEILIGUNGEN IM RAHMEN DER GKV- ARZNEIMITTELVERSORGUNG.....	2
3 ZUZAHLUNGSBEFREIUNGEN IM ARZNEIMITTELBEREICH DER GKV	4
4 UNTERSCHIEDE ZWISCHEN HÄRTE- UND NICHT-HÄRTEFÄLLEN ...	6
4.1 ARZNEIMITTELINANSPRUCHNAHME.....	7
4.2 ARZNEIMITTELAUSGABEN	8
4.2.1 <i>Determinanten</i>	8
4.2.2 <i>Höhe</i>	11
4.3 MORBIDITÄT	12
5 AUSWIRKUNGEN VON HÄRTEFALLREGELUNGEN AUF DIE	15
STEUERUNGSWIRKSAMKEIT VON SELBSTBETEILIGUNGEN.....	15
5.1 HÄRTEFÄLLE NACH §§ 61F. SGB V	15
5.2 GESAMTER ZUZAHLUNGSBEFREITER PERSONENKREIS.....	16
6 AUSWIRKUNGEN DER NEUREGELUNGEN DES GESUNDHEITSSYSTEMMODERNISIERUNGSGESETZES.....	17
7 FAZIT	21
LITERATURVERZEICHNIS	23

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1:	DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL PACKUNGEN JE GKV-VERSICHERTEN IM JAHR 2001, ANGABEN ABSOLUT	8
ABBILDUNG 2:	DURCHSCHNITTLICHE GKV-ARZNEIMITTELAUSGABEN IM JAHR 2001, ANGABEN ABSOLUT	11
ABBILDUNG 3:	DURCHSCHNITTLICHE GKV-KRANKENHAUSAUSGABEN IM JAHR 2001 NACH ALTERSKLASSEN, ANGABEN ABSOLUT	14
ABBILDUNG 4:	VERTEILUNG DER GKV-VERSICHERTEN UND DER GKV-ARZNEIMITTELAUSGABEN NACH HÄRTEFALL- UND VERSICHERUNGSSTATUS IM JAHR 2001 IN EUR BEI EINBEZIEHUNG DER HÄRTEFÄLLE NACH §§ 61F. SGB V IN DIE HÄRTEFALLREGELUNGEN, ANGABEN IN PROZENT	16
ABBILDUNG 5:	VERTEILUNG DER GKV-VERSICHERTEN UND DER GKV-ARZNEIMITTELAUSGABEN NACH HÄRTEFALL- UND VERSICHERUNGSSTATUS IM JAHR 2001 IN EUR BEI EINBEZIEHUNG DES GESAMTEN ZUZAHLUNGSBEFREITEN PERSONENKREISES IN DIE HÄRTEFALLREGELUNGEN, ANGABEN IN PROZENT	17
ABBILDUNG 6:	ZUZAHLUNGSHÖHE BEI ARZNEIMITTELN IN ABHÄNGIGKEIT DES PREISES (GMG-REGELUNG)	19

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1:	VON ZUZAHLUNGEN BEFREITE PERSONEN IM JAHR 2001.....	6
TABELLE 2:	REGRESSIONSERGEBNISSE FÜR ARZNEIMITTELAUSGABEN DER AOK AUGSBURG IM JAHR 1999	10
TABELLE 3:	REGRESSIONSERGEBNISSE FÜR KRANKENHAUSAUSGABEN DER AOK AUGSBURG IM JAHR 1999	14

1 Problemhintergrund und Zielsetzung

In den letzten Jahrzehnten sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung trotz verschiedener Reformmaßnahmen wie Leistungsausgrenzungen und Einführung bzw. Erhöhung von Selbstbehalten rapide angestiegen. Im Normalfall würden steigende Ausgaben der GKV zu höheren Beitragssätzen führen. Vor allem aber von Seiten der Arbeitgeber wird zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft die Forderung nach konstanten bzw. sinkenden Lohnnebenkosten und somit nach konstanten bzw. sinkenden GKV-Beitragssätzen in die politische Diskussion eingebracht. Die Politik hat dieses Dilemma in der Vergangenheit dadurch zu lösen versucht, dass die Beitragssatzstabilität als oberste gesundheitspolitische Zielsetzung galt. Deshalb wurde im Zuge der Reformgesetze der letzten 30 Jahre zum einen der Versuch einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen unternommen, andererseits wurden – beginnend mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahr 1989 – strukturelle Reformen der GKV mit dem Ziel einer Steigerung der Effizienz und Effektivität der Patientenversorgung und einer Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung initiiert. Weitere wichtige Gründe für die Finanzierungsprobleme der GKV sind aber auch die zunehmende Erosion der beitragspflichtigen Einkommen – nicht zuletzt aufgrund der sinkenden Lohnquote, der Abwanderung von jungen Besserverdienern in die PKV bzw. der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit – sowie eine Politik der Verschiebepolitik. Trotzdem wurde in der Vergangenheit – genauer in den letzten 30 Jahren ab Beginn der Ölkrise und dem darauf folgenden wirtschaftlichen Abschwung – in der Mehrzahl der Fälle über eine Begrenzung der Ausgaben versucht, das politische Ziel der Beitragssatzstabilität zu erreichen.

Sehr häufig steht dabei der Arzneimittelbereich im Mittelpunkt politischer Interventionen. Insbesondere wurde und wird in diesem Bereich eine Steuerung der Arzneimittelnachfrage durch die Einführung bzw. Erhöhung von Zuzahlungen¹ hin zu einer verminderten bzw. kostenbewussteren Inanspruchnahme von Medikamenten versucht. Da die Erhebung von Zuzahlungen für Geringverdiener und/oder Versicherte mit einem schlechten Gesundheitszustand und demzufolge hohen Arzneimittelbedarf sehr schnell zu einer übermäßigen Belastung führen können, wurden beginnend mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) im Jahr 1989 Zuzahlungsbefreiungen – so genannte Härtefallregelungen – gesetzlich verankert. Diese sollen für besagte Personengruppen deren übermäßige, aus Zuzahlungen resultierende Belastungen ganz oder teilweise reduzieren und dadurch als soziale Komponente der Zuzahlungsregelungen den von Selbstbehalten ausgehenden Zielkonflikt zwischen Effizienz und Solidarität abmildern helfen. Hinter dieser Argumentation steckt die Annahme, dass Härtefälle ein deutlich höheres Ausga-

¹ Die Begriffe Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen, Selbstbehalte und Selbstbeteiligung werden in diesem Beitrag synonym verwendet.

benniveau bzw. ein deutlich niedrigeres Einkommensniveau als Nicht-Härtefälle aufweisen und deshalb von Zuzahlungen überproportional betroffen sind.

Der Bereich der Härtefälle in der gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen und im Leistungsbereich Arzneimittel im Speziellen war bislang noch nicht Gegenstand einer ökonomischen Analyse. Daher sollen vor allem folgende Fragestellungen erstmalig analysiert werden:

- Weisen Härtefälle eine deutlich höhere Arzneimittelanspruchnahme bzw. höhere Arzneimittelausgaben als Nicht-Härtefälle auf?
- Welche Rolle spielt der Härtefallstatus bei der Erklärung unterschiedlicher Arzneimittelausgaben?
- Sind Zuzahlungsbefreiungen für Härtefälle gerechtfertigt, d.h. weisen Härtefälle tatsächlich eine höhere Morbidität als Nicht-Härtefälle auf?

Des Weiteren soll abgeschätzt werden, inwiefern und in welchem Umfang eine angenommene Steuerungswirkung von Arzneimittelselbsthalten durch Befreiungsregelungen vermindert wird. Unter Berücksichtigung der Neuregelungen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) soll schließlich geklärt werden, ob das Instrument der Zuzahlungen in der gegenwärtig praktizierten Form als geeignet für eine effiziente Steuerung der Arzneimittelversorgung erscheint.

2 Selbstbeteiligungen im Rahmen der GKV-Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung stellt nach dem Leistungsbereich Krankenhaus den zweitgrößten Ausgabenblock an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Im Zuge ständig steigender Gesundheitsausgaben ist deshalb insbesondere die Steuerung der Arzneimittelausgaben immer wieder in den Brennpunkt gesundheitspolitischer Reformbemühungen geraten. Zudem sind die GKV-Arzneimittelausgaben in den letzten Jahren sehr stark angestiegen. So erhöhten sie sich von 14,56 Mrd. EUR im Jahr 1991 auf 22,82 Mrd. EUR im Jahr 2003. Damit wuchsen sie im besagten Zeitraum um 56,75 %, während sich die gesamten Leistungsausgaben der GKV lediglich um 53,50 % erhöhten. Im Jahr 2001 fiel der Ausgabenanstieg bei Arzneimitteln mit 10,76 % gegenüber dem Vorjahr besonders stark aus, da die gesamten GKV-Leistungsausgaben im gleichen Zeitraum nur um 3,73 % anstiegen. Aber auch in den Jahren 2002 und 2003 lag das prozentuale Wachstum der GKV-Arzneimittelausgaben deutlich über der Zunahme der gesamten GKV-Leistungsausgaben, wenngleich sich der Zuwachs tendenziell abgeschwächt hat.² Ursächlich für das starke Ausgabenwachstum ist die Strukturkomponente, d.h. der Prozentsatz, um den die durchschnittliche Arzneimittelpackung –

² Vgl. BMG (v.J.).

unabhängig von Preissteigerungen der pharmazeutischen Industrie – teurer geworden ist.³ Aufgrund der dargestellten Ausgabenentwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt wird durch den Einsatz einer Vielzahl von Steuerungsinstrumenten⁴, u.a. auch durch Zuzahlungen, versucht die Kostenentwicklung zu bremsen. Neben der Ausgabendämpfung soll dadurch insbesondere aber auch eine effizientere Arzneimittelversorgung der GKV-Versicherten gewährleistet werden.

Da in der Vergangenheit nach jedem Reformgesetz die GKV-Ausgaben für Arzneimittel nach einer kurzen Phase des Rückgangs oder der Stagnation weiter anstiegen, waren in der Folge weitere Erhöhungen der Zuzahlungen zur Erreichung der Beitragssatzstabilität notwendig. Insbesondere Mitte bis Ende der neunziger Jahre wurden die Zuzahlungen zum Teil drastisch angehoben, wobei Deutschland im Europäischen Vergleich hinsichtlich der Verlagerung der Arzneimittelkosten auf den Patienten in diesem Zeitraum eine Spitzenstellung einnahm.⁵ Dabei fallen als Zuzahlungen nicht nur die Eigenbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von zu Lasten der GKV verordneten Arzneimitteln an. Weitere Selbstbeteiligungen ergeben sich für den Bereich der Selbstmedikation sowie für Präparate, die Kassenpatienten von Ärzten auf Privatrezept verordnet bekommen. Insgesamt, so zeigen verschiedene Schätzungen, liegt der von Patienten selbst zu tragende Anteil an den gesamten Arzneimittelkosten bei 20 bis 25 %.⁶

Auf der Finanzierungsseite der GKV wirken sich Selbstbeteiligungen zunächst auf jeden Fall durch eine direkte Kostenverschiebung auf die Versicherten bzw. Patienten aus. Bei unelastischer Nachfrage beeinflusst diese Reprivatisierung von Krankheitskosten die absolute Höhe der Gesundheitsausgaben nicht. Die Kosteneinsparung bei der GKV führt aber im Normalfall zu niedrigeren GKV-Beiträgen, die den Beziehern höherer Einkommen mehr nützen, weil für sie bei gegebener Beitragssatzreduzierung eine höhere absolute Entlastung zustande kommt als bei Beziehern niedriger Einkommen. Für Versicherte, bei denen die Zuzahlungen anfallen – und dies sind hauptsächlich die Kranken – wird in der Regel per Saldo eine höhere Belastung entstehen, weil ihrer Beitragsentlastung eine höhere direkte Ausgabe gegenübersteht. Ausweitungen von Selbstbeteiligungen lohnen sich somit für Gesunde und für Bezieher höherer Einkommen.⁷

Das eigentliche Ziel der Selbstbeteiligung neben dem Finanzierungseffekt liegt aber in einer Beeinflussung des Nachfrageverhaltens, wodurch die Ressourcenallokation verbessert werden soll. Befürworter von Selbstbeteiligungen argumentieren, dass eine Fi-

³ Vgl. Nink et al. (2006), S. 197ff.

⁴ Zu den einzelnen Instrumenten vgl. Wille (2002), S. 37ff.

⁵ Vgl. Rosian (2002), S. 27; Rosenbrock et al. (2004), S. 181.

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 408; Rosian (2002), S. 27.

⁷ Vgl. Herder-Dorneich (1994), S. 386.

finanzierung der gesamten Krankheitskosten durch eine Versicherung eine Ausdehnung der Nachfrage bis zur Sättigungsmenge bewirkt, da die zusätzliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht mit zusätzlichen Kosten einhergeht. Dadurch werden unnötig hohe Gesundheitskosten verursacht und knappe Ressourcen ineffizient eingesetzt. Nur wenn die Nachfrager an den in Anspruch genommenen Leistungen auch preislich beteiligt sind, werden sie ihre (Über-)Inanspruchnahme reduzieren. Grundlage für diese Annahme ist die mikroökonomische Theorie, der zufolge mit der Einführung eines direkten Preises für Leistungen, die vorher kostenlos erhältlich waren, die Nachfrage nach diesen sinken wird, da die monetären Kosten dann an den individuellen Nutzen gemessen werden. Neben einem Mengenrückgang kann die Einführung einer Selbstbeteiligung - je nach Ausgestaltung - auch zu einer Substitution von teureren durch billigere Medikamente (z.B. Generika statt Markenpräparate), zu einem völligen Verzicht auf den Arztkontakt oder zur Selbstmedikation und damit ebenfalls zu fiskalischen bzw. ausgabensenkenden Effekten führen. Wie der SVRKAIG bemerkt, können diese Einsparpotentiale allerdings nur dann realisiert werden, wenn Selbstbeteiligungen keine negativen Effekte auf den Gesundheitszustand als Folge unterlassener Behandlungen bzw. Verordnungen ausüben. Darüber hinaus kann die Abdeckung bzw. Kompensation der Selbstbeteiligung durch private Zusatzversicherungen zwar für die gewünschte fiskalische Entlastung der GKV sorgen, gesamtwirtschaftliche Allokationseffekte werden dadurch aber verhindert.⁸ Als weiteres Argument gegen Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln wird auf die gerade bei Medikamenten in vielen Studien ermittelte preisunelastische Nachfrage bzw. auf die kaum vorhandene Konsumentensouveränität der Versicherten beim Arzneimittelkauf bzw. der -verschreibung verwiesen.⁹ Zudem wird von Zuzahlungskritikern bei Arzneimitteln vorgebracht, dass die Selbstbeteiligungsregelungen in ihrer derzeitigen Ausgestaltung nicht merklich, d.h. in ihrer Höhe zu niedrig festgelegt sind. Des Weiteren werden die Ausgestaltungsform der Zuzahlungen sowie mögliche durch Zuzahlungen hervorgerufene negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand kritisiert.¹⁰

3 Zuzahlungsbefreiungen im Arzneimittelbereich der GKV

Der Gesetzgeber ist der Ansicht, dass die neben Arzneien auch in anderen Leistungsreichen zusätzlich zur Beitragsfinanzierung bei der Inanspruchnahme insgesamt anfal-

⁸ Deshalb weist bspw. Frankreich im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung trotz erheblicher Arzneimittelzuzahlungen einen sehr hohen Medikamentenverbrauch auf (vgl. SVRKAIG (2003), S. 129).

⁹ Vgl. Delnoij et al. (2000); Leibowitz et al. (1985), S. 1067; Ringel et al. (2002), S. 36; Dawson (1999), S. 30; Chou (1993), S. 98; Zalewski (1984), S. 125; Kaiser (2003), S. 6f; Holst et al. (2003), S. A3361.

¹⁰ Vgl. SVRKAIG (2003), S. 131; Glaeske et al. (2003), S. 84f.; Lexchin et al. (2002), S. 4; Tamblyn et al. (2001); Pilote et al. (2002).

lenden Zuzahlungen soziale Härten, d.h. unzumutbare finanzielle Belastungen von Personen mit niedrigem Einkommen oder besonders schlechter Gesundheit darstellen. Deshalb wurden - im Zusammenhang mit den erfolgten Steigerungen der Zuzahlungen – als Ausdruck des Solidarprinzips beginnend mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 Zuzahlungsbefreiungen, so genannte Härtefallregelungen, gesetzlich eingeführt.

Die Definition eines Versicherten als Härtefall wird im SGB V verbindlich geregelt, wobei bis Ende 2003 drei Befreiungstatbestände unterschieden wurden:¹¹

- Die auch als Sozialklausel bezeichnete Regelung nach § 61 SGB V, wonach Versicherte, deren Haushaltseinkommen eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreitet, vollständig von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten, Mütterkuren, stationärer Vorsorge und Rehabilitation, Anschlussrehabilitation sowie Zahnersatz befreit sind.¹² Außerdem sind unabhängig von ihrer individuellen Einkommensgrenze bestimmte kleinere Personengruppen (Heimbewohner, Sozialhilfeempfänger, etc.) vollständig befreit.
- Die als Überforderungsklausel bezeichnete Regelung nach § 62 SGB V, bei der Versicherte nach Vorlage entsprechender Belege rückwirkend von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Fahrtkosten befreit werden, die 2 % ihrer jährlichen Haushaltsbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt übersteigen.
- Ebenfalls nach § 62 SGB V sind Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln in Höhe von mindestens 1 % ihrer Haushaltsbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben, für die weitere Dauer dieser Behandlung vollständig von Selbstbeteiligungen befreit (Chronikerregelung).

Neben Härtefällen nach §§ 61f. SGB V sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit Ausnahme der Fahrtkosten und des Zahnersatzes in allen zuzahlungspflichtigen Leistungsbereichen – also auch im Krankenhaus – von Selbstbeteiligungen vollständig befreit. Frauen müssen nach § 195 RVO bei Schwangerschaft oder Mutterschaft u.a. für Arznei-, Verband- und Heilmittel ebenfalls keine Zuzahlungen leisten.

Für die im Rahmen von Festbetragsregelungen neben den allgemeinen Zuzahlungen anfallenden Arzneimittelselbstbehalte gelten die beschriebenen Befreiungstatbestände nicht, d.h. die über den Festbeträgen liegenden Selbstbeteiligungen sind vollständig und ohne Ausnahme von den Versicherten zu tragen.

¹¹ Hier erfolgt die Beschreibung der gesetzlichen Regelungen, die bis Ende 2003 galten, da die empirischen Untersuchungen auch auf diesen Regelungen basieren.

¹² Für Krankenhausbehandlung kommt die Befreiungsregelung des § 61 SGB V nicht zum Tragen.

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass 34,90 % der 70,94 Mio. GKV-Versicherten im Jahr 2001 aufgrund der verschiedenen Befreiungsregelungen von Zuzahlungen befreit waren. Von allen Befreiten stellen die Minderjährigen rund 54 %, die aufgrund anderer Regelungen Befreiten 46 %, von denen wiederum die vollständig Befreiten den weitaus größten Anteil ausmachen: Von den rund 11,39 Mio. Härtefällen stellen sie 82 %. Die restlichen 18 % entfallen hingegen auf die nur teilweise Befreiten, die daher nur eine untergeordnete Bedeutung haben.¹³

Tabelle 1: Von Zuzahlungen 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
von Zuzahlungen befreite Personen, davon:	24.761.597	34,90
Minderjährige	13.368.570	18,84
Härtefälle, davon:	11.393.027	16,06
vollständig befreit	9.353.809	13,18
teilweise befreit, davon:	2.039.218	2,87
chronisch krank	1.956.791	2,76
überfordert	82.427	0,12

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis BMG (o.J.), Statistisches Bundesamt (2001).

4 Unterschiede zwischen Härte- und Nicht-Härtefällen

Im Folgenden soll anhand einer empirischen Untersuchung geklärt werden, ob Härtefälle die ihnen aus sozialpolitischen Gründen zugestandenen Befreiungsregelungen tatsächlich auch benötigen, d.h. ob sie gegenüber Nicht-Härtefällen tatsächlich eine höhere Morbidität und daraus resultierend eine höhere Arzneimittelinanspruchnahme bzw. –ausgaben aufweisen. Schon theoretisch scheint es aber nahe liegend, dass neben Härtefallberechtigten nach § 62 SGB V auch Befreite nach § 61 SGB V aufgrund ihres niedrigen Einkommens eine erhöhte Morbidität aufweisen, da für Deutschland eine erhöhte Morbidität für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, also auch niedrigem Einkommen, eindeutig festzustellen ist.¹⁴

¹³ Die Werte für die Befreiten nach §§ 61f. SGB V umfassen dabei die tatsächlich Befreiten, d.h. Versicherte, die bei ihren jeweiligen Krankenkassen als ganz oder teilweise zuzahlungsbefreit geführt werden. Diese Versicherten müssen aber bsw. aufgrund der Nichtoffenlegung bestimmter Vermögenswerte nicht zwangsläufig auch einen Anspruch auf Zuzahlungsbefreiung aufweisen. Umgekehrt können auch Versicherte mit einem Anspruch auf Zuzahlungsbefreiung nicht zuzahlungsbefreit sein, da ihnen bsw. die Härtefallregelungen nicht bekannt sind (vgl. dazu auch Eller et al. (2004)).

¹⁴ Vgl. Mielck (2000), S. 92ff.

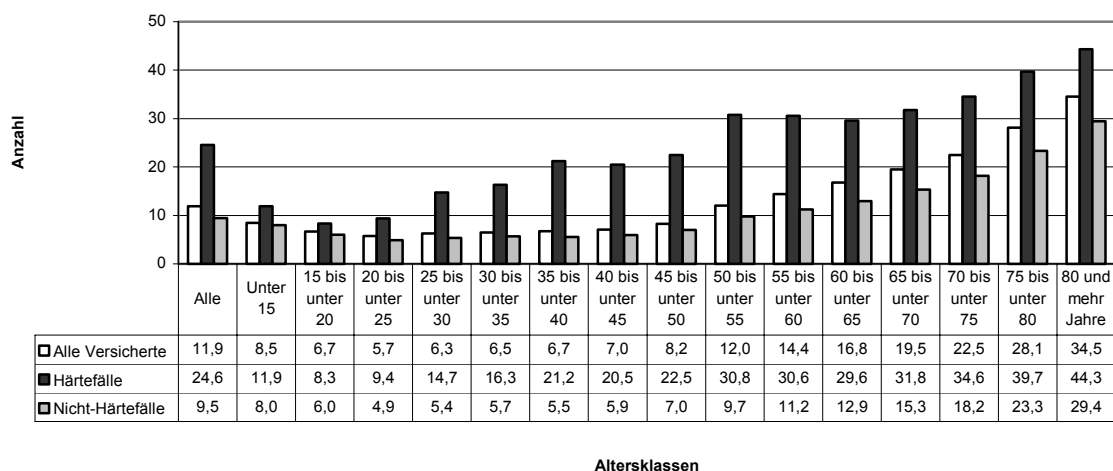
Als Datengrundlage wurden alle zu Lasten der Versicherten der AOK Bayern Direktion Augsburg im Jahr 1999 abgerechneten Arzneimittelverordnungen der Verrechnungsstelle Süddeutscher Apotheken (VSA) verwendet. Diese umfassen 1,41 Mio. Rezepte bzw. 2,49 Mio. Verordnungen und repräsentieren mehr als 95% aller zu Lasten der AOK Bayern Direktion Augsburg abgerechneten Rezepte. Zudem wurden Versicherten- (Alter, Geschlecht, Härtefallstatus, etc.), Leistungs- und Einkommensdaten der im Jahr 1999 ganzjährig Versicherten der AOK Bayern Direktion Augsburg verwendet. Schließlich wurden die Daten der AOK und der VSA über die eindeutige Rentenversicherungsnummer zusammengeführt und nach den Faktoren Alter, Geschlecht, Versicherungs- und Härtefallstatus auf die GKV hochgerechnet. Zudem erfolgte auch noch aus Aktualisierungsgründen eine Hochrechnung der Daten auf das Jahr 2001.

Die zuzahlungsbefreiten Rezepte bzw. Verordnungen betreffen, wie schon erwähnt, neben den „klassischen“ Härtefällen nach §§ 61f. SGB V auch Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie Frauen bei Schwanger- oder Mutterschaft. In den folgenden Analysen werden aber nur – wenn nicht anders angegeben – die Befreiten nach §§ 61f. SGB V als Härtefälle definiert, da speziell für diese Gruppe Unterschiede gegenüber Nicht-Härtefällen untersucht werden sollen.

4.1 Arzneimittelanspruchnahme

Die Analyse der Anzahl verschriebener Packungen zeigt deutliche Unterschiede zwischen Härte- und Nicht-Härtefällen in der Arzneimittelanspruchnahme. Abbildung 1 weist aus, dass Ärzte den GKV-Versicherten im Jahr 2001 insgesamt durchschnittlich 11,9 Packungen verordneten. Härtefälle erhielten mit durchschnittlich 24,6 verordneten Packungen mehr als doppelt so viele Packungen wie alle Versicherten und mehr als zweieinhalb mal so viele Packungen wie Nicht-Härtefälle, denen durchschnittlich 9,5 Packungen verschrieben wurden. Für diese Differenzen sind zum einen sicherlich unterschiedliche Morbiditätsgrade von Härte- und Nicht-Härtefällen verantwortlich. Darüber hinaus ist es aber denkbar, dass Härtefälle aufgrund ihrer Zuzahlungsbefreiung mehr Packungen wünschen und auch verordnet bekommen. Gerade der Umstand, dass die Unterschiede vor allem bei den Versicherten im jüngeren und mittleren Lebensalter deutlich ausfallen, weist aber auf eine unterschiedliche Morbidität von Härtefallbefreiten und den anderen Versicherten hin.

Abbildung 1: Durchschnittliche Anzahl Packungen je GKV-Versicherten im Jahr 2001, Angaben absolut



Quelle: eigene Berechnungen.

4.2 Arzneimittelausgaben

4.2.1 Determinanten

Zur Erklärung unterschiedlicher Leistungsausgaben von Versicherten wird im Rahmen des gegenwärtigen Risikostrukturausgleichs (RSA) u.a. auf die Indikatoren Alter, Geschlecht, beitragspflichtiges Einkommen und EU/BU-Status abgestellt. Im Folgenden soll mit Hilfe einer Regressionsanalyse¹⁵ die Frage geklärt werden, ob neben diesen Parametern weitere Indikatoren existieren, die eine statistisch signifikante Rolle zur Erklärung unterschiedlicher Arzneimittelausgaben spielen. Dabei wird vor allem untersucht, ob ein signifikanter Einfluss des Härtefallstatus auf die Arzneimittelausgaben vorliegt und wenn ja, wie stark dieser ausfällt. Insgesamt werden als erklärenden Variablen für die AOK-Arzneimittelausgaben im Jahr 1999 verwendet:

- Altersklasse für 5-Jahres-Altersgruppen (insgesamt 15 Gruppen, da alle unter 15-Jährigen sowie alle über 80-Jährigen zu einer Gruppe zusammengefasst sind),
- Geschlecht als Dummy-Variable (Männer 0, Frauen 1),
- Bezug einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente als Dummy-Variable (EU/BU-Rentner 0, andere 1),
- Beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder,

¹⁵ Die Regressionsanalyse wurde mit nicht auf die GKV hochgerechneten Daten durchgeführt. Dabei wird ein lineares Modell mit einer Kleinstquadrat-Schätzung verwendet (vgl. Breyer et al. (2005), S. 306).

- Tod des Versicherten als Dummy-Variable (dabei wird die Dummy-Variable auf 0 gesetzt, wenn der Versicherte bis Ende Juli 2001 verstorben ist),
- Anerkennung als Härtefall nach § 61 oder § 62 SGB V als Dummy-Variable (Härtefälle 0, andere 1).

Die globale Prüfung der Regressionsfunktion durch den F-Test zeigt einen hochsignifikanten Einfluss der sechs unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable. Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, hat aber auch jede unabhängige Variable für sich genommen einen statistisch hoch signifikanten Einfluss auf die Höhe der Arzneimittelausgaben. Wie der standardisierte Regressionskoeffizient zeigt, liefert der Status als Härtefall einen stärkeren Erklärungsbeitrag für die Höhe der Arzneimittelausgaben als die Variablen Geschlecht, EU/BU-Status, beitragspflichtiges Einkommen bzw. Tod und weist beinahe einen ähnlichen Erklärungsbeitrag wie die Altersvariable auf. Das positive Vorzeichen des standardisierten Regressionskoeffizienten der Altersvariablen deutet – wie zu erwarten war – auf die mit steigendem Alter zunehmenden Arzneimittelausgaben hin. Darüber hinaus weisen die negativen standardisierten Regressionskoeffizienten der dichotomen Variablen EU/BU-Status, Tod und Härtefallstatus auf folgende, ebenfalls zu erwartende Effekte hin:

- Die Arzneimittelausgaben von EU/BU-Rentnern sind höher als die der übrigen Versicherten,¹⁶
- Die Arzneimittelausgaben von Versicherten in der letzten Lebensphase sind höher als von Versicherten, die sich noch nicht in dieser Phase befinden,¹⁷
- Die Arzneimittelausgaben von Härtefällen sind höher als die von Nicht-Härtefällen.¹⁸

Der negative standardisierte Regressionskoeffizient der Einkommensvariablen zeigt ferner, dass die Arzneimittelausgaben mit zunehmendem beitragspflichtigem Einkommen – wie erwartet – abnehmen.¹⁹ Hingegen deutet der schwach negative standardisierte Regressionskoeffizient der Geschlechtsvariablen bezogen auf den rein geschlechtsspezifischen Einfluss auf die Arzneimittelausgaben sogar auf leicht niedrigere Ausgaben für Frauen als für Männer hin. Deskriptive Auswertungen haben allerdings gezeigt, dass die gesamten Arzneimittelausgaben für Frauen deutlich höher als für Männer liegen. Der Grund für dieses im ersten Moment kontraintuitive Ergebnis liegt daher zum einen in der Tatsache, dass die Besetzungszahlen von Frauen – vor allem in den höheren Altersklassen – weit über denjenigen von Männern liegen. Zum anderen dürften noch

¹⁶ Vgl. Reschke et al. (2004), S. 251.

¹⁷ Vgl. Zweifel et al. (1999).

¹⁸ Vgl. Mielck (2000), S. 92ff.

¹⁹ Vgl. Mielck (2000), S. 92ff.

zwei weitere Aspekte eine wichtige Rolle spielen. Erstens erhalten Frauen einen geringeren Lohn als Männer und gehören damit gegenüber Männern einer niedrigeren sozialen Schicht an. Des Weiteren ist die Lebenserwartung von Frauen deutlich höher als von Männern. Da die Einkommens- bzw. die Altersvariable diese Einflussfaktoren höherer Arzneimittelausgaben von Frauen aufnehmen dürften, ergeben sich im Endeffekt im Rahmen einer Regressionsanalyse bezogen auf den rein geschlechtsspezifischen Einfluss auf die Arzneimittelausgaben sogar leicht niedrigere Ausgaben für Frauen als für Männer.

Das korrigierte Bestimmtheitsmaß r^2 weist lediglich einen Wert von 0,091 auf. Das niedrige Niveau des Werts von r^2 kann durchaus unterschiedlich interpretiert werden. Sicher ist es auch auf Nichtlinearitäten in den Variablenbeziehungen – insbesondere beim Alter – zurückzuführen, da ein gewisser Teil der Inanspruchnahme der Versicherten zufallsbedingt anfällt.²⁰ So haben RESCHKE ET AL. für den heutigen RSA bei Berücksichtigung aller RSA-fähigen Sachleistungen ohne Zahnmedizin ein r^2 von lediglich 0,07 ermittelt.²¹ Möglicherweise müsste auch eine differenziertere Berücksichtigung der Morbidität erfolgen. Interessant erscheint die vergleichsweise geringe Signifikanz des Geschlechts zur Erklärung der Unterschiede. Besonders deutlich wirkt sich allerdings der Härtefallstatus aus. Dieser greift jedoch gleichsam als Proxy-Variable eine Kombination von zwei Faktoren auf: Zum einen stellt er nicht nur für die formal chronisch Kranken einen Morbiditätsindikator dar, zum anderen bildet niedriges Einkommen auch eine wichtige Schichtvariable. Wie Untersuchungen zeigen, stellt die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht einen wichtigen Bestimmungsfaktor schlechter Gesundheit dar.²²

Tabelle 2: Regressionsergebnisse für Arzneimittelausgaben der AOK Augsburg im Jahr 1999

Unabhängige Variablen	Regressionskoeffizient	Standardisierter Regressionskoeffizient	t
Alter klassiert	62,836	0,183	55,871
Geschlecht	-84,974	-0,026	-7,919
Nicht-EU/BU-Status	-760,633	-0,044	-14,051
Beitragspflichtiges Einkommen	-0,003	-0,043	-12,973
Nicht verstorben	-805,699	-0,080	-25,195
Nicht-Härtefall	-664,466	-0,165	-51,659

Quelle: eigene Berechnungen.

²⁰ Vgl. Reschke et al. (2004), S. 11; Stillfried et al. (2004), S. 41.

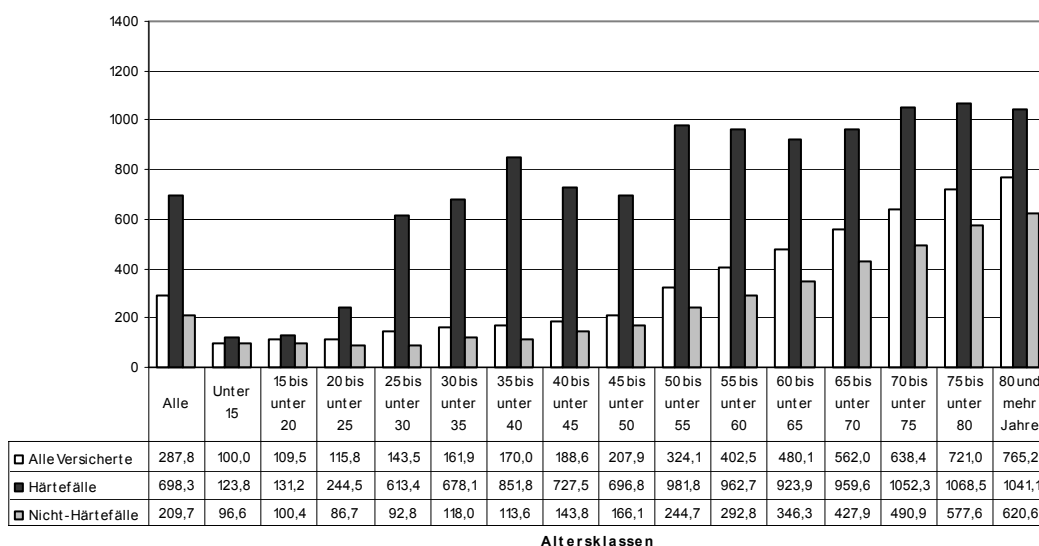
²¹ Vgl. Reschke et al. (2004), S. 12.

²² Vgl. Mielck (2000), S. 92ff.

4.2.2 Höhe

Auch die GKV-Arzneimittelausgaben weisen zwischen Härte- und Nicht-Härtefällen deutliche Unterschiede auf. Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, kosteten die für GKV-Versicherte im Jahr 2001 insgesamt verordneten Arzneimittel die gesetzlichen Krankenkassen durchschnittlich 288 EUR. Härtefälle verursachten dabei mit durchschnittlich 698 EUR mehr als dreimal so hohe Ausgaben für Arzneimittel wie Nicht-Härtefälle mit durchschnittlich 210 EUR. Die deutlichsten Ausgabenunterschiede von Härte- und Nicht-Härtefällen zeigen sich in den mittleren Altersklassen, wohingegen diese Differenzen in den unteren und höheren Altersklassen zunehmend geringer werden.

Abbildung 2: Durchschnittliche GKV-Arzneimittelausgaben im Jahr 2001, Angaben absolut



Quelle: eigene Berechnungen.

Dafür hauptverantwortlich dürfte die schon in mittleren Altersklassen deutlich erhöhte Morbidität von Härtefällen sein, die sich in einem weit überdurchschnittlichen Ausgabenniveau widerspiegelt. Hingegen weisen Nicht-Härtefälle in den mittleren Altersklassen noch eine relativ geringe Morbidität bzw. niedrige Ausgaben auf, die allerdings mit zunehmendem Alter stark ansteigen. Bei Härtefällen ergeben sich deutlich erhöhte Arzneimittelausgaben schon mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter, hingegen weisen Nicht-Härtefälle einen „Normalverlauf“ der Arzneimittelausgaben mit steigenden Ausgaben bei zunehmendem Alter auf. Auffällig ist, dass im Kindes- und Jugendalter noch relativ geringe Ausgabenunterschiede zwischen Härte- und Nicht-Härtefällen vorliegen. Anscheinend kommen die Bestimmungsfaktoren der Morbidität wie Einkommen oder Bil-

dungsgrad²³ in diesen Altersklassen noch kaum zum Vorschein bzw. spiegeln sich in den Ausgaben noch nicht entsprechend wider. Erst mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter bzw. meistens auch Erwerbsleben werden die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auch sichtbar.

Weitere Auswertungen derselben Datenbasis ohne Hochrechnung auf die GKV unter Einschluss mehrerer Leistungsbereiche haben zudem gezeigt, dass nicht nur die Befreiten nach § 62 SGB V höhere Ausgaben als Nicht-Härtefälle aufweisen, sondern dass auch für die große Gruppe der Sozialklauselfälle das Ausgabenniveau deutlich höher als für nicht von Zuzahlungen befreite Versicherte liegt.

4.3 Morbidität

Die Analyse hat gezeigt, dass Härte- und Nicht-Härtefälle bei Arzneimitteln enorme Ausgabenunterschiede aufweisen. Diese sind zwar ein Indiz für vorliegende Morbiditätsunterschiede zwischen diesen Gruppen, können allerdings auch aus den evt. durch die Selbstbeteiligung bei Nicht-Härtefällen auftretenden nachfragesenkenden Effekten bzw. der Möglichkeit, dass Härtefälle aufgrund des Wegfalls der Zuzahlungen großzügiger Medikamente verschrieben erhalten, resultieren (ex-post-moral hazard).²⁴ Deshalb wird zur weiteren Klärung eines morbiditätsbedingten unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens bzw. Ausgabenniveaus von Härte- und Nicht-Härtefällen auf den Leistungsbereich Krankenhaus abgestellt, da in diesem Bereich für Härte- und Nicht-Härtefälle die gleichen Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen gelten.²⁵

Mit Hilfe einer Regressionsanalyse²⁶ soll nun zunächst ebenfalls – wie schon für Arzneimittel – die Frage geklärt werden, ob und wenn ja welche Rolle neben den klassischen Morbiditätsparametern Alter und Geschlecht weitere Variablen zur Erklärung von Krankenhausausgaben spielen. Zur Erklärung der Krankenhausausgaben der AOK Augsburg im Jahr 1999 werden die bereits in Kapitel 4.2.1 verwendeten Indikatoren berücksichtigt.

Wie die globale Prüfung der Regressionsfunktion durch den F-Test zeigt, haben die sechs unabhängigen Variablen einen hochsignifikanten Einfluss auf die abhängige Vari-

23 Vgl. hierzu grundlegend Mielck (2000).

24 Die Möglichkeit, dass die Ausgabenunterschiede zwischen Härte- und Nicht-Härtefällen Folge eines ex-ante moral hazard Verhaltens sein könnten, kommt nicht in Betracht, da es sich hierbei um langfristige Folgen handelt, während die gesetzlichen Härtefallregelungen erst seit 1989 gelten – 10 Jahre vor der empirischen Untersuchung.

25 Lediglich Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind im Leistungsbereich Krankenhaus von Zuzahlungen befreit, da diese Versichertengruppe aber nicht zu den klassischen Härtefällen nach §§ 61 f. SGB V gehört, ist sie, wie schon in der bisherigen Analyse, den Nicht-Härtefällen zugeordnet worden.

26 Die Regressionsanalyse wurde mit nicht auf die GKV hochgerechneten Daten durchgeführt. Dabei wird ein lineares Modell mit einer Kleinstquadrat-Schätzung verwendet (vgl. Breyer et al. (2005), S. 306).

able. Zudem liefert aber auch jede der unabhängigen Variablen für sich genommen einen statistisch hoch signifikanten Erklärungsbeitrag für die Höhe der Krankenhausaussgaben (vgl. Tabelle 3). Dabei weist die Altersvariable den höchsten Erklärungsbeitrag für die Höhe der Krankenhausaussgaben auf, gefolgt von den beitragspflichtigen Einkommen. Demgegenüber liefert der Status als Härtefall – wie das Geschlecht und der Todesfallstatus – einen deutlich geringeren Beitrag zur Erklärung der Krankenhausaussgaben. Das positive Vorzeichen des standardisierten Regressionskoeffizienten der Altersvariablen zeigt wie erwartet, dass die Krankenhausaussgaben mit zunehmendem Alter ansteigen. Die negativen standardisierten Regressionskoeffizienten der dichotomen Variablen EU/BU-Status, Tod und Härtefallstatus deuten auf folgende, ebenfalls zu erwartende Effekte hin:

- Die Krankenhausaussgaben von EU/BU-Rentnern sind höher als die der übrigen Versicherten,²⁷
- Die Krankenhausaussgaben von Versicherten in der letzten Lebensphase sind höher als von Versicherten, die sich noch nicht in dieser Phase befinden,²⁸
- Die Krankenhausaussgaben von Härtefällen sind höher als die von Nicht-Härtefällen.²⁹

Für zunehmende Einkommen weist der negative standardisierte Regressionskoeffizient der Einkommensvariablen - wie zu erwarten war - auf abnehmende Krankenhausaussgaben hin.³⁰ Der negative standardisierte Regressionskoeffizient der Geschlechtsvariablen deutet hingegen auf eine bessere Gesundheit und damit niedrigere Krankenhausaussgaben von Frauen gegenüber Männern hin (vgl. zur Interpretation Kapitel 4.2.1). Das korrigierte Bestimmtheitsmaß r^2 beträgt nur lediglich 0,050 und liegt damit deutlich niedriger als für Arzneimittelaussgaben. Demnach dürften die Nichtlinearitäten in den Variablenbeziehungen, insbesondere beim Alter, für Krankenhausaussgaben noch deutlich stärker als für Arzneimittelaussgaben zum Tragen kommen, da im Krankenhaus ein größerer Teil der Ausgaben zufallsbedingt anfällt.³¹

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Krankenhausaussgaben hauptsächlich von der Altersvariablen determiniert werden. Der Härtefallstatus liefert zwar für die Krankenhausaussgaben einen gewissen Erklärungsbeitrag, dieser fällt im Vergleich zu den Arzneimittelaussgaben jedoch deutlich schwächer aus.

27 Vgl. Reschke et al. (2004), S. 521.

28 Vgl. Zweifel et al. (1999).

29 Vgl. Mielck (2000), S. 92ff.

30 Vgl. Mielck (2000), S. 92ff.

31 Bsw. gibt es Chroniker unterschiedlicher Altersstufen, die regelmäßig Medikamente einnehmen, aber nicht mit gleicher Regelmäßigkeit stationär im Krankenhaus behandelt werden.

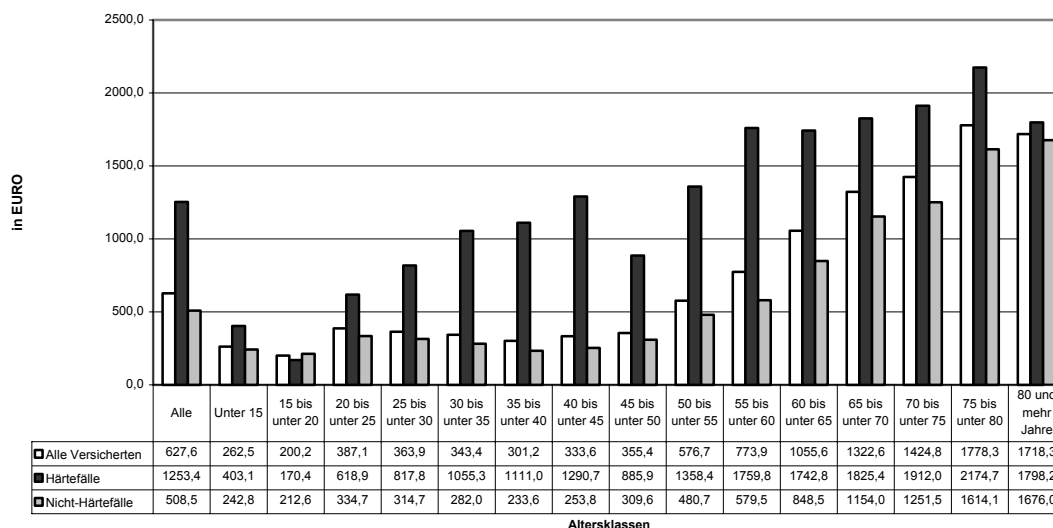
Tabelle 3: Regressionsergebnisse für Krankenhausausgaben der AOK Augsburg im Jahr 1999

Unabhängige Variablen	Regressionskoeffizient	Standardisierter Regressionskoeffizient	t
Alter klassiert	474,512	0,163	21,305
Geschlecht	-1.520,801	-0,056	-7,448
Nicht-EU/BU-Status	-3.250,991	-0,030	-4,061
Beitragspflichtiges Einkommen	-0,063	-0,078	-10,294
Nicht verstorben	-3.371,082	-0,062	-8,266
Nicht-Härtefall	-1.725,236	-0,058	-7,806

Quelle: eigene Berechnungen.

Aus Abbildung 3 geht hervor, dass die durchschnittlichen Krankenhausausgaben insgesamt zunächst von 263 EUR in der Altersklasse der unter 15-Jährigen auf 200 EUR in der Altersklasse der 15- bis 20-Jährigen fallen. Ein Grund dafür dürfte im mit zunehmendem Alter verminderten Auftreten von Kinderkrankheiten begründet sein. In der Altersklasse der 20- bis 25-Jährigen steigen die Ausgaben zunächst auf durchschnittlich 387 EUR an und sinken in den folgenden Altersklassen bis auf 301 EUR – in der Altersklasse der 35- bis 40-Jährigen – ab. Danach steigen sie kontinuierlich an und erreichen in der Altersklasse der 75- bis 80-Jährigen mit durchschnittlich 1.778 EUR ihren höchsten Wert. Lediglich in der Altersklasse der über 80-Jährigen ist dann ein erneutes Absinken auf 1.718 EUR zu beobachten.

Abbildung 3: Durchschnittliche GKV-Krankenhausausgaben im Jahr 2001 nach Altersklassen, Angaben absolut



Quelle: eigene Berechnungen.

Die durchschnittlichen Krankenhausausgaben für Härtefälle liegen in allen Altersklassen mit Ausnahme der 15- bis 20-Jährigen zum Teil deutlich über den Ausgaben für Nicht-Härtefälle. Die Kostenunterschiede von Härte- und Nicht-Härtefällen verstärken sich vor allem in den mittleren und nivellieren sich dann zusehends in den höheren Altersklassen. Insgesamt kann damit bestätigt werden, dass Härtefälle – der ganz überwiegende Teil davon sind Bezieher niedriger Einkommen – einen schlechteren Morbiditätsstatus als Nicht-Härtefälle aufweisen.

5 Auswirkungen von Härtefallregelungen auf die Steuerungswirksamkeit von Selbstbeteiligungen

Für eine Beurteilung der Steuerungswirksamkeit von Selbstbeteiligungen ist es notwendig, die Versicherten- und vor allem die Umsatzanteile der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu bestimmen. Je höher der dabei auf zuzahlungsbefreite Präparate entfallende Umsatzanteil, desto geringer ist die aus Zuzahlungen resultierende Finanzierungs- und Steuerungswirkung. Aufgrund der verwendeten Datenbasis kann lediglich eine Abschätzung der entsprechenden Volumina für die Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen vor Inkrafttreten des GMG erfolgen.

In der bisherigen Analyse wurden Härtefälle als die vollständig bzw. teilweise von Zuzahlungen befreiten Versicherten nach §§ 61f. SGB V definiert. Deshalb soll in einem ersten Schritt zur Analyse der Wirksamkeit von Arzneimittelzuzahlungen nur auf diesen Personenkreis abgestellt werden. In einem nächsten Schritt soll durch den Einbezug der Minderjährigen für den gesamten zuzahlungsbefreiten Personenkreis die Wirksamkeit von Arzneimittelzuzahlungen analysiert werden.

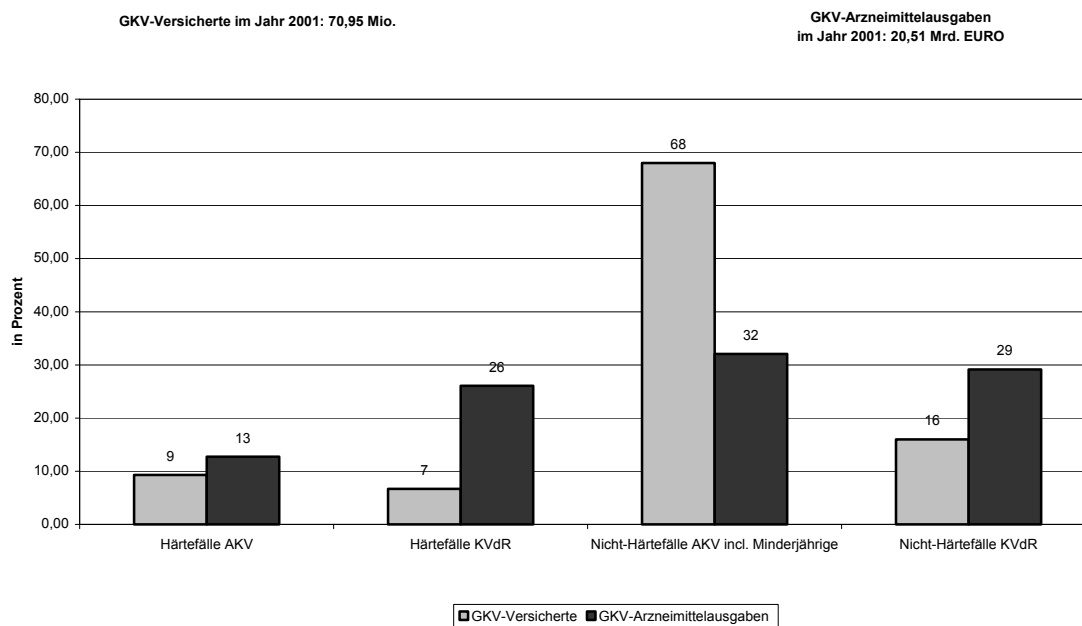
5.1 Härtefälle nach §§ 61f. SGB V

Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, entfielen von den gesamten GKV-Arzneimittelausgaben im Jahr 2001 in Höhe von 20,51 Mrd. EUR 61 % oder 12,55 Mrd. EUR auf 46,18 Mio. zuzahlungspflichtige GKV-Versicherte (Nicht-Härtefälle abzüglich Minderjährige). Die Ausgaben verteilten sich zu 32 % auf die AKV-Nicht-Härtefälle und zu 29 % auf die KVdR-Nicht-Härtefälle, in Anbetracht der in der KVdR wesentlich niedrigeren Versichertenzahlen ein Beleg für die überdurchschnittliche Morbidität der KVdR-Versicherten.

Die 11,39 Mio. Härtefälle nach §§ 61f. SGB V verursachten hingegen Ausgaben von 7,95 Mrd. EUR. Damit entfielen auf ca. 16 % der Versicherten, die eine Befreiung nach §§ 61f. SGB V erhalten haben, 39 % des GKV-Arzneimittelumsatzes, wovon 13 % von den 6,62 Mio. AKV-Härtefällen und 26 % von den 4,76 Mio. KVdR-Härtefällen verursacht wurden. Wird eine nachfragerreduzierende Wirkung von Arzneimittelselfsthalten angenommen, entfällt diese durch die Härtefallregelungen nach §§ 61f. SGB V so-

mit für fast 40 % des GKV-Arzneimittelumsatzes, ohne dass dabei schon die Auswirkungen der Zuzahlungsbefreiungen Minderjähriger berücksichtigt worden wären.

Abbildung 4: Verteilung der GKV-Versicherten und der GKV-Arzneimittelausgaben nach Härtefall- und Versicherungsstatus im Jahr 2001 in EUR bei Einbeziehung der Härtefälle nach §§ 61f. SGB V in die Härtefallregelungen, Angaben in Prozent



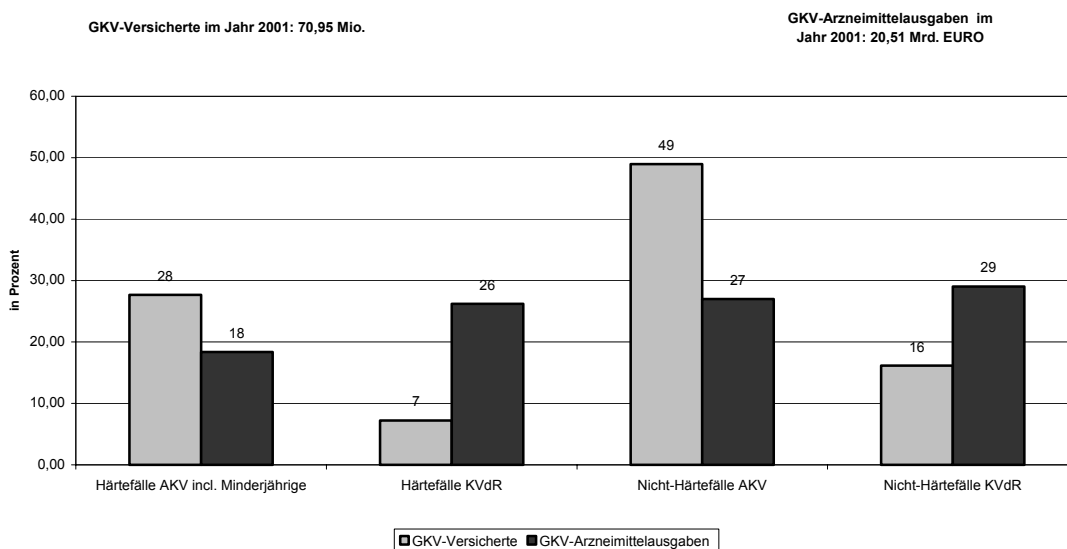
Quelle: eigene Berechnungen.

5.2 Gesamter zuzahlungsbefreiter Personenkreis

Da nicht nur Härtefälle nach §§ 61f. SGB V zuzahlungsbefreit sind, ist es für eine vollständige Abschätzung der Auswirkungen der Zuzahlungsbefreiungen auf die Steuerungswirkungen von Arzneimittelselbstbehalten notwendig, den gesamten zuzahlungsbefreiten Personenkreis, also auch die Minderjährigen, in die Analyse einzubeziehen. Da die Minderjährigen mit ca. 13,36 Mio. Personen fast 19 % der GKV-Versicherten ausmachen, steigt der zuzahlungsbefreite GKV-Versichertenkreis auf 24,76 Mio. an, wodurch sich die GKV-Arzneimittelausgaben der zuzahlungsbefreiten Personenkreise auf 9,13 Mrd. EUR erhöhen. Insgesamt entfallen damit auf die insgesamt ca. 35 % zuzahlungsbefreiten Versicherten ca. 44 % des GKV-Arzneimittelumsatzes, wodurch selbst bei angenommener Steuerungswirkung von Arzneimittelselbstbehalten diese durch die Befreiungsregelungen zu großen Teilen wieder reduziert wird (vgl. Abbildung 5). Der Anteil der Ausgaben für KVdR-Nicht-Härtefälle an den Gesamtausgaben liegt bei 29 %, der entsprechende Anteil für AKV-Nicht-Härtefälle bei 27 %. KVdR-Härtefälle weisen einen Ausgabenanteil von 26 % auf, obwohl sie nur 7 % der Versichertenpopulation umfassen. Ein Ausgabenanteil von 18 % bei einem Versichertenanteil

von 28 % zeigt aber auch für AKV-Härtefälle gegenüber AKV-Nicht-Härtefällen (Ausgabenanteil von 26 % bei einem Versichertenanteil von 49 %) ein weit überdurchschnittliches Ausgabenniveau auf.

Abbildung 5: Verteilung der GKV-Versicherten und der GKV-Arzneimittelausgaben nach Härtefall- und Versicherungsstatus im Jahr 2001 in EUR bei Einbeziehung des gesamten zuzahlungsbefreiten Personenkreises in die Härtefallregelungen, Angaben in Prozent



Quelle: eigene Berechnungen.

6 Auswirkungen der Neuregelungen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes

Die Umgestaltungen der Leistungs- und Finanzierungsgrundlagen der GKV, die im GMG Eingang gefunden haben, beinhalten weitgehende Änderungen bei den Arzneimittelzuzahlungen. Ab dem Jahr 2004 ist eine grundsätzliche Zuzahlung von 10 % je Arzneimittelverordnung vorgesehen, die jedoch nicht unter 5 EUR und nicht über 10 EUR liegen darf. Des Weiteren werden nicht-verschreibungspflichtige Medikamente nur noch in Ausnahmefällen³² von der GKV finanziert. Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen,³³ sind von der Erstattungspflicht

³² Dies betrifft Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (vgl. BGBl. I (2003), S. 2194). Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss Mitte März 2004 in den Arzneimittelrichtlinien diejenigen Indikationen und die entsprechenden Standardtherapeutika festgelegt, die auch weiterhin von den Krankenkassen erstattet werden (vgl. GBA (2004)).

³³ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ebenfalls Mitte März 2004 eine Liste so genannter Life-style-Präparate (Arzneimittel zur Behandlung erektiler Dysfunktionen, Steigerung der sexuellen Potenz, Raucherentwöhnung, Abmagerung oder Zügelung des Appetits, Regulierung des Körpergewichts sowie Verbesserung des Haarwuchses) beschlossen (vgl. GBA (2004)).

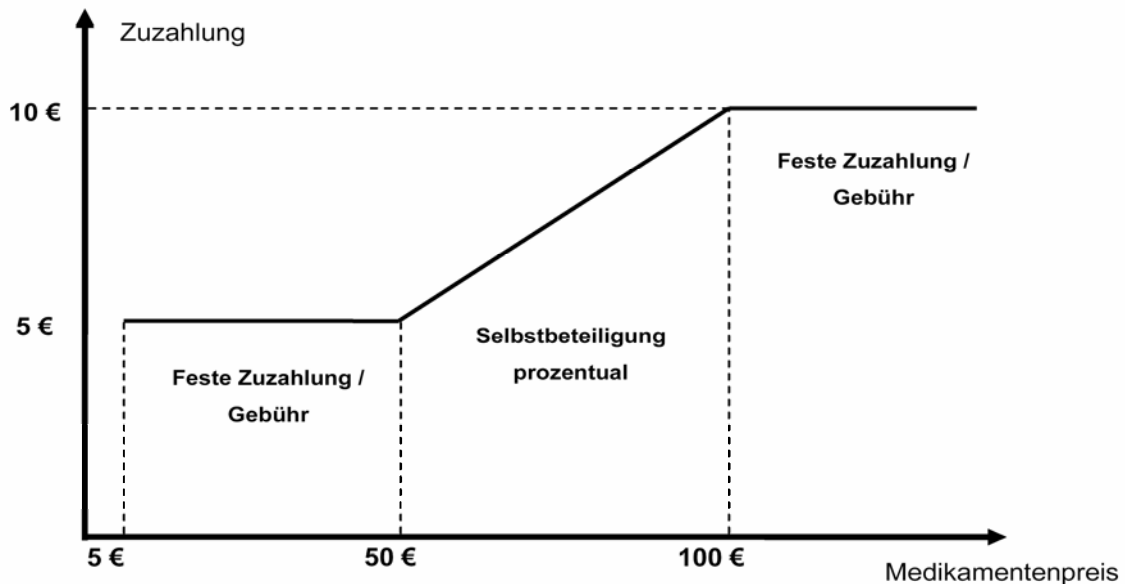
der Krankenkassen gänzlich ausgenommen. Durch die Weiterentwicklung der Festbetragsregelung sind auch patentgeschützte Arzneimittel, die keine nennenswerte therapeutische Verbesserung bewirken, in die Festbetragsregelung einbezogen. Neben den Erhöhungen der Arzneimittelselbstbehalte wurden ferner ab dem Jahr 2004 die Befreiungsmöglichkeiten neu geregelt. Alle Versicherten sind mit Zuzahlungen in Höhe von 2 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt belastet, d.h. für ehemals Sozialklauselbefreite entfällt die vollständige Befreiung von Eigenbeteiligungen. Nach der GMG-Neuregelung werden zur Ermittlung der 2%-igen Belastungsgrenze nicht mehr nur Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Fahrtkosten berücksichtigt, sondern alle Zuzahlungen, die Versicherte im Laufe eines Kalenderjahres geleistet haben. Chronisch Kranke müssen lediglich Zuzahlungen in Höhe von 1 % ihrer Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt leisten. Neu gegenüber der Chronisch-Kranken-Regelung bis Ende 2003 ist allerdings, dass die Zuzahlungen nach dem Ablauf von einem Jahr nicht entfallen, sondern nun jedes Jahr zu leisten sind. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind nach wie vor – mit Ausnahme der Fahrtkosten und des Zahnersatzes – vollständig von Zuzahlungen befreit.

Hinsichtlich der Härtefallbefreiungen ist vor allem interessant, wie sich der Härtefallstatus von bis Ende 2003 ganz oder teilweise Befreiten bzw. Nicht-Befreiten im Rahmen der GMG-Regelungen verändert. Durch die Neuregelungen gibt es keine vollständige Befreiung von Zuzahlungen mehr. Es ist aber davon auszugehen, dass viele bis Ende 2003 vollständig von Zuzahlungen Befreite nach § 61 SGB V ab 2004 im Rahmen der 2%-Regelung zumindest teilweise von Zuzahlungen befreit sein werden.³⁴ Des Weiteren dürften aufgrund der Zuzahlungserhöhungen auch viele bis Ende 2003 Nicht-Befreite ab 2004 unter die 2%-Überforderungsgrenze fallen. Daher kann mit einer deutlichen Zunahme der Härtefälle nach der Überforderungsklausel (2%-Regelung) gerechnet werden. Da bis Ende 2003 die vollständige Befreiung nach § 61 SGB V für chronisch kranke Versicherte die finanziell vorteilhaftere Variante als eine Befreiung nach der Chronisch-Kranken-Klausel nach § 62 SGB V darstellte, beinhaltete die Gruppe der vollständig Befreiten eine erhebliche Zahl an chronisch Kranken. Durch den Wegfall der vollständigen Befreiung ist deshalb ab 2004 mit einem deutlichen Anstieg der Gruppe der chronisch Kranken nach § 62 SGB V zu rechnen. Die Belastung dieser Versichertengruppe durch Zuzahlungen steigt gegenüber den Regelungen bis Ende 2003 an, da die nach einem Jahr geltende vollständige Befreiung von Zuzahlungen ab 2004 nicht mehr möglich ist. Aufgrund der Zuzahlungserhöhungen dürften zudem bestimmte chronisch kranke Versicherte, die bis Ende 2003 nicht zuzahlungsbefreit waren, unter die Chronisch-Kranken-Regelung fallen.

³⁴ Offizielle Statistiken der Härtefallzahlen für das Jahr 2004 liegen noch nicht vor.

Abbildung 6 veranschaulicht, wie sich Verlauf der Selbstbeteiligungshöhe bei Arzneimitteln nach Regelung des GMG in Abhängigkeit von den Medikamentenpreisen darstellt.

Abbildung 6: Zuzahlungshöhe bei Arzneimitteln in Abhängigkeit des Preises (GMG-Regelung)



Quelle: eigene Darstellung.

Bis zu einem Preis von 5 EUR müssen Versicherte die Medikamentenkosten vollständig selbst übernehmen. Für Medikamente mit einem Preis zwischen 5 und 50 EUR gilt die zehnpromtente Selbstbeteiligung mit einer Untergrenze von 5 EUR, so dass für dieses Preissegment faktisch eine feste absolute Zuzahlung besteht. In der folgenden Preisgruppe von über 50 EUR bis 100 EUR greift die prozentuale Zuzahlung. Die Zuzahlungsbeträge liegen zwischen 5 EUR und 10 EUR und orientieren sich an den Kosten des verordneten Mittels (Proportionalzone). Für Medikamente, deren Preis oberhalb von 100 EUR liegt, ist der Zuzahlungsbetrag auf 10 EUR beschränkt, sodass in diesem Preissegment die neue Regelung wiederum einem festen Selbstbehalt gleichkommt. Insofern, als die Zuzahlungshöhe nach oben beschränkt ist, kann diese Begrenzung als indirekte Härtefallregelung zur Vermeidung sozialer Härten interpretiert werden.

Die deutlichsten Veränderungen durch das GMG haben sich bei der Höhe der Arzneimittelselbstbehalte ergeben. Lag der bisherige höchstmögliche Zuzahlungsbetrag bei 5 EUR, so wird dieser Wert zukünftig das Zuzahlungsminimum darstellen. Da die Zuzahlungen, je nach Präparat, bis auf 10 EUR je Packung ansteigen, kann insgesamt von einer sehr deutlichen Erhöhung der Arzneimittelzuzahlungen gesprochen werden. Dar-

über hinaus gilt für die Konsumenten von eher niedrig- bzw. hochpreisigen³⁵ Medikamenten, dass die Zuzahlung nunmehr unabhängig von der Packungsgröße erhoben wird.³⁶

Die für eine prozentuale Zuzahlung gegenüber anderen Formen der Selbstbeteiligung postulierten größeren Steuerungswirkungen³⁷ gelten nur für einen eingegrenzten Bereich der Arzneimittel (Steuerungskorridor), da für Produktalternativen, die außerhalb dieses Bereichs liegen, keinerlei Anreizwirkungen entstehen.³⁸ GLAESKE ET AL. stellen als Resümee fest, dass der Umfang des adressierten zuzahlungspflichtigen Umsatzes somit stark von der Ausgestaltung des Steuerungskorridors abhängig ist.³⁹ Deshalb ist die entscheidende Frage zur Beurteilung der Wirksamkeit der von prozentualen Zuzahlungen erhofften Steuerungswirkungen, wie hoch der Verordnungs- bzw. Umsatzanteil liegt, der in den Steuerungskorridor fällt. Auf Basis des Verordnungsgeschehens des Jahres 2002, aber unter Zugrundelegung der durch das GMG bestimmten neuen Arzneimittelpreisverordnung wurde ermittelt, dass lediglich ca. 13 % der Verordnungen in den genannten Steuerungskorridor zwischen 5 und 10 EUR fallen. Etwa 82 % der verordneten Präparate weisen demnach eine feste Zuzahlung von jeweils 5 EUR auf, für ca. 5 % der verschriebenen Packungen fällt ein fester Selbstbehalt von jeweils 10 EUR an.⁴⁰

Die Zahlen belegen, dass die Umstellung der Arzneimittelzuzahlungen auf einen prozentualen Selbstbehalt in Wirklichkeit nichts anderes als eine weitestgehende Fortführung der alten Zuzahlungsregelungen in Form des festen Selbsthalts – freilich auf wesentlich höherem Niveau – darstellen, allerdings ohne die Berücksichtigung einer packungsgrößenabhängigen Ausgestaltung. Letzteres führt ebenfalls zu Steuerungswirkungen, die der ursprünglichen Intention eines effizienteren Umgangs mit den vorhandenen Ressourcen widersprechen. Durch die Loslösung der Selbsthalte von den Pa-

35 Im Bereich unter 50 EUR bzw. über 100 EUR.

36 Für Arzneimittel in der Proportionalzone mit einem Publikumspreis zwischen 50 und 100 EUR gilt zwar ebenfalls eine packungsgrößenunabhängige Zuzahlung, da aber große Packungen in der Regel teurer als kleine sind, fallen zwar prozentual gleiche, nominal dennoch unterschiedliche Zuzahlungen an.

37 Vgl. SVRKAIG (2003), S. 131.

38 Zudem entstehen auch innerhalb des Steuerungskorridors keine Anreizwirkungen, wenn die resultierende Zuzahlungsdifferenz zwischen zwei Produktalternativen relativ gering ist. Eine exemplarische Analyse für eine gegenüber der Zuzahlungsregelung 2003 aufkommensneutrale Zuzahlungsvariante mit 20 % Zuzahlung sowie Unter- und Obergrenzen von 2 bzw. 10 EUR würde unter der Annahme von mindestens 1 EUR Zuzahlungsdifferenz zu einem durch Auswahlalternativen adressierten Umsatzanteil von lediglich 10 % des GKV-Arzneimittelumsatzes führen (vgl. Klauber et al. (2003), S. 28).

39 Vgl. Glaeske et al. (2003), S. 88.

40 Vgl. ABDA (o.J.). Nicht berücksichtigt werden konnten die sich durch die weitestgehende Ausgrenzung nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der GKV ergebenden Verschiebungen im Ordnungsverhalten der Ärzte. Einer telefonischen Auskunft von Herrn Schwarz, Abteilungsleiter bei der VSA, vom 20.04.2004 zufolge, liegt der Verordnungsrückgang bei den nicht-verschreibungspflichtigen Präparaten in den ersten Monaten des Jahres 2004 bei ca. 54 %.

ckungsgrößen verschwindet für einen Teil der Versicherten bzw. für Preissegmente unter 50 und über 100 EUR der bisherige, wenn auch zu geringe Anreiz, übermäßige Nachfrage zu vermeiden.⁴¹ Beträgt die Zuzahlung bei einem Präparat für mehrere Packungsgrößen den gleichen Wert, so besteht für die Patienten ein Anreiz, sich die für die jeweilige Zuzahlungshöhe größtmögliche Packung verschreiben zu lassen.

7 Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die GKV-Arzneimittelausgaben von Härtefällen deutlich höher sind im Vergleich zu den Ausgaben für Nicht-Härtefälle. Ohne Befreiungsregelungen wären Härtefälle durch erhebliche Zuzahlungen belastet. Daher erscheinen Härtefallregelungen ein wichtiges Instrument zur Abmilderung unerwünschter finanzieller Härten. Zudem zeigt sich auch, dass gerade Härtefälle im Durchschnitt weniger gesund sind als Nicht-Härtefälle. Eine Selbstbeteiligung ohne begleitende Härtefallregelungen würde daher kaum eine bedarfsgerechte Versorgung von Härtefällen ermöglichen. Allerdings wird durch die Härtefallregelungen die effektive Wirkungsweise von Zuzahlungsregelungen bei Arzneimitteln deutlich vermindert.⁴²

Die Neuregelungen des GMG sehen zwar bei der Medikamentenzuzahlung die Einführung einer proportionalen Zuzahlung vor, da allerdings sowohl eine Unter- als auch eine Obergrenze hinsichtlich der zu zahlenden Selbstbehalte besteht, können die von einer proportionalen Zuzahlung erhofften Steuerungswirkungen – wenn überhaupt – nur für einen eingegrenzten Bereich der Arzneimittel gelten. Schätzungen haben ergeben, dass lediglich 13 % aller Verordnungen in den Wirkungsbereich der prozentualen Zuzahlung fallen, für die restlichen 87 % kommt nach wie vor ein fester Selbstbehalt zum Tragen. Durch den Wegfall der packungsgrößenbezogenen Selbstbeteiligung ist zudem für Teile der Versicherten bzw. die verordnenden Ärzte in den Preissegmenten unter 50 EUR und über 100 EUR der bisherige – wenn auch geringe – Anreiz verschwunden, übermäßige Nachfrage nach großen Arzneimittelpackungen zu vermeiden. Zudem wird eine bloße Umstellung in der Form der Zuzahlung ohne weiterreichende Maßnahmen nicht zu den erhofften steuernden Effekten führen. Allenfalls dienen die Neuregelungen dazu, die kurzfristigen Finanzierungsprobleme der GKV zu mildern.

Eine Zuzahlungserhebung bei Arzneimitteln darf nicht isoliert von anderen Leistungsbereichen betrachtet werden. Insbesondere scheint eine Zuzahlung für die nachgeordne-

⁴¹ Im Bereich von 50 bis 100 EUR besteht durch die Erhebung der prozentualen Selbstbeteiligung nach wie vor dieser Anreiz, da eine größere Arzneimittelpackung in der Regel teurer als eine kleine ist.

⁴² Einschränkend zu den Ergebnissen der empirischen Untersuchung muss angemerkt werden, dass es sich hierbei um Auswertungen regionaler Daten handelt, die auf die GKV hochgerechnet wurden. Gegenüber einer Vollerhebung und -auswertung können sich deshalb bestimmte Abweichungen ergeben, die aber die Tendenz der Aussagen nicht verändern dürften.

te Inanspruchnahme – wie für Arzneimittel – unter Steuerungsaspekten größtenteils wirkungslos, wenn nicht für den Primärarztkontakt ein Verhaltensanreiz in Form einer Selbstbeteiligung gesetzt wird, da dies eine Nachfrageentscheidung ist, die der Patient aus eigenem Antrieb und somit als Souverän der Nachfrage trifft. Diesbezügliche vom SVRKAIG sowie der RÜRUP-KOMMISSION unterbreitete Vorschläge in Form einer Praxisgebühr – die auch Eingang in das GMG gefunden haben – sind einerseits zur Reduzierung der im internationalen Vergleich hohen Anzahl an Arztkontakten⁴³ in Deutschland geeignet.⁴⁴ Sie wirken andererseits durch die teilweise Vermeidung der Erstinanspruchnahme auch indirekt auf nachgelagerte Leistungsbereiche wie die Arzneimittelversorgung inanspruchnahmesenkend.

43 Vgl. Schwartz et al. (2000), S. 71f.

44 Vgl. Grabka et al. (2005). Trotz vorhandener Konsumentensouveränität kann unter Bedarfsaspekten allerdings auch die Praxisgebühr - je nach Ausgestaltung - bei bestimmten Bevölkerungsschichten zu einem zu geringen Umfang an Arztkonsultationen führen, sodass evt. Härtefallregelungen zur Reduzierung der Praxisgebühr notwendig erscheinen.

Literaturverzeichnis

- ABDA (o.J.): Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (Hrsg.): Zuzahlung bei Arzneimitteln, Berechnungen des Geschäftsbereiches Wirtschaft und Soziales der ABDA, Berlin
- BMG (o.J.): Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Statistik KG2 für das Jahr 2001, Bonn
- BMG (v.J.): Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Statistik KJ1, verschiedene Jahrgänge
- Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomik, Berlin u.a.
- Chou, L.-F. (1993): Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln aus ordnungspolitischer Sicht: Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt a. M. u.a.
- Dawson, D. (1999): Why charge patients, if there are better ways to contain costs, encourage efficiency and reach for equity? In: Eurohealth, Vol. 5, S. 29-31
- Delnoij, D.M.J.; Groenewegen, P.P.; Ros, C.C.; Hutten, J.B.F.; Friele, R.D. (2000): Die Zuzahlungsregelung im niederländischen Krankenkassengesetz: eine Evaluation der Effekte, in: Das Gesundheitswesen, Nr. 1, S. 39-44
- Eller, M.; Holle, R.; Reitmeir, P.; John, J.; Nagl, H.; Mielck, A. (2004): Die Härtefallregelungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung – wie viele Versicherte sind anspruchsberechtigt? Ergebnisse aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998, in: Sozialer Fortschritt, Nr. 1, S. 1-7
- GBA (2004): Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.): Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt „Ausnahme-Liste“. Die Kostenübernahme rezeptfreier Arzneimittel ist nun eindeutig geregelt, Pressemitteilung vom 16. März 2004, Siegburg
- Glaeske, G.; Klauber, J.; Lankers, C.H.R.; Selke, G.W. (2003): Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität – Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn
- Grabka, M.M.; Schreyögg, J.; Busse, R. (2005): Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse, Diskussionspapiere des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), Nr. 506, Berlin
- Herder-Dorneich, P. (1994), Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden
- Holst, J.; Laaser, U. (2003): Zuzahlungen im Gesundheitswesen: Unsozial, diskriminierend und ineffektiv, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 51-52, S. A3358-3361, online im www unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=39869> [22.09.2005]
- Kaiser, A. (2003): Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung – Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU, Arbeitspapiere für Staatswissenschaft des Lehrstuhls für Finanzwissenschaften an der HWP – Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik, Nr. 6, Hamburg
- Klauber, J.; Lankers, C.H.R.; Selke, G.W. (2003): Reform des Arzneimittelmarktes – Ein Plädoyer für mehr Wettbewerb, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 5-6, S. 24-33
- Leibowitz, A.; Manning, W.G.; Newhouse, J.P. (1985): The Demand for Prescription Drugs as a Function of Cost-Sharing, in: Social Science Medicine, Vol. 21, pp. 1063-1069
- Lexchin, J.; Grootendorst, P. (2002): The effects of prescription drug user fees on drug and health services use and health status: a review of the evidence, Toronto, online im www unter <http://individual.utoronto.ca/grootendorst/pdf/draft.pdf> [22.07.2005]
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern u. a.

- Nink, K.; Schröder, H. (2003): Ergänzende statistische Übersicht, in: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2002, Berlin u.a., S. 918-1004
- Nink, K.; Schröder, H. (2006): Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2004, in: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2005, Berlin u.a., S. 191-243
- Pilote, L.; Beck, C.; Hugues, R.; Eisenberg, M.J. (2002): The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients, in: Canadian Medical Association Journal, Vol. 167, S. 246-252
- Reschke, P.; Sehlen, S.; Schiffhorst, G.; Schröder, W.F.; Lauterbach, K.W.; Wasem, J. (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Endbericht, Berlin u.a.
- Ringel, J.S., Hosek, S.D., Vollard, B.A., Mahnovski, S. (2002): The Elasticity of Demand for Health Care: A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System, RAND Corporation, Santa Monica
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Bern
- Rosian, I. (2002): Rezepte zur Kostendämpfung bei Arzneimitteln, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Nr. 2, S. 22-31
- Schwartz, F.W.; Jung, K. (2000): Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Nr. 4, S. 70-75
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stuttgart
- Statistisches Bundesamt (2001): Statistisches Jahrbuch 2001, Wiesbaden
- Stillfried, D. v.; Ryll, A. (2004): Umsetzbarkeit morbiditätsbezogener Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung - Erste empirische Ergebnisse -, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 11-12, S. 36-50
- SVRKAIG (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Bonn
- Tamblyn, R.; Laprise, R.; Hanley, J.A.; Abrahamowicz, M.; Scott, S.; Mayo, N.; Hurley, J.; Grad, R.; Latimer, E.; Perreault, R.; McLeod, P.; Huang, A.; Larochelle, P.; Mallet, L. (2001): Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 285, pp. 421-429
- Wille, E. (2002): Steuerungsinstrumente der Arzneimittelausgaben, in: Wille, E.; Albring, M. (Hrsg.): Konfliktfeld Arzneimittelversorgung, Frankfurt u.a., S. 35-47
- Zalewski, T. (1984): Originäre Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Steuerungspotentiale in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Sankt Augustin
- Zweifel P.; Felder, S.; Meiers, M. (1999): Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?, in: Health Economics Vol. 8, pp. 485-496