

Li-Fang Chou

Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln aus ordnungspolitischer Sicht

Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland



Li-Fang Chou

Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln aus ordnungspolitischer Sicht

Die vorliegende Untersuchung soll zeigen, ob eine Selbstbeteiligung ein wirksames Instrument zur Begrenzung der Arzneimittelnachfrage ist. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis der nachfragebestimmenden Faktoren für Arzneimittel und deren Wirkung auf die Preis-, Mengen- und Strukturkomponenten. Dieser Untersuchung schließt sich eine Analyse der Effizienz der verschiedenen Formen der Selbstbeteiligung und deren sozialverträglichen Ausgestaltung an. Daraus leitet die Verfasserin Schlußfolgerungen für geeignete Formen der Selbstbeteiligung ab.

Li-Fang Chou wurde 1963 in Changhua (Taiwan, Republik China) geboren. Sie studierte Wirtschaftswissenschaften an der National Taiwan University sowie öffentliches Gesundheitswesen am National Yang-Ming Medical College in Taipei; B.A. (Economics) 1985, M.Sc. (Public Health) 1987. Von 1989 bis 1993 war sie Doktorandin am Institut für Finanzwissenschaft und Sozialpolitik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

**Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln aus ordnungspolitischer Sicht
Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland**

FINANZWISSENSCHAFTLICHE SCHRIFTEN

Herausgegeben von den Professoren
Albers, Krause-Junk, Littmann, Oberhauser, Pohmer, Schmidt

Band 55



PETER LANG

Frankfurt am Main · Berlin · Bern · New York · Paris · Wien

Downloaded from PubFactory at 01/11/2019 07:15:52AM

via free access

Li-Fang Chou

Selbstbeteiligung bei
Arzneimitteln aus
ordnungspolitischer Sicht

Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland



PETER LANG

Europäischer Verlag der Wissenschaften

Downloaded from PubFactory at 01/11/2019 07:15:52AM

via free access

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Chou, Li-Fang:

Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln aus ordnungspolitischer Sicht : das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland / Li-Fang Chou. - Frankfurt am Main ; Berlin ; Bern ; New York ; Paris ; Wien : Lang, 1993

(Finanzwissenschaftliche Schriften ; Bd. 55)

Zugl.: Kiel., Univ., Diss., 1993

ISBN 3-631-46706-0

NE: GT

Open Access: The online version of this publication is published on www.peterlang.com and www.econstor.eu under the international Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how you can use and share this work: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



This book is available Open Access thanks to the kind support of ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

ISSN 0170-8252

ISBN 3-631-46706-0

ISBN 978-3-631-75195-4 (eBook)

© Peter Lang GmbH

Europäischer Verlag der Wissenschaften

Frankfurt am Main 1993

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany. 1 2 3 4 5 6 7 978-3-631-75195-4

Downloaded from PubFactory at 01/11/2019 07:15:52AM

via free access

**Frau I. Albers
und
Herrn Prof. Dr. W. Albers
gewidmet**

Vorwort

Mit Hilfe eines Überblicks über den deutschen Arzneimittelmarkt wird gezeigt, inwieweit die Entwicklung der Ausgaben für Arzneimittel auf Änderung der Preis-, Mengen-, und Strukturkomponenten zurückzuführen ist. Eine Auseinandersetzung mit den umstrittenen Fragen, in welchem Umfang die Patienten oder die Ärzte die Nachfrage steuern, schließt sich an. Dabei wird untersucht, ob und in welcher Weise durch verschiedene Formen der Selbstbeteiligung die Fehlentwicklungen bei der Nachfrage nach Arzneimitteln beseitigt werden können. Es wird deutlich, daß die bisherigen staatlichen Eingriffe die starke Erhöhung der Arzneimittelausgaben nicht beseitigt haben. Anschließend wird analysiert, welche Voraussetzungen für eine wirksame Nachfragesteuerung mit Hilfe der Selbstbeteiligung erfüllt sein müssen. Die vorliegende Untersuchung spricht sich für eine prozentuale Selbstbeteiligung mit einer Obergrenze und ergänzenden sozialen Ausgleichsmaßnahmen aus.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Willi Albers. Er hat mir mit wertvollen Ratschlägen stets zur Seite gestanden und mich mit Geduld und Feingefühl zum Abschluß der Arbeit motiviert. Herrn Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke danke ich für die wertvollen Anregungen. Weiterhin möchte ich Herrn Prof. Dr. Wolfgang Kitterer, Herrn Prof. Dr. Gerd Hansen, Herrn Prof. Dr. Manfred Willms und Herrn Prof. Dr. Sönke Albers für Ihre Unterstützung danken. Schließlich bin ich auch Herrn Prof. Dr. Ming-yih Lin im Taipei Wirtschafts- und Kulturbüro, Bonn, sowie dem Bildungsministerium in Taipei für die finanzielle Förderung dankbar.

Kiel, im Juli 1993

Li-Fang Chou

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VIII
Kapitel 1	
Einleitung	1
Kapitel 2	
Gegenwärtige Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung	4
2.1. Besonderheiten des Systems der Arzneimittelversorgung	4
2.1.1. Arzneimittelangebot	4
2.1.1.1. Arzneimittelvertrieb	4
2.1.1.2. Intransparenz des Angebotes	9
2.1.1.3. Oligopol als Marktstruktur	11
2.1.1.4. Preisbildung	13
2.1.2. Arzneimittelnachfrage	15
2.1.2.1. Entscheidungsprozeß des Versicherten	15
2.1.2.2. Dreiteilung der Nachfrage	18
2.1.2.3. Anreize zur Überinanspruchnahme	20
2.2. Analyse der Ausgabenentwicklung der Arzneimittelversorgung	21
2.2.1. Entwicklung der Arzneimittelausgaben	21
2.2.2. Zerlegung der Wachstumskomponenten	24

2.2.2.1.	Preiskomponente	29
2.2.2.2.	Mengenkomponente	31
2.2.2.3.	Strukturkomponente	34
2.3.	Steuerung der Arzneimittelversorgung	39
2.3.1.	Steuerung des Patientenverhaltens	40
2.3.1.1.	Gesundheitserziehung	40
2.3.1.2.	Selbstbeteiligung	41
2.3.2.	Steuerung der ärztlichen Verordnungspraxis	42
2.3.2.1.	Wirtschaftlichkeitsgebot und Arzneimittelrichtlinien	43
2.3.2.2.	Richtgrößen	44
2.3.2.3.	Wirtschaftlichkeitsprüfung	44
2.3.2.4.	Festbeträge	45
2.3.2.5.	Arzneimittelbudget	47
2.3.3.	Steuerungsmöglichkeiten auf dem Arzneimittelmarkt	47
2.3.3.1.	Verbesserung der Markttransparenz	48
2.3.3.1.1.	Negativliste	48
2.3.3.1.2.	Positivliste	49
2.3.3.1.3.	Preisvergleichsliste	51
2.3.3.1.4.	Transparenzlisten	51
2.3.3.2.	Belebung des Preiswettbewerbs	52

Kapitel 3

Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung	54
3.1. Ziele und Grenzen für eine Selbstbeteiligung	54
3.2. Mögliche Formen der Selbstbeteiligung	55
3.2.1. Selektiver Ausschluß von Leistungen	57
3.2.2. Prozentuale Selbstbeteiligung	58

3.2.3. Absolute Abzugsfranchise	60
3.2.4. Integralfranchise	61
3.2.5. Feste Gebühren	62
3.2.6. Versicherungssummenbegrenzung	62
3.2.7. Indemnitätsregelungen	63
3.3. Entwicklung der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung	65
3.3.1. Prozentuale Selbstbeteiligung (1923 - 1930)	65
3.3.2. Verordnungsblattgebühr (Gebühr pro Rezept) (1930 - 1969)	67
3.3.3. Prozentuale Selbstbeteiligung (1970 - 1977)	68
3.3.4. Verordnungsblattgebühr (feste Gebühr pro Arzneimittel) (1977 - 1981)	68
3.3.5. Verordnungsblattgebühr (Gebühr pro Arzneimittel) (1982)	69
3.3.6. Verordnungsblattgebühr (Gebühr pro Arzneimittel) (1983 - 1988) und Ausgrenzung der "Bagatellarzneimittel" (ab 1983)	70
3.3.7. Zuzahlung (1989 - 1992), Arzneimittelfestbeträge (ab 1989) sowie Ausgrenzung der "Bagatellarzneimittel" und der "unwirtschaftlichen Arzneimittel" (ab 1991)	70
3.3.8. Jüngste Maßnahmen: gestaffelte Zuzahlung (ab 1993) und "Positivliste"	72
3.4. Steuerungsdefizite der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Empirische Befunde	73
Kapitel 4	
Prämissen für den Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung	80
4.1. Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten	80

4.1.1.	Nachfragemodell bei keinem Versicherungsschutz	81
4.1.2.	Moral-Hazard-Verhalten als rationale Individualentscheidung	85
4.1.3.	Spezifisches Moral-Hazard-Verhalten in der GKV-Arzneimittelversorgung	86
4.1.3.1.	Mögliche Gestaltung des Moral-Hazard-Verhaltens in der GKV-Arzneimittelversorgung	86
4.1.3.2.	Beeinflussung der Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel durch Moral-Hazard-Verhalten	88
4.1.3.3.	Beeinflussung des Medikamentenverbrauchs zwischen verschiedenen Arzneimitteln durch Moral-Hazard-Verhalten	91
4.1.3.4.	Ein komplexes Moral-Hazard-Verhalten bei der Arzneimittelnachfrage	93
4.2.	Konsumentensouveränität des Versicherten	96
4.2.1.	Modell des Arztverhaltens	97
4.2.2.	Verordnungsverhalten des Arztes in der GKV-Arzneimittelversorgung	98
4.2.3.	Beeinflussung der Konsumentensouveränität des Versicherten durch das Arztverhalten	102
4.2.3.1.	Arzt als Neutraler	102
4.2.3.2.	Arzt als Sachwalter des Versicherten	102
4.3.	Merklichkeit der Arzneikostenbeteiligung	104
4.3.1.	Problematik unterschiedlicher Schwellenwerte	104
4.3.2.	Dilemma zwischen Merklichkeit und Sozialverträglichkeit	107

Kapitel 5

Wirkungsanalysen der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung

109

5.1. Steuerungsmaßnahme: Prozentuale Selbstbeteiligung	110
5.1.1. Wirkungen auf die Ausweitung der Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel	110
5.1.2. Wirkungen auf die Verbrauchsumschichtung zum teureren Arz- neimittel	112
5.2. Steuerungsmaßnahme: Absolute Abzugsfranchise	117
5.2.1. Wirkungen auf die Ausweitung der Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel	117
5.2.2. Wirkungen auf die Verbrauchsumschichtung zum teureren Arz- neimittel	123
Kapitel 6	
Zusammenfassung	125
Literaturverzeichnis	131

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	Vertriebsstruktur der pharmazeutischen Produkte (über die Apotheken) in der Bundesrepublik Deutschland	5
Abb. 2.2	Umsatzstruktur der Apotheken 1991	8
Abb. 2.3	Marktanteile der führenden Präparate im Jahr 1991	10
Abb. 2.4	Entscheidungsprozeß des Versicherten bei Beschwerden	16
Abb. 2.5	Arzneimittel-Klassifikation	17
Abb. 2.6	Struktur der GKV-Arzneimittelversorgung	19
Abb. 2.7	Entwicklung von GKV-Arzneimittelausgaben, Bruttosozialprodukt sowie Bruttolohn- und Gehaltssumme 1980 - 1991	23
Abb. 2.8	Zerlegung der Ausgabendynamik bei den Fertigarzneimitteln	25
Abb. 2.9	Entwicklung von Verordnungen und Umsatz 1981 bis 1991 auf dem GKV-Fertigarzneimittelmarkt	33
Abb. 2.10	Graphische Darstellung der Umsatzentwicklung 1981/1991 (Komponentendarstellung)	38
Abb. 3.1	Formen der Selbstbeteiligung	59
Abb. 3.2	Entwicklung der GKV-Arzneimittelausgaben 1969 - 1991	75
Abb. 3.3	Entwicklung der GKV-Arzneimittelausgaben (I/1988 - II/1990)	76
Abb. 3.4	Schema der Auswirkung einer Arzneikostenbeteiligung	78
Abb. 4.1	Nachfrage nach Arzneimitteln bei unterschiedlichen Dringlichkeiten	84
Abb. 4.2	Beeinflussung der Packungsgröße durch Moral-Hazard-Verhalten	89
Abb. 4.3	Preisunelastische Nachfrage nach Arzneimitteln bei vollem Versicherungsschutz	90

VII

Abb. 4.4	Beeinflussung des Medikamentenverbrauchs zwischen verschiedenen Arzneimitteln durch Moral-Hazard-Verhalten	93
Abb. 4.5	Komplexes Moral-Hazard-Verhalten	95
Abb. 4.6	Einflußfaktoren des ärztlichen Arbeitseinkommens: eine schematische Darstellung	101
Abb. 4.7	Inanspruchnahme von Arzneimitteln nach der Einkommenshöhe	106
Abb. 5.1	Wirkungen einer prozentualen Selbstbeteiligung auf die Nachfrage identischer Arzneimittel	110
Abb. 5.2	Wirkungen unterschiedlich hoher prozentualen Selbstbeteiligung auf die Nachfrage identischer Arzneimittel	112
Abb. 5.3	Wirkungen einer einheitlichen prozentualen Selbstbeteiligung auf die Verbrauchsumschiebung zwischen Arzneimitteln	114
Abb. 5.4	Inanspruchnahme von Arzneimitteln bei einer einkommensabhängigen Selbstbeteiligung	116
Abb. 5.5	Beziehung zwischen Arzneimittelpackung und durchschnittlicher Zuzahlung pro Zählinheit	118
Abb. 5.6	Nachfragereaktion bei einer absoluten Abzugsfranchise	119
Abb. 5.7	Wirkungen einer absoluten Abzugsfranchise auf die Nachfrage identischer Arzneimittel (Fall 1)	120
Abb. 5.8	Wirkungen einer absoluten Abzugsfranchise auf die Nachfrage identischer Arzneimittel (Fall 2)	121
Abb. 5.9	Wirkungen einer absoluten Abzugsfranchise auf die Nachfrage identischer Arzneimittel (Fall 3)	122
Abb. 5.10	Wirkungen einer absoluten Abzugsfranchise auf die Verbrauchsumschiebung zum teureren Arzneimittel	123

Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1	Gesamtproduktionswert der deutschen pharmazeutischen Industrie	6
Tab. 2.2	Anteile der führenden Hersteller (1970 - 1991) am Markt der öffentlichen Apotheken	12
Tab. 2.3	Struktur und Entwicklung der GKV-Ausgaben	22
Tab. 2.4	Zusammenhang zwischen GKV-Arzneimittelausgaben und GKV-Fertigarzneimittelumsatz 1991/91	26
Tab. 2.5	Entwicklung des gesamten GKV-Fertigarzneimittelumsatzes und der einzelnen Komponenten 1981 - 1991	30
Tab. 3.1	Überblick über die Arzneikostenbeteiligung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung	66
Tab. 4.1	Überprüfung der ersten Voraussetzung für den Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der GKV	94
Tab. 4.2	Überprüfung der zweiten Voraussetzung für den Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der GKV	103

Kapitel 1

Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), der älteste Zweig der Sozialversicherung in Deutschland, geht auf die Bismarcksche Sozialgesetzgebung zurück. Als sie eingeführt wurde, umfaßte die GKV etwa 10% der Bevölkerung. Im Lauf der 100 Jahre wurden die Leistungen ständig verbessert und der versicherte Personenkreis erweitert. Rund 90% der Bevölkerung gehört heute der gesetzlichen Krankenversicherung an. Die Verbesserung der Leistungen und ihre verstärkte Inanspruchnahme haben zu einer sogenannten "Kostenexplosion" geführt, die die Steuerbarkeit und Finanzierbarkeit des Krankenversicherungssystems in Frage stellt¹.

Zu den Kostendämpfungsmaßnahmen gehört auch eine Selbstbeteiligung des Versicherten. Sie soll durch ein verstärktes Kostenbewußtsein zur Verminderung einer mißbräuchlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Der Versicherte soll die von ihm verursachten Kosten kennen und darf nicht glauben, daß er zusätzliche Leistungen zum Nulltarif erhalten kann².

In der gesetzlichen Krankenversicherung stellen die Arzneimittel nach dem Krankenhaus und der ärztlichen Behandlung die drittgrößte Ausgabenposition dar. Die GKV-Arzneimittelausgaben, die etwa 15 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben ausmachen³, erhöhten sich im Jahr 1991 auf die neue Rekordsumme von 24,4 Milliarden

¹ Vgl. *Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (Hrsg.), Übersicht über die soziale Sicherheit, (Stand: Januar 1991), Bonn 1991, S. 66 ff.

² Vgl. *W. Albers*, Die Reform der Krankenversicherung, in: *Wirtschaftsdienst*, 68. Jg. (1988), S. 195-202, hier: S. 200.

³ Die im Krankenhaus verabreichten Arzneimittel sind in den Ausgaben der Krankenhäuser enthalten.

DM. Um die Ausgabensteigerung unter Kontrolle zu bringen, sind immer schärfere gesetzliche und administrative Eingriffe in den Arzneimittelbereich ergriffen worden. Sie beschränken sich nicht nur auf den Arzt und die pharmazeutische Industrie; der Versicherte wird auch mit eingeschlossen. Für den letzteren ist vor allem eine Arzneikostenbeteiligung wichtig.

Obwohl die Arzneikostenbeteiligung schon seit 1923 in die deutsche gesetzliche Krankenversicherung eingeführt worden ist, gibt es bisher noch keine endgültige Form. Außerdem sind die GKV-Arzneimittelausgaben trotz wiederholt erhöhter Arzneikostenbeteiligung nicht gebremst worden. Daher ist eine theoretische Überprüfung des Steuerungspotentials der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung von besonderem Interesse.

Die meisten gesundheitsökonomischen Untersuchungen über die Selbstbeteiligung des Versicherten beziehen sich auf die ambulanten ärztlichen Leistungen, deren Umfang unmittelbar mit dem Arbeitseinkommen des Arztes im Zusammenhang steht. Bei der Verschreibung der Arzneimittel rückt aber die Rolle des Arztes als Anbieter in den Hintergrund, statt dessen fungiert der Arzt als Berater seines Patienten. Damit wird die Frage aufgeworfen, ob angesichts der andersartigen Arzt-Patienten-Beziehung die gängigen Forschungsansätze für die Selbstbeteiligung auf die Arzneimittelversorgung übertragen werden können.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist zu untersuchen, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten ist. Dabei wird auch geprüft, ob negative allokativen und distributiven Nebenwirkungen eintreten, und wie sie gegebenenfalls vermieden oder eingeschränkt werden können.

Die Arbeit gliedert sich in vier Teilen. Im ersten Teil werden die institutionellen Besonderheiten der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland erläutert. Anschließend ist der Entwicklung der expandierenden GKV-Arzneimittel-

ausgaben allgemein und speziell der Preis-, Mengen- und Strukturveränderungen im einzelnen nachzugehen. Danach werden mögliche Steuerungsmaßnahmen auf Versicherte, Arzt und pharmazeutische Industrie dargestellt.

Im zweiten Teil werden eine Reihe von Selbstbeteiligungsmodellen sowohl aus einer theoretischen als auch aus einer historischen Perspektiven vorgestellt. Dabei wird untersucht, ob es empirische Erfahrungen gibt, die eine Wirkungsanalyse von Selbstbeteiligungsmaßnahmen gestatten.

Im Mittelpunkt des dritten Teils steht die Überprüfung der Voraussetzungen für den Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei wird von dem Nachfrageverhalten des Versicherten bei vollem Versicherungsschutz ausgegangen. Die Betrachtung wird durch Einbeziehung des Arztverhaltens erweitert und hinsichtlich der theoretischen Hintergründe und der praktischen Relevanz zur Erklärung der mißbräuchlichen Inanspruchnahme kritisch diskutiert.

Im vierten Teil werden die Wirkungen der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung untersucht. Aufgrund dieser Wirkungsanalysen werden Schlußfolgerungen für die Anwendbarkeit der Selbstbeteiligung in der Praxis gezogen.

Die mehrfachen und teilweise kurzfristigen Änderungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland haben die Systemanalyse erschwert. Die Arbeit beruht auf dem Stand vom 1.1.1993 und berücksichtigt die Fachliteratur bis Ende 1992.

Kapitel 2

Gegenwärtige Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

2.1. Besonderheiten des Systems der Arzneimittelversorgung

2.1.1. Arzneimittelangebot

2.1.1.1. Arzneimittelvertrieb

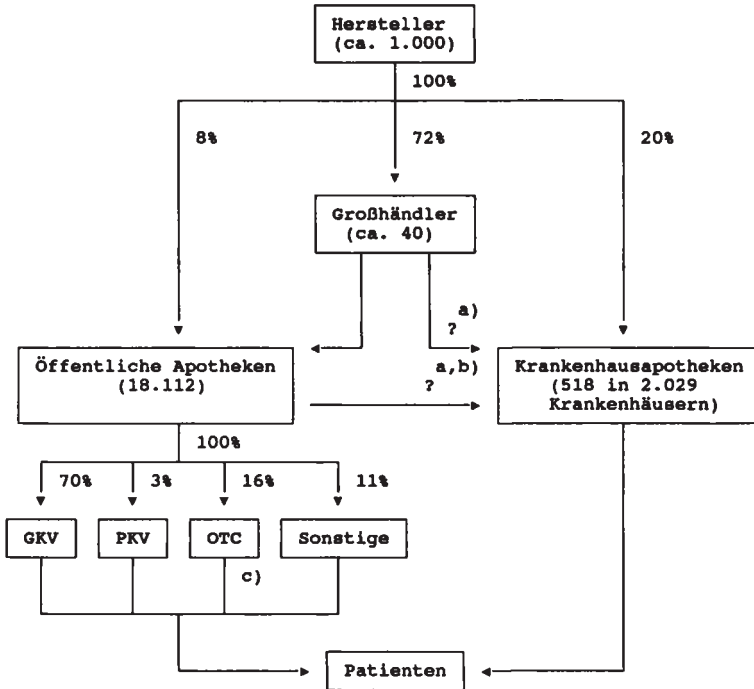
Im Arzneimittelbereich wird die Bevölkerung über verschiedene Vertriebswege versorgt. Zu den Anbietern gehören Arzneimittelhersteller, pharmazeutischer Großhandel und Apotheke⁴. Der Vertrieb der Arzneimittel erfolgt vom Hersteller entweder an Großhändler oder direkt an Apotheken. Andererseits erhält der Patient als Verbraucher die Arzneimittel entweder in einer öffentlichen Apotheke oder im Krankenhaus, wenn er stationär behandelt wird (vgl. Abb. 2.1).

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es etwa 1000 Arzneimittelhersteller. Im Jahr 1991 erreichte die Produktion der pharmazeutischen Erzeugnisse im gesamten Bundesgebiet einen Wert von 30,9 Milliarden DM⁵. Für die alten Bundesländer betrug die Wachstumsrate der Produktion der pharmazeutischen Erzeugnisse 1991 gegenüber dem Vorjahr 13,9 Prozent (vgl. Tab. 2.1). Eine unmittelbare Ursache für diese weit über dem Durchschnitt der vorhergehenden Jahre liegende Steigerung

⁴ Vgl. E. Liefmann-Keil, Der Arzneimittelmarkt im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, (Wirtschaftsrecht und Wirtschaftspolitik, hrsg. von E.-J. Mestmäcker, Bd. 36), Frankfurt am Main 1973, S. 86.

⁵ Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.), Pharma Jahresbericht 1991/92, Frankfurt am Main 1992, S. 24.

Abb. 2.1: Vertriebsstruktur der pharmazeutischen Produkte (über die Apotheken) in der Bundesrepublik Deutschland



- a) Nicht quantifizierbare Warenströme.
 b) Ein Krankenhaus, das keine eigene Apotheke besitzt, wird entweder durch eine öffentliche Apotheke oder durch die Apotheke eines anderen Krankenhauses versorgt.
 c) OTC (over the counter): frei verkäuflich (rezeptfrei)

- Quelle: 1. Modifiziert nach P. Oberender, *Pharmazeutische Industrie*, in: P. Oberender (Hrsg.), *Marktstruktur und Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland: Branchenstudien zur deutschen Wirtschaft*, München 1984, S. 243-310, hier: S. 269.
 2. H. Sitzius-Zehender, *Zur wirtschaftlichen Lage der Apotheken 1991*, in: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Hrsg.), *Apotheken-Report: Nr. 43*, o.O. 1992, S. 3-19, hier: S. 6 ff.
 3. C. Gräß, *Krankenhausstatistik 1990: Erste Ergebnisse der neuen Bundesstatistik*, in: *Wirtschaft und Statistik*, 1992, S. 644-652, hier: S. 644 ff.

bildet offenbar die Vereinigung beider deutschen Staaten. Insbesondere hat die Wiederaufnahme der kassenärztlichen Versorgung und des gegliederten Krankenversicherungssystems in die neuen Bundesländer einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet⁶.

Tab. 2.1: Gesamtproduktionswert der deutschen pharmazeutischen Industrie (in Mio. DM zu Fabrikabgabepreisen)

Jahr	Betrag (alte Bundesländer)	Zuwachs gegenüber Vorjahr	Betrag Gesamtdeutschland
1970	6.309	+ 12,8%	
1975	11.022	+ 10,2%	
1980	15.083	+ 8,0%	
1985	20.594	+ 6,5%	
1986	20.650	+ 0,3%	
1987	21.402	+ 3,6%	
1988	23.017	+ 7,5%	
1989	24.313	+ 5,6%	
1990	25.650	+ 5,5%	
1991	29.225	+ 13,9%	30.938

Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.), *Pharma Daten, Frankfurt am Main, verschiedene Jahrgänge.*

Der pharmazeutische Großhandel dient als Mittler zwischen den Arzneimittelherstellern und öffentlichen Apotheken. Er übernimmt weitgehend die Funktion der Lagerhaltung für die Apotheken, die deshalb in großem Umfang auf eine schnelle

⁶ Vgl. Überblick über die Arzneiverordnungen im Jahre 1991, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report '92: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Stuttgart, Jena 1992, S. 1-17, hier: S. 1.

Lieferung der Arzneimittel durch den Großhandel angewiesen sind⁷. Der pharmazeutische Großhandel wird deshalb auch als "Drehscheibe des Arzneimittelmarktes" bezeichnet⁸.

Die Aufgabe einer öffentlichen Apotheke liegt in der "Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung"⁹. Zur Qualitätssicherung und Mißbrauchsverhinderung besteht rechtlich eine Vertriebsbindung, d.h. eine Reihe von Arzneimitteln darf nur in der Apotheke verkauft werden¹⁰ (vgl. Abb. 2.2). Davon unterliegen verschiedene Arzneimittel der Verschreibungspflicht¹¹, die dem Ziel der Arzneimittelsicherheit dienen soll. Demgemäß dürfen bestimmte Arzneimittel nur gegen Vorlage eines ärztlichen Rezeptes an den Verbraucher abgegeben werden. Solche Apothekenpflicht führt zu einer Monopolstellung der öffentlichen Apotheken¹². Außerdem ist zu bemerken, daß nicht selten einige an sich freiverkäufliche Arzneimittel von den Herstellern aus Imagegründen in die alleinige Vertriebsgebundenheit an Apotheken aufgenommen wurden. Die Monopolstellung der Apotheken wird dadurch wiederum verstärkt¹³. Trotzdem unterliegt die Apotheke mit einigen Ausnahmen¹⁴ dem weitgehenden Substitutionsverbot ("Aut-Simi-

⁷ Vgl. *T. Neumann*, Organisation der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Gesundheitsökonomische Analyse von Steuerungsproblemen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1987, S. 74.

⁸ Vgl. *F. Lutz*, Der Leistungsverbund Industrie - Großhandel - Apotheke: Garant für Arzneimittelsicherheit und -versorgung, in: Die Pharmazeutische Industrie, 43. Jg. (1981), S. 124-125, hier: S. 124.

⁹ § 1 Abs. 1 Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz, ApoG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (Bundesgesetzblatt I S. 1993), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266).

¹⁰ §§ 43, 46 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz) in der Fassung vom 24. August 1976 (BGBl. I S. 2445, 2448), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266).

¹¹ § 48 Arzneimittelgesetz.

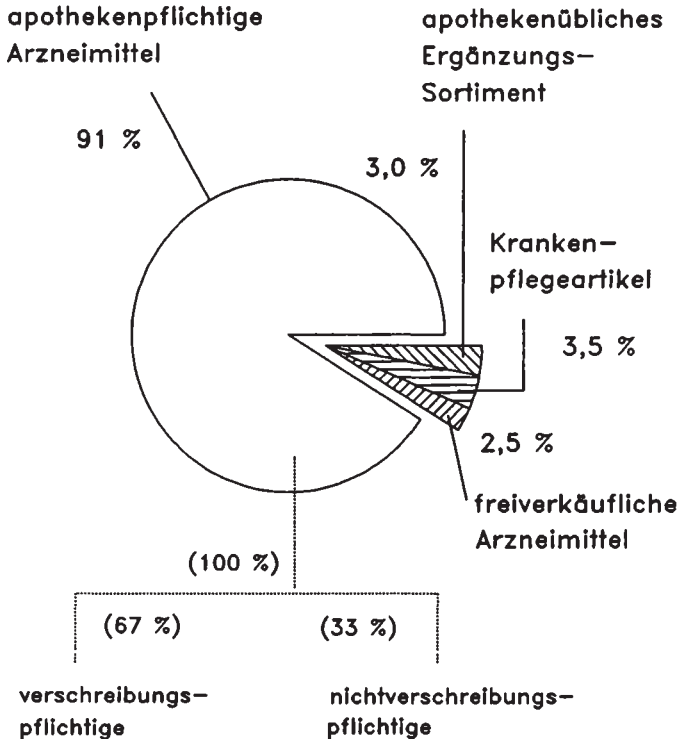
¹² Vgl. *P. Oberender*, Pharmazeutische Industrie, a.a.O., S. 247.

¹³ Vgl. *R. Minurop*, Pillen helfen - einem immer: Pharmamarkt und Gesundheitssystem - Eine kritische Bestandsaufnahme seit Contergan, Berlin 1987, S. 36.

¹⁴ § 73 Abs. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266): "Der an der kassenärztlichen Versorgung

le-Verbot"), nach dem die vom Apotheker abgegebenen Arzneimittel der ärztlichen Verordnung entsprechen müssen¹⁵.

Abb. 2.2: Umsatzstruktur der Apotheken 1991



Quelle: *Modifiziert nach Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände (ABDA) (Hrsg.), ABDA Bericht 1991/92, Frankfurt am Main 1992, S. 41.*

teilnehmende Arzt und die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln ... auf dem Verordnungsblatt ihre Entscheidung kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf." Und § 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

¹⁵ § 17 Abs. 5 Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO) vom 9. Februar 1987 (BGBl. I S. 547), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477).

Früher galt für die öffentliche Apotheke im Gegensatz zur Krankenhausapotheke noch ein "Auseinzelungsverbot", d.h. der Apotheker durfte keine Teilmengen aus Großpackungen verkaufen, obwohl der Durchschnittspreis pro "Zähleinheit" (z.B. Tablette, Dragee) in den Großpackungen meistens billiger als der in den kleineren Packungen war¹⁶. Diese einschränkende Regelung ist schon durch die Gesundheitsreform im Jahr 1989 gelockert worden¹⁷. Es ist nur fragwürdig, daß auch der Apotheker von der Erleichterung profitieren könnte.

2.1.1.2. Intransparenz des Angebotes

Ein weiteres Merkmal des deutschen Arzneimittelmarktes ist die Vielzahl der beim Bundesgesundheitsamt angemeldeten Fertigarzneimittel¹⁸, die sich im Jahr 1989 auf etwa 122.000 beliefen¹⁹. Trotz der großen Zahl der Arzneimittel sind nur etwa 2000 der am häufigsten verordneten Arzneimittel von Bedeutung, weil sie rund 90 Prozent des Umsatzes der öffentlichen Apotheken ausmachen (vgl. Abb. 2.3). Aber die unüberschaubare Menge der im Verkehr befindlichen Arzneimittel erschwert zweifellos die Transparenz des Angebotes^{20,21,22}. Sie steht im Kreuzfeuer der

¹⁶ Vgl. P. Oberender, Besonderheiten des Arzneimittelmarktes, in: P. Oberender (Hrsg.), Gesundheitswesen im Wandel: Beiträge zu einer gesundheitspolitischen Neuorientierung, Spardorf 1985, S. 19-29, hier: S. 21.

¹⁷ Art. 24 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477).

¹⁸ § 4 Abs. 1 Arzneimittelgesetz: "Fertigarzneimittel sind Arzneimittel, die im voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht werden". Darüber hinaus wird vom Bundesgesundheitsamt jede einzelne Darreichungsform (Tablette, Ampulle, Kapsel etc.) sowie Dosierungsstärke (z.B. 100 od. 500 Milligramm) als eigenständiges Fertigarzneimittel gezählt.

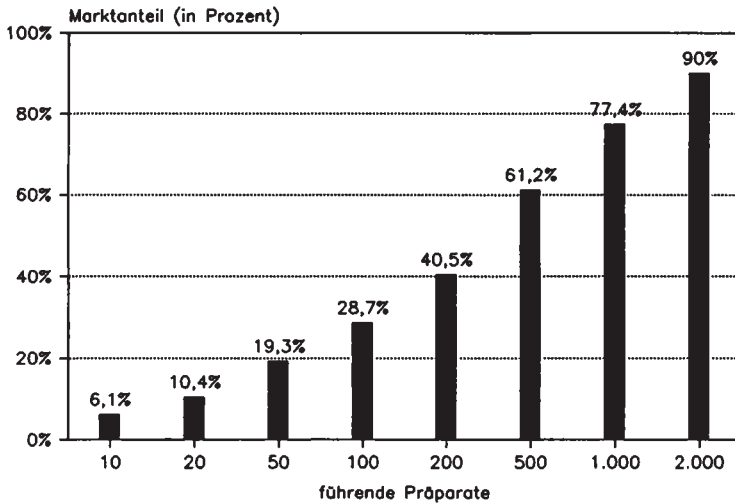
¹⁹ Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.), Pharma Daten '91, Frankfurt am Main 1991, S. 53.

²⁰ Vgl. G. Bäcker, R. Bispinck, K. Hofemann, G. Naegle, Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, Band 2: Gesundheit - Familie - Alter - Soziale Dienste, 2., grundlegend überarbeitete und erweiterte Aufl., Köln 1989, S. 115.

²¹ Vgl. R. Rathscheck, Arzneimittelkosten und Arzneimittelpreise, in: H. Schipperges (Hrsg.), Müssen Arzneimittel teuer sein?, Heppenheim 1981, S. 24-33, hier: S. 25.

Kritik, da sie sich auch negativ auf die richtige Therapie und die Kosten der Arzneimittelversorgung auswirken kann²³.

Abb. 2.3: Marktanteile der führenden Präparate im Jahr 1991



Quelle: Modifiziert nach Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.), Pharma Daten '92, a.a.O., S. 16.

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern liegen in der Bundesrepublik Deutschland sowohl die Zahl der verfügbaren Arzneimittel wie der Pro-Kopf-

²² Vgl. A. Brandt, K. von Grebmer, Die Preisbildung pharmazeutischer Produkte, in: D. Adam, P. Zweifel (Hrsg.), Preisbildung im Gesundheitswesen, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von Robert Bosch Stiftung GmbH, Bd. 9), Gerlingen 1985, S. 191-236, hier: S. 195.

²³ Vgl. T. Thiemeyer, Art., Gesundheitswesen I: Gesundheitspolitik, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW), Ungekürzte Studienausgabe, Bd. 3, Stuttgart, New York, Tübingen 1988, S. 576-591, hier: S. 588.

Verbrauch von Arzneimitteln hoch über dem Durchschnitt^{24,25}. Für die Hersteller sei der deutsche Arzneimittelmarkt nicht nur "eines der letzten Paradiese"²⁶, sondern auch "Apotheke der Welt"²⁷.

2.1.1.3. Oligopol als Marktstruktur

Die Mehrzahl der deutschen Arzneimittelhersteller ist von mittlerer und kleiner Größe²⁸. Trotzdem erzielten im Jahr 1991 die ersten 100 führenden Hersteller schon einen Anteil am Gesamtumsatz der öffentlichen Apotheken von ca. 79 Prozent (vgl. Tab. 2.2). Die wenigen großen Arzneimittelhersteller, die vielen kleinen Nachfragern gegenüberstehen, haben mit einem hohen Konzentrationsgrad eine starke Position erworben²⁹. Daher kann die Struktur des Arzneimittelmarktes als ein Oligopol³⁰ oder auch "Teiloligopol"³¹ betrachtet werden. Für die oligopolistischen Arzneimittelhersteller sind dann bei ihrer Entscheidungen auch die Reaktion der Konkurrenten zu berücksichtigen^{32,33}.

-
- ²⁴ Vgl. *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)* (Hrsg.), *Der europäische Arzneimittelmarkt: Arzneimittelpreisvergleich - Arzneimittelverbrauchsvergleich - Rahmenbedingungen*, Bonn 1984, S. 65 ff.
- ²⁵ Vgl. *D. Taylor*, *Prescribing in Europe - Forces for Change*, in: *British Medical Journal*, Vol. 304 (1992), S. 239-242, hier: S. 239.
- ²⁶ *G. Glaeske*, *Arzneimittelmarkt (BR) Deutschland - eine kritische Bewertung*, in: *M.M. Kochen* (Hrsg./Ed.), *Rationale Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis: Möglichkeiten und Grenzen / Rational Pharmacotherapy in General Practice: Opportunities and Limitations*, Berlin, Heidelberg, New York 1991, S. 31-48, hier: S. 31.
- ²⁷ *O.G. Lambsdorff*, *Die Pharma-Industrie in der Marktwirtschaft*, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 42. Jg. (1980), S. 587-592, hier: S. 588.
- ²⁸ *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.* (Hrsg.), *Pharma Daten '92*, a.a.O., S. 6.
- ²⁹ Vgl. *G. Maier-Rigaud*, *Mehr Wettbewerb wäre angebracht: Zur Situation auf dem Arzneimittelmarkt in der BRD*, in: *Sozialer Fortschritt*, 22. Jg. (1973), S. 25-28, hier: S. 26.
- ³⁰ Vgl. *B. Molitor*, *Soziale Sicherung*, München 1987, S. 81.
- ³¹ Vgl. *A. Brandt, K. von Grebmer*, *Die Preisbildung pharmazeutischer Produkte*, a.a.O., S. 199.
- ³² Vgl. *B. Theimann*, *Probleme der Preisfindung bei Arzneimitteln*, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, Bd. 5 (1977), S. 185-202, hier: S. 192.

Tab. 2.2: Anteile der führenden Hersteller (1970 - 1991) am Markt der öffentlichen Apotheken (in Prozent)

Jahr	führende Firmen				
	5	10	20	50	100
1970	19,8	33,1	48,1	71,1	85,5
1975	18,5	30,4	45,1	69,4	86,0
1980	16,3	25,5	38,8	62,9	81,8
1985	13,1	21,0	33,6	58,4	79,3
1986	12,3	20,2	32,7	56,8	77,7
1987	11,6	19,7	32,5	56,1	76,9
1988	11,4	20,0	33,1	56,7	77,2
1989	11,6	20,4	33,6	57,5	77,9
1990	11,9	21,4	34,4	59,0	79,8
1991	12,0	21,6	34,7	59,2	79,2

Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.), Pharma Daten '92, a.a.O., S. 15.

Wegen der mangelnden Markttransparenz und der weitgehenden Erstattung der Arzneimittelkosten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung fehlt nach wie vor eine wesentliche Voraussetzung für einen Preiswettbewerb³⁴. Deshalb spielt der Preiswettbewerb unter den Arzneimittelherstellern nur eine untergeordnete Rolle³⁵. Der Wettbewerb erfolgt über tatsächliche oder angebliche Innovationen, Werbung

³³ Vgl. *E. von Böventer*, Einführung in die Mikroökonomie, 7., durchgesehene und verbesserte Aufl., München, Wien 1991, S. 24 f.

³⁴ Vgl. *A. Ahnefeld*, Müssen Arzneimittel teuer sein? - Das Problem aus ökonomischer Sicht, in: *H. Schipperges* (Hrsg.), Müssen Arzneimittel teuer sein?, a.a.O., S. 42-45, hier: S. 43 f.

³⁵ Vgl. *P. Oberender*, Die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland: Eine Fallstudie zur Wettbewerbssituation auf der Angebotsseite des Arzneimittelmarktes, in: *Jahrbuch für Sozialwissenschaft*, Bd. 28 (1977), S. 163-195, hier: 175.

und Service^{36,37}. Als Folge dieser Marktbedingungen liegt im internationalen Vergleich das Preisniveau für Arzneimittel in Deutschland relativ hoch^{38,39}.

2.1.1.4. Preisbildung

Bei der Analyse der Preisbildung der pharmazeutischen Erzeugnisse sind zwei Arten von Preisen zu unterscheiden: zum einen die Herstellerabgabepreise (Fabrikabgabepreise), zu denen der Hersteller die Arzneimittel zum Verkauf an den Großhandel bzw. an die öffentlichen Apotheken anbietet; zum anderen die Apothekenabgabepreise (Verbraucherpreise), die der Patient in der Apotheke für die Arzneimittel bezahlt⁴⁰.

Im Gegensatz zur Festsetzung der Arzneimittelpreise auf allen Anbieterstufen in der Bundesrepublik Deutschland haben die Hersteller völlig freie Hand in der Preispolitik⁴¹. Im Herstellerabgabepreis werden die folgenden wichtigen Komponenten berücksichtigt: Herstellungskosten, Aufwendungen für Forschung und Entwicklung, Lizenzaufwendungen, Kosten für wissenschaftliche Information, Werbungskosten, Vertriebskosten, Verwaltungskosten, Kostensteuern und Gewinn⁴². Dagegen legt

³⁶ Vgl. W. Hamm, Regulierter Wettbewerb auf Pharmamärkten, in: F.E. Munnich, P. Oberender (Hrsg.), *Der Pharmamarkt vor dem Umbruch?*, Stuttgart, New York 1987, S. 77-83, hier: S. 79.

³⁷ Vgl. R. Nieschlag, E. Dichtl, H. Hörschgen, *Marketing*, 15., überarbeitete und erweiterte Aufl., Berlin 1988, S. 15 f.

³⁸ Vgl. R. Chew, G. Teeling-Smith, N. Wells, *Pharmaceuticals in Seven Nations*, London 1985, S. 45 ff.

³⁹ Vgl. J.-M. v. Stackelberg, Internationaler Arzneimittelpreisvergleich, in: C. v. Ferber, U.E. Reinhardt, H. Schaefer, T. Thiemeyer, *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen* (Hrsg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*, (Gedenkschrift für Ulrich Geißler), München 1985, S. 359-381, hier: S. 375 f.

⁴⁰ Vgl. H. Hannse, Arzneimittelpreise, in: *Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V.* (Hrsg.), *Aspekte zur Pharmaökonomie*, Mainz 1984, S. 29-40, hier: S. 29.

⁴¹ Vgl. P.-A. Ruhr, *Markttransparenz auf dem Arzneimittelmarkt - Ein konsumtheoretischer Ansatz*, Frankfurt am Main, Bern, Las Vegas 1978, S. 11 f.

⁴² Vgl. K. von Grebmer, *Kostenpreise - Marktpreise: Einige ökonomische Aspekte zur nationalen und internationalen Preisbildung für Pharmazeutika*, 1. Teil, in: *Die Pharma-*

die zuständige Behörde die Höchstzuschläge für Fertigarzneimittel auf der Großhandelsstufe und Festzuschläge auf der Apothekenstufe fest⁴³, wobei die Zuschläge mit steigendem Arzneimittelpreis degressiv gestaffelt werden⁴⁴. Mit anderen Worten wird der Apothekenabgabepreis bei der Festlegung des Herstellerabgabepreises von dem Hersteller gleichzeitig fixiert. Der Apotheker ist nicht anders als "der verlängerte Arm der Arzneimittelhersteller" anzusehen⁴⁵. Es handelt sich um eine Preisbindung der zweiten Hand, die zweifellos einen freien Preiswettbewerb auf Großhandels- und Apothekenstufen verhindert⁴⁶.

In der Bundesrepublik Deutschland verbleibt dem Arzneimittelhersteller Anfang 1992 nur etwa die Hälfte des Apothekenabgabepreises, während die andere Hälfte auf die Großhändlermarge, Apothekenmarge sowie Mehrwertsteuer entfällt⁴⁷, wie das folgende Beispiel zeigt:

	prozentualer Aufschlag	DM
Herstellerabgabepreis		15,00
Großhandelshöchstzuschlag	18,0	2,70
Apothekenfestzuschlag	48,0	8,50
Mehrwertsteuer	15,0	3,93
Apothekenabgabepreis		30,13

zeitische Industrie, 40. Jg. (1978), S. 698-707, hier: S. 701.

⁴³ §§ 2, 3 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147).

⁴⁴ Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Jahresgutachten 1987), Baden-Baden 1987, S. 95.

⁴⁵ Vgl. *Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung"*, Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von Robert Bosch Stiftung, Bd. 25), Gerlingen 1988, S. 121.

⁴⁶ Vgl. D. Nord, *Die soziale Steuerung der Arzneimittelversorgung: Bedürfnis- versus Budgetsteuerung im Gesundheitswesen*, Stuttgart 1982, S. 27.

⁴⁷ *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.* (Hrsg.), *Pharma Daten '92*, a.a.O., S. 32 ff.

2.1.2. Arzneimittelnachfrage

2.1.2.1. Entscheidungsprozeß des Versicherten

Auf das Auftreten von Beschwerden bzw. Krankheitssymptomen kann der Versicherte unterschiedlich reagieren: entweder er ignoriert sie, oder er unternimmt etwas dagegen. Im zweiten Fall entscheidet er wiederum, ob er zum Arzt geht, oder ob er eine Selbstbehandlung vornimmt. Dabei kommt dann eventuell die Selbstmedikation in Frage (vgl. Abb. 2.4)⁴⁸.

Die Selbstmedikation, deren Kosten allein von den Versicherten zu tragen sind, wird vor allem ohne Arztkonsultation bei leichten Störungen des Wohlbefindens, z.B. Erkältungen, Schnupfen, Husten und Halsschmerzen, durchgeführt⁴⁹. Prinzipiell können alle nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel für die Selbstmedikation angewandt werden (vgl. Abb. 2.5). Dabei spielt auch die Hausapotheke, die möglicherweise auch die Reste der früher vom Arzt verordneten Arzneimittel enthält, eine nicht unwichtige Rolle⁵⁰.

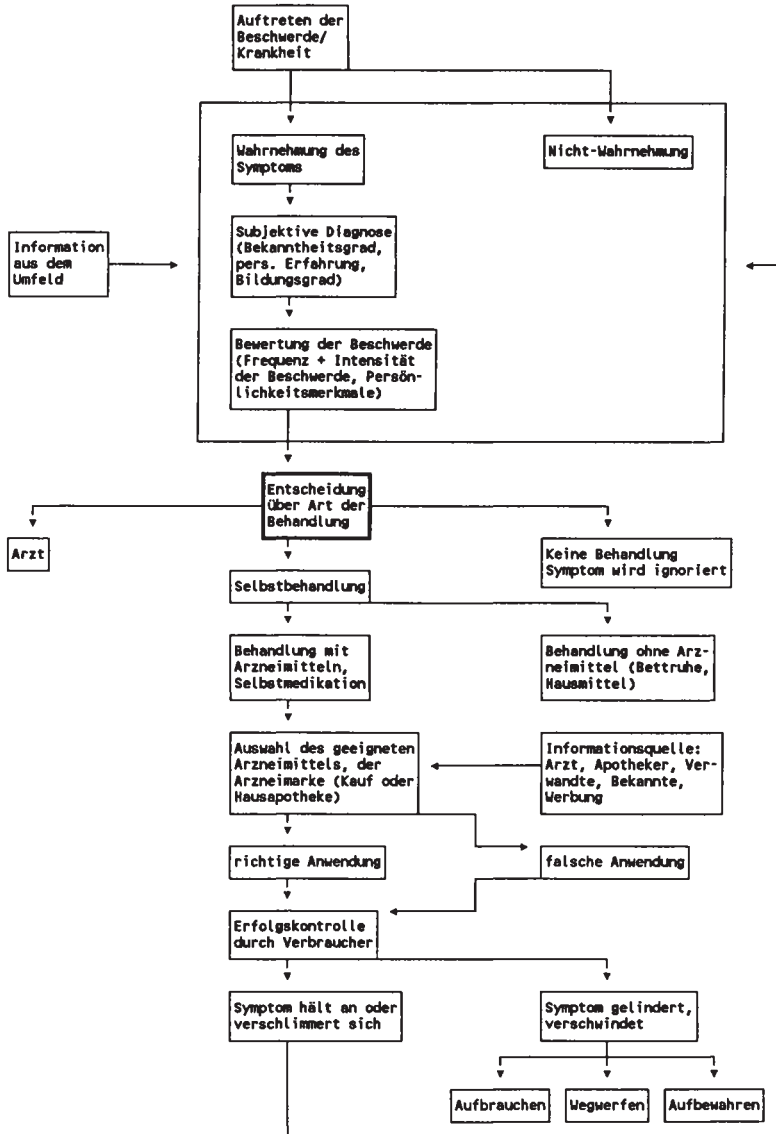
Die Selbstmedikation ist freilich mit Risiken verbunden, da die medizinischen Kenntnisse der Patienten beschränkt sind. Vielfach werden aber Medikamente gekauft, mit denen die Patienten schon gute Erfahrungen gemacht haben oder über deren Wirkungen sie sich bei Verwandten oder Freunden informiert haben. Insofern hält sich das Risiko in Grenzen, zumal die Selbstmedikation überwiegend bei leichteren Erkrankungen angewendet wird.

⁴⁸ Vgl. *H. Cranz, S. Czech-Steinborn, H. Frey, K.-H. Reese*, Selbstmedikation - Eine Standortbestimmung, Kiel 1982, S. 27 ff.

⁴⁹ Vgl. *H.-J. Anders*, Selbstmedikation aus Patientensicht, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 43. Jg. (1981), S. 621-627, hier: S. 624.

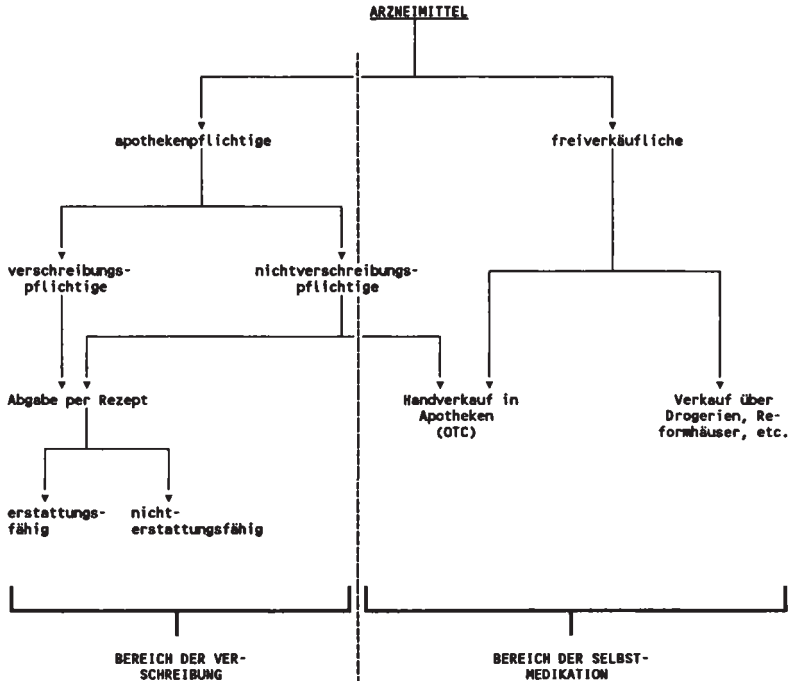
⁵⁰ Vgl. *Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (Hrsg.), *Selbstbehandlung und Selbstmedikation medizinischer Laien*, (Gesundheitsforschung, Forschungsbericht, Bd. 67), Bonn 1981, S. 29.

Abb. 2.4: Entscheidungsprozeß des Versicherten bei Beschwerden



Quelle: H. Cranz, S. Czech-Steinborn, H. Frey, K.-H. Reese, a.a.O., S. 28.

Abb. 2.5: Arzneimittel-Klassifikation



Quelle: Modifiziert nach E. Rahner, *Umfang der Selbstmedikation in der BR Deutschland*, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 42. Jg. (1980), S. 1233-1239, hier: S. 1234, und P. Oberender, *Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland und seine Steuerungswirkung - Eine markttheoretische Analyse* -, in: K.-D. Henke, U. Reinhardt (Hrsg.), *Steuerung im Gesundheitswesen, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von Robert Bosch Stiftung GmbH, Bd. 4)*, Gerlingen 1983, S. 187-261, hier: S. 197.

2.1.2.2. Dreiteilung der Nachfrage

Die Leistungsgewährung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung wird durch das Sachleistungsprinzip geprägt. Das bedeutet, jeder Versicherte hat seinen Rechtsanspruch auf die Sachleistungen (Naturalleistungen), die ärztliche Behandlung, Arznei, Krankenhauspflege etc. beinhalten⁵¹. Im Arzneimittelbereich kann die Struktur der Arzneimittelversorgung in Abb. 2.6 deutlich aufgezeigt werden. Dem Patienten, dem Arzt und der Krankenkasse gegenüber sind der Apotheker, der pharmazeutische Großhandel und die pharmazeutische Industrie als Anbieter an der Arzneimittelversorgung beteiligt.

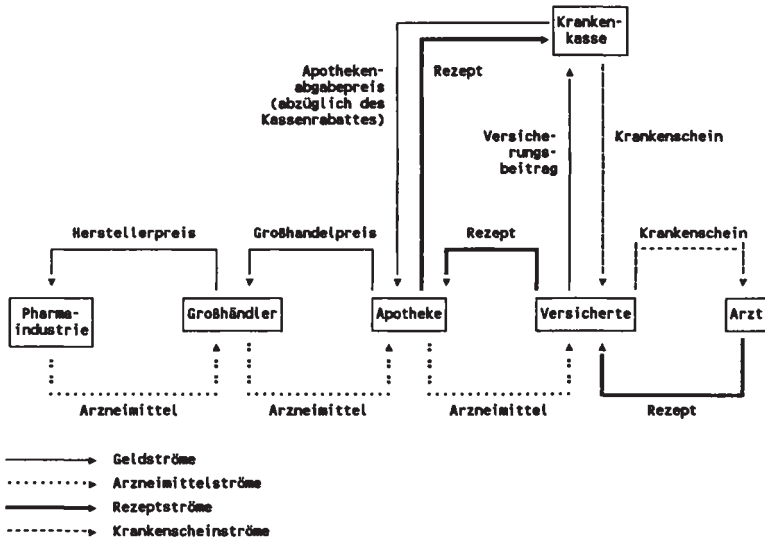
Der Versicherte bekommt gegen Zahlung seines Krankenversicherungsbeitrags einen Krankenschein von der Krankenkasse. Nach Vorlage dieses Krankenscheins behandelt der Arzt den Versicherten und verordnet ihm soweit notwendig ein Rezept. Die Arzneimittel erhält der Versicherte gegen das Rezept beim Apotheker. Gegen Zahlung des Großhandelspreises bekommt der Apotheker wiederum die Arzneimittel vom pharmazeutischen Großhandel, der die Arzneimittel nochmals gegen Zahlung der Herstellerpreise von der pharmazeutischen Industrie bekommt. Nach Vorlage der gesammelten Rezepte bei der Krankenkasse erhält der Apotheker schließlich von der Krankenkasse den Apothekenabgabepreis, abzüglich des Kassenrabattes⁵². Das Kreislaufsystem der Arzneimittelversorgung setzt sich also aus Geld-, Krankenschein-, Rezept- sowie Arzneimittelströmen zusammen.

Abgesehen von der Selbstmedikation sind drei Gruppen an der Nachfrage für den Arzneimittelbereich im System der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt, wobei der Arzt die Arzneimittel verschreibt, der Versicherte sie konsumiert und die

⁵¹ Vgl. G.W. Brück, Allgemeine Sozialpolitik: Grundlagen - Zusammenhänge - Leistungen, 2., erweiterte u. aktualisierte Aufl., Köln 1981, S. 97 ff.

⁵² § 130 Abs. 1 SGB V: "Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis einen Abschlag in Höhe von 5 vom Hundert."

Abb. 2.6: Struktur der GKV-Arzneimittelversorgung



Quelle: Modifiziert nach P. Herder-Dorneich, Arzneimittelmarkt, in: W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe (Hrsg.), Grundlagen der Arzneimitteltherapie: Entwicklung, Beurteilung und Anwendung von Arzneimitteln, Mannheim, Wien, Zürich 1986, S. 260-269, hier: S. 263.

Krankenkasse sie bezahlt⁵³. Während der Arzt über die Arzneimittel entscheidet, hat die Krankenkasse nur geringen Einfluß auf Art und Menge der eingesetzten Arzneimittel. Ferner besteht kein direkter Anreiz für den Versicherten und den Arzt, sparsam mit den Arzneimitteln umzugehen⁵⁴. Die Wirksamkeit von Selbstregulierungsmechanismen in der GKV-Arzneimittelversorgung ist also mangelhaft^{55,56}.

⁵³ Vgl. H.H. Andersen, Themenschwerpunkte und Forschungsfelder der Gesundheitsökonomie. Einführung und Überblick, in: H.H. Andersen, K.-D. Henke, J.-M. Graf v.d. Schulenburg (Hrsg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie, Bd. 1: Einführende Texte, Berlin 1992, S. 13-37, hier: S. 25.

⁵⁴ Vgl. P. Herder-Dorneich, Arzneimittelökonomik - Ein Nicht-Markt-System und seine Steuerung, in: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 2 (1977), S. 8-13, hier: S. 9 f.

2.1.2.3. Anreize zur Überinanspruchnahme

Neben dem schon erwähnten Sachleistungsprinzip ist das Solidaritätsprinzip eines der wichtigsten Gestaltungsprinzipien für die gesetzliche Krankenversicherung. Dem Solidaritätsprinzip entsprechend erhält jeder Versicherte beim Eintritt des Risikofalls den gleichen umfassenden Krankenversicherungsschutz, der von der Höhe des Versicherungsbeitrags unabhängig ist⁵⁷.

Da die Arzneimittel als Sachleistung, nachdem der Versicherte seinen Beitrag bezahlt hat, nahezu "kostenlos"⁵⁸ gewährt werden⁵⁹, führt dies dazu, daß die Nachfrage nach Arzneimitteln auch weitgehend preisunelastisch ist⁶⁰. Für einen "rational" handelnden Versicherten entsteht dann ein Anreiz, seine Nachfrage nach Arzneimitteln bis zur Sättigungsmenge auszudehnen, d.h. "soviel wie möglich an Bedürfnisbefriedigung ... aus dem System herauszuholen"⁶¹. In der englischen Literatur wird dieses Verhalten als "Moral-Hazard" bezeichnet⁶², das ein generelles Problem in der Versicherungswirtschaft ist. Näheres wird in den nächsten Kapiteln behandelt.

⁵⁵ Vgl. G. Adenauer, R. Balthasar, Arzneimittelökonomik - Strukturgeschichte eines Marktes, in: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 2 (1977), S. 2-8, hier: S. 7.

⁵⁶ Vgl. F.E. Münnich, Wie teuer darf die Gesundheit sein?, (pharma dialog, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, H. 76), Frankfurt am Main 1982, S. 22 ff.

⁵⁷ Vgl. H. Lampert, Lehrbuch der Sozialpolitik, 2., überarbeitete Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1991, S. 188 f.

⁵⁸ In praxi gibt es mehr oder weniger abweichende Regelungen, auf die in den nächsten Abschnitten näher eingegangen wird.

⁵⁹ Vgl. H. Müller-Groeling, Kollektivgutproblematik und Isolierungsparadoxon in der Krankenversicherung, in: B. Külp, W. Stützel (Hrsg.), Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik, (Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil zum 65. Geburtstag), Berlin 1973, S. 59-70, hier: S. 63.

⁶⁰ Vgl. M. May, Pharmazeutische Industrie und Wettbewerb, in: Die Pharmazeutische Industrie, 34. Jg. (1972), S. 326-331, hier: S. 326.

⁶¹ Vgl. H. Müller-Groeling, Kollektivgutproblematik und Isolierungsparadoxon in der Krankenversicherung, a.a.O., S. 63.

⁶² Vgl. K.J. Arrow, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, Vol. 53 (1963), S. 941-973, hier: S. 961 f.

Die fehlenden Selbstregulierungselemente auf der Nachfrageseite führen dazu, daß im Arzneimittelbereich dem Patienten zu viele Arzneimittel verordnet werden⁶³. Es entstehen sogar "Medikamentenmüllberge"⁶⁴.

2.2. Analyse der Ausgabenentwicklung der Arzneimittelversorgung

2.2.1. Entwicklung der Arzneimittelausgaben

Die Arzneimittel liegen nach dem Krankenhaus und der ärztlichen Behandlung an der drittgrößten Ausgabenposition der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Tab. 2.3). Die GKV-Arzmittelausgaben betragen im Jahr 1991 rund 24,4 Milliarden DM und machten etwa 15 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben aus. Der Ausgabenanstieg gegenüber dem Vorjahr erreichte eine Rekordhöhe von 12,2 Prozent. Die Arzneimittelausgaben je Versicherten (einschließlich der Arzneikostenbeteiligung) beliefen sich auf ca. 450 DM im Jahr⁶⁵. Außerdem stiegen von 1980 bis 1991 die Arzneimittelausgaben um insgesamt 94 Prozent an. Demgegenüber wuchsen das Bruttosozialprodukt im gleichen Zeitraum um 78 Prozent sowie die Bruttolohn- und Gehaltssumme um 63 Prozent. Das Wachstum der GKV-Arzmittelausgaben war weit stärker als die Zunahme des Bruttosozialproduktes sowie der Bruttolohn- und Gehaltssumme (vgl. Abb. 2.7).

⁶³ Vgl. W. Hamm, Licht- und Schattenseiten der Arzneimittelversorgung, in: *Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.), Aspekte zur Pharmaökonomie, a.a.O., S. 13-18, hier: S. 13 ff.

⁶⁴ Vgl. W. Hartmann-Besche, W. Schneider, Strukturreform der Arzneimittelversorgung: Eine Übersicht, in: *Die Krankenversicherung*, Jg. 1989, S. 26-30, hier: S. 27.

⁶⁵ Eigene Berechnung nach H. Sitzius-Zehender, Zur wirtschaftlichen Lage der Apotheken 1991, a.a.O., S. 13, und J. Klauber, Arzneimittelverordnungen nach Altersgruppen, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report '92*, a.a.O., S. 424-436, hier: S. 424.

Tab. 2.3: Struktur und Entwicklung der GKV-Ausgaben^{a)} (Leistungen in Mio. DM, Veränderungen gegenüber dem Vorjahr)

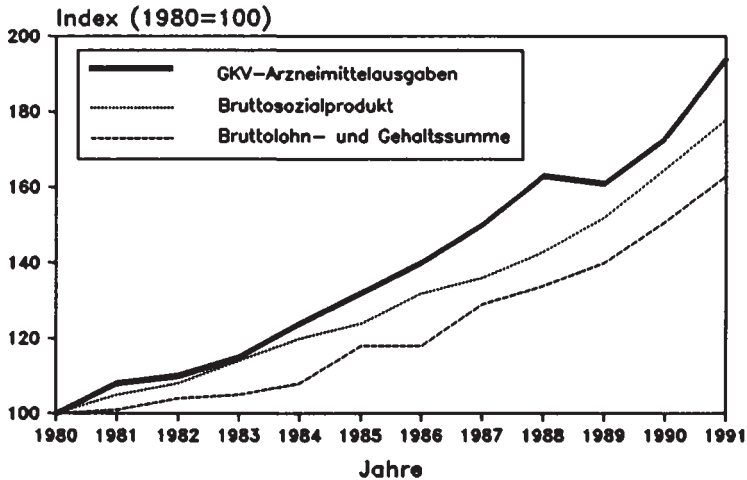
	1986		1987		1988		1989		1990 ^{b)}		1991 ^{b)}	
		%		%		%		%		%		%
Arzneimittel aus Apotheken ^{c) d)}	17.626	+6,2	18.889	+7,2	20.435	+8,2	20.217	-1,1	21.779	+7,7	24.446	+12,2
Krankenhausbehandlung	36.529	+7,4	38.190	+4,5	39.489	+3,4	40.814	+3,4	44.542	+9,1	48.959	+9,9
Behandlung durch Ärzte	20.295	+3,2	20.966	+3,3	21.650	+3,3	22.652	+4,6	24.405	+7,7	26.701	+9,4
Behandlung durch Zahnärzte	7.165	+7,6	7.370	+2,9	7.692	+4,4	7.628	-0,8	8.150	+6,8	9.036	+10,9
Zahnersatz	6.897	-10,0	6.283	-8,9	9.651	+53,6	4.861	-49,6	4.815	-0,9	5.583	+16,0
Krankengeld	6.880	+7,8	7.395	+7,5	7.786	+5,3	7.814	+0,4	9.740	+24,6	11.393	+17,0
Leistungen bei Schwanger- u. Mutterschaft	2.517	-8,0	2.384	-5,3	2.687	+12,7	2.774	+3,2	3.126	+12,7	3.342	+6,9
Sterbegeld	2.061	+2,2	2.113	+2,5	2.186	+3,4	1.294	-40,8	1.275	-1,5	1.273	-0,2
Verwaltungskosten	5.665	+7,7	5.967	+5,3	6.203	+4,0	6.572	+6,0	7.201	+9,6	7.892	+9,6
Ausgaben insgesamt	119.867	+5,0	124.997	+4,3	134.376	+7,5	129.927	-3,3	141.123	+8,6	158.903	+12,6

a) Alte Bundesländer. b) Vorläufige Ergebnisse. c) Einschließlich Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.

d) Die im Krankenhaus verabreichten Arzneimittel sind in den Ausgaben der Krankenhäuser enthalten.

Quelle: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *Arbeits- und Sozialstatistik, in: Bundesarbeitsblatt, verschiedene Jahrgänge.*

Abb. 2.7: Entwicklung von GKV-Arzneimittelausgaben, Bruttosozialprodukt sowie Bruttolohn- und Gehaltssumme 1980-1991 (1980=100)



Quelle: Eigene Berechnungen nach Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Arbeits- und Sozialstatistik, in: Bundesarbeitsblatt, verschiedene Jahrgänge, und Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch, verschiedene Jahrgänge.

Mögliche Gründe für die steigenden GKV-Arzneimittelausgaben sind vor allem die Veränderung der Alters-⁶⁶ und Morbiditätsstruktur⁶⁷, der medizinische und pharmakotherapeutische Fortschritt, der wachsende Wohlstand, das höhere Bildungsniveau

⁶⁶ Vgl. *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)* (Hrsg.), *Der Einfluß demographischer Entwicklungen auf die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum Jahre 2000*, (WIdO-Materialien, Bd. 22), Bonn 1983, S. 8 ff.

⁶⁷ Vgl. *F.E. Männich*, *Das Gesundheitswesen im Umbruch: Zukunftsperspektiven der Gesundheitsversorgung*, in: *G. Gäßgen* (Hrsg.), *Ökonomie des Gesundheitswesens*, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 159), Berlin 1986, S. 631-647, hier: S. 633 f.

veau⁶⁸, die Verteuerung der Arzneimittel⁶⁹ und schließlich die Veränderung des ärztlichen Verordnungsverhaltens⁷⁰. Eine überproportionale Ausgabenexpansion bzw. sog. "Kostenexplosion" im GKV-Arzneimittelbereich veranlaßt jedoch immer heftigere Diskussionen um Kostendämpfungsmaßnahmen.

2.2.2. Zerlegung der Wachstumskomponenten

Eine Komponentenzerlegung ist von grundlegender Bedeutung für eine aussagefähige Interpretation der Ausgabendynamik der GKV-Arzneimittelversorgung⁷¹. Auf der Basis des GKV-Arzneimittelindex⁷² wird die Umsatzentwicklung auf dem Fertigarzneimittelmarkt innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in mehrere Einzelkomponenten zergliedert⁷³ (vgl. Abb. 2.8). Der Zusammenhang zwischen Arzneimittelausgaben und Fertigarzneimittelumsatz im GKV-Bereich wird in Tab. 2.4 dargestellt. Bei der Berechnung des GKV-Fertigarzneimittelumsatzes sind

⁶⁸ Vgl. B. Abel-Smith, P. Grandjeat, Der Verbrauch von Arzneimitteln - Entwicklung der Ausgaben - Die wichtigsten Massnahmen und die den öffentlichen Interventionen in diesem Bereich zugrundeliegenden Ziele, Brüssel 1978, S. 30.

⁶⁹ Vgl. D. Nord, Strukturkomponente und Kostenwachstum: Zur Erklärung steigender Arzneimittelausgaben, in: *Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.), Aspekte zur Pharmaökonomie, a.a.O., S. 57-74, hier: S. 62 f.

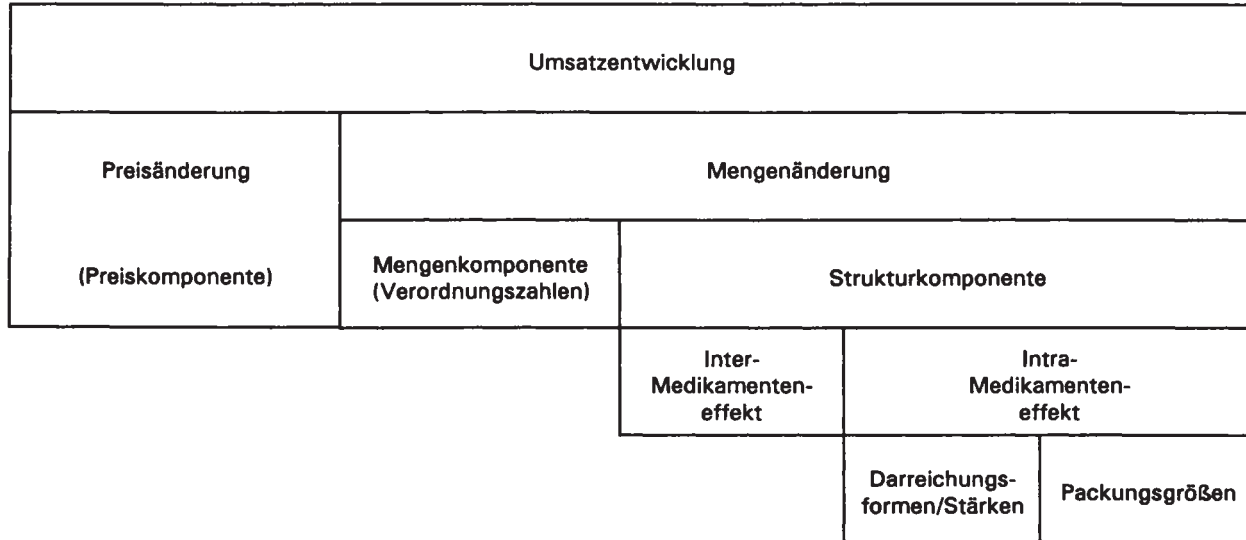
⁷⁰ Vgl. *Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit* (Hrsg.), Qualitative Grundlagenstudie zum Arzneimittelverhalten zur Vorbereitung einer Aufklärungskampagne gegen den unkontrollierten Arzneimittelkonsum, (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 24), Stuttgart, Berlin, Köln 1976, S. 46 ff.

⁷¹ Vgl. *Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (Hrsg.), Preis- und Mengenkomponente der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, (Gesundheitsforschung, Forschungsbericht, Bd. 33), Bonn 1980, S. 5 f.

⁷² Der im Jahr 1980 angelaufene "GKV-Arzneimittelindex" gehört zu einem Gemeinschaftsprojekt der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Apothekerschaft und wird seit 1981 vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) erstellt. Ziel des GKV-Arzneimittelindex ist es, laufende Informationen über die Preis- und Mengenentwicklung der Arzneimittelverordnungen sowie die Entwicklung der pharmakologisch-therapeutischen Verordnungsstruktur zu liefern. Vgl. *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)* (Hrsg.), GKV-Arzneimittelindex - Berichte 1/81: Projektbeschreibung, Bonn 1981, S. 1.

⁷³ Die Ergebnisse der statistischen Komponentenzerlegung im GKV-Arzneimittelbereich werden seit 1985 jährlich vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen in Buchform "Arzneiverordnungs-Report" veröffentlicht.

Abb. 2.8: Zerlegung der Ausgabedynamik bei den Fertigarzneimitteln



* "Wert je Verordnung" entspricht der Zusammenwirkung von Preis- und Strukturkomponenten.

Quelle: Modifiziert nach H. Reichelt: Ergänzende statistische Übersicht, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '87, Stuttgart, New York 1987, S. 385-467, hier: S. 390.

Tab. 2.4: Zusammenhang zwischen GKV-Arzneimittelausgaben und GKV-Fertigarzneimittelumsatz 1990/91^{a)}

	1990 absolut in Mio. DM	1991 absolut in Mio. DM	Verän- derung in v.H.
GKV-Arzneimittelausgaben	21.779	24.446	+ 12,2
- Praxisbedarf (1990: 4%) (1991: 4%)	871	978	+ 12,2
Zwischensumme	20.908	23.468	+ 12,2
+ Eigenanteil der Versicherten (1990: 6,3%) (1991: 4,9%)	1.417	1.205	-15,0
Zwischensumme	22.325	24.673	+ 10,5
+ Kassenrabatt (1990: 5%) (1990: 5%)	1.175	1.299	+ 10,5
Zwischensumme (Apothekenumsatz mit GKV-Rezepten)	23.500	25.972	+ 10,5
- Umsatz für Rezepturen, Verbandstoffe, Kranken- pflegeartikel usw., sowie bei der Erfassung nicht identifizierte Rezepte (1990: 6,4%) (1991: 6,1%)	1.510	1.595	+ 5,6
GKV-Fertigarzneimittelmarkt	21.990	24.377	+ 10,9

a) Alte Bundesländer.

Quelle: Modifiziert nach J. Klauber, G.W. Selke, Ergänzende statistische Übersicht, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '92, a.a.O., S. 503-573, hier: S. 505.

der Eigenanteil der Versicherten (bis 1992 drei Mark je verordnetes Nicht-Festbetrags-Arzneimittel) und der Kassenrabatt einzubeziehen, wogegen der Praxisbedarf und Verordnungen von Rezepturen, Verbandstoffen etc. abgezogen werden.

Als erster Schritt der Komponentenerlegung erfolgt eine Trennung von Preisvariationen und Mengenveränderungen. Eine Umsatzmeßzahl, die die Entwicklung der Fertigarzneimittelausgaben beschreibt, läßt sich mathematisch als Vergleich des Umsatzes der Berichtsperiode mit dem Umsatz der Basisperiode darstellen^{74,75}:

$$I_U = \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^1)}{\sum_{i=1}^n (p_i^0 \cdot q_i^0)} \quad (2.1)$$

- I_U = Index für das Wachstum des zu Lasten der GKV abgerechneten Fertigarzneimittelumsatzes in Apotheken,
 n = Zahl aller pharmazeutischen Artikel⁷⁶,
 p_i^1 = Preis des pharmazeutischen Artikels i in der Berichtsperiode,
 p_i^0 = Preis des pharmazeutischen Artikels i in der Basisperiode,
 q_i^1 = Verordnungszahl⁷⁷ des pharmazeutischen Artikels i in der Berichtsperiode,
 q_i^0 = Verordnungszahl des pharmazeutischen Artikels i in der Basisperiode.

⁷⁴ H. Reichelt, Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung: Konzept einer erweiterten Index-Analyse volkswirtschaftlicher Änderungsraten, (WIDO-Materialien Bd. 31), Bonn 1988, S. 4 ff.

⁷⁵ Vgl. H. Berg, D. Paffrath, H. Reichelt, Komponenten der Ausgabendynamik der Fertigarzneimittel im GKV-Arzneimittelbereich, in: C. v. Ferber, U.E. Reinhardt, H. Schaefer, T. Thiemeyer, *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen* (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 291-319, hier: S. 291 ff.

⁷⁶ Hierbei wird ein *pharmazeutischer Artikel* als ein "Fertigarzneimittel in einer bestimmten Wirkstärke, Darreichungsform und Packungsgröße" gemeint. Vgl. H. Reichelt, Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung, a.a.O., S. 17.

⁷⁷ *Verordnungszahl* bedeutet hierbei die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen.

Weiter wird versucht, Preisindex und Mengenindex zu differenzieren:

$$I_U = I_P \cdot I_Q \quad (2.2)$$

I_P = Preisindex des Fertigarzneimittelumsatz-Wachstums,

I_Q = Mengenindex des Fertigarzneimittelumsatz-Wachstums.

Nach der Laspeyres-Formel⁷⁸ gilt

$$I_P^{(L)} = \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^0)}{\sum_{i=1}^n (p_i^0 \cdot q_i^0)} \quad (2.3)$$

Der Laspeyres-Preisindex vergleicht den realen Umsatz der Basisperiode mit einem fiktiven Umsatz der Berichtsperiode, der mit Hilfe einer Mengengewichtung aus Warenkorb der Basisperiode berechnet wird.

Und nach der Paasche-Formel⁷⁹ gilt

$$I_Q^{(P)} = \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^1)}{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^0)} \quad (2.4)$$

Der Paasche-Mengenindex vergleicht den realen Umsatz der Berichtsperiode mit

⁷⁸ Siehe auch *K. Lange, Art., Preisstatistik*, in: *Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW)*, Ungekürzte Studienausgabe, Bd. 6, Stuttgart, New York, Tübingen 1988, S. 222-233, hier: S. 224 f.

⁷⁹ Ebenda, S. 225 f.

einem fiktiven Umsatz der Basisperiode, der mit Hilfe konstant gehaltener Preise aus der Berichtsperiode berechnet wird.

Aus den obigen Gleichungen ergibt sich folgende Beziehung:

$$I_P^{(L)} \cdot I_Q^{(P)} = \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^0)}{\sum_{i=1}^n (p_i^0 \cdot q_i^0)} \cdot \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^1)}{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^0)} = \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^1)}{\sum_{i=1}^n (p_i^0 \cdot q_i^0)} = I_U \quad (2.5)$$

Deshalb kann die Umsatzmeßzahl I_U aus einem Laspeyres-Preisindex und einem Paasche-Mengenindex berechnet werden⁸⁰.

2.2.2.1. Preiskomponente

Aufgrund der Marktdynamik setzt sich die Jahres-Preiskomponente zusammen aus einem Preisindex, der sich als Mittelwert der monatlich im GKV-Arzneimittelindex veröffentlichten Laspeyres-Preisindices ergibt, und einer Warenkorbkomponente⁸¹. Im Lauf eines Jahres ändert sich das Angebot an Medikamenten dadurch, daß erstmalig neue Medikamente angeboten werden und alte Medikamente aus dem Markt herausgenommen werden. Dadurch ändert sich auch der auf Jahresbasis errechnete Preisindex. Da der in der Tab. 2.5 angegebene Preisindex ein Monatsindex ist, muß bei seiner Umrechnung auf Jahresbasis die im Jahresverlauf eingetretene Änderung in der Zusammensetzung des Angebotes berücksichtigt werden. Die

⁸⁰ Die entsprechende Alternative (Paasche-Preisindex und Laspeyres-Mengenindex) kann in ähnlicher Weise angewandt werden.

⁸¹ Im Warenkorb werden alle pharmazeutischen Artikel berücksichtigt, die sich vom Basimonat an bis zum Berichtsmonat kontinuierlich am Markt befinden. Vgl. *H. Reichelt*, Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung, a.a.O., S. 49.

Tab. 2.5: Entwicklung des gesamten GKV-Fertigarzneimittelumsatzes und der einzelnen Komponenten 1981-1991 (jeweils im Vergleich zum Vorjahr in %)

Jahr	Gesamtumsatz	Verordnungen	Wert je Verordnung	Preisindex	Warenkorb-kompon.	Struktur-kompon.	Intra-med.	Inter-med.
1982	3,4	-4,2	8,0	2,3		5,6	2,1	3,5
1983	5,4	-10,4	17,6	5,8	-0,4	11,6	4,3	7,0
1984	7,4	-1,6	9,2	2,8	0,2	6,0	3,0	2,9
1985	5,3	0,4	4,9	2,7	-0,5	2,6	2,5	0,1
1986	4,9	3,3	1,6	1,2	0	0,3	1,9	-1,5
1987	6,8	3,7	3,0	0,7	0	2,3	1,9	0,4
1988	8,5	4,1	4,2	1,4	0	2,7	1,9	0,8
1989	0,4	-3,5	4,1	1,0	0,1	2,9	2,9	0
1990	6,5	5,3	1,1	-0,1	-0,1	1,3	1,7	-0,4
1991	10,8	3,8	6,7	1,5	0	5,1	2,7	2,5

Quelle: M. Litsch, H. Reichelt, *Entwicklung des Fertigarzneimittelmarktes seit 1981*, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report '90: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Stuttgart, New York 1990, S. 436-443, hier: S. 438, und verschiedene Jahrgänge vom *Arzneiverordnungs-Report*.

in der Tab. 2.5 angegebene Warenkorbkomponente bringt den Einfluß die geänderte Zusammensetzung des Angebotes auf das Preisniveau zum Ausdruck^{82,83}.

Die Preisentwicklung der GKV-Fertigarzneimittel von 1981 bis 1991 wird in Tab. 2.5 dargestellt. Da im gleichen Zeitraum die Preissteigerungsraten der Fertigarzneimittel nicht höher als die für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte waren⁸⁴, kann eine Schlußfolgerung daraus gezogen werden, daß die von der pharmazeutischen Industrie veranlaßte Preisänderung der Arzneimittel keine entscheidende Ursache für die überproportionale Ausgabenexpansion ist. Nur indirekt kann als Folge einer Veränderung der Strukturkomponente eine Rückwirkung auf die Preise eintreten, besonders wenn die pharmazeutische Industrie die Strategie verfolgt, den Anteil neuer und überdurchschnittlich teurer Medikamente zu erhöhen.

2.2.2.2. Mengenkompente

Unter der Mengenkompente versteht man eine reine Veränderung der gesamten Verordnungszahl (Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen). Um diese Komponente zu isolieren, ist eine weitere Differenzierung aus dem Mengenindex erforderlich^{85,86}.

$$I_U = I_P \cdot I_Q \quad , \quad (2.6)$$

⁸² Vgl. *H. Reichelt*, Eine Methode der statistischen Komponentenzerlegung, a.a.O., S. 48 ff.

⁸³ Vgl. *M. Litsch, G.W. Selke*, Ergänzende statistische Übersicht, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '91: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, Jena 1991, S. 510-580, hier: S. 513.

⁸⁴ *Statistisches Bundesamt* (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch, verschiedene Jahrgänge.

⁸⁵ Vgl. *H. Reichelt*, Eine Methode der statistischen Komponentenzerlegung, a.a.O., S. 10 ff.

⁸⁶ Vgl. *H. Berg, D. Paffrath, H. Reichelt*, Komponenten der Ausgabendynamik der Fertigarzneimittel im GKV-Arzneimittelbereich, a.a.O., S. 296 f.

$$I_U = I_P \cdot \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^1)}{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^0)}, \quad (2.7)$$

$$I_U = I_P \cdot \frac{\sum_{i=1}^n q_i^1}{\sum_{i=1}^n q_i^0} \cdot \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^1) \cdot \sum_{i=1}^n q_i^0}{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^0) \cdot \sum_{i=1}^n q_i^1}. \quad (2.8)$$

Der Mengenindex I_Q wird nunmehr in beide Faktoren I_V (Mengenkomponente) und I_S (Strukturkomponente) zerlegt:

$$I_U = I_P \cdot I_V \cdot I_S, \quad (2.9)$$

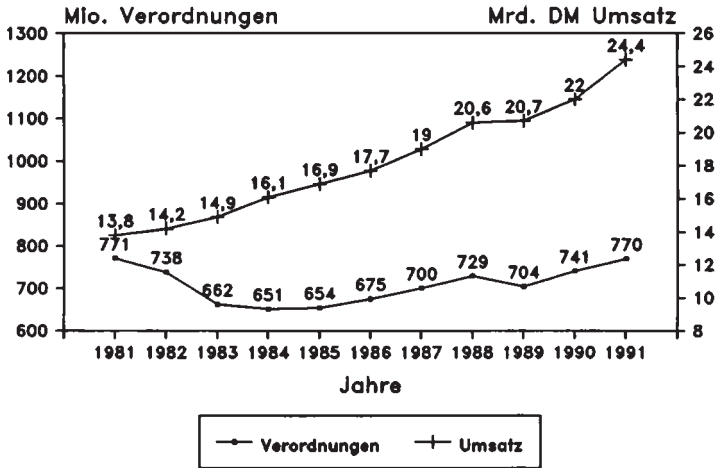
wobei

$$I_V = \frac{\sum_{i=1}^n q_i^1}{\sum_{i=1}^n q_i^0}, \quad (2.10)$$

$$I_S = \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^1) \cdot \sum_{i=1}^n q_i^0}{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^0) \cdot \sum_{i=1}^n q_i^1}. \quad (2.11)$$

Die Mengenkomponente I_V , die auch als "Verordnungszahlenindex" bezeichnet ist, läßt sich als Vergleich der ungewichteten Verordnungszahlen der Berichtsperiode mit den ungewichteten Verordnungszahlen der Basisperiode darstellen.

Abb. 2.9: Entwicklung von Verordnungen und Umsatz 1981 bis 1991 auf dem GKV-Fertigarzneimittelmarkt



Quelle: Überblick über die Arzneiverordnungen im Jahre 1991, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '92, a. a. O., S. 1-17, hier: S. 2.

Die gesamten Verordnungen in den alten Bundesländern beliefen sich im Jahr 1991 auf 770 Millionen Arzneimittelpackungen. Sie haben damit erst wieder das jährliche Verordnungsvolumen von 1981 erreicht (vgl. Abb. 2.9). Jedem Versicherten wurden durchschnittlich 13,5 Arzneimittelpackungen verordnet⁸⁷. Im langjährigen Vergleich ist die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen relativ stabil geblieben. Deshalb ist eine stetig steigende Umsatzentwicklung eher auf den durchschnittlichen Wert der verordneten Arzneimittelpackungen zurückzuführen⁸⁸, wobei weiterhin die Rolle der Strukturkomponente erforscht werden soll.

⁸⁷ Vgl. J. Klauber, Arzneimittelverordnungen nach Altersgruppen, a. a. O., S. 428.

⁸⁸ Vgl. H. Reichelt, Ergänzende statistische Übersicht, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '88: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, New York 1988, S. 387-463, hier: S. 388.

2.2.2.3. Strukturkomponente

Die Strukturkomponente mißt eine "Verteuerung ohne Preiserhöhung"⁸⁹ und bezeichnet den reinen Ausgabenzuwachs, der durch die Umschichtung im Verordnungsspektrum zustande kommt⁹⁰. Wegen

$$I_S = \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^1) \cdot \sum_{i=1}^n q_i^0}{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot q_i^0) \cdot \sum_{i=1}^n q_i^1} \quad (2.12)$$

läßt sich ebenfalls formulieren:

$$I_S = \frac{\sum_{i=1}^n \left(p_i^1 \cdot \frac{q_i^1}{\sum_{j=1}^n q_j^1} \right)}{\sum_{i=1}^n \left(p_i^1 \cdot \frac{q_i^0}{\sum_{j=1}^n q_j^0} \right)}, \quad (2.13)$$

$$I_S = \frac{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot M_i^1)}{\sum_{i=1}^n (p_i^1 \cdot M_i^0)}, \quad (2.14)$$

wobei

⁸⁹ H. Reichelt, Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung, a.a.O., S. 15.

⁹⁰ Vgl. H. Reichelt, Die Strukturkomponente auf dem Arzneimittelmarkt: Mengenentwicklung, Wandel des Verordnungsspektrums oder Arzneimittelinnovation?, in: Die Ortskrankenkasse, 66. Jg. (1984), S. 809-817, hier: S. 810 ff.

$$M_i^1 = \frac{q_i^1}{\sum_{j=1}^n q_j^1} \quad , \quad (2.15)$$

$$M_i^0 = \frac{q_i^0}{\sum_{j=1}^n q_j^0} \quad . \quad (2.16)$$

Die beiden Faktoren M_i^1 und M_i^0 beschreiben den Marktanteil des pharmazeutischen Artikels i in der Berichts- bzw. Basisperiode. Deshalb läßt sich die Strukturkomponente I_s als ein preisgewichteter Index des Marktanteils des pharmazeutischen Artikels i verstehen⁹¹. Wird ein pharmazeutischer Artikel mehr verordnet, führt dies zu einem steigenden Marktanteil dieses pharmazeutischen Artikels. Wird ein pharmazeutischer Artikel umgekehrt weniger verordnet, führt dies zu einem sinkenden Marktanteil dieses pharmazeutischen Artikels.

Grundsätzlich läßt sich die Strukturkomponente noch gliedern in den "Intra-Medikamenteneffekt", der durch den Wechsel zu größeren Packungen oder teureren Darreichungsformen und Stärken identischer Arzneimittel ("Standardaggregate") bedingt wird⁹², und den "Inter-Medikamenteneffekt"⁹³, der auf eine Verschiebung zu teu-

⁹¹ Vgl. *H. Reichelt*, Eine Methode der statistischen Komponentenzerlegung, a.a.O., S. 11 f.

⁹² Vgl. *H. Reichelt*, Ergänzende statistische Übersicht, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '87, a.a.O., S. 385-467, hier: S. 390 f.

⁹³ Der Inter-Medikamenteneffekt kann weiterhin in "Inter-Indikationsgruppeneffekt" und "Intra-Indikationsgruppeneffekt" differenziert werden. Der Inter-Indikationsgruppeneffekt ist auf "eine Veränderung der Nachfrage nach Arzneimitteln anderer Indikationsgruppen" zurückzuführen. Der Intra-Indikationsgruppeneffekt isoliert die Umsatzwirkungen, die sich aus "einer Veränderung der Nachfrage nach anderen Arzneimitteln innerhalb der einzelnen Indikationsgruppen" ergeben. Vgl. *H. Reichelt*, Ergänzende statistische Übersicht, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '88, a.a.O., S. 387-463, hier: S. 398.

renen oder neuen Arzneimitteln zurückzuführen ist (vgl. Abb. 2.8). Es gilt also folgende Beziehung⁹⁴:

$$I_S = I_{InterM} \cdot I_{IntraM} \quad (2.17)$$

I_{InterM} = Inter-Medikamenteneffekt des Arzneimittelumsatz-Wachstums,

I_{IntraM} = Intra-Medikamenteneffekt des Arzneimittelumsatz-Wachstums.

Inter-Medikamenteneffekt läßt sich wie folgt berechnen:

$$I_{InterM} = \frac{\sum_{a=1}^{agg} \left(\frac{-1}{p_a} \cdot q_a^1 \right) \cdot \sum_{a=1}^{agg} q_a^0}{\sum_{a=1}^{agg} \left(\frac{-1}{p_a} \cdot q_a^0 \right) \cdot \sum_{a=1}^{agg} q_a^1} \quad (2.18)$$

agg = Zahl aller Standardaggregate⁹⁵ auf dem Fertigarzneimittelmarkt,

q_a^1 = Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen des Standardaggregates a in der Berichtsperiode,

q_a^0 = Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen des Standardaggregates a in der Basisperiode,

\bar{p}_a^1 = "Preis des Standardaggregates a "; berechnet als mengengewichteter Durchschnittspreis des Standardaggregates in der Berichtsperiode:

⁹⁴ Vgl. *H. Reichelt*, Eine Methode der statistischen Komponentenzerlegung, a.a.O., S. 25 ff.

⁹⁵ *Standardaggregat* wird definiert als eine Gruppe von pharmazeutischen Artikeln, die trotz unterschiedlichen Darreichungsformen, Stärken und Packungsgrößen "unter demselben Handelsnamen angeboten werden und zudem die gleichen wirksamen Bestandteile in gleicher Zusammensetzung enthalten und für die gleichen Indikationsgebiete zugelassen sind". Vgl. *H. Reichelt*, Ergänzende statistische Übersicht, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '88, a.a.O., S. 387-463, hier: S. 389 f.

$$\frac{-1}{p^a} = \frac{\sum_{k=1}^{m_a} (p_k^1 \cdot q_k^1)}{\sum_{k=1}^{m_a} q_k^1}, \quad (2.19)$$

wobei

- m_a = Zahl der pharmazeutischen Artikel des Standardaggregates a ,
 p_k^1 = Preis des pharmazeutischen Artikels k des Standardaggregates a in der Berichtsperiode,
 q_k^1 = Verordnungszahl des pharmazeutischen Artikels k des Standardaggregates a in der Berichtsperiode.

Wegen

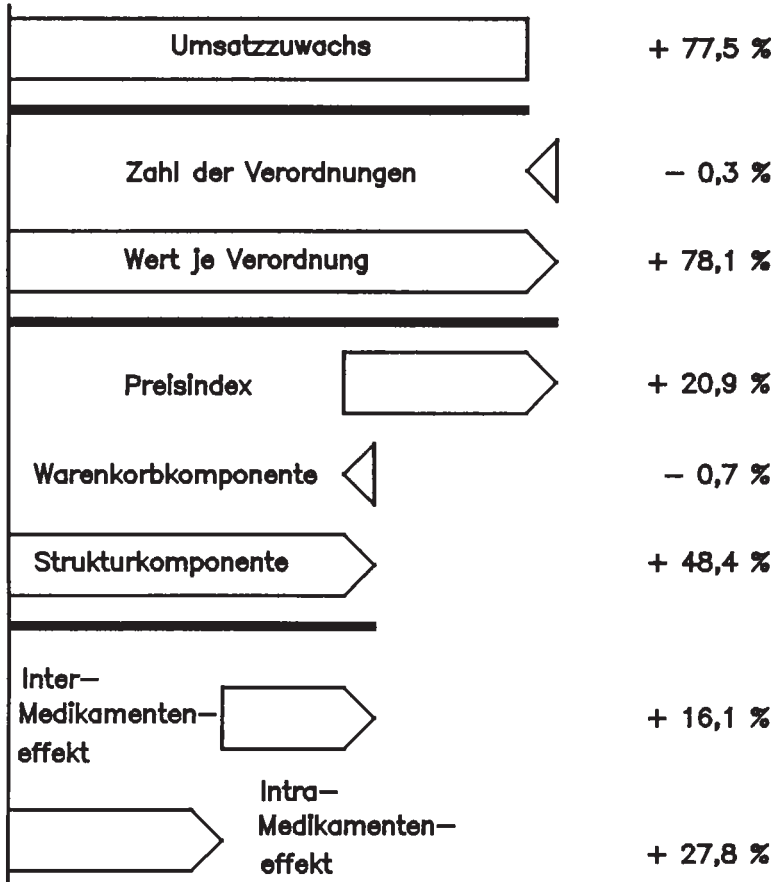
$$I_S = I_{InterM} \cdot I_{IntraM} \quad (2.20)$$

ergibt sich der Intra-Medikamenteneffekt dann

$$I_{IntraM} = \frac{I_S}{I_{InterM}}. \quad (2.21)$$

Abb. 2.10 zeigt deutlich, daß die Umschichtungen im Verordnungsspektrum die wichtigste Ursache für den anhaltenden Zuwachs der Arzneimittelausgaben sind. Im Zeitraum 1981 bis 1991 stieg die Strukturkomponente um 48,4 Prozent an, wobei der Intra-Medikamenteneffekt relativ stärker als der Inter-Medikamenteneffekt war. Außerdem wurde bei eingehenden Ermittlungen festgestellt, daß die Umschichtung im Verordnungsspektrum zum großen Teil durch die Verschiebung zu größeren Packungen identischer Arzneimittel einerseits und zu anderen teureren, aber aus

**Abb. 2.10: Graphische Darstellung der Umsatzentwicklung 1981/1991
(Komponentendarstellung)**



Quelle: Eigene Berechnungen, Datenbasis: Tab. 2.5.

pharmakologischer Sicht nur teilweise neuen Arzneimitteln andererseits bedingt wird^{96,97}.

2.3. Steuerung der Arzneimittelversorgung

In der öffentlichen Diskussion über die Fehlentwicklung der GKV-Arzneimittelausgaben wird nicht nur an der pharmazeutischen Industrie, sondern auch an den Ärzten und Versicherten scharfe Kritik geübt⁹⁸. Eine wesentliche Ursache für die Steuerungsmängel der GKV-Arzneimittelausgaben liegt an den Marktunvollkommenheiten, die durch preisunelastische Nachfrage und mangelhafte Markttransparenz bedingt werden⁹⁹ und daher einen funktionsfähigen Preiswettbewerb einschränken können¹⁰⁰. Daraus kann man die Schlußfolgerung ziehen, daß ein Pareto-Optimum mit einer effizienten Allokation der Ressourcen nicht erreicht wird und ein Wohlfahrtsverlust eintritt¹⁰¹. Um die GKV-Arzneimittelausgaben in angemessenem Umfang zu halten, sollen die Kostendämpfungsmaßnahmen direkt an den Ursachen angesetzt werden.

⁹⁶ Vgl. *M. Litsch, H. Reichelt*, Entwicklung des Fertigarzneimittelmarktes seit 1981, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report '89: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Stuttgart, New York 1989, S. 444-448, hier: S. 446.

⁹⁷ Vgl. *H. Reichelt*, Hohe Strukturkomponente in den Arzneimittelausgaben: Medizinisch notwendig oder nicht?, in: *Die Ortskrankenkasse*, 67. Jg. (1985), S. 151-155, hier: S. 151 ff.

⁹⁸ Vgl. *K. Jung*, Strukturreform im Gesundheitswesen aus der Sicht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, in: *P. Oberender* (Hrsg.), *Neuorientierung im Gesundheitswesen*, Bayreuth 1988, S. 33-62, hier: S. 40 f.

⁹⁹ Vgl. *M. May*, Pharmazeutische Industrie und Wettbewerb, (pharma dialog, hrsg. vom *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie*, H. 12), Frankfurt am Main 1972, S. 3 f.

¹⁰⁰ Vgl. *D. Kath*, Sozialpolitik, in: *Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik*, Bd. 2, 3., überarbeitete u. erweiterte Aufl., München 1988, S. 401-450, hier: S. 434.

¹⁰¹ Vgl. *R. Reher*, Gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsaspekte der Arzneimittelversorgung: Zu den Kosten und Nutzen des Arzneimitteleinsatzes, in: *Die Ortskrankenkasse*, 67. Jg. (1985), S. 773-778, hier: S. 777.

2.3.1. Steuerung des Patientenverhaltens

2.3.1.1. Gesundheitserziehung

Manchmal wird mangelhaftes Gesundheitsbewußtsein des Versicherten auch als ein Grund für die Zunahme des Arzneimittelverbrauchs betrachtet¹⁰² und eine Verstärkung der Gesundheitserziehung gefordert, durch die der medizinische Informationszustand des Versicherten verbessert werden soll. Vorgeschlagen wird unter anderem eine Gewährung von Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen¹⁰³ sowie patientengerechte Arzneimittelinformationen¹⁰⁴. Davon wird auch erhofft, daß die Patienten-Compliance erhöht¹⁰⁵ und der Arzneimittelmißbrauch eingeschränkt werden¹⁰⁶ sowie schließlich eine gesündere Lebensweise, langfristig gesehen, eine ausgaben-senkende Wirkung für Arzneimittel haben könnte¹⁰⁷. Zu den von Krankenkassen breit angelegten Maßnahmen gehören Plakate, Flugblätter, Broschüren, Ausstellungen und andere Informationsveranstaltungen¹⁰⁸ sowie neuerdings die Arzneimittelberatung für Versicherte¹⁰⁹.

¹⁰² Vgl. D. Nord, Gesundheitsbewußtsein und Arzneimittelverbrauch - Zur Analyse modifizierten Anspruchsverhaltens bei Arzneimitteln -, in: *Medizin Mensch Gesellschaft*, Bd. 1 (1976), S. 99-103, hier: S. 99 f.

¹⁰³ Vgl. G. Pedroni, Nachfragesteuerung im Gesundheitswesen: Notwendigkeit und Möglichkeit, (Studien zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *Pharma Information*, Bd. 6), Basel 1984, S. 39 f.

¹⁰⁴ Vgl. K.H. Kimbel, Information des Patienten über Arzneimittel, in: W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe (Hrsg.), *Grundlagen der Arzneimitteltherapie*, a.a.O., S. 319-323, hier: S. 319 ff.

¹⁰⁵ Vgl. M. Linden, Compliance, in: W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe (Hrsg.), *Grundlagen der Arzneimitteltherapie*, a.a.O., S. 324-333, hier: S. 324 ff. Unter Compliance versteht man "das Verhältnis zwischen tatsächlicher Therapiedurchführung und Therapiestandard".

¹⁰⁶ Vgl. W. Poser, Arzneimittelmißbrauch, in: W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe (Hrsg.), *Grundlagen der Arzneimitteltherapie*, a.a.O., S. 457-468, hier: S. 457 ff.

¹⁰⁷ Vgl. G. Eberle, *Leitfaden Prävention*, Sankt Augustin 1990, S. 33 f.

¹⁰⁸ Vgl. E. Schupeta, Institutionen der Prävention, in: P. Herder-Dorneich, A. Schuller (Hrsg.), *Vorsorge zwischen Versorgungsstaat und Selbstbestimmung*, (Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Kölner Kolloquium, hrsg. von P. Herder-Dorneich, A. Schuller, Bd. 1), Stuttgart, Berlin, Köln 1982, S. 59-75, hier: S. 71 ff.

2.3.1.2. Selbstbeteiligung

In den Reformvorschlägen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Selbstbeteiligung des Versicherten immer wieder Aufmerksamkeit zuteil¹¹⁰. Unter Selbstbeteiligung versteht man einen "leistungsbezogenen finanziellen Eigenanteil des Patienten beim Kauf oder bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen"¹¹¹. Ein allokatives Ziel der Selbstbeteiligung ist Beeinflussung des Patientenverhaltens. Hierbei handelt es sich um einen Steuerungseffekt (bzw. eine Abschreckungseffekt¹¹²), d.h. eine Erhöhung des individuellen Kostenbewußtseins und eine Verminderung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen¹¹³. Außerdem wird die Selbstbeteiligung einen Finanzierungseffekt mit sich bringen. Denn eine neue Finanzierungsquelle wird damit erschlossen, und die Krankenkasse wird durch die Belastungsverschiebung auf den Versicherten entlastet^{114,115}. Durch eine Selbstbeteiligung wird der Risikoaus-

-
- ¹⁰⁹ Vgl. G. Glaeske, Arzneimittelberatung in Krankenkassen: Verordnungsrationalität und Verbraucherschutz - Ein Beispiel aus der Praxis: Der pharmakologische Beratungsdienst der AOK Kreis Mettmann, in: DOK, 74. Jg. (1992), S. 113-119, hier: S. 118 f.
- ¹¹⁰ Vgl. I. Metzke, Gesundheitspolitik: Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart, Berlin, Köln 1982, S. 77 ff.
- ¹¹¹ K.-D. Henke, Selbstbeteiligung als Finanzierungs- und Steuerungsinstrument - Stand der Ziele und Formen der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung -, in: *Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg* (Hrsg.), *Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung*, (Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Bd. 15), Sankt Augustin 1983, S. 29-46, hier: S. 34.
- ¹¹² Vgl. W. Bogs, H. Achinger, H. Meinhold, L. Neundorfer, W. Schreiber, Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart, Berlin, Köln 1966, S. 218.
- ¹¹³ Vgl. F.E. Münich, Zur Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung, in: *Pharmazeutische Zeitung*, 125. Jg. (1980), S. 1143-1152, hier: S. 1145 f.
- ¹¹⁴ Vgl. G. Brenner, Ansatzpunkte für eine Selbstbeteiligung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, in: *Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie*, Mainz (Hrsg.), *Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen: Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße*, Stuttgart 1980, S. 100-105, hier: S. 100.
- ¹¹⁵ Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, *Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, (Jahresgutachten 1989), Baden-Baden 1989, S. 50 f.

gleich innerhalb einer Versicherung eingeschränkt¹¹⁶. Damit ist die Gefahr verbunden, daß die Versicherten, die eine höhere Krankheitsanfälligkeit haben, finanziell überfordert werden.

Es wurde schon durch viele Studien im Bereich der privaten Krankenversicherung deutlich gezeigt, daß eine Erhöhung der Selbstbeteiligung die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen vermindern kann^{117,118,119,120}. Inwieweit die erwünschten Wirkungen der Selbstbeteiligung besonders im Arzneimittelbereich der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland erzielt werden können, ist Gegenstand weiterer Kapitel dieser Arbeit.

2.3.2. Steuerung der ärztlichen Verordnungspraxis

Die Arzneimittelverordnung eines Arztes wird durch eine Vielzahl von Faktoren bedingt¹²¹. Eine Beeinflussung des ärztlichen Ordnungsverhaltens durch Regulierung oder wirtschaftliche Anreize zielt nicht nur auf eine Verbesserung des sachkundigen Arzneimitteleinsatzes, sondern auch auf eine Verstärkung des ärztlichen Kostenbewußtseins ab.

¹¹⁶ Vgl. K.-D. Henke, Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: W. Schmähl (Hrsg.), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985, S. 55-75, hier: S. 69.

¹¹⁷ Vgl. G. Kühn, Die Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung, in: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz (Hrsg.), Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 30-36, hier: S. 33 ff.

¹¹⁸ Vgl. J.P. Newhouse, J.E. Rolph, B. Mori, M. Murphy, An Estimate of the Impact of Deductibles on the Demand for Medical Care Services, (Rand Corporation, R-1661-HEW), Santa Monica 1978, S. 24 ff.

¹¹⁹ Vgl. J.P. Newhouse, W.G. Manning, C.N. Morris, L.L. Orr, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz, K.H. Marquis, M.S. Marquis, C.E. Phelps, R.H. Brook, Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 305 (1981), S. 1501-1507, hier: S. 1502 ff.

¹²⁰ Vgl. W.G. Manning, J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz, M.S. Marquis, Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, in: The American Economic Review, Vol. 77 (1987), S. 251-277, hier: S. 267 ff.

¹²¹ Vgl. E. Hackenthal, Arzneimittel: billiger oder weniger - Der Unterschied zwischen rationeller und rationaler Therapie, in: H. Schipperges (Hrsg.), Müssen Arzneimittel teuer sein?, a.a.O., S. 46-59, hier: S. 51 ff.

2.3.2.1. Wirtschaftlichkeitsgebot und Arzneimittelrichtlinien

Ein Kassenarzt¹²² ist verpflichtet, die Leistungen "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich"¹²³ zu erbringen. Obwohl die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnung ein unbestimmter Rechtsbegriff ist¹²⁴, findet eine Konkretisierung dieses Wirtschaftlichkeitsgebotes in den vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Arzneimittelrichtlinien ihren Niederschlag¹²⁵. Die Arzneimittelrichtlinien dienen dem Kassenarzt als ein Wegweiser für eine wirtschaftliche Verordnung¹²⁶ und reichen von allgemeinen Empfehlungen bis zu Verboten, deren Nichteinhaltung mit Regressforderungen verbunden sind¹²⁷. Trotz der Verbindlichkeit der Arzneimittelrichtlinien hat der Kassenarzt noch einen Ermessensspielraum bei der Verordnung¹²⁸. Immerhin ist es die ärztliche Kunst, von der das Maß des Notwendigen entscheidend abhängt¹²⁹.

¹²² Die Bezeichnungen "Kassenarzt/kassenärztlich" sind durch Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) als "Vertragsarzt/vertragsärztlich" umbenannt worden.

¹²³ § 12 SGB V.

¹²⁴ Vgl. H. Günther, Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der kassenärztlichen Verordnungsweise: Derzeitiger Stand sowie künftige Regelungsmöglichkeiten zweckmäßiger und wirtschaftlicher Arzneimittelversorgung, Berlin 1988, S. 59 ff.

¹²⁵ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) in der geänderten Fassung vom 4. Dezember 1990.

¹²⁶ Vgl. S. Häußler, Wirtschaftliche Verordnungs- und Behandlungsweise, in: S. Häußler, R. Liebold, H. Narr, Die kassenärztliche Tätigkeit, 3., überarbeitete u. ergänzte Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1984, S. 193-214, hier: S. 197.

¹²⁷ Vgl. H. Kellner, Abwehr von Arzneimittelregressen und Honorarkürzungen: Ratschläge und Hinweise aus der Praxis für den Kassenarzt, 3., bearbeitete Aufl., Stuttgart, Jena, New York 1992, S. 103.

¹²⁸ Vgl. H. Narr, Bedeutung der verschiedenen Arzneimittellisten für den Kassenarzt, in: *Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg* (Hrsg.), Arzneimittelverordnung in der Kassenpraxis, (Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Bd. 17), Sankt Augustin 1988, S. 37-48, hier: S. 39 ff.

¹²⁹ Vgl. W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, Differentialtherapie, in: W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe (Hrsg.), Grundlagen der Arzneimitteltherapie: Entwicklung, Beurteilung und Anwendung von Arzneimitteln, a.a.O., S. 310-318, hier: S. 310.

2.3.2.2. Richtgrößen

Die Richtgrößen stellen vor allem ein Steuerungsinstrument der Mengenkomponeute dar¹³⁰. Sie werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen arztgruppenspezifisch für das Volumen verordneter Leistungen vereinbart. Hierbei werden die Entwicklung von Zahl und Altersstruktur der behandelten Patienten sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen berücksichtigt¹³¹. Bei Überschreitung der jeweiligen Richtgrößen erfolgt in der Regel eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Richtgrößen fungieren deshalb eher als ein komplementäres Instrument zu der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie den Festbeträgen¹³².

2.3.2.3. Wirtschaftlichkeitsprüfung

Entweder richtet sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnungen nach den fachgruppenspezifischen Durchschnittswerten und den oben erwähnten Richtgrößen ("Auffälligkeitsprüfung")¹³³, oder sie erfolgt stichprobeweise, wobei pro Quartal 2 v.H. der Ärzte einbezogen werden sollen ("Zufälligkeitsprüfung")¹³⁴. Ist ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot festgestellt worden, folgen Beratungen und gegebenenfalls pauschale Honorarkürzungen¹³⁵, die meistens von den Ärzten

¹³⁰ Vgl. *G. Glaeske*, Festbeträge, Negativliste, Richtgrößen: Politische Muskelspielen oder wirksame Steuerungsinstrumente?, in: *Argument-Sonderband*, Bd. 182 (1990), S. 116-128, hier: 126.

¹³¹ § 84 SGB V.

¹³² Vgl. *B. Vogelbruch*, Festbeträge für Arzneimittel, (*Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften*, Bd. 12), Hamburg 1992, S. 57.

¹³³ Eine Prüfung nach den Richtgrößen unterscheidet sich von einer nach Durchschnittswerten dadurch, daß im Gegensatz zu einem schwankenden und tendenziell nach oben ansteigenden Durchschnittswert in derselber Fachgruppe eine absolute Grenze der Annehmbarkeit als Richtgröße vorher festgelegt wird. Vgl. *F.-H. Schäfer*, Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird effizienter gestaltet, in: *Bundesarbeitsblatt*, 1989, H. 4, S. 50-53, hier: S. 51.

¹³⁴ § 106 Abs. 2 SGB V.

¹³⁵ § 106 Abs. 3 u. 5 SGB V.

als die bedrohendsten Sanktionen empfunden werden¹³⁶. Selbstverständlich ist die Steuerungswirkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von ihrer Effizienz und von der Stärke der Sanktionen abhängig¹³⁷.

2.3.2.4. Festbeträge

Im Gegensatz zu den mengenbegrenzenden Richtgrößen sind die Festbeträge als ein preisbegrenzendes Instrument anzusehen¹³⁸, das sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten und Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen soll¹³⁹. Für drei Arzneimittelgruppen sollen die Festbeträge schrittweise festgesetzt werden: 1. Arzneimittel mit "denselben Wirkstoffen", 2. Arzneimittel mit "pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen", und 3. Arzneimittel mit "therapeutisch vergleichbarer Wirkung"¹⁴⁰. Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht nur noch bis zur Höhe des festgesetzten Festbetrags abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung¹⁴¹. Verordnet der Arzt ein teureres Arzneimittel, soll er dem Versicherten aufklären über die Pflicht, die Mehrkosten zu übernehmen¹⁴².

Obwohl die Hersteller völlig frei bei der Preissetzung ihrer Arzneimittel sind, unterliegen sie jedoch nach Einführung der Festbeträge indirekten staatlichen

¹³⁶ Vgl. *K. Sponer*, *Wirtschaftlichkeitsprüfung kassenärztlicher Leistungen und Verordnungen: Kompendium für die Praxis*, 2., erweiterte Aufl., Köln 1987, S. 30 ff.

¹³⁷ Vgl. *E.H. Buchholz*, *Wettbewerbsprobleme auf dem Markt für Arzneimittel und staatliche Gesundheitspolitik - Wettbewerbsprobleme auf der Nachfrageseite*, Teil 2, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 41. Jg. (1979), S. 1037-1041, hier: S. 1039.

¹³⁸ Vgl. *A. Jensen, W. Schmeinck*, *Die Arzneimittelfestbeträge*, in: *Die Betriebskrankenkasse*, 77. Jg. (1989), S. 104-115, hier: S. 104.

¹³⁹ § 35 Abs. 5 SGB V.

¹⁴⁰ § 35 Abs. 1 SGB V.

¹⁴¹ § 12 Abs. 2, § 31 Abs. 2 SGB V.

¹⁴² § 73 Abs. 5 SGB V.

Preisregulierungen¹⁴³. Um Marktanteilverluste zu vermeiden, haben fast alle betroffenen Hersteller eine eindeutige Preissenkung auf Festbetragsniveau unternommen¹⁴⁴. Vorher wurde vermutet, daß sich die Preise, die unterhalb der Festbeträge liegen, bis zur Festbeträgen erhöhen würden¹⁴⁵. Allerdings ergab sich nach bisherigen Informationen keine flächendeckende Erhöhung der Generikapreise auf Festbetragsniveau. Stattdessen hielten die meisten Generika-Anbieter die gleichen Preise ihrer Produkte wie vorher¹⁴⁶. Auf der anderen Seite versuchten die durch die Festbeträge benachteiligten Hersteller, mit einer Preisanhebung in den Nicht-Festbetragsmarkt ihre Umsatzverluste zu kompensieren^{147,148}. Deshalb bleibt noch offen, ob ein wirksamerer Preiswettbewerb eingetreten ist¹⁴⁹ und die Netto-Einsparwirkungen langfristig erzielt werden können¹⁵⁰. Außerdem dürfte wegen der zunehmenden Verordnung von preisgünstigen Nachahmerpräparaten die Innovationsfähigkeit der pharmazeutischen Industrie beeinträchtigt worden sein¹⁵¹, so daß langfristig negative Wirkungen auf den Fortschritt der Medizin zu erwarten sind.

-
- ¹⁴³ Vgl. *S. Manhardt*, Die Festbetragsregelung des Gesundheits-Reformgesetzes: Verfassungsrechtliche Probleme der staatlichen Einflußnahme auf die Arzneimittelpreise, Baden-Baden 1990, S. 15.
- ¹⁴⁴ Vgl. *M. Lüscher, H. Reichelt, G.W. Selke*, Auswirkungen der Arzneimittel-Festbeträge, Bonn 1990, S. 14 ff.
- ¹⁴⁵ Vgl. *R. Reher, H. Reichelt*, Arzneimittelfestbeträge: Lösung für die Praxis, (WidO-Materialien, Bd. 32), Bonn 1989, S. 38.
- ¹⁴⁶ Vgl. *H. Reichelt, G.W. Selke*, Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '91, a.a.O., S. 441-461, hier: S. 454 f.
- ¹⁴⁷ Vgl. *G. Glaeske*, Festbeträge im Arzneimittelbereich - ein Schritt in Richtung Positivliste? Einige Anmerkungen zu den Festbeträgen im Gesundheitsreformgesetz, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 42. Jg. (1989), S. 398-402, hier: S. 401 f.
- ¹⁴⁸ Vgl. *N. Bever-Breidenbach*, Arzneimittelfestbeträge: Eine dynamische Analyse, in: *Die Betriebskrankenkasse*, 79. Jg. (1991), S. 549-560, hier: S. 551.
- ¹⁴⁹ Vgl. *H. Reichelt, G.W. Selke*, Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '90, a.a.O., S. 417-435, hier: S. 431.
- ¹⁵⁰ Vgl. *G.W. Selke*, Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '92, a.a.O., S. 444-455, hier: S. 450 f.
- ¹⁵¹ Vgl. *G. Glaeske*, Festbeträge für Arzneimittel - Preiswettbewerb, wo aber bleibt die Qualität?, in: *WSI Mitteilungen*, 43. Jg. (1990), S. 97-109, hier: S. 108 f.

2.3.2.5. Arzneimittelbudget

Zu den unmittelbarsten und stärksten Steuerungsinstrumenten gegen den ungerechtfertigten Ausgabenzuwachs im Arzneimittelbereich zählt solche Maßnahme, die das Honorar eines Kassenarztes mit dem Volumen seiner Verordnungen bzw. die Gesamtvergütung der Ärzte innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung mit dem gesamten Volumen der Verordnung in Verbindung setzt¹⁵². Die auch als Malussystem bezeichnete Konstruktion stand nach Bekanntgabe des Referentenentwurfs zum Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1992 im Mittelpunkt der heftigen gesundheitspolitischen Diskussionen. In dem Ende 1992 verabschiedeten und ab 1. Januar 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz ist ein Arzneimittelbudget für die Vertragsärzte auf der Landesebene vorgesehen¹⁵³. Überschreitet das gesamte Volumen der Arzneimittelverordnungen das vereinbarte Arzneimittelbudget, sollen die Ärzte den Differenzbetrag allein aus ihrer Gesamtvergütung kompensieren, soweit die Kassenärztliche Vereinigung keine anderen geeigneten Maßnahmen zum Ausgleich ergreift. Ein System, das zu einer wirtschaftlichen Ordnungsweise anreizen soll¹⁵⁴, kann mit pauschalen Regelungen kaum erreicht werden, weil auch gewissenhafte Ärzte mit Honorareinbußen rechnen müssen.

2.3.3. Steuerungsmöglichkeiten auf dem Arzneimittelmarkt

Man kann auf verschiedene Weise die Arzneimittelversorgung beeinflussen. Zu einem kann der Staat mit dirigistischen Eingriffen festlegen, für welche Arzneimittel eine Erstattung der Ausgaben durch die Krankenkassen erfolgt (Negativliste, Positivliste). Die andere Möglichkeit besteht darin, daß die Marktsteuerung durch mehr Transparenz oder bessere Information über die preisvergleichbaren Arzneimittel

¹⁵² Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Jahresgutachten 1987), Baden-Baden 1987, S. 96 f.

¹⁵³ Art. 1 Nr. 42 (§ 84 Abs. 1 SGB V) und Art. 29 Gesundheitsstrukturgesetz.

¹⁵⁴ Vgl. A. Kiewel, *Steuerung der Arzneimittelversorgung: Die Ansätze von GRG und GSG*, in: *Sozialer Fortschritt*, 41. Jg. (1992), S. 241-243, hier: S. 242.

verbessert wird. Außerdem ist eine Verstärkung des Wettbewerbs mit dem Ziel von Preissenkung wichtig. Die Wirksamkeit dieser Instrumente hängt allerdings davon ab, daß bei Patienten und Ärzten das Kostenbewußtsein geschaffen wird.

2.3.3.1. Verbesserung der Markttransparenz

Eine bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung setzt die pharmakologisch-therapeutische und kostenwirtschaftliche Transparenz voraus^{155,156}. Als Maßnahmen zur Verbesserung der Markttransparenz kommen vor allem Negativliste, Positivliste, Preisvergleichsliste und Transparenzlisten in Betracht^{157,158}. Es läßt sich nicht bestreiten, daß die Maßnahmen einen interventionistisch-dirigistischen Charakter beinhalten¹⁵⁹.

2.3.3.1.1. Negativliste

Arzneimittel, die in der Negativliste aufgelistet sind, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Betroffen sind sogenannte Bagatellarzneimittel, die "üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden", und unwirtschaftliche Arzneimittel, die "für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt

¹⁵⁵ Vgl. *M.R. Meye, F.-W. Schwartz*, Transparenzprojekte in der GKV: Arzt- und Patientendaten zwischen Anonymität und Offenbarung, Köln-Lövenich 1984, S. 9 f.

¹⁵⁶ Vgl. *A. Raible*, Nützlichkeit und Inhalt einer Arzneimittel-Information für niedergelassene Ärzte: Transparenz als Instrument zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung, in: *Sozialer Fortschritt*, 41. Jg. (1992), S. 97-100, hier: 97 ff.

¹⁵⁷ Vgl. *F. Beske, T. Zalewski*, Gesetzliche Krankenversicherung: Analyse - Problem - Lösungsansätze, Kiel 1981, S. 149 ff.

¹⁵⁸ Auf der freiwilligen Basis stehen neben der üblichen Fachliteratur einige systematische Werke bzw. Verzeichnisse dem Arzt zur Verfügung, z.B. *Arzneiverordnungen* (hrsg. von *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*, 17. Aufl., Köln 1992), *Rote Liste* (hrsg. von *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie*, Aulendorf jährlich), *transparenz-telegramm* (hrsg. von *A.V.I. Arzneimittel-Verlag GmbH*, Berlin jährlich).

¹⁵⁹ Der Konflikt ist auf die Diskrepanz zwischen Arzneimittelzulassung durch Bundesgesundheitsamt und Erstattungsfähigkeit durch GKV zurückzuführen.

werden können¹⁶⁰. Die nach dem Kriterium "Unwirtschaftlichkeit" veröffentlichte Negativliste^{161,162} umfaßt eine Reihe von nicht sinnvollen Kombinationsarzneimitteln¹⁶³. Im Jahr 1991 werden durch die Negativliste ca. 2700 Arzneimittel erfaßt¹⁶⁴.

Aber die kostendämpfenden Wirkungen der Negativliste hielten nicht lange an und waren auch nicht so befriedigend wie der damals zuständige Bundesarbeitsminister ursprünglich angenommen hat¹⁶⁵. Da letztlich etwa die Hälfte der ausgegrenzten Arzneimittel von den Versicherten aus eigener Tasche gekauft wird¹⁶⁶, handelt es sich eher um eine Lastenverschiebung von Krankenkassen zu Versicherten. Außerdem ist zu befürchten, daß die Verordnungen zu stärker wirksamen Arzneimitteln verlagert werden, da diese nicht in der Negativliste enthalten sind¹⁶⁷.

2.3.3.1.2. Positivliste

Obwohl die Positivliste schon in einigen westeuropäischen Ländern eingeführt

¹⁶⁰ § 34 SGB V (weiterhin gültig bis Art. 1 Nr. 20 Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft tritt). Der Inhalt dieser Regelung wird in § 92a Abs. 5 SGB V aufgenommen.

¹⁶¹ Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301).

¹⁶² Übersicht des Bundesministers für Gesundheit über die durch die Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen Arzneimittel, in: Bundesanzeiger, 43. Jg., Nr. 184b (1. Oktober 1991).

¹⁶³ Vgl. G. Glaeske, Die Negativliste - Neuer Wein in alten Schläuchen?, in: Arbeit und Sozialpolitik, 43. Jg. (1989), S. 158-163, hier: S. 161 ff.

¹⁶⁴ Überblick über die Arzneiverordnungen im Jahre 1991, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report '92, a.a.O., hier: S. 11.

¹⁶⁵ Vgl. A. Laukant, Negativlisten: Ist die Ausgrenzung von Arzneimitteln realistisch?, in: Die Pharmazeutische Industrie, 51. Jg. (1989), S. 347-358, hier: S. 353.

¹⁶⁶ Vgl. W. Hartmann-Besche, Do it yourself - Selbstmedikation? Definition und Probleme, in: Die Ortskrankenkasse, 67. Jg. (1985), S. 496-501, hier: S. 500.

¹⁶⁷ Vgl. G. Glaeske, Die Negativliste - Neuer Wein in alten Schläuchen?, a.a.O., S. 163.

ist¹⁶⁸, ist sie erst Ende 1992 in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich vorgeschrieben ("Liste verordnungsfähiger Arzneimittel")^{169,170}. In erster Linie dürften nur solche Arzneimittel, die in der Positivliste aufgelistet werden, zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden^{171,172}. Hier steht die Qualitätssicherung, d.h. die Verbesserung der Transparenz für rationale Arzneitherapie, im Vordergrund^{173,174}. In Anbetracht der Tatsache, daß die Vielzahl an Arzneimitteln in Deutschland als zu hoch angesehen wird, und daß ein Arzt in der täglichen Praxis höchstens 100 bis 200 Arzneimittel verordnet¹⁷⁵, darf eine primär für medizinischen Zweck gedachte Positivliste wenigstens in Deutschland nicht von vornherein als nachteilig angesehen werden. Ihre negativen Einflüsse auf Innovationen, Wettbewerb und Preisbildung der pharmazeutischen Industrie sowie die Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit werden allerdings kritisiert¹⁷⁶.

-
- 168 Vgl. A. Kiewel, Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel im EG-Binnenraum, in: Sozialer Fortschritt, 41. Jg. (1992), S. 46-49, hier: S. 47.
- 169 Bis Ende 1995 ist die Liste zu veröffentlichen. § 34a SGB V.
- 170 Da das Nähere über die "Vorschlagsliste" noch nicht abgeschlossen ist, ist es schwierig zu beurteilen, wieweit die in Deutschland einzuführende Liste verordnungsfähiger Arzneimittel mit einer Positivliste i.e.S. übereinstimmen wird.
- 171 Vgl. U. Thier, Arzneimittelzulassung nach dem AMG und Positivliste? Das Verhältnis zwischen der Verkehrsfähigkeit von Arzneimitteln und ihrer Verordnungsfähigkeit im Rahmen der GKV - ein Beitrag zur Diskussion über die Strukturreform der Arzneimittelversorgung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 35. Jg. (1989), S. 61-103, hier: S. 96 f.
- 172 Die Arzneimittel, die nicht in der Positivliste stehen, kann der Vertragsarzt nur mit schriftlicher Begründung verordnen. § 92a Abs. 9 SGB V.
- 173 Vgl. E. Westphal, Optimale Arzneimittelversorgung mit Hilfe der Positiv-Liste? Schlußfolgerungen aus dem Schweizer Modell, in: Die Ortskrankenkasse, 63. Jg. (1981), S. 361-365, hier: S. 365.
- 174 Vgl. G. Glaeske, Aspekte zur Implementierung einer Positivliste, in: Arbeit und Sozialpolitik, 42. Jg. (1988), S. 16-21, hier: S. 16 ff.
- 175 Vgl. F. Kastner, Probleme der Arzneikostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, (pharma dialog, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, H. 4), Frankfurt am Main 1971, S. 14.
- 176 Vgl. H.-U. Wenge, Der Einfluß von sogenannten Positivlisten auf die Forschung der Arzneimittelindustrie, in: Die Pharmazeutische Industrie, 44. Jg. (1982), S. 29-32, hier: S. 30 ff.

2.3.3.1.3. Preisvergleichsliste

Mit Hilfe der Preisvergleichsliste soll dem Arzt eine preisgünstige Auswahl der Arzneimittel ermöglicht werden¹⁷⁷. In dieser Liste sind die Arzneimittel nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen sowie ihre Preisberechnungen nach "rechnerischer mittlerer Tagesdosis"¹⁷⁸ zusammenzustellen. Dazu werden die Arzneimittel in drei Kategorien eingeordnet: 1. "Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind", 2. "Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten oder in besonderen Fällen zur Behandlung geeignet sind", und 3. "Mittel, bei deren Verordnung wegen bekannter Risiken oder zweifelhafter therapeutischer Zweckmäßigkeit besondere Aufmerksamkeit geboten ist"¹⁷⁹. Die Kritiken beziehen sich hauptsächlich darauf, daß konkrete Einordnungskriterien nach wie vor fehlen¹⁸⁰, daß der Maßstab für Preisvergleich nicht unumstritten ist¹⁸¹, und daß die Nachahmerprodukte dadurch begünstigt werden und weiter die Innovationen der pharmazeutischen Industrie beeinträchtigt werden¹⁸².

2.3.3.1.4. Transparenzlisten

Als Vorteil der Transparenzlisten ist vor allem eine pharmakologisch-therapeutische Transparenz hervorzuheben. Eine beim Bundesgesundheitsamt eingerichtete Sachver-

¹⁷⁷ *Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen* (Hrsg.), Preisvergleichsliste: Zusammenstellung von Arzneimitteln nach Preisen und Verordnungsmengen gemäß § 92 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V (mit Anhang Festbetragsliste), Köln 1992.

¹⁷⁸ Vgl. *H. D. Schirmer*, Kostengünstige Verordnung, in: *Bundesarbeitsblatt*, 1986, H. 9, S. 20-23, hier: S. 21 f.

¹⁷⁹ § 92 Abs. 2 SGB V (weiterhin gültig bis Art. 1 Nr. 48 Buchstabe b Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft tritt).

¹⁸⁰ Vgl. *E.-D. Schneider*, Die Preisvergleichsliste - kostendämpfende Markttransparenz oder dirigistische Marktmanipulation?, in: *P. Oberender* (Hrsg.), *Gesundheitswesen im Umbruch?*, Bayreuth 1987, S. 151-165, hier: S. 158 ff.

¹⁸¹ Vgl. *A. Laukant*, Problematik der "rechnerischen mittleren Tagesdosis", in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 48. Jg. (1986), S. 589-595, hier: S. 589 ff.

¹⁸² Vgl. *P.-A. Ruhr*, Staatliche Kostendämpfungspolitik im Gesundheitsbereich der Bundesrepublik Deutschland: Eine kritische Bestandsaufnahme, in: *P. Oberender* (Hrsg.), *Gesundheitswesen im Wandel*, a.a.O., S. 31-42, hier: S. 40.

ständigenkommission soll für jeden Teilmarkt, der nach dem Anwendungsgebiet abgegrenzt ist, eine Transparenzliste erstellen, die auch über die Wirkungen der dazugehörigen Arzneimittel Aussagen enthält. Außerdem sollen die üblichen Arzneimittelpreise und die auf eine vergleichbare Basis bezogenen Preise aufgelistet werden^{183,184}. Mit ihrer eigenständigen Wirksamkeitsbeurteilungen über Arzneimittel greift die Transparenzkommission jedoch in die Kompetenzen der Zulassungsbehörde ein und läßt das Bundesgesundheitsamt in Rollenkonflikt geraten¹⁸⁵. Aufgrund juristischer Auseinandersetzungen sind nur wenige Transparenzlisten zustande gekommen, deren Steuerungswirkungen deshalb nur von geringer Bedeutung sind¹⁸⁶. Trotzdem taucht die Idee von Gründung einer von der Zulassungsbehörde unabhängigen Organisation, die ähnliche Funktionen wie Transparenzkommission besitzt, immer wieder auf¹⁸⁷.

2.3.3.2. Belegung des Preiswettbewerbs

Funktionsfähiger Wettbewerb ist eines der wichtigsten Bauelemente von Marktwirtschaft. Der deutsche Arzneimittelmarkt unterliegt jedoch vielfältigen Wettbewerbsbeschränkungen¹⁸⁸ und befindet sich im wettbewerbspolitischen Ausnahmenbereich¹⁸⁹. Die vom Staat innerhalb der Rahmenregelungen festgelegten Beschrän-

¹⁸³ §§ 39a-39e Arzneimittelgesetz.

¹⁸⁴ *Bundesgesundheitsamt* (Hrsg.), *Transparenzlisten der Transparenzkommission*, (bga Schriften, Bd. 3/89), München 1989.

¹⁸⁵ Vgl. *G. Schweddfeger*, Keine Kompetenz der Transparenzkommission zu eigenständigen Wirksamkeitsbeurteilungen: Replik zum Hart-Gutachten, Teil I, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, Bd. 54 (1992), S. 1-10, hier: S. 4.

¹⁸⁶ Vgl. *K. Quiring*, Zehn Jahre Transparenzlisten - eine (Zwischen-)Bilanz, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 32. Jg. (1989), S. 9-12, hier: S. 11 f.

¹⁸⁷ Z.B. Institut "Arzneimittel in der Krankenversicherung" in Trägerschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. § 92a SGB V und Art. 31 Gesundheitsstrukturgesetz.

¹⁸⁸ Vgl. *J. C. Bally*, Werbung und Wettbewerb aus der Sicht eines pharmazeutischen Hochleistungsunternehmens, in: *B. Röper* (Hrsg.), *Wettbewerb und Werbung*, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 180), Berlin 1989, S. 105-124, hier: S. 122 f.

¹⁸⁹ Vgl. *W. Hanm*, Schwächen des regulierten Wettbewerbs auf Pharma-Märkten, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 47. Jg. (1985), S. 266-269, hier: S. 266.

kungen führen manchmal zu steuerungsdefizitären Marktprozessen und bringen unerwünschte Wirkungen mit sich. Es wurde sogar behauptet, daß es sich nicht um Marktversagen, sondern um Staatsversagen handle¹⁹⁰. Als Verbesserungsmaßnahmen werden in erster Linie die Abschaffung von Preisbindung der zweiten Hand auf der Apothekenstufe, die Lockerung der Apothekervertriebsbindung, die Einschränkung der Verschreibungspflicht¹⁹¹, die Aufhebung des Aut-Simile-Verbotes¹⁹² sowie die Förderung von Re- und Parallelimporten vorgeschlagen¹⁹³.

¹⁹⁰ Vgl. P. Oberender, Für Marktwirtschaft, in: Bundesarbeitsblatt, 1984, Nr. 12, S. 27-30, hier: S. 30.

¹⁹¹ Vgl. P. Oberender, Mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt: Eine ursachenadäquate Therapie, in: Wirtschaftsdienst, 64. Jg. (1984), S. 455-461, hier: S. 460 f.

¹⁹² Vgl. W. Hartmann-Besche, Arzneimittelmarkt: Wettbewerb durch Generikaprogramme, in: Die Ortskrankenkasse, 66. Jg. (1984), S. 765-770, hier: S. 767 f.

¹⁹³ Vgl. F.E. Münich, Der Arzneimittelmarkt zwischen unternehmerischer Freiheit und staatlicher Regulierung, in: Die Pharmazeutische Industrie, 47. Jg. (1985), S. 145-148, hier: S. 148.

Kapitel 3

Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Seit Einführung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind verschiedene Formen der Arzneikostenbeteiligung vorgenommen worden. Sie sind mit GKV-Finanzierungskrisen eng verbunden¹⁹⁴. In diesem Kapitel werden die Argumente für und gegen eine Selbstbeteiligung und anschließend einige gebräuchliche Grundmodelle der Selbstbeteiligung dargestellt. Danach wird die rechtliche Entwicklung der Arzneikostenbeteiligung in Deutschland erläutert. Schließlich wird anhand von sozialstatistischen Daten versucht, den Zusammenhang zwischen Selbstbeteiligung und GKV-Arzneimittelausgaben sowie die Wirkungsrichtung aufzuspüren.

3.1. Ziele und Grenzen für eine Selbstbeteiligung

Ein vollständiger Ersatz von Krankheitskosten durch eine Versicherung führt zu einer Nulltarifmentalität der Versicherten. Die Versicherten versuchen, einen möglichst hohen Gegenwert für ihre Beiträge zu erhalten. Da in ihrer Vorstellung zusätzliche Gesundheitsleistungen nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, wird die Nachfrage bis zur Sättigungsmenge ausgedehnt. Das führt zu unnötig hohen Kosten im Gesundheitswesen und damit zu einem ineffizienten Einsatz knapper Ressourcen.

Eine solche Fehlentwicklung soll durch eine Selbstbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten verhindert oder mindestens eingeschränkt werden. Voraus-

¹⁹⁴ Vgl. *H. Peters, G. Mengert, Peters Handbuch der Krankenversicherung, Teil II: Ausführliche Erläuterungen zum Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung, Bd. 1, 18. Aufl., (Stand 31.1.1988), Stuttgart, Berlin, Köln 1985, Anm. zu § 182a.*

setzung für das Erreichen dieses Ziels ist, daß die Selbstbeteiligung eine spürbare Belastung für die Versicherten darstellt. Wird die Belastung nicht als Faktor angesehen, an dem sich die Verhaltensweise der Versicherten orientiert, beschränkt sich die Wirkung der Selbstbeteiligung auf eine Kostenentlastung der Versicherung. Das eigentliche Ziel, die Fehlallokation der Ressourcen zu verhindern, bleibt aber auf der Strecke.

In der Belastung liegt aber andererseits auch ihre Problematik; denn bei Beziehern niedriger Einkommen und/oder bei hohen Krankheitskosten besteht die Gefahr einer finanziellen Überforderung, die zu einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustands führen kann. Hinzu kommt, daß es politisch schwierig ist, einen bestehenden vollen Versicherungsschutz einzuschränken, weil eine solche Maßnahme als sozialer Rückschritt oder soziale Demontage angeprangert wird.

Das Ziel der Selbstbeteiligung, eine mißbräuchliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einzuschränken und sozial verträglich zu sein, wird sich gleichzeitig nicht in vollem Umfang verwirklichen lassen. Es ist aber wichtig und möglich, Zielkollisionen durch geeignete Formen der Selbstbeteiligung in Grenzen zu halten. Eine Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen ist also eine wichtige ordnungspolitische Aufgabe, die darauf abstellen soll, daß die durch eine staatliche Intervention (Versicherungspflicht) verursachten Wirkungen die Marktsteuerung nicht außer Kraft setzen¹⁹⁵.

3.2. Mögliche Formen der Selbstbeteiligung

Unter risikotheorietischer Betrachtungsweise liegt eine Selbstbeteiligung dann vor, "wenn statt der vollständigen Risikoübertragung nur ein gewisser Anteil .. des

¹⁹⁵ Vgl. W. Albers, Plädoyer für mehr Markt im Gesundheitswesen, (im Druck).

Risikos .. abgegeben wird"¹⁹⁶. Nach Ansatz von Schulenburg¹⁹⁷ läßt sich die Selbstbeteiligung mathematisch so ableiten:

$$\begin{aligned}
 EK &= \int x f(x) dx \quad , \\
 EV &= \int z(x) f(x) dx \quad , \\
 ESB &= EK - EV \\
 &= \int (x - z(x)) f(x) dx \quad ,
 \end{aligned}$$

wobei

- EK*** = die zu erwartenden Schadenkosten (Krankenbehandlungskosten),
EV = die zu erwartenden Versicherungsleistungen,
ESB = die erwartete Selbstbeteiligung des Versicherten,
x = stochastische Schadenkosten (Krankenbehandlungskosten) pro Periode,
f(x) = Wahrscheinlichkeit von *x*,
z(x) = die von der Krankenkasse übernommenen Schadenkosten (Krankenbehandlungskosten).

Bei vollem Krankenversicherungsschutz gilt

$$\begin{aligned}
 EV &= EK \quad , \\
 ESB &= \int (x - z(x)) f(x) dx = 0
 \end{aligned}$$

¹⁹⁶ H.-P. Sterk, Selbstbeteiligung unter risikothoretischen Aspekten, (Veröffentlichungen des Instituts für Versicherungswissenschaft der Universität Mannheim, Bd. 14), Karlsruhe 1979, S. 180.

¹⁹⁷ Vgl. J.-M. Graf v.d. Schulenburg, Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, (Schriften zur angewandten Wirtschaftsforschung, hrsg. von E. von Böventer, B. Gahlen, H. Hesse, Bd. 51), Tübingen 1987, S. 13 f.

Nach Einführung der Selbstbeteiligung gilt

$$EV < EK \quad ,$$

$$ESB = \int (x - z(x)) f(x) dx > 0 \quad .$$

Die Form der Selbstbeteiligung wird durch die Entschädigungsfunktion $z(x)$ geprägt¹⁹⁸. Außerdem läßt sich die Intensität des Versicherungsschutzes durch Vergleich der von der Krankenkasse übernommenen Schadenkosten mit den tatsächlichen Schadenkosten darstellen¹⁹⁹:

$$i = \frac{z(x)}{x} \quad ,$$

wobei

$$i = \text{Intensität des Versicherungsschutzes.}$$

Anschließend werden einige Grundmodelle der Selbstbeteiligung vorgestellt.

3.2.1. Selektiver Ausschluß von Leistungen

Um das Prinzip der Subsidiarität und Eigenverantwortlichkeit zu verstärken, werden einige Versicherungsleistungen aus der Erstattungspflicht ausgegrenzt. Wichtige Ausschlußkriterien sind die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungen, wobei man sich an den Kosten der Arzneimittel und dem Schweregrad der Gesundheitsstörung orientiert. Außerdem werden bei einem Selbstverschulden,

¹⁹⁸ Vgl. *H.-P. Sterk*, Selbstbeteiligung unter risikothoretischen Aspekten, a.a.O., S. 180.

¹⁹⁹ Vgl. *P. Koch*, Art., Versicherungsformen, in: *D. Farny, E. Helten, P. Koch, R. Schmidt* (Hrsg.), Handwörterbuch der Versicherung (HdV), Karlsruhe 1988, S. 1025-1027, hier: S. 1025.

wobei sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder fahrlässig zugezogen haben, keine Leistungen gewährt²⁰⁰. Für ausgeschlossene Leistungen gilt

$$z(x) = 0 \quad ,$$

$$i = 0$$

Der Versicherte soll nunmehr die vollen Behandlungskosten selbst bezahlen, und dies bedeutet eine 100% Selbstbeteiligung (vgl. Abb. 3.1). Deshalb zählt selektiver Ausschluß zu der stärksten Form der Selbstbeteiligung. Diese Form kommt deshalb nur in Frage, wenn es sich um niedrige Kosten (z.B. billige Arzneimittel) und/oder Mittel von zweifelhaftem therapeutischen Wert bzw. zur Bekämpfung von Bagatel-erkrankungen handelt, weil sonst die Gefahr einer finanziellen Überforderung von Teilen der Versicherten oder einer unzureichenden medizinischen Versorgung besteht.

3.2.2. Prozentuale Selbstbeteiligung

Bei einer prozentualen Selbstbeteiligung, die auch "relative Abzugsfranchise"²⁰¹, "relative Zuzahlung"²⁰² und in der englischen Literatur "coinsurance"²⁰³ genannt wird, trägt der Versicherte einen bestimmten Prozentsatz α der Krankenbehandlungskosten. Die Summe der Selbstbeteiligung nimmt also proportional zu einer zunehmenden Leistungsinanspruchnahme oder den Krankenbehandlungskosten zu (vgl. Abb. 3.1). Die Krankenkasse übernimmt nur den restlichen Teil der Krankenbehandlungskosten^{204,205}:

²⁰⁰ Vgl. *Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.*, Alternative Modelle der Selbstbeteiligung, Bonn 1990, S. 17 ff.

²⁰¹ *D. Famy*, Versicherungsbetriebslehre, Karlsruhe 1989, S. 308.

²⁰² *F.E. Münnich*, Modelle der Selbstbeteiligung, in: *Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie*, Mainz (Hrsg.), Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen: Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße, Stuttgart 1980, S. 89-99, hier: S. 96.

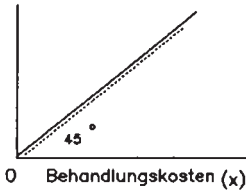
²⁰³ *P.J. Feldstein*, Health Care Economics, 3rd. Ed., Albany 1988, S. 111 f.

²⁰⁴ Vgl. *J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Selbstbeteiligung, a.a.O., S. 16.

²⁰⁵ *D. Famy*, Versicherungsbetriebslehre, a.a.O., S. 308.

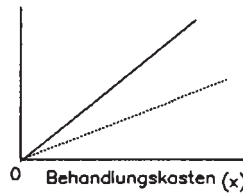
Abb. 3.1: Formen der Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung
($x-z(x)$)



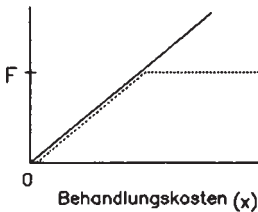
kein Versicherungsschutz oder
selektiver Ausschuß

Selbstbeteiligung
($x-z(x)$)



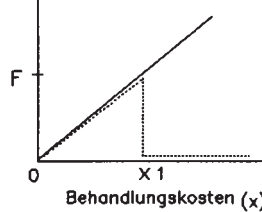
prozentuale Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung
($x-z(x)$)



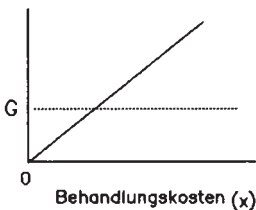
absolute Abzugsfranchise

Selbstbeteiligung
($x-z(x)$)



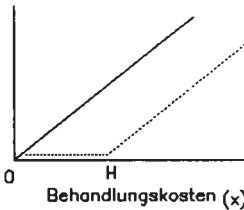
Integralfranchise

Selbstbeteiligung
($x-z(x)$)



fixe Gebühren

Selbstbeteiligung
($x-z(x)$)



Versicherungssummenbegrenzung

Quelle: Modifiziert nach J.-M. Graf v.d. Schulenburg, Selbstbeteiligung, a. a. O., S.

$$z(x) = (1 - \alpha)x \quad , \quad 0 < \alpha < 1 \quad ,$$

$$i = 1 - \alpha \quad ,$$

$$0 < i < 1$$

Allerdings stellt die prozentuale Selbstbeteiligung eine unbegrenzte Selbstbeteiligung dar, die zu sozialen Härtefällen führen kann. Die prozentuale Selbstbeteiligung ist deshalb in der Regel mit einer Höchstgrenze verbunden²⁰⁶.

3.2.3. Absolute Abzugsfranchise

Bei einer absoluten Abzugsfranchise, die auch "absolute Zuzahlung"²⁰⁷, "Selbstbehalt"²⁰⁸ und in der englischen Literatur "deductible"²⁰⁹ genannt wird, hat der Versicherte die Krankenbehandlungskosten bis zu einem festgelegten Betrag F (vgl. Abb. 3.1) selbst zu bezahlen. Übersteigen die tatsächlichen Behandlungskosten den Betrag, übernimmt die Krankenkasse die Behandlungskosten abzüglich des festen Selbstbehalts^{210,211}:

$$z(x) = x - F \quad , \quad \text{wenn } x > F \quad ,$$

$$z(x) = 0 \quad , \quad \text{wenn } x \leq F \quad ,$$

²⁰⁶ Vgl. *F.E. Münich*, Alternative Selbstbeteiligungsmodelle für die gesetzliche Krankenversicherung, in: *Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg* (Hrsg.), Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung, (Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Bd. 15), Sankt Augustin 1983, S. 103-122, hier: S. 110.

²⁰⁷ *F.E. Münich*, Modelle der Selbstbeteiligung, a.a.O., S. 96 f.

²⁰⁸ *T. Ruf*, Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbeteiligung, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 36. Jg. (1982), S. 67-72, hier: S. 70.

²⁰⁹ *P.J. Feldstein*, *Health Care Economics*, a.a.O., S. 111.

²¹⁰ Vgl. *J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Selbstbeteiligung, a.a.O., S. 17.

²¹¹ Vgl. *D. Farny*, *Versicherungsbetriebslehre*, a.a.O., S. 308.

$$0 < i < 1 \quad , \quad \text{wenn } x > F \quad ,$$

$$i = 0 \quad , \quad \text{wenn } x \leq F \quad .$$

Während eine einheitliche prozentuale Selbstbeteiligung relativ wettbewerbsneutral ist, verändert die absolute Abzugsfranchise die Preisrelationen der Gesundheitsleistungen. Das teurere oder das in größeren Mengen verwendete Medikament verteuert sich weniger. Deshalb kommen Substitutionseffekte und Ausweichreaktionen nicht selten vor²¹². Sozialpolitisch ist diese Form insofern vorteilhaft, als die Gefahr einer finanziellen Überforderung gering ist. Andererseits ist damit zu rechnen, daß ein Medikamentenmißbrauch nur wenig eingeschränkt wird und die Tendenz, teurere Arzneimittel zu verwenden, bestehen bleibt. Es empfiehlt sich deshalb eine Kombination von einer Abzugsfranchise mit einer prozentualen Selbstbeteiligung.

3.2.4. Integralfranchise

Integralfranchise ist eine Sonderform der absoluten Abzugsfranchise. Bei einer Integralfranchise braucht der Versicherte die Krankenbehandlungskosten auch höchstens einen festgelegten Betrag F (vgl. Abb. 3.1) selbst zu bezahlen. Übersteigen die tatsächlichen Behandlungskosten den Betrag, übernimmt die Krankenkasse aber die vollen Behandlungskosten ohne Abzug des Betrags²¹³:

$$z(x) = x \quad , \quad \text{wenn } x > F \quad ,$$

$$z(x) = 0 \quad , \quad \text{wenn } x \leq F \quad ,$$

$$i = 1 \quad , \quad \text{wenn } x > F \quad ,$$

$$i = 0 \quad , \quad \text{wenn } x \leq F \quad .$$

²¹² Vgl. *Medizinisch-Pharmazeutische Studiensellschaft e.V.*, *Alternative Modelle der Selbstbeteiligung*, a.a.O., S. 30 ff.

²¹³ *D. Famy, Versicherungsbetriebslehre*, a.a.O., S. 308.

Prinzipiell zielt die Integralfranchise auf eine Entlastung von der Verwaltungsarbeit ab. Bagatellfälle werden von der Erstattung durch die Krankenversicherung ausgeschlossen. Dafür ist aber die Entlastungswirkung unsystematisch, wie der Sprung der Selbstbeteiligung auf Null bei Überschreiten des kritischen Wert x_j zeigt.

3.2.5. Feste Gebühren

Bei festen Gebühren hat der Versicherte für jede Leistungsanspruchnahme eine vorher vereinbarte feste Gebühr G (vgl. Abb. 3.1) zu tragen, gleichgültig wie hoch die tatsächlichen Behandlungskosten sind²¹⁴. Für die Versicherungsleistung gilt

$$z(x) = x - G \quad ,$$

$$0 < i < 1 \quad , \quad \text{wenn } x > G \quad ,$$

$$i = 0 \quad , \quad \text{wenn } x = G \quad ,$$

$$i < 0 \quad , \quad \text{wenn } x < G \quad .$$

Die Besonderheit dieser Selbstbeteiligungsform ist, daß die Intensität des Versicherungsschutzes sogar negativ sein kann, wenn die tatsächlichen Behandlungskosten kleiner als die feste Gebühr sind. Diese Methode wirkt abschreckend, Versicherungsleistungen bei Bagatellerkrankungen in Anspruch zu nehmen. In der Praxis kommt dies aber selten vor, weil die festen Gebühren im allgemeinen relativ niedrig festgesetzt werden.

3.2.6. Versicherungssummenbegrenzung

Bei der Versicherungssummenbegrenzung, die in der englischen Literatur "limit" bzw. "maximum"²¹⁵ genannt wird, ist die Krankenkasse für jedes Schadensereignis

²¹⁴ Vgl. *J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Selbstbeteiligung, a.a.O., S. 18 f.

²¹⁵ *P.J. Feldstein*, Health Care Economics, a.a.O., S. 113.

nur verpflichtet, die Schadenskosten bis zu einer Höchstentschädigungssumme H (vgl. Abb. 3.1) zu übernehmen. Liegen die tatsächlichen Krankenbehandlungskosten höher als die Höchstentschädigungssumme, muß der Versicherte die Differenz selbst bezahlen²¹⁶. Für die Versicherungsleistung gilt

$$z(x) = H, \quad \text{wenn } x > H,$$

$$z(x) = x, \quad \text{wenn } x \leq H,$$

$$i < 1, \quad \text{wenn } x > H,$$

$$i = 1, \quad \text{wenn } x \leq H.$$

Außerdem können die Versicherungsleistungen durch die gesamten Schadenskosten pro Periode oder die Anzahl an Gesundheitsleistungen begrenzt werden. Diese Form der Selbstbeteiligung hat sozialpolitisch die größten Nachteile, weil mit zunehmender Belastung der Versicherten die Entlastung relativ kleiner wird. Sie sollte deshalb nicht verwendet werden.

3.2.7. Indemnitätsregelungen

Indemnitätsregelungen, die in der englischen Literatur "indemnity insurance"²¹⁷ genannt werden, werden in erster Linie bei der Kostenerstattung und nicht beim Sachleistungsprinzip angewendet. Unabhängig von den tatsächlichen Schadenskosten gewährt die Krankenkasse dem Versicherten für ein bestimmtes Schadensereignis einen fixen Betrag²¹⁸, der unter Umständen höher als die tatsächlichen Krankenbehandlungskosten ist. Darüberhinaus gehende Kosten hat der Versicherte selbst zu tragen. Hierbei ist die Intensität des Versicherungsschutzes i kleiner als eins. Ist die

²¹⁶ Vgl. *J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Selbstbeteiligung, a.a.O., S. 19 f.

²¹⁷ *W.A. Glaser*, *Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits, and Problems*, San Francisco, Oxford 1991, S. 9 f.

²¹⁸ Vgl. *Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung"*, Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth 1987, S. 8.

tatsächlichen Krankenbehandlungskosten niedriger als den fixen Betrag, kann der Versicherte den Überschuß behalten. Nun ist die Intensität des Versicherungsschutzes i sogar größer als eins. Deshalb wird behauptet, daß bei Indemnitätsregelungen der Versicherte ein stärkeres Interesse an kostengünstigeren Gesundheitsleistungen als bei anderen Formen der Selbstbeteiligung habe²¹⁹. Diese Form der Selbstbeteiligung hat dann Vorteile, wenn höhere Kosten aus nicht medizinischen Gründen z.B. bei Heil- und Hilfsmitteln hingenommen werden, weil der Versicherte eine Vorliebe für modische Brillen oder für aufwendigen Zahnersatz hat. Allerdings ist der Anwendungsbereich stark beschränkt, weil es schwierig ist, medizinisch notwendige von nicht medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen zu trennen.

Aufgrund der dargestellten Vorteile und Nachteile verschiedener Formen der Selbstbeteiligung empfiehlt sich eine Kombination von absoluter Abzugsfranchise mit einer prozentualen Selbstbeteiligung, die nach oben begrenzt ist. Außerdem ist die im Zusammenhang mit der Versicherungssummenbegrenzung erwähnte Möglichkeit wichtig, die Entlastung von Krankheitskosten nicht auf einzelne Gesundheitsleistungen zu beziehen, sondern die Gesamtbelastung durch Gesundheitsausgaben in das Verhältnis zum Einkommen der Versicherten zu setzen. Die die zumutbare Eigenbelastung der Versicherten übersteigenden Krankheitskosten wären dann voll von der Krankenversicherung zu übernehmen. Insofern wäre also das entgegengesetzte Prinzip wie bei der Versicherungssummenbegrenzung anzuwenden.

²¹⁹ Vgl. E. Knappe, R.E. Leu, J.-M. Graf von der Schulenburg, *Der Indemnitätstarif: Wege zur Sozialverträglichkeit und Wirtschaftlichkeit beim Zahnersatz*, Berlin, Heidelberg, New York 1988, S. 50.

3.3. Entwicklung der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung

3.3.1. Prozentuale Selbstbeteiligung (1923 - 1930)

In Deutschland wurde schon im Jahr 1923 eine Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Nach dem ersten Weltkrieg war die deutsche Wirtschaft durch beträchtliche Arbeitslosigkeit, Inflation sowie Verarmung gekennzeichnet. Demzufolge geriet die gesetzliche Krankenversicherung auch in eine finanziell schwierige Notlage. Ein anhaltender Anstieg des Beitragssatzes war bei den meisten Krankenkassen unvermeidbar. Andererseits verlangte aber die Reichsregierung zugunsten der Wirtschaft Beitragssenkungen von den Krankenkassen. Am 30. Oktober 1923 erließ die Reichsregierung eine sog. Notverordnung²²⁰, um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Eine prozentuale Selbstbeteiligung des Versicherten an Kosten für Arzneimittel war eine der entscheidenden Maßnahmen^{221,222}. § 25 der Verordnung²²³ lautete:

"Von den Kosten für Arznei-, Heil- und Stärkungsmittel haben die Versicherten in allen Fällen 10 vom Hundert selbst zu tragen. Gefährden nach pflichtmäßiger Überzeugung des Kassenvorstandes die Ausgaben der Kasse für die in Abs. 1 genannten Leistungen die Leistungsfähigkeit der Kasse, so kann er beschließen, daß die Kassenglieder die Kosten bis 20 vom Hundert selbst zu tragen haben".

²²⁰ Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (Reichsgesetzblatt I S. 1054).

²²¹ Vgl. H. Töns, Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen, (hrsg. vom *Bundesverband der Ortskrankenkassen Bonn*), Bonn 1983, S. 75 ff.

²²² Vgl. K. Landgraf-Brunner, Die Auseinandersetzungen zwischen Apothekern und den gesetzlichen Krankenkassen von Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung an, (Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie, hrsg. von R. Schmitz, Bd. 38), Stuttgart 1986, S. 161 ff.

²²³ Diese Regelung wurde durch Bekanntmachung der neuen Fassung der Reichsversicherungsordnung vom 15. Dezember 1924 (RGBl. I S. 779) in die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. I S. 509) eingefügt (§ 182a).

Tab. 3.1: Überblick über die Arzneikostenbeteiligung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Zeitraum	Selbstbeteiligung	Grundmodell
3.11.1923 - 9. 8.1930	10 - 20 %	prozentuale Selbstbeteiligung
10. 8.1930 - 31.12.1933	0,50 RM pro Rezept	absolute Abzugsfranchise
1. 1.1934 -	0,25 RM pro Rezept	"
(1945) - 31.12.1967	0,50 DM pro Rezept	"
1. 1.1968 - 31.12.1969	1,- DM pro Rezept	"
1. 1.1970 - 30. 6.1977	20%, max. 2,50 DM pro Rezept	prozentuale Selbstbeteiligung (mit Höchstgrenze)
1. 7.1977 - 31.12.1981	1,- DM pro Arzneimittel ^{a)}	feste Gebühren
1. 1.1982 - 31.12.1982	1,50 DM pro Arzneimittel	absolute Abzugsfranchise
1. 1.1983 - 31.12.1988	2,- DM pro Arzneimittel	"
ab 1. 4.1983	Ausgrenzung der Bagatellarzneimittel	selektiver Ausschluß
1. 1.1989 - 31.12.1992	3,- DM pro festbetragsfreies Arzneimittel	absolute Abzugsfranchise
ab 1. 9.1989	Arzneimittelfestbeträge ^{b)}	Versicherungssummenbegrenzung
ab 1.10.1991	Ausgrenzung der unwirtschaftlichen Arzneimittel	selektiver Ausschluß
(ab 1. 1.1992) ^{c)}	15%, max. 15,- DM pro Arzneimittel	prozentuale Selbstbeteiligung (mit Höchstgrenze)
(ab 1. 7.1993) ^{c)}	15%, min. 1,- DM u. max. 10,- DM pro Arzneimittel	prozentuale Selbstbeteiligung (mit Mindest-/Höchstgrenzen)
ab 1. 1.1993	gestaffelte Zuzahlung pro Arzneimittel (3,-/5,-/7,- DM je nach Arzneimittelpreis)	absolute Abzugsfranchise
(ab 1. 1.1994) ^{d)}	gestaffelte Zuzahlung pro Arzneimittel (3,-/5,-/7,- DM je nach Packungsgröße)	

a) Hierbei kann die Selbstbeteiligung höher als die tatsächlichen Arzneimittelkosten sein.

b) Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels höher als den Festbetrag, hat der Versicherte die Mehrkosten selbst zu tragen.

c) Gesetzlich vorgesehen, aber nicht durchgeführt.

d) Gesetzlich vorgesehen.

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

3.3.2. Verordnungsblattgebühr (Gebühr pro Rezept) (1930 - 1969)

Die Weltwirtschaftskrise (1929 bis 1933) hatte die deutsche Wirtschaft nochmals schwer getroffen. Die Reichsregierung erließ am 26. Juli 1930 wieder eine Notverordnung²²⁴. Um die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, wurden diesmal Leistungskürzungen sowie eine weitgehende Selbstbeteiligung des Versicherten als ausschlaggebende Maßnahmen ergriffen^{225,226}. Im Arzneimittelbereich wurde eine neue Selbstbeteiligungsregelung eingeführt, die sich in Form einer bestimmten Gebühr pro Rezept niederschlug. In 4. Abschnitt 2. Titel Art. 1 Nr. 9 der Verordnung hieß es:

"Bei der Abnahme von Arznei-, Heil- und Stärkungsmitteln hat der Versicherte von den Kosten jeder Verordnung den Betrag von fünfzig Reichspfennig, jedoch nicht mehr als die wirklichen Kosten an die abgebende Stelle zu zahlen; enthält das Verordnungsblatt mehr als eine Verordnung, so ist der Betrag nur einmal zu entrichten".

Theoretisch gehört diese Regelung zum Grundmodell "absolute Abzugsfranchise". In der nationalsozialistischen Zeit (1933 - 1945) war unter den umfangreichen Änderungen im Bereich der Sozialversicherung die Gebühr pro Rezept erst auf 25 Reichspfennig herabgesetzt worden²²⁷ und kurz vor dem Zusammenbruch des Dritten Reiches wieder auf 50 Reichspfennig festgesetzt worden²²⁸. Obwohl nach der Gründung der Bundesrepublik Deutschland 1949 die Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung immer erweitert und verbessert wurden, war die Arzneikosten-

²²⁴ Verordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände vom 26. Juli 1930 (RGBl. I S. 311).

²²⁵ Vgl. H. Töns, Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen, a.a.O., S. 79 ff.

²²⁶ Vgl. J.W. Börsche, Von Hindenburg bis Seehofer: Eine beklemmend nostalgische Betrachtung zum "Malus-System", in: Deutsches Ärzteblatt, 89. Jg. (1992), S. C-1375-1378, hier: S. C-1375 ff.

²²⁷ § 1 Verordnung über den Arzneikostenanteil in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1933 (RGBl. 1934 I S. 17).

²²⁸ Art. 11 Abs. 2 Erste Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung vom 17. März 1945 (RGBl. I S. 41).

beteiligung noch beibehalten. Außerdem war ab 1968 die Gebühr pro Rezept auf 1,- DM erhöht worden²²⁹.

3.3.3. Prozentuale Selbstbeteiligung (1970 - 1977)

Um die kontinuierlich steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen, wurde im Jahr 1970 wieder eine prozentuale Selbstbeteiligung des Versicherten eingeführt²³⁰. Diesmal wurde sie mit einer Höchstgrenze verbunden²³¹.

"Bei der Abnahme von Arznei-, Verband- und Heilmitteln hat der Versicherte zwanzig vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch 2,50 Deutsche Mark je Verordnungsblatt, an die abgebende Stelle zu zahlen."

3.3.4. Verordnungsblattgebühr (feste Gebühr pro Arzneimittel) (1977 - 1981)

In den 70er Jahren stand das Thema "Kostenexplosion" im Mittelpunkt öffentlicher gesundheitspolitischer Diskussionen. Mit der Verabschiedung vom Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) löste vom 1. Juli 1977 an eine feste Gebühr pro Arzneimittel die prozentuale Selbstbeteiligung ab²³².

"Bei der Abnahme von Arznei-, Verband- und Heilmitteln hat der Ver-

²²⁹ Art. 1 § 1 Nr. 5 Gesetz zur Verwirklichung der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes, II. Teil - Finanzänderungsgesetz 1967 - vom 21. Dezember 1967 (Bundesgesetzblatt I S. 1259).

²³⁰ Art. 2 Nr. 7 Abs. 1 Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. Juli 1969 (BGBl. I S. 946).

²³¹ In der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gab es immer Regelungen über verschiedene Befreiungsfälle von Arzneikostenbeteiligung (Kinder, Rentner, Kriegsbeschädigte, Härtefälle u.v.a.). Die Regelungen sind ständig mit der Politik der Zeit revidiert worden. Darauf ist hier nicht näher eingegangen.

²³² Art. 1 § 1 Nr.7 Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG) vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069).

sicherte eine Deutsche Mark für jedes verordnete Mittel an die abgebende Stelle zu zahlen."

Obwohl die feste Gebühr theoretisch sogar höher als die tatsächlichen Kosten des verordneten Arzneimittels sein könnte, war dies in Wirklichkeit unwahrscheinlich oder selten. Trotzdem gehörte diese Regelung zum Grundmodell "feste Gebühren".

3.3.5. Verordnungsblattgebühr (Gebühr pro Arzneimittel) (1982)

Das KVKG konnte ebenfalls weder dauerhafte kostendämpfende Wirkung noch finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung erzielt²³³. Im Jahr 1982 wurde wieder eine stärkere Arzneikostenbeteiligung vorgenommen²³⁴.

"Der Versicherte, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, zahlt als Verordnungsblattgebühr bei der Abnahme
 a) von Arznei- und Verbandmitteln für jedes verordnete Mittel 1,50 Deutsche Mark,
 ...
 jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten an die abgebende Stelle."

Diese neue Selbstbeteiligungsregelung unterschied sich von der vorigen dadurch, daß die Gebühr die tatsächlichen Kosten des verordneten Arzneimittels nicht überschreiten konnte. Daher gehörte diese Regelung zum Grundmodell "absolute Abzugsfranchise".

²³³ Vgl. H. Pehlke, Ansatzpunkte zur systemgerechten Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.), Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart, New York 1984, S. 21-39, hier: S. 29 ff.

²³⁴ Art. 1 Nr. 3 Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz - KVEG) vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578).

3.3.6. Verordnungsblattgebühr (Gebühr pro Arzneimittel) (1983 - 1988) und Ausgrenzung der "Bagatellarzneimittel" (ab 1983)

Im Rahmen der Überlegung zur Konsolidierung des Bundeshaushalts 1983 war beschlossen worden, die Gebühr für jedes verordnete Arzneimittel auf 2,- DM anzuheben. Jedoch war die Selbstbeteiligung nicht höher als die tatsächlich entstandenen Kosten²³⁵. Außerdem trat am 1. April 1983 eine Ausgrenzung der sogenannte "Bagatellarzneimittel" von den Versicherungsleistungen in Kraft²³⁶. Für Bagatellarzneimittel, "die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden", hat der Versicherte die Kosten selbst zu tragen. Es handelt sich dabei erst um Arzneimittel aus vier Anwendungsgebieten: 1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten, 2. Mund- und Rachentherapeutika, 3. Abführmittel und 4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit. Diese neue Regelung deutete auf eine 100% Selbstbeteiligung des Versicherten und gehörte zum Grundmodell "selektiver Ausschluß von Leistungen".

3.3.7. Zuzahlung (1989 - 1992), Arzneimittelfestbeträge (ab 1989) sowie Ausgrenzung der "Bagatellarzneimittel" und der "unwirtschaftlichen Arzneimittel" (ab 1991)

Trotz bisheriger intensiver Kostendämpfungsbemühungen stiegen die Gesundheitsausgaben stetig an. Um den überproportionalen Zuwachs der Gesundheitsausgaben langfristig zu bremsen, trat am 1.1.1989 das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) in Kraft²³⁷.

²³⁵ Art. 19 Nr. 3 Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts (Haushaltsbegleitgesetz 1983) vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857).

²³⁶ Art. 19 Nr. 4 Haushaltsbegleitgesetz 1983.

²³⁷ Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477).

Die Arzneimittelfestbeträge wurden als "Herzstück" dieser Reform bezeichnet²³⁸.
Art. 1 § 31 Abs. 2 GRG lautet:

"Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags".

Verordnet der Arzt ein teureres Arzneimittel, muß der Versicherte die Differenz zwischen Festbetrag und tatsächlichen Preis selbst zu bezahlen. Für den Versicherten bedeuten die Arzneimittelfestbeträge grundsätzlich eine spezielle Selbstbeteiligung²³⁹ und zählen daher zum Grundmodell "Versicherungssummenbegrenzung".

Außerdem hatte der Versicherte eine Zuzahlung von 3,- DM für jedes festbetragsfreie Arzneimittel zu leisten. In Art. 1 § 31 Abs. 3 GRG hieß es:

"Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Arznei- oder Verbandmittel, für die ein Festbetrag nach § 35 nicht festgesetzt ist,
1. eine Zuzahlung von 3 Deutsche Mark je Mittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
...
an die abgebende Stelle zu leisten".

Es war auch geregelt, daß ab 1.1.1992 die Zuzahlung in einer 15%igen prozentualen Selbstbeteiligung umgewandelt werden werde²⁴⁰. Wegen politischer sowie wissenschaftlicher Auseinandersetzungen war diese vorgesehene Maßnahme mit geringer Änderung bis zum 1.7.1993 verschoben worden²⁴¹. Nach Einführung von neuer Zuzahlungsregelung ab 1.1.1993 ist eine derartige prozentuale Selbstbeteiligung nicht mehr zu realisieren.

²³⁸ Vgl. *H. Reichelt, G.W. Selke*, Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge: Aktuelle Erkenntnisse des GKV-Arzneimittelindex, in: *DOK*, 72. Jg. (1990), S. 559-566, hier: S. 559.

²³⁹ Vgl. *R. Reher, H. Reichelt*, Gesundheitsreformgesetz und Arzneimittelversorgung: eine Zwischenbilanz, in: *Sozialer Fortschritt*, 40. Jg. (1991), S. 114-120, hier: S. 114.

²⁴⁰ Art. 1 § 31 Abs. 3 Nr. 2 GRG.

²⁴¹ Art. 1 Nr. 8 Zweites Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325).

Darüber hinaus wurden neben den Bagatellarzneimitteln die unwirtschaftlichen Arzneimittel ab 1.10.1991 von den Versicherungsleistungen ausgenommen^{242,243,244}. Für solche ausgeschlossenen Arzneimittel muß der Versicherte die vollen Kosten selbst tragen.

3.3.8. Jüngste Maßnahmen: gestaffelte Zuzahlung (ab 1993) und "Positivliste"

Ein nachhaltiger Kostendämpfungseffekt sowie eine dauerhafte Beitragssatzstabilität hatte das Gesundheits-Reformgesetz offenbar nicht mit sich gebracht²⁴⁵. Zur kurzfristigen Konsolidierung des GKV-Haushalts und zur mittel- bzw. längerfristigen strukturellen Verbesserung im Gesundheitswesen trat am 1.1.1993 das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft²⁴⁶. Mit dem Gesetz sind sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Versicherten zahlreiche Veränderungen verbunden.

Bei der Arzneikostenbeteiligung ergeben sich folgende Änderungen²⁴⁷: Der Versicherte muß nunmehr für alle Arzneimittel Zuzahlung leisten. Dies gilt auch für Festbetragsarzneimittel. Außerdem wird eine nach Arzneimittelpreis (Apothekenabgabepreis) gestaffelte Zuzahlung eingeführt. Bei einem Arzneimittelpreis bis 30,- DM ist die Zuzahlung drei DM, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Bei einem Preis von über 30,- bis 50,- DM ist die Zuzahlung fünf DM. Bei mehr als 50,- DM ist sie sieben DM. Solche gestaffelte Zuzahlung zählt zu einer gestaffelten "absoluten Abzugsfranchise". Gesetzlich ist auch vorgesehen, daß ab 1.1.1994 die

²⁴² Art. 1 § 34 Abs. 3 GRG.

²⁴³ Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301).

²⁴⁴ Übersicht des Bundesministers für Gesundheit über die durch die Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen Arzneimittel, in: Bundesanzeiger, 43. Jg., Nr. 184b (1. Oktober 1991).

²⁴⁵ Vgl. E. *Standfest*, Ist das Gesundheitsreformgesetz gescheitert?, in: Arbeit und Sozialpolitik, 46. Jg. (1992), H. 1/2, S. 4-7, hier: S. 4 ff.

²⁴⁶ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266).

²⁴⁷ Art. 1 Nr. 18 Gesundheitsstrukturgesetz.

Höhe der Zuzahlung von der Packungsgröße eines Arzneimittels abhängen wird. Für kleine Packungsgrößen wird der Versicherte drei DM je Packung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten, für mittlere fünf DM und für große sieben DM zuzahlen haben.

Einen weiteren Reformschritt stellt die Einführung der "Quasi-Positivliste" dar. Spätestens bis zum 31.12.1995 soll eine Vorschlagsliste verordnungsfähiger Fertigarzneimittel erlassen werden. In diese Liste sollen auch die bis dahin noch gültigen Negativ- und Preisvergleichslisten integriert werden. Weiterhin hat der Versicherte einen Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln, die nicht in der Vorschlagsliste stehen, vorausgesetzt, daß der Arzt die Verordnung schriftlich begründet hat. Da das Nähere noch nicht abgeschlossen wird, bleibt es offen, ob solche Liste eine weitreichende Negativliste ist und auch zum Grundmodell "selektiver Ausschluß" gehört.

3.4. Steuerungsdefizite der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Empirische Befunde

In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Arzneikostenbeteiligung immer mit einer Reihe von flankierenden Maßnahmen zur Kostendämpfung einbezogen. Unter diesen Umständen ist eine Ausschaltung der die Wirkungsanalyse komplizierenden Variablen kaum möglich. Wenn unter kurzfristigem Aspekt auch eine Kontrollmöglichkeit bestehen würde, so wäre es doch eine schwierige Aufgabe, die Interdependenz der Variablen langfristig zu korrigieren. Zwar gibt es im Rahmen der privaten Krankenversicherung bessere Chancen, ein Experiment durchzuführen, aber angesichts völlig verschiedener Versichertenkreise und Gestaltungsprinzipien²⁴⁸ ist eine Übertragung der Ergebnisse auf die gesetzliche Krankenversicherung bedenklich.

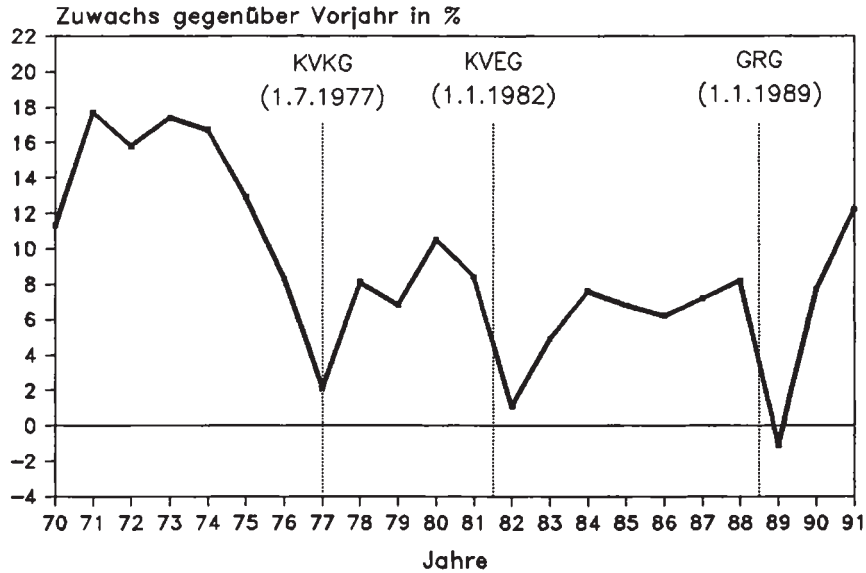
²⁴⁸ Für einen Versicherten in der privaten Krankenversicherung besteht das Hauptmotiv für eine Selbstbeteiligung in der Prämiensparnis. Vgl. *H.-P. Sterk*, Art., Selbstbeteiligung, in: *D. Farny, E. Helten, P. Koch, R. Schmidt* (Hrsg.), *Handwörterbuch der Versicherung* (HdV), a.a.O., S. 775-780, hier: S. 775.

Schon aus der Tatsache, daß in den letzten zweieinhalb Jahrzehnten die Arzneikostenbeteiligung in kurzen Abständen wiederholt geändert bzw. ergänzt worden ist, läßt sich vermuten, daß die in der Vergangenheit durchgeführten verschiedenen Formen von Arzneikostenbeteiligung wenigstens keinen dauerhaften Steuerungseffekt erzielen konnten^{249,250,251}. Da in der Bundesrepublik Deutschland nur wenige wissenschaftlich betreuten Untersuchungen über die Wirkung einer Arzneikostenbeteiligung verfügbar sind, kann man nur in erster Linie versuchen, vom intertemporalen Vergleich Aufschluß zu erhalten (vgl. Abb. 3.2).

Außerdem wird anhand von Quartaldaten die Entwicklung der GKV-Arzneimittelausgaben vor und nach der vorletzten Krankenversicherungsreform (GRG 1989) in Abb. 3.3 dargestellt. Kurz vor dem Inkrafttreten der neuen Arzneikostenbeteiligung ist ein steiler Anstieg der GKV-Arzneimittelausgaben bis zu einem Höhepunkt zu verzeichnen. Solche Erscheinung, die auch als "Vorwegnahmeeffekt"²⁵², "vorgezogene Reaktion"²⁵³, "Vorzieheffekt"²⁵⁴, "Vorgriffeffekt" oder "Blüm-Bauch"²⁵⁵

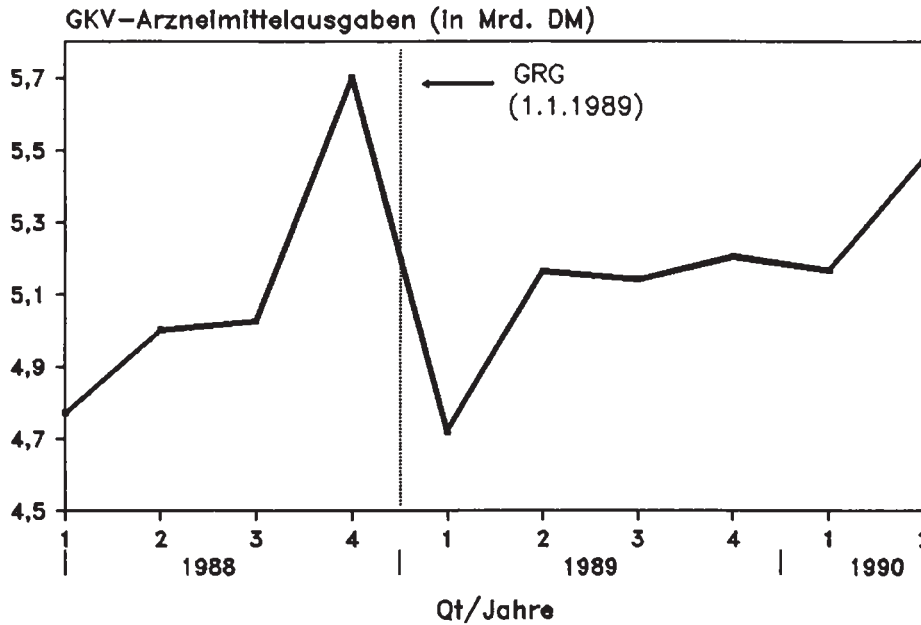
-
- ²⁴⁹ Vgl. *H. Berg*, Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: 1977-1984, (vom WIdO im Auftr. d. Hans-Böckler-Stiftung angefertigte Unters.), Sankt Augustin 1986, S. 79.
- ²⁵⁰ Vgl. *M. Lüscher, H. Reichelt*, Entwicklung des Fertigarzneimittelmarktes seit 1981, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report '90: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Stuttgart, New York 1990, S. 436-443, hier: S. 437.
- ²⁵¹ Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, (Jahresgutachten 1991), Baden-Baden 1991, S. 66.
- ²⁵² *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Jahresgutachten 1990), Baden-Baden 1990, S. 56.
- ²⁵³ *U. Geißler*, Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz* (Hrsg.), *Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, a.a.O.*, S. 37-57, hier: S. 42.
- ²⁵⁴ *K. Müller-Heine*, Die mißbräuchliche Inanspruchnahme der Sozialversicherung: Dargestellt anhand aktueller Beispiele, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 46. Jg. (1992), H. 1/2, S. 28-33, hier: S. 28.
- ²⁵⁵ *D. Paffrath, H. Reichelt*, Kostendämpfung im Arzneimittelbereich - Analyse der Steuerungswirkungen gesetzlicher und administrativer Eingriffe in den Arzneimittelmarkt, in: *R. Müller, M.F. Schuntermann* (Hrsg.), *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag, (Zum Gedenken an Alfred Schmidt)*, Köln 1992, S. 272-304, hier: S. 288.

Abb. 3.2: Entwicklung der GKV-Arzneimittelausgaben 1969 - 1991



Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *Arbeits- und Sozialstatistik*, in: *Bundesarbeitsblatt*, verschiedene Jahrgänge.

Abb. 3.3: Entwicklung der GKV-Arzneimittelausgaben (I/1988 - II/1990)



Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, *Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, a.a.O., S. 66.*

bezeichnet wird, wird vermutlich durch die Reaktion der Versicherten veranlaßt, die mehr "Vorratsverordnungen" wünschen, um die nächstens erhöhte Arzneikostenbeteiligung einzusparen^{256,257}. Umgekehrt erreichen die GKV-Arzneimittelausgaben unmittelbar nach dem Inkrafttreten der neuen Arzneikostenbeteiligung einen entsprechenden Tiefpunkt. Dieser Nachfrageausfall, der auch als "Blüm-Loch"²⁵⁸ diskutiert wird, steht offenbar mit den vorangegangenen Vorwegnahmeeffekt in Zusammenhang, weil nach der kurzfristigen Talfahrt wiederum ein Aufstieg der GKV-Arzneimittelausgaben zu vermerken ist. Der Aufstieg wird dagegen als Nachholeffekt bezeichnet²⁵⁹. Wenn die Verzerrungen durch eine erhöhte Selbstbeteiligung ausgeschaltet werden, kann die Trendentwicklung der Arzneimittelausgaben trotz der bisherigen Arzneikostenbeteiligung als unverändert angesehen werden²⁶⁰, d.h. wenn langfristig auch eine Abweichung der GKV-Arzneimittelausgaben von ihrer Trendentwicklung entsteht, handelt es sich eher um eine reine Kostenverlagerung von der Krankenkasse auf den Versicherten (*Finanzierungseffekt*)²⁶¹.

Darüber hinaus wird auch behauptet, daß schon vor und im Lauf von Gesetzgebungsverfahren neuer Kostendämpfungsmaßnahmen sich die Steigerungsraten der GKV-Arzneimittelausgaben verlangsamt haben. Solche steuernde Wirkung ist möglicherweise auf den Ankündigungseffekt der staatlichen Eingriffe im Gesundheits-

256 Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, a.a.O., S. 56.

257 Ähnliches gilt auch für die Reaktion des Konsumenten auf die Ölpreisteigerung.

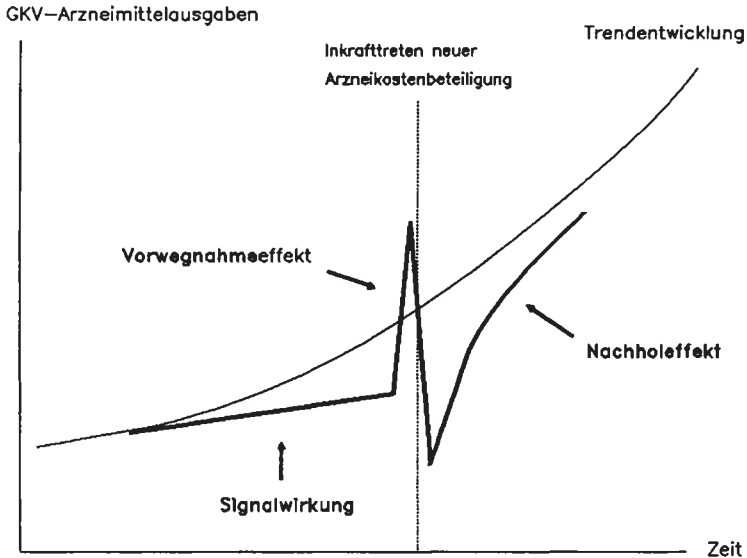
258 D. Paffrath, H. Reichelt, Kostendämpfung im Arzneimittelbereich - Analyse der Steuerungswirkungen gesetzlicher und administrativer Eingriffe in den Arzneimittelmarkt, a.a.O., hier: S. 288.

259 Vgl. U. Geißler, Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, a.a.O., S. 46.

260 Vgl. M. Lüscher, H. Reichelt, Entwicklung des Fertigarzneimittelmarktes seit 1981, U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report '90*, a.a.O., S. 437.

261 Vgl. K.-D. Henke, Selbstbeteiligung als Kostenbremse?, in: *Wirtschaftsdienst*, 56. Jg. (1976), S. 236-239, hier: S. 236 f.

Abb. 3.4: Schema der Auswirkung einer Arzneikostenbeteiligung



wesen zurückzuführen²⁶² und kann nämlich als "Signalwirkung"²⁶³ betrachtet werden²⁶⁴, wobei auf das Signal die Ärzte und/oder Versicherten verunsichert und flexibel reagiert haben (vgl. Abb. 3.4). Demzufolge ist die durch Ankündigung neuer Regelungen verursachte Nachfrageminderung später durch eine verstärkte Nachfrage nach Arzneimitteln ausgeglichen worden, insbesondere wenn der Druck auf die Ärzte nicht so verheerend wie vorher erwartet war, oder wenn für die

²⁶² Vgl. W. Hamm, Irrwege der Gesundheitspolitik: Ordnungspolitische Kritik an Vorschriften des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes, (Walter Eucken Institut, Vorträge und Aufsätze, Bd. 75), Tübingen 1980, S. 77.

²⁶³ Vgl. P. Herder-Dorneich, Systemanalyse und Systempolitik der Arzneimittelversorgung, (pharma dialog, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, H. 45), Frankfurt am Main 1976, S. 31.

²⁶⁴ Ein ähnliches Phänomen ist üblicherweise bei der Diskontsatzänderung durch die Bundesbank zu beobachten. Vgl. O. Issing, Einführung in die Geldpolitik, 4., überarbeitete Aufl., München 1992, S. 70 f.

Versicherten die Höhe der Selbstbeteiligung nicht den merklichen Schwellenwert erreicht, die Nachfrage zu senken.

Sowohl aufgrund langjähriger Verlaufsbeobachtung als auch aus kurzfristiger Betrachtung bleibt noch weitgehend ungeklärt, ob die Veränderungen der GKV-Arzneimittelausgaben von den Ärzten oder Versicherten verursacht werden. Eine theoretische Analyse über die Wirkung der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist deshalb nach wie vor notwendig.

Kapitel 4

Prämissen für den Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Empirische Befunde haben darauf hingedeutet, daß die Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung im großen und ganzen keine dauerhafte Steuerungswirkung mit sich gebracht hat. Ob das Scheitern der bisherigen Arzneikostenbeteiligung an sich folgerichtig oder durch Unterlassen weiterer bedeutsamen Begleitmaßnahmen bedingt ist, bleibt gesundheitspolitisch immer noch umstritten. In diesem Kapitel werden zuerst die für einen erfolgreichen Steuerungseffekt der Selbstbeteiligung notwendigen Voraussetzungen (Moral-Hazard-Verhalten, Konsumentensouveränität des Versicherten und Merklichkeit der Selbstbeteiligung) dargestellt. Anschließend ist zu überprüfen, ob sich solche Voraussetzungen auch in der GKV-Arzneimittelversorgung nachweisen lassen.

4.1. Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten

Der Steuerungseffekt einer Selbstbeteiligung kommt nur dann zum Tragen, wenn das verschwenderische Inanspruchnahmeverhalten des Versicherten tatsächlich geändert werden kann²⁶⁵. Dies setzt in erster Linie ein "Moral-Hazard-Verhalten" des Versicherten bei vollem Versicherungsschutz voraus^{266,267}. Bevor wir auf die Wir-

²⁶⁵ Vgl. *K.-D. Henke*, Arzneimittelforschung in der Bundesrepublik Deutschland nach der Strukturreform, in: *D. Cassel* (Hrsg.), *Forschung im Dienste der Gesundheit: Medizinische Notwendigkeit und wirtschaftliche Bedingungen von Arzneimittelinnovationen*, (Gesundheitsökonomische Beiträge, hrsg. von *G. Gäfgen*, *P. Oberender*, Bd. 5), Baden-Baden 1988, S. 131-142, hier: S. 135.

²⁶⁶ Vgl. *K.J. Arrow*, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: *The American Economic Review*, Vol. 53 (1963), S. 941-973, hier: S. 961 f.

kungen einer Krankenversicherung auf das Nachfrageverhalten eingehen, soll zunächst ein grundlegendes Nachfragemodell nach Arzneimitteln kurz dargestellt werden.

4.1.1. Nachfragemodell bei keinem Versicherungsschutz

Die Entscheidung eines Patienten zur Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einschließlich Arzneimittel wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, zu denen vor allem der Krankheitszustand des Patienten, die sozio-demographischen (Alter, Geschlecht, Ausbildung, ...) sowie ökonomischen Faktoren (Einkommen, Preis, Zeitkosten, ...) gehören^{268,269}. Die Zeitkosten, die von Becker zum ersten Mal in die Haushaltstheorie der Mikroökonomie einbezogen werden²⁷⁰, spielen hierbei eine nicht unwichtige Rolle²⁷¹.

Bei keinem Versicherungsschutz ist die fundamentale Analyse der Haushaltsnachfrage nach Gesundheitsleistungen im Grund auch auf den Arzneimittelbereich übertragbar. In Anlehnung an den Ansatz von Acton²⁷² wird ein vereinfachtes Nachfragemodell nach Arzneimitteln mit Hilfe eines Zwei-Güter-Modells konstru-

²⁶⁷ Vgl. *M.V. Pauly*, *The Economics of Moral Hazard: Comment*, in: *The American Economic Review*, Vol. 58 (1968), S. 531-537, hier: S. 531 ff.

²⁶⁸ Vgl. *R. Andersen, J.F. Newman*, *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*, in: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 51 (1973), S. 95-124. Wiederabgedruckt in: *J.B. McKinlay* (Hrsg.), *Health Care Consumers, Professionals, and Organizations*, (The Milbank Readers, hrsg. von *J.B. McKinlay*, Bd. 2), Cambridge, London 1981, S. 88-117, hier: S. 99 ff.

²⁶⁹ Vgl. *R.E. Leu, R.J. Doppmann*, *Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen*, in: *G. Gafgen* (Hrsg.), *Ökonomie des Gesundheitswesens*, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 159), Berlin 1986, S. 161-175, hier: S. 165.

²⁷⁰ Vgl. *G.S. Becker*, *A Theory of the Allocation of Time*, in: *The Economic Journal*, Vol. 75 (1965), S. 493-517, hier: S. 493 ff.

²⁷¹ Vgl. *A.L. Sorkin*, *Health Economics: An Introduction*, Second and Revised Edition, Lexington, Toronto 1984, S. 35 f.

²⁷² Vgl. *J.P. Acton*, *Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence*, in: *Journal of Political Economy*, Vol. 83 (1975), S. 595-614, hier: S. 597 f.

iert, wobei nur ökonomische Einflußfaktoren mit berücksichtigt werden. Formal läßt sich die Nutzenfunktion eines Patienten darstellen als

$$U = U(A, X) \quad , \quad (4.1)$$

wobei

- U = Nutzen des Patienten,
 A = Arzneimittel,
 X = alle anderen Güter und Leistungen.

Die Nutzenfunktion wird maximiert unter den Nebenbedingungen

$$(p + wt_A)A + (q + wt_X)X \leq Y = y + wT \quad , \quad (4.2)$$

$$T = t_A A + t_X X + T_w \quad , \quad (4.3)$$

wobei

- p = Arzneimittelpreis,
 w = Lohnsatz,
 t_A = Zeitaufwand für die Inanspruchnahme einer Einheit des Arzneimittels,
 q = Preis für andere Güter und Leistungen,
 t_X = Zeitaufwand für die Inanspruchnahme einer Einheit anderer Güter und Leistungen,
 Y = gesamtes verfügbares Einkommen des Patienten,
 y = Nicht-Arbeitseinkommen,
 T = gesamte verfügbare Zeit des Patienten,
 T_w = Arbeitszeit.

Die Nebenbedingungen setzen sich aus dem verfügbaren Einkommen und der verfügbaren Zeit des Patienten zusammen. Bei der Inanspruchnahme von Arzneimitteln soll der Patient nun nicht nur den Preis p bezahlen, sondern auch nicht-monetäre Opportunitätskosten der Zeit $w t_A$ (z.B. Beschaffungs-, Warte- und Behandlungszeitkosten) investieren.

Aus empirischen Untersuchungen wird bestätigt, daß bei gegebenen Werten der übrigen Variablen (*ceteris-paribus*-Klausel) die Nachfragekurven nach Arzneimitteln auch eine fallende Neigung haben^{273,274}. Außerdem kann man nach Dringlichkeit des Bedürfnisses die Nachfrage nach Arzneimitteln in verschiedene Kategorien einteilen (vgl. Abb. 4.1). Mit zunehmender Dringlichkeit sinkt die Preiselastizität der Nachfrage. Bei sehr dringlichem Bedarf ist sogar eine vollkommen unelastische Nachfrage gegeben, d.h. die Preiselastizität der Nachfrage ist gleich null²⁷⁵. Andererseits interessiert sich der Patient beim Kauf der Arzneimittel eigentlich für seine Gesundheit, die als Teil des Humankapitals betrachtet werden kann. Daher ist die Nachfrage nach Arzneimitteln und anderen Gesundheitsleistungen auch als eine abgeleitete Nachfrage zu interpretieren, d.h. die Gesundheitsleistungen stellen Inputs zur Produktion der Gutes "Gesundheit" dar^{276,277,278}.

²⁷³ Vgl. C.E. Phelps, J.P. Newhouse, Coinsurance, the Price of Time, and the Demand for Medical Services, in: *The Review of Economics and Statistics*, Vol. 56 (1974), S. 334-342, hier: S. 339 f.

²⁷⁴ Vgl. J. Helms, J.P. Newhouse, C.E. Phelps, Copayments and Demand for Medical Care: the California Medicaid Experience, in: *The Bell Journal of Economics*, Vol. 9 (1978), S. 192-208, hier: S. 201.

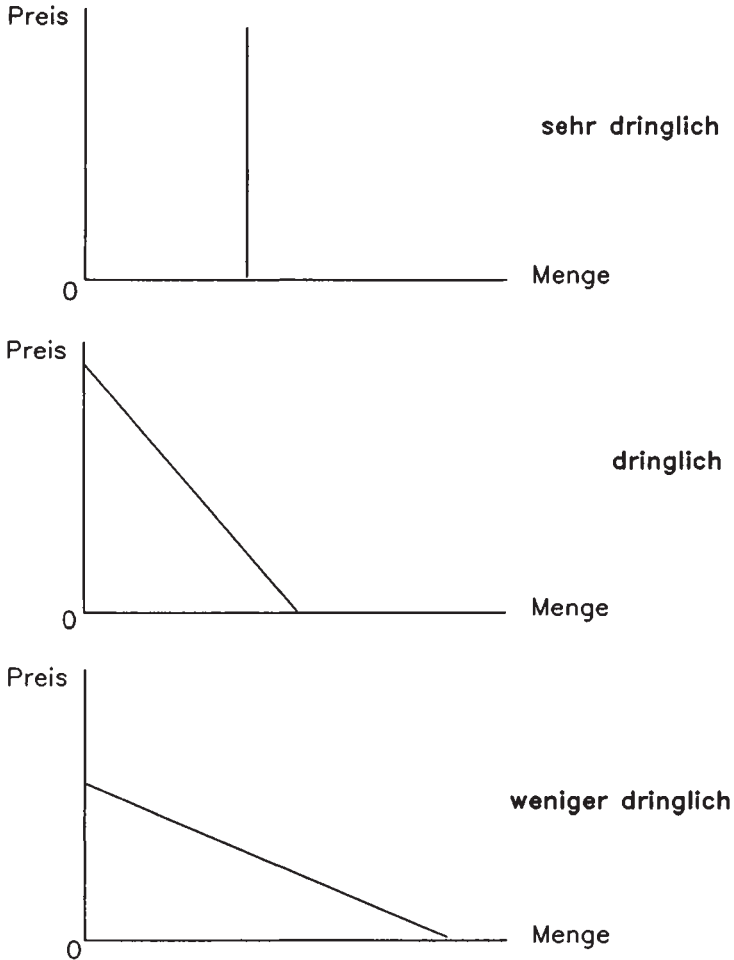
²⁷⁵ Vgl. W. Schulz, Der "Markt" für ambulante ärztliche Leistungen - eine mikroökonomische Analyse -, in: G. Neubauer (Hrsg.), *Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens*, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von Robert Bosch Stiftung GmbH, Bd. 13), Gerlingen 1984, S. 259-307, hier: S. 272 ff.

²⁷⁶ Vgl. M. Grossman, *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, (National Bureau of Economic Research, Occasional Paper 119), New York 1972, S. 1 ff.

²⁷⁷ Vgl. M. Grossman, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, in: *Journal of Political Economy*, Vol. 80 (1972), S. 223-255, hier: S. 224 ff.

²⁷⁸ Vgl. V.R. Fuchs, R. Zeckhauser, Valuing Health - A "Priceless" Commodity, in: *The American Economic Review*, Vol. 77 (1987), S. 263-268, hier: S. 263 f.

Abb. 4.1: Nachfrage nach Arzneimitteln bei unterschiedlichen Dringlichkeiten



Quelle: Modifiziert nach W. Schulz, *Der "Markt" für ambulante ärztliche Leistungen*, a.a.O., S. 273.

4.1.2. Moral-Hazard-Verhalten als rationale Individualentscheidung

Unter Moral-Hazard-Verhalten versteht man eine mißbräuchliche Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. Aufgrund asymmetrischer Informationsstruktur²⁷⁹, bei der der Versicherte die Höhe seines individuellen Risikos kennt und die Versicherungsgesellschaft im Gegenteil das tatsächliche Risiko des einzelnen Versicherten von seinem absichtlichen Verhalten nicht genau unterscheiden kann, bewirkt der Versicherungsschutz zweierlei Verhaltensänderung des Versicherten. Zum einen hat der Versicherte kein Interesse an der Beschränkung von Gesundheitsleistungen auf das medizinisch Notwendige^{280,281}. Dies ist besonders ausgeprägt bei einer überzogenen Inanspruchnahme von Arzneimitteln. Zum anderen versucht der Versicherte eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vorzutäuschen, um Einkommensersatzleistungen zu erhalten²⁸².

In einer Krankenversicherung besteht angesichts des mit jeder Versicherung verbundenen Risikoausgleichs kein direkter Zusammenhang zwischen der individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und dem Beitrag. Es wird übersehen, daß eine erhöhte Inanspruchnahme durch alle oder einen großen Teil der Versicherten zu einer generellen Erhöhung des Beitragssatzes der Krankenkasse führt²⁸³, so daß ein Moral-Hazard-Verhalten für einen nutzenmaximierenden Versicherten als

279 Vgl. *J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Zum Verhalten von Versicherungsnachfragern in der Sozialen Marktwirtschaft, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Bd. 73 (1984), S. 295-320, hier: S. 295 f.

280 Vgl. *K.J. Arrow*, *Essays in the Theory of Risk-Bearing*, Amsterdam, London 1971, S. 142.

281 Vgl. *F. Breyer*, Moral Hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag. Eine Übersicht, in: *Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft*, Bd. 140 (1984), S. 288-307, hier: S. 289 f.

282 Vgl. *W. Albers*, Freiheit und Sicherheit in der Sozialpolitik, in: *Die Sozialversicherung*, Jg. 1987, S. 1-8, hier: S. 5 f.

283 Vgl. *W. Albers*, *Soziale Sicherung: Konstruktionen für die Zukunft*, Stuttgart 1982, S. 131.

rational erscheint^{284,285,286}. Die scheinbar individuelle Rationalität führt allerdings zu sozialen Wohlfahrtsverlusten und steht im Widerspruch zur kollektiven Rationalität^{287,288}.

4.1.3. Spezifisches Moral-Hazard-Verhalten in der GKV-Arzneimittelversorgung

4.1.3.1. Mögliche Gestaltung des Moral-Hazard-Verhaltens in der GKV-Arzneimittelversorgung

Ohne den vom Versicherten zu tragenden Kostenanteil hat die Krankenkasse alle Arzneimittelkosten des Versicherten zu übernehmen. Dies bedeutet zugleich, daß für den einzelnen Versicherten der monetäre Preis eines Arzneimittels gleich null ist (sog. "Nulltarif"^{289,290}). Aufgrund des Individualinteresses wird der Versicherte versuchen, seinen Nutzen sowohl durch die Vermehrung der zu verordnenden Arzneimittelpackungen als auch durch die Erhöhung des Verordnungswertes zu maximieren.

-
- ²⁸⁴ Vgl. *K. Schaper*, Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Eine Diskussion der public goods-, uncertainty- und moral hazard-Theoreme allokativer Mängel von Gesundheits- und Krankenversicherungssystemen, Frankfurt am Main 1978, S. 99 ff.
- ²⁸⁵ Vgl. *B. Molitor*, Moral Hazard in der Sozialpolitik, in: *Wirtschaftsdienst*, 56. Jg. (1976), S. 240-242, hier: S. 240.
- ²⁸⁶ Der Einkommenseffekt unterschiedlich hoher Versicherungsbeiträge wird in nachfolgenden Analysen vernachlässigt werden.
- ²⁸⁷ Vgl. *K.J. Arrow*, *Essays in the Theory of Risk-Bearing*, a.a.O., S. 142 f.
- ²⁸⁸ Vgl. *M.S. Feldstein*, The Welfare Loss of Excess Health Insurance, in: *Journal of Political Economy*, Vol. 81 (1973), S. 251-280, hier: S. 266 ff.
- ²⁸⁹ *G. Griesewell*, Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung: Angebots- oder Nachfragesteuerung? - Eine Bestandsaufnahme zum Thema "Selbstbeteiligung", in: *Sozialer Fortschritt*, 26. Jg. (1977), S. 84-89 u. 110-112, hier: S. 85.
- ²⁹⁰ *F.E. Münnich*, Der Arzneimittelmarkt zwischen unternehmerischer Freiheit und staatlicher Regulierung, in: *F.E. Münnich, P. Oberender* (Hrsg.), *Der Pharmamarkt vor dem Umbruch?*, Stuttgart, New York 1987, S. 17-30, hier: S. 27.

Das Moral-Hazard-Verhalten in der GKV-Arzneimittelversorgung entfaltet sich in verschiedenen Formen²⁹¹:

(1) Moral-Hazard-Verhalten auf der Mengenseite:

Die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen wird bis zur Sättigungsmenge ausgedehnt.

(2) Moral-Hazard-Verhalten im Hinblick auf die Struktur der Arzneimittel

a. Beeinflussung des Medikamentenverbrauchs innerhalb identischer Arzneimittel (*innerhalb desselben Standardaggregates*)

1. Beeinflussung der Packungsgröße durch Moral-Hazard-Verhalten:

Die größte Packung identischer Arzneimittel wird nachgefragt.

2. Beeinflussung der Darreichungsform durch Moral-Hazard-Verhalten:

Die teuerste Darreichungsform identischer Arzneimittel wird nachgefragt.

b. Beeinflussung des Medikamentenverbrauchs zwischen Arzneimitteln mit vergleichbaren Wirkstoffen (*zwischen zwei oder mehr verschiedenen Standardaggregaten*):

Das teuerste Arzneimittel unter den verschiedenen Arzneimitteln wird nachgefragt.

Wie im vorletzten Kapitel schon erläutert worden ist, spielen die Packungsgrößen- und Inter-Medikamenteneffekte bei der Entwicklung der GKV-Arzneimittelausgaben eine wichtige Rolle. Infolgedessen konzentrieren sich die nachfolgenden Analysen auf beide Aspekte²⁹².

²⁹¹ Diese Einteilung basiert auf der im zweiten Kapitel dargestellten Zerlegung der Ausgabenkomponenten bei den Fertigarzneimitteln.

²⁹² In der Regel erfolgt die Erhöhung der Arzneimittelmenge durch die Verschiebung zu größeren Packungen. Verordnung der teureren Darreichungsform identischer Arzneimittel ist in praxi oft wegen Wirtschaftlichkeitsgebotes ärztlicherseits untersagt bzw. eingeschränkt, z.B. gemäß Nr. 21 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) in der geänderten Fassung vom 4. Dezember 1990

4.1.3.2. Beeinflussung der Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel durch Moral-Hazard-Verhalten

Bei vollem Versicherungsschutz ist der Arzneimittelpreis für den Versicherten gleich null. Die Nachfragemenge des Versicherten ist unter sonst gleichbleibenden Bedingungen (*ceteris-paribus*-Klausel) die Sättigungsmenge, bei der der Grenznutzen den Grenzkosten ($= 0$) gleich ist. Der Grenznutzen reflektiert sich in der marginalen Zahlungsbereitschaft und die Grenzkosten hängen von den Preisen der Arzneimittel ab.

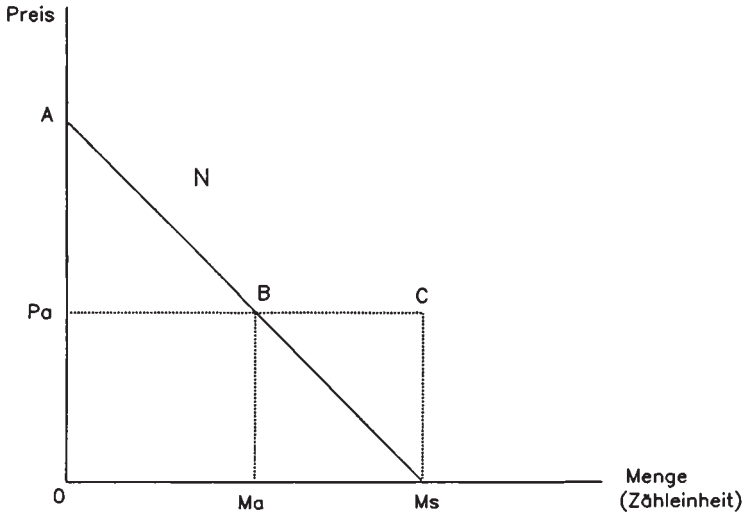
Um den uns interessierenden Zusammenhang graphisch veranschaulichen zu können, legen wir weiteren Analysen nachfolgende vereinfachende Annahmen zugrunde: (1) Die identischen Arzneimittel beschränken sich auf die Arzneimittel mit gleichem Handelsnamen, Darreichungsform (*Art der Zubereitung*) und Stärke (*wirksamen Bestandteilen in gleichbleibender Zusammensetzung*). (2) Als Mengeneinheit des Arzneimittels gilt nicht die Anzahl der Packungen, sondern die Zählbarkeit des Arzneimittels (z.B. Tablette, Dragee)²⁹³. (3) Die Unterschiede der Stückpreise²⁹⁴ zwischen großen und kleinen Packungen sind vernachlässigt worden. Unter diesen Bedingungen führt eine Mengenausweitung des nachgefragten Arzneimittels zu einer Erhöhung seiner Packungsgröße, d.h. die Nachfrage nach größerer Packung kann einfach als die Nachfrage nach mehr Zählbarkeiten des Arzneimittels betrachtet werden.

dürfen "Saftzubereitungen für Erwachsene, von im Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen", nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Deshalb wird im folgenden auf Moral-Hazard-Verhalten auf der Mengenseite und im Hinblick auf die Darreichungsform nicht näher eingegangen.

²⁹³ Wegen Lockerung des Auseinzelungsverbot (vgl. 2.1.1.1.) ist nun theoretisch möglich, die Nachfrage nach Arzneimitteln stückweise zu kalkulieren.

²⁹⁴ Für Lösungen, Salben usw. gilt sinngemäß auch der Preis pro Bemessungsgrundlage (z.B. Milliliter, Gramm).

Abb. 4.2: Beeinflussung der Packungsgröße durch Moral-Hazard-Verhalten



N = Nachfragekurve des Patienten

M_s = Sättigungsmenge

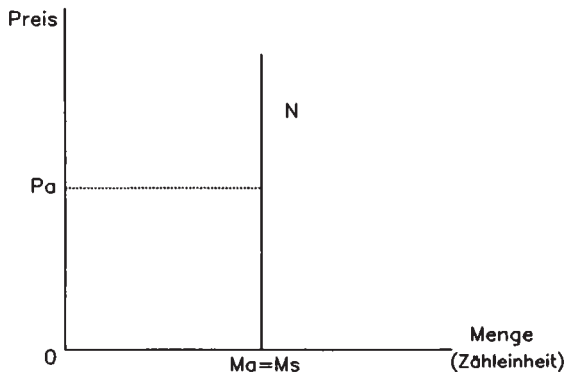
Inwieweit das Moral-Hazard-Verhalten im Hinblick auf die Packungsgröße eintritt, wird anschließend mit Hilfe der Abb. 4.2 untersucht. Bei einem vorgegebenen Arzneimittelpreis²⁹⁵ P_a ist die ursprüngliche Nachfragemenge bei keinem Versicherungsschutz M_a . Bei vollem Versicherungsschutz wird die Nachfragemenge bis zur Sättigungsmenge M_s ausgedehnt, wobei die Nutzen-Kosten-Differenz maximal ist. Die Übernachfragemenge ($M_s - M_a$) ist auf das Moral-Hazard-Verhalten in Form einer Ausweitung der Packungsgröße zurückzuführen. Durch das Moral-

²⁹⁵ Für den Konsumenten ist der Preis eines bestimmten Arzneimittels unabhängig von der eingekauften Menge fest.

Hazard-Verhalten erzielt der Versicherte eine maximale Konsumentenrente²⁹⁶, die durch das Dreieck AOM_s dargestellt wird. Zugleich führt das individuelle Moral-Hazard-Verhalten jedoch zu einer kollektiven Ineffizienz. Die Fläche des Dreiecks BCM_s charakterisiert den sozialen Wohlfahrtsverlust, bei dem die Grenzkosten den Grenznutzen übersteigen. Infolge Moral-Hazard-Verhaltens des Versicherten ergeben sich außerdem für die Krankenkasse finanzielle Mehrkosten, die durch die Fläche $\square BCM_s M_a$ dargestellt werden.

Wenn die ursprüngliche Nachfrage nach Arzneimitteln bei keinem Versicherungsschutz völlig preisunelastisch ist (z.B. bei sehr dringlichem Bedarf), so ergibt sich bei vollem Versicherungsschutz keine Beeinflussung der Packungsgröße durch Moral-Hazard-Verhalten. Beim gegebenen Arzneimittelpreis P_a ist die ursprüngliche Nachfragemenge M_a gleich der Sättigungsmenge M_s und die Übernachfragemenge gleich null ($M_s - M_a = 0$) (vgl. Abb. 4.3).

Abb. 4.3: Preisunelastische Nachfrage nach Arzneimitteln bei vollem Versicherungsschutz



²⁹⁶ Die Versicherungsbeiträge sind bei der Ermittlung der Konsumentenrente vernachlässigt worden.

4.1.3.3. Beeinflussung des Medikamentenverbrauchs zwischen verschiedenen Arzneimitteln durch Moral-Hazard-Verhalten

Die Arzneimittel haben Charaktere der "Erfahrungsgüter"²⁹⁷, und die Höhe der Arzneimittelpreise wird üblicherweise vom uninformierten Patienten als ein Qualitätsindex betrachtet^{298,299}. Es ist vorstellbar, daß der medizinische Laie bei Beurteilung der Arzneimittel "sehr teuer" mit "besonders wirksam" bzw. "wenigeren schädlichen Nebenwirkungen" gleichsetzen wird³⁰⁰. Demzufolge ist die Zahlungsbereitschaft des Versicherten für das teurere Originalpräparat höher als die für das billigere Nachahmerpräparat.

Zur Vereinfachung der graphischen Ableitungen weiterer ökonomischen Zusammenhänge wird hierbei noch unterstellt, daß sich für die Therapie einer bestimmten Erkrankung zwei Arzneimittel (z.B. ein Originalpräparat und dessen Nachahmerpräparat)³⁰¹ auf dem Markt befinden. Außerdem wird angenommen, daß in einem Rezeptblatt jeweils nur eins von beiden Arzneimitteln verordnet wird. In diesem Fall ist die vom Versicherten zu maximierende Nutzfunktion

²⁹⁷ Erfahrungsgüter beziehen sich auf solche Produkte, zu denen der Konsument die gemessenen Einstellungen erst durch Erfahrung gelernt hat. Vgl. *W. Kroeber-Riel*, Konsumentenverhalten, 5., überarbeitete u. ergänzte Aufl., München 1992, S. 171.

²⁹⁸ Vgl. *D.E. Kortus*, Der deutsche Arzneimittelmarkt in einzel- und gesamtwirtschaftlicher Analyse unter besonderer Berücksichtigung forschungs- und absatzpolitischer Strategien der Arzneimittelanbieter, (Bonner Betriebswirtschaftliche Schriften, hrsg. von *H. Albach*, *H.-J. Krümmel*, *H. Sabel*, Bd. 14), Bonn 1984, S. 55.

²⁹⁹ Vgl. *E. Käufer*, Pharma-Industrie und Staat, (pharma dialog, hrsg. vom *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie*, H. 66), Frankfurt am Main 1980, S. 8 f.

³⁰⁰ Vgl. *H.-H. Barnikel*, Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis in der pharmazeutischen Industrie, in: *B. Röper* (Hrsg.), Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 107), Berlin 1980, S. 15-37, hier: S. 27.

³⁰¹ Es kann auch sein, daß zwei Arzneimittel mit verschiedenen Wirkstoffen die gleiche Indikation (Wirkung) haben.

$$U = U(A_i, X) \quad , \quad i = 1 \text{ oder } 2 \quad , \quad (4.4)$$

wobei

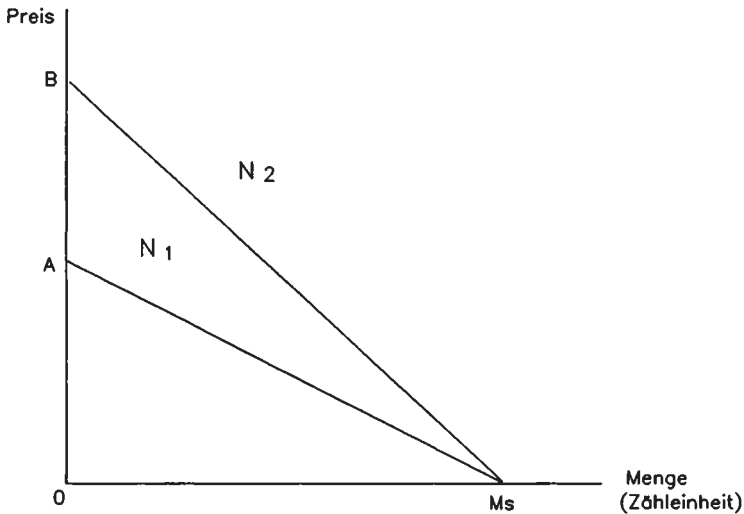
- A_1 = Arzneimittel (Nachahmerpräparat),
- A_2 = Arzneimittel (Originalpräparat),
- X = alle anderen Güter und Leistungen.

Unter Budgetbeschränkung des Versicherten ist eine höhere Aufwendung für das Originalpräparat *ceteris paribus* mit einer geringeren Konsummenge anderer Güter und Leistungen verbunden. Schließlich wird die Sättigungsmenge für das jeweilige Arzneimittel bei der Therapie einer bestimmten Erkrankung als gleich angenommen.

Bei vollem Versicherungsschutz sind die monetären Preise beider Arzneimittel für den Versicherten gleich null. Trotzdem wird der Versicherte das Originalpräparat wählen³⁰², dadurch kann er einen maximalen Nutzen erzielen (vgl. Abb. 4.4). Die Fläche des Dreiecks BAM_3 stellt für den Versicherten einen zusätzlichen Nutzen-gewinn infolge Moral-Hazard-Verhaltens in Form einer reinen Verschiebung zum teureren Arzneimittel dar.

³⁰² Vgl. E. Käufer, Die Kostendämpfung bei Arzneimitteln: Ein Weg zur Verschärfung der Finanzierungskrise im Gesundheitswesen?, (Wirtschaftsrecht und Wirtschaftspolitik, hrsg. von E.-J. Mestmäcker, Bd. 61), Baden-Baden 1979, S. 19.

Abb. 4.4: Beeinflussung des Medikamentenverbrauchs zwischen verschiedenen Arzneimitteln durch Moral-Hazard-Verhalten



- N_1 = Nachfragekurve nach dem Nachahmerpräparat
 N_2 = Nachfragekurve nach dem Originalpräparat
 M_s = Sättigungsmenge für das Nachahmer-/Originalpräparat

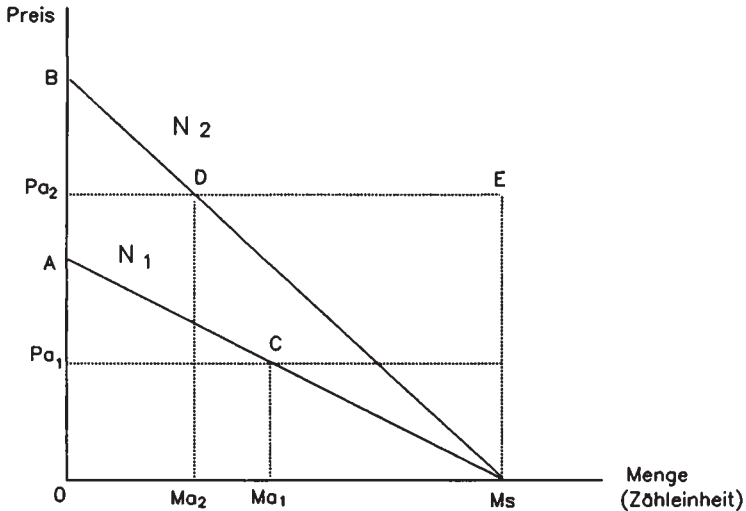
4.1.3.4. Ein komplexes Moral-Hazard-Verhalten bei der Arzneimittelnachfrage

In Wirklichkeit ist das Moral-Hazard-Verhalten bei einer preiselastischen Arzneimittelnachfrage gleichzeitig durch Ausweitung der Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel und Verschiebung zum teuersten Arzneimittel zwischen verschiedenen Arzneimitteln ausgeprägt. In diesem Fall ist die erste Voraussetzung für eine nachfragesteuernde Selbstbeteiligung in der GKV-Arzneimittelversorgung erfüllt (vgl. Tab. 4.1).

Tab. 4.1: Überprüfung der ersten Voraussetzung für den Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der GKV

	Gestaltung des Moral-Hazard-Verhaltens	Erfüllung der Voraussetzung (Vorhandensein vom Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten)
Preiselastizität der Nachfrage nach Arzneimitteln $\epsilon = 0$	Kein Moral-Hazard-Verhalten	Nein
Preiselastizität der Nachfrage nach Arzneimitteln $\epsilon \neq 0$	<p>Moral-Hazard-Verhalten im Hinblick auf die Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel</p> <p>Moral-Hazard-Verhalten im Hinblick auf die Verbrauchsumschichtung zu teureren Arzneimitteln</p>	Ja

Abb. 4.5: Komplexes Moral-Hazard-Verhalten



Mit Hilfe der graphischen Darstellung in Abb. 4.5 werden der Nutzengewinn des Versicherten, die Mehrkosten der Krankenkasse und der Wohlfahrtsverlust beim komplexen Moral-Hazard-Verhalten untersucht. Beim gegebenen Arzneimittelpreis P_{a1} vom Nachahmerpräparat ist die ursprüngliche Nachfragemenge M_{a1} . Andererseits ist beim gegebenen Arzneimittelpreis P_{a2} vom Originalpräparat die ursprüngliche Nachfragemenge M_{a2} . Zur Vereinfachung des Modells wird angenommen, daß der Versicherte bei keinem Versicherungsschutz sparsamer mit Arzneimitteln umgeht und das billigere Nachahmerpräparat tatsächlich in Anspruch nimmt. Demzufolge wird bei keinem Versicherungsschutz die Arzneimittelaufwendung des Versicherten $P_{a1} \cdot M_{a1} = \square P_{a1}CM_{a1}O$ betragen.

Bei vollem Versicherungsschutz sind beide Arzneimittel zum Nulltarif vom Versicherten zu erhalten. Nun wird der Versicherte den Arzt dazu veranlassen, das teurere Originalpräparat und die größte Arzneimittelpackung zu verordnen. Dadurch erzielt der Versicherte einen maximalen Nutzen (*Dreieck BM_sO*). Die von der

Krankenkasse übernommenen Arzneimittelausgaben erreichen nun die Höhe von $P_{a2} \cdot M_s = \square P_{a2}EM_sO$. Die Mehrkosten für die Krankenkasse bei komplexem Moral-Hazard-Verhalten belaufen sich dann auf $\square P_{a2}EM_sO - \square P_{a1}CM_{a1}O$. Hierbei ist der Wohlfahrtsverlust durch die Fläche des Dreiecks DEM_s darzustellen.

Auf der anderen Seite besteht jedoch kein Moral-Hazard-Verhalten, wenn bei sehr dringlichem Bedarf die Preiselastizität der Nachfrage nach Arzneimitteln gleich null ist. In diesem Fall ist die Voraussetzung für einen erfolgreichen Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfüllt (vgl. Tab. 4.1).

4.2. Konsumentensouveränität des Versicherten

Das Vorliegen vom Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten besagt nicht, daß eine mißbräuchliche Inanspruchnahme von Arzneimitteln in der Tat realisiert wird³⁰³. Dies hängt letzten Endes vom Ordnungsverhalten des Arztes ab. Nur wenn der Versicherte gemäß seiner Präferenzstruktur frei über den Erwerb von Arzneimitteln entscheiden kann, ist ein Moral-Hazard-Verhalten zu erwarten und dann erscheint eine nachfragesteuernde Arzneikostenbeteiligung sinnvoll. Jedoch wird die Konsumentensouveränität des Versicherten in der Arzneimittelversorgung nicht selten bezweifelt^{304,305}. Inwieweit der nutzenmaximierende Versicherte in der Lage ist, die Verordnungsgewohnheit des Arztes zu beeinflussen, ist Gegenstand dieses Abschnittes.

³⁰³ Ähnlich bei *J. Müller*, Verhaltensspielräume im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung: Die Bedeutung des ambulanten Sektors für die Entwicklung des Leistungsvolumens in zentralen Ausgabenbereichen des Gesundheitswesens, Diss. Köln 1983, S. 67 f.

³⁰⁴ Vgl. *H.R. Vogel*, Wer entscheidet über den Arzneimittelbedarf?, in: *H.R. Vogel* (Hrsg.), Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen: Bericht über ein Symposium der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz, Stuttgart 1983, S. 58-63, hier: S. 58.

³⁰⁵ Vgl. *F. Breyer, P. Zweifel*, Gesundheitsökonomie, Berlin, Heidelberg, New York 1992, S. 140.

4.2.1. Modell des Arztverhaltens

Auch ein Arzt strebt sein Nutzenmaximum an. Neben Einkommen und Freizeit werden noch berufliche Reputation und medizinische Ethik in seine Nutzenfunktion einkalkuliert. Die zu maximierende Nutzenfunktion des Arztes läßt sich darstellen als^{306,307}

$$U = U(Y, L, \Pi, E) \quad , \quad (4.5)$$

mit

$$\frac{\partial U}{\partial X} > 0 \quad , \quad (4.6)$$

$$\frac{\partial^2 U}{\partial X^2} < 0 \quad , \quad \text{für } X = Y, L, \Pi, E \quad , \quad (4.7)$$

wobei

- U = Nutzen des Arztes,
- Y = Arbeitseinkommen,
- L = Freizeit,
- Π = berufliches Prestige,
- E = medizinische Ethik.

Die verschiedenen Ziele des Arztes (Einkommen, Freizeit, Reputation und Berufsethik) sind in Wirklichkeit nicht vollkommen mit einander kompatibel, was die Analyse des Arztverhaltens erschwert.

³⁰⁶ Vgl. *G. Dionne, A.-P. Contandriopoulos*, Doctors and their Workshops: A Review Article, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 4 (1985), S. 21-33, hier: S. 24 ff.

³⁰⁷ Vgl. *P. Zweifel*, Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens, (Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems, hrsg. von *M. Beckmann, H.P. Kunzi*, Bd. 198), Berlin, Heidelberg, New York 1982, S. 62 f.

4.2.2. Verordnungsverhalten des Arztes in der GKV-Arzneimittelversorgung

Bei der Inanspruchnahme von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist der Entscheidungsspielraum des Patienten weitgehend beschränkt, denn rechtlich ist die Verordnung allein dem Arzt überlassen. Der Arzt spielt eine Schlüsselrolle bei der Entscheidung über Art und Umfang der eingesetzten Arzneimittel. Er dient seinem Patienten nicht als Anbieter, sondern allein als Berater. Der Patient hat allerdings eine relativ große Entscheidungsfreiheit^{308,309} bei 1) Wahl des Arztes, 2) Äußerung von Wünschen³¹⁰, 3) Einlösung des Rezeptes und 4) Einnahme der Arzneimittel.

Gemäß den gegenwärtigen Vergütungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Honoraranspruch des Arztes für seine Beratung davon unabhängig, ob dabei Medikamente verschrieben worden sind³¹¹. Sparsamer Umgang mit Arzneimittelverschreibung wird sogar in gewissem Maße belohnend vergütet³¹². Auf der Grundlage der Einzelleistungsvergütung gerät der Arzt auch in eigenen Interessenkonflikt, daß *ceteris paribus* eine den Patientenwünschen entsprechende Großzügigkeit in Verschreibung (insbesondere Verschiebung von kleiner zu großer Packung) eine abnehmende Häufigkeit der Patientenkontakte zur Folge hat. Die

³⁰⁸ Vgl. *Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (Hrsg.), Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte, (Gesundheitsforschung, Forschungsbericht, Bd. 25), Bonn 1980, S. 49.

³⁰⁹ Vgl. *A. Wagstaff*, *Econometric Studies in Health Economics: A Survey of the British Literature*, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 8 (1989), S. 1-51, hier: S. 26.

³¹⁰ "Wunschrezept" zählt zu den häufigsten Besuchsgründen in der ärztlichen Praxis. Vgl. *T. Zalewski*, *Originäre Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Steuerungspotentiale in der ambulanten ärztlichen Versorgung*, Sankt Augustin 1984, S. 91 ff.

³¹¹ Eine Ausnahme bildet hierbei die alleinige Ausstellung von Wiederholungsrezepten (ohne Arztberatung). Z.B. Nr. 70 Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ), (Stand 1. Juli 1992).

³¹² Nr. 10 BMÄ.

These einer "arzt-induzierten Nachfrage" (*physician-induced demand*)^{313,314}, die sich auf ärztliche Beratungen und Untersuchungen bezieht, trifft deshalb im GKV-Arzneimittelbereich nicht zu. Außerdem steht der Arzt einer Reihe von verbindlichen Regelungen (z.B. Wirtschaftlichkeitsgebot, Arzneimittelrichtlinien, Richtgrößen) gegenüber, die bei der Verordnung beachtet werden müssen. Bei Nichteinhaltung solcher Regelungen hat der Arzt mit Regressforderungen, die zu Honorar-einbußen führen, zu rechnen. Das Arbeitseinkommen des Arztes hängt vor allem von folgenden Faktoren ab:

$$Y = f(K, \bar{B}, C, R) \quad , \quad (4.8)$$

mit

$$\frac{\partial Y}{\partial K} > 0 \quad , \quad (4.9)$$

$$\frac{\partial Y}{\partial C} < 0 \quad , \quad (4.10)$$

$$\frac{\partial Y}{\partial R} < 0 \quad , \quad (4.11)$$

wobei

- Y = Arbeitseinkommen des Arztes,
 K = Zahl und Umfang der Konsultationen,
 \bar{B} = Bewertungsmaßstab bzw. Gebührenordnung für kassenärztliche Leistungen, exogen festgelegt,

³¹³ Vgl. *R.G. Evans*, Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications, in: *M. Perlman* (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care*, (Proceedings of a Conference held by the International Economic Association at Tokyo), London, Basingstoke 1974, S. 162-173, hier: S. 162 ff.

³¹⁴ Vgl. *U.E. Reinhardt*, The Theory of Physician-Induced Demand: Reflections after a Decade, in: *Journal of Health Economics*, Vol 4 (1985), S. 187-193, hier: S. 187 ff.

- C = Praxiskosten³¹⁵,
 R = Regreßforderungen von Krankenkassen bzw. Kassenärztlicher
 Vereinigung,

Je höher die Regreßforderungen sind, desto stärker stellt sich der Arzt auf das medizinisch Notwendige ein und desto geringer ist die Konsumentensouveränität des Patienten.

Andererseits muß ein Wettbewerbsprozeß unter den niedergelassenen Ärzten berücksichtigt werden³¹⁶. Mit steigender Arztdichte nimmt der Wettbewerb zu³¹⁷, bei dem die Verschreibungspraxis sogar ein Konkurrenzparameter sein kann. Wenn ein Arzt den Wünschen (z.B. Verschreibung von größeren Packungen und teureren Medikamenten) seiner Patienten häufig nicht nachkommt, droht der Verlust seines Patientenstamms^{318,319}. Die abnehmenden Konsultationen kommen einem Einkommensausfall des Arztes gleich (vgl. Abb. 4.6). Bei einer verschärften Konkurrenz wird es dann dem Arzt schwerer, sich den Patientenwünschen zu widersetzen³²⁰. Der Patient wird im Gegenteil davon profitieren, weil seine Konsumentensouveränität gestärkt wird.

³¹⁵ Zur Vereinfachung weiterer Analysen wird die Veränderung der Praxiskosten nachher nicht berücksichtigt.

³¹⁶ Vgl. *V.P. Graf*, Ein einfaches Modell des Marktes für ärztliche Leistungen, (Europäische Hochschulschriften, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Bd. 1040), Frankfurt am Main, Bern, New York 1989, S. 56 ff.

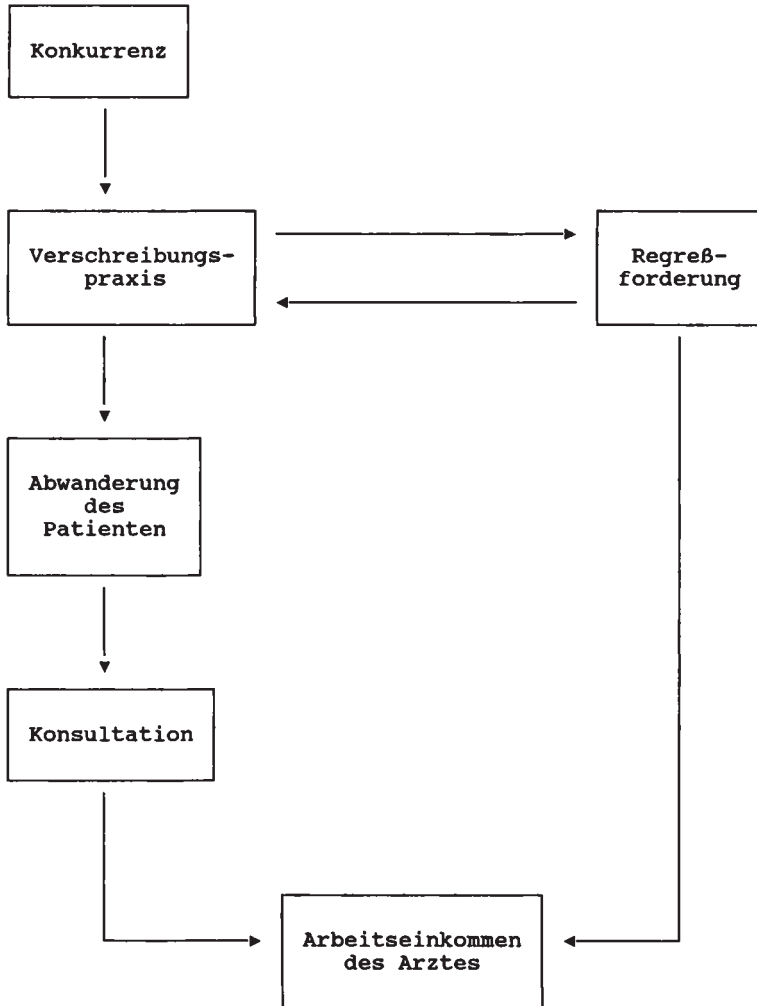
³¹⁷ Vgl. *H.H. Andersen, J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb: Eine empirische Untersuchung, Berlin 1990, S. 121 ff.

³¹⁸ Vgl. *M. Schneider*, Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der Sozialen Krankenversicherung, (Materialien und Berichte, hrsg. von *Robert Bosch Stiftung GmbH*, Nr. 17), Stuttgart 1985, S. 18.

³¹⁹ Ähnlich bei *J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, (Schriften zur angewandten Wirtschaftsforschung, hrsg. von *E. v. Böventer, B. Gahlen, H. Hesse*, Bd. 43), Tübingen 1981, S. 104.

³²⁰ Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, (Jahresgutachten 1992), Baden-Baden 1992, S. 63.

Abb. 4.6: Einflussfaktoren des ärztlichen Arbeitseinkommens: eine schematische Darstellung



Quelle: Eigene Darstellung.

4.2.3. Beeinflussung der Konsumentensouveränität des Versicherten durch das Arztverhalten

4.2.3.1. Arzt als Neutraler

Wenn die Furcht vor den Einkommenseinbußen wegen Regreßforderungen größer als die wegen Patientenabwanderung ist oder die Konkurrenz zwischen fachgleichen und fachnahen Ärzten in der Umgebung relativ gering ist, wird sich der verordnende Arzt neutral verhalten, d.h. er wird keine Rücksicht auf die Patientenwünsche nehmen, die weit über das medizinisch Notwendige hinausgehen³²¹. In diesem Fall ist die Konsumentensouveränität verletzt, dadurch wird das Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten verhindert, und die Notwendigkeit einer nachfragesteuernden Selbstbeteiligung in der GKV-Arzneimittelversorgung stellt sich nicht ein (vgl. Tab. 4.2).

4.2.3.2. Arzt als Sachwalter des Versicherten

Wenn der Konkurrenzdruck größer als die Furcht vor den Regreßforderungen ist, wird der Arzt bereit sein, den Patientenwünschen nachzukommen³²². Einige empirischen Untersuchungen deuten darauf hin, daß die Arztdichte einen positiven Einfluß auf die Höhe der Verordnungskosten nimmt^{323,324}. Hierbei verhält sich

³²¹ Ähnlich bei *F.E. Männich*, Steuerungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Zur Beeinflussung der Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen auf der Grundlage des derzeit geltenden Sachleistungsprinzips, (Schriftenreihe von Hans Neuffer Stiftung, Bd. 4), Köln 1983, S. 29 f.

³²² Ähnlich bei *W. Schulz*, Der Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten - Einige analytische Ansatzpunkte, in: *G. Gäfgen* (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 159), Berlin 1986, S. 323-341, hier: S. 329.

³²³ Vgl. *R. Kullmann*, Rationale Arzneimittelverschreibung - eine Möglichkeit zur Senkung der Therapiekosten, in: *Die Ortskrankenkasse*, 59. Jg. (1977), S. 951-957, hier: S. 956.

³²⁴ Vgl. *J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Die "Ärztenschwemme" und ihre Auswirkungen auf die ambulante Versorgung, in: *R. Brennecke, E. Schach* (Hrsg.), *Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung*, Berlin, Heidelberg, New York 1987, S. 125-139, hier: S. 134.

Tab. 4.2: Überprüfung der zweiten Voraussetzung für den Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der GKV

	Erfüllung der Patientenwünsche (z.B. größere Packungen, teurere Medikamente)	Erfüllung der Voraussetzung (Vorhandensein von Konsumentensouveränität des Versicherten)
Arzt als Neutraler	Nein	Nein
Arzt als Sachwalter	Ja	Ja

der Arzt wie ein Sachwalter ("*agent*") seines Patienten³²⁵. Je perfekter die Agenten-Beziehung ist, desto kleiner ist die Differenz zwischen der "Primärnachfrage" des Patienten und der vom Arzt determinierten Nachfrage und desto stärker ist die Konsumentensouveränität des Patienten. Wenn der Arzt ein vollkommener Sachwalter seines Patienten ist, kann das Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten völlig realisiert werden. In diesem Fall ist die Voraussetzung für eine nachfragesteuernde Selbstbeteiligung in der GKV-Arzneimittelversorgung erfüllt (vgl. Tab. 4.2).

4.3. Mercklichkeit der Arzneykostenbeteiligung

Als Steuerungsinstrument der Nachfrage ist die Arzneykostenbeteiligung nur geeignet, soweit ein Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten vorliegt und zugleich der Versicherte die Inanspruchnahme von Arzneymitteln innerhalb gewisser Grenzen selbst bestimmen kann. Allerdings ist es für ihre Wirksamkeit zusätzlich notwendig, daß das Nachfrageverhalten des Versicherten tatsächlich geändert wird. Das wird nur der Fall sein, wenn der Kostenanteil des Versicherten einen bestimmten Schwellenwert überschreitet³²⁶.

4.3.1. Problematik unterschiedlicher Schwellenwerte

Der Schwellenwert, der für jeden Versicherten unterschiedlich ist, hängt vor allem von der individuellen Preiselastizität der Nachfrage ab. Je preiselastischer die Nachfrage ist, um so niedriger ist der Schwellenwert. Da die Bezieher kleiner Einkommen meistens eine höhere Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

³²⁵ Vgl. *M.S. Feldstein*, *Econometric Studies of Health Economics*, in: *M.D. Intriligator, D.A. Kendrick* (Ed.), *Frontiers of Quantitative Economics*, Vol. II, Amsterdam 1974, S. 377-434, hier: S. 382 ff.

³²⁶ Vgl. *W. Albers*, *Perspektiven der Sozialpolitik*, in: *Wirtschaftsdienst*, 63. Jg. (1983), S. 280-286, hier: S. 284.

als die Bezieher höherer Einkommen besitzen³²⁷, sind die Schwellenwerte für die Einkommensschwachen niedriger. Infolgedessen kann eine für die Einkommensschwachen schon merkliche Selbstbeteiligung jedoch für die Bezieher höherer Einkommen noch nicht spürbar sein. Andererseits kann aber eine für die Bezieher höherer Einkommen erst merkliche Selbstbeteiligung für die Einkommensschwachen nicht mehr tragbar sein.

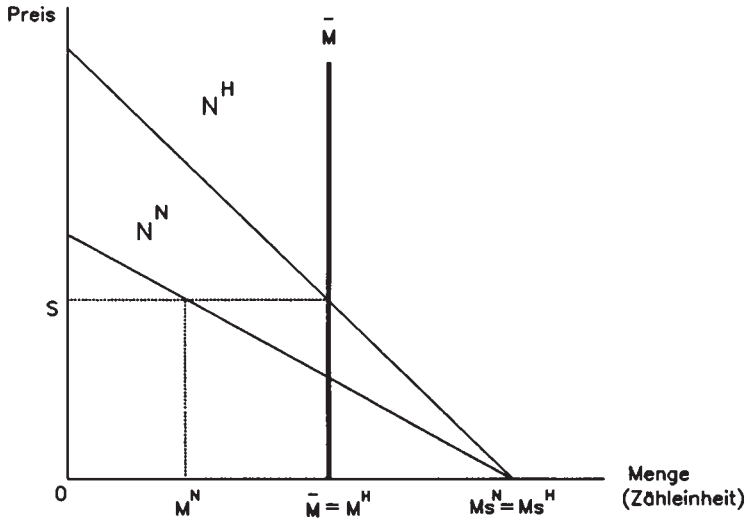
Es ist zu befürchten, daß eine Einschränkung der Nachfrage zu Lasten des medizinisch Notwendigen stattfindet^{328,329}. Ein solches Argument läßt sich vereinfacht mit Hilfe der Abb. 4.7 darstellen. Hierbei werden zwei Versicherte betrachtet. Bei vollem Versicherungsschutz besteht sowohl für den Bezieher niedrigerer Einkommen als auch für den Bezieher höherer Einkommen die Nulltarifmentalität. Beide Versicherten versuchen für ihre Beiträge möglichst viele Versicherungsleistungen zu erhalten. Die zusätzliche Inanspruchnahme führt in der Vorstellung der Versicherten zu keiner zusätzlichen Belastung, so daß zusätzliche Leistungen zum Nulltarif zu erhalten sind. Infolgedessen wird die nachgefragte Menge nach Gesundheitsleistungen *ceteris paribus* bis zur Sättigungsmenge ausgedehnt.

³²⁷ Vgl. *M. Schneider*, Selbstbeteiligung als Instrument zur Steigerung der Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems?, in: *M. Pfaff* (Hrsg.), Effizienz und Effektivität staatlicher Transferpolitik in der Wirtschaftskrise, (Schriften des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie (INIFES), Bd. 7/I), Berlin 1983, S. 178-186, hier: S. 183.

³²⁸ Vgl. *P. Rosenberg*, Selbstbeteiligung als Instrument zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in Gesundheitswesen und Krankenversicherung?, in: *M. Pfaff* (Hrsg.), Effizienz und Effektivität staatlicher Transferpolitik in der Wirtschaftskrise, a.a.O., S. 165-177, hier: S. 176.

³²⁹ Vgl. *S. Kruse, U. Kruse*, Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Einflußnahme auf die Anspruchshaltung des Versicherten?, in: *Soziale Sicherheit*, 30. Jg. (1981), S. 294-299, hier: S. 297.

Abb. 4.7: Inanspruchnahme von Arzneimitteln nach der Einkommenshöhe



N^N = Nachfragekurve des Bezieher niedrigerer Einkommen nach Arzneimitteln

N^H = Nachfragekurve des Bezieher höherer Einkommen nach Arzneimitteln

M_s^N = Sättigungsmenge des Bezieher niedrigerer Einkommen nach Arzneimitteln

M_s^H = Sättigungsmenge des Bezieher höherer Einkommen nach Arzneimitteln

\bar{M} = medizinisch notwendige Versorgung mit Arzneimitteln

S = Selbstbeteiligungshöhe

M^N = Nachfragemenge des Bezieher niedrigerer Einkommen nach Arzneimitteln bei Selbstbeteiligungshöhe S

M^H = Nachfragemenge des Bezieher höherer Einkommen nach Arzneimitteln bei Selbstbeteiligungshöhe S

Anm.: Mögliche Unterschiede des Gesundheitsbewußtseins in Abhängigkeit vom Einkommen werden vernachlässigt.

Obwohl die Nulltarifmentalität durch eine spürbare Selbstbeteiligung überwunden werden kann, ist sie möglicherweise mit der Gefahr unzureichender Versorgung beim Bezieher niedrigerer Einkommen verbunden³³⁰. Bei einer undifferenzierten Selbstbeteiligungshöhe S , bei der der Bezieher höherer Einkommen gerade die medizinisch notwendige Menge \bar{M} in Anspruch nimmt, wird vom Bezieher des niedrigeren Einkommens nur noch die Menge M^N nachgefragt, die aber kleiner als das medizinisch Notwendige ist. Daher besteht eine Unterversorgung in Höhe von $\bar{M} - M^N$. Eine Verschleppung von Krankheiten und eine damit verbundene Erhöhung künftiger Gesundheitsausgaben können weitere unerwünschte Nebenwirkungen sein^{331,332}.

4.3.2. Dilemma zwischen Mercklichkeit und Sozialverträglichkeit

Der Arzneimittelverbrauch in der gesetzlichen Krankenversicherung weist starke Unterschiede zwischen verschiedenen Personengruppen auf^{333,334}. Er ist z.B. für chronisch Kranke und Ältere überdurchschnittlich hoch, so daß diese Gruppen von einer für alle gleich hohen Selbstbeteiligung stärker getroffen werden. Eine derartige Umschichtung der Belastungen innerhalb der Versicherten verringert den Solidarausgleich³³⁵. Diese unerwünschte Wirkung kommt zu der dargestellten Beeinträchtigung

³³⁰ Vgl. *W. Albers*, Plädoyer für mehr Markt im Gesundheitswesen, (im Druck).

³³¹ Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Jahresgutachten 1988), Baden-Baden 1988, S. 109.

³³² Vgl. *Deutscher Bundestag* (Hrsg.), Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", Bd. 1, (Zur Sache - Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, Bd. 1), Bonn 1990, S. 528.

³³³ Vgl. *T. Mansky, C.M. Erben, H. Reichelt, P.C. Scriba*, Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs unter besonderer Berücksichtigung demographischer Faktoren, in: *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 51. Jg. (1989), S. 592-598, hier: S. 594.

³³⁴ Vgl. *H. Reichelt*, Medikamentenkonsum und Alter: Ein Blick in den "Durchschnitts-Arzneischränk", in: *Die Ortskrankenkasse*, 69. Jg. (1987), S. 347-349, hier: S. 348 f.

³³⁵ Vgl. *K. Schaper*, Selbstbeteiligung in der GKV? Zur wissenschaftlichen Auseinandersetzungen und sozialpolitischen Problematik, in: *Soziale Sicherheit*, 30. Jg. (1981), S. 141-146, hier: S. 146.

gung der medizinischen Versorgung für Bezieher kleiner Einkommen hinzu³³⁶. Es ist deshalb wichtig, daß die Selbstbeteiligung so ausgestaltet wird, daß sich die unerwünschten Nebenwirkungen in engen Grenzen halten³³⁷.

Zur Vermeidung der sozialen Härten werden üblicherweise Ausnahmeregelungen für die sozial Schwachen eingebaut. Dadurch wird die Steuerungswirkung der Selbstbeteiligung geschwächt³³⁸. Bei der ganzen Problematik gewinnt schließlich die technische Ausgestaltung der Arzneikostenbeteiligung besondere Bedeutung³³⁹.

³³⁶ Vgl. *W. Albers*, Ungereimtheiten im System der Sozialen Sicherheit in der Bundesrepublik Deutschland: Ursachen und Reformmöglichkeiten, in: *Finanzarchiv N.F.*, Bd. 42 (1984), S. 613-629, hier: S. 621.

³³⁷ Vgl. *W. Hartmann-Besche*, Arzneikostenanteil: Merkliche Umverteilung oder merkliche Steuerungs?, in: *Die Ortskrankenkasse*, 67. Jg. (1985), S. 717-720, hier: S. 717.

³³⁸ Vgl. *M. Pfaff*, Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig "sozial tragbar" und "kostendämpfend" sein?, in: *Sozialer Fortschritt*, 34. Jg. (1985), S. 272-276, hier: S. 276.

³³⁹ Ähnlich bei *G. Schmolders, K.-H. Hansmeyer*, *Allgemeine Steuerlehre*, 5., neu bearbeitete Aufl., Berlin 1980, S. 105.

Kapitel 5

Wirkungsanalysen der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung

In diesem Kapitel soll untersucht werden, ob und inwieweit in der GKV-Arzneimittelversorgung die übermäßige Inanspruchnahme, die sich vor allem in der Ausweitung der Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel und in der Verbrauchsumschichtung zu den teureren Arzneimitteln niederschlägt, durch die Selbstbeteiligungsregelungen tatsächlich gesteuert werden kann. Aufgrund der im Kapitel 3 dargestellten Beurteilung der verschiedenen Selbstbeteiligungsformen empfehlen sich eine absolute Abzugsfranchise und eine prozentuale Selbstbeteiligung, die nach oben begrenzt ist. Außerdem sind beide Grundmodelle nicht nur in der Entwicklung der Arzneikostenbeteiligung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch in vielen anderen europäischen Ländern^{340,341} von ausschlaggebender Bedeutung. Deshalb werden anhand einer graphischen Präsentation die Wirkungen der prozentualen Selbstbeteiligung und absoluten Abzugsfranchise analysiert. Die folgenden Analysen gehen davon aus, daß die drei Voraussetzungen für die Wirksamkeit einer Selbstbeteiligung (Moral-Hazard-Verhalten, Konsumentensouveränität des Versicherten und Merklichkeit) schon erfüllt sind.

³⁴⁰ Vgl. *M.L. Burstall*, *Europe After 1992: Implications for Pharmaceuticals*, in: *Health Affairs*, Vol. 10, Nr. 3 (Fall 1991), S. 157-171, hier: S. 160.

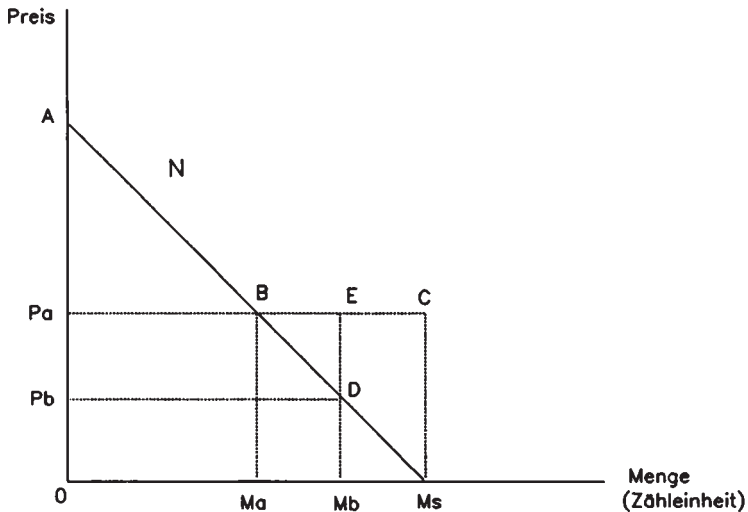
³⁴¹ Vgl. *Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (Hrsg.), *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*, 2., erweiterte Aufl., (Gesundheitsforschung, Forschungsbericht, Bd. 160), Bonn 1990, (zugleich: *Laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung*, von *M. Schneider*, *J.H. Sommer*, *A. Keçeci*, *L. Scholtes*, *A. Welzel*, Ausgabe 1989), S. 80 ff.

5.1. Steuerungsmaßnahme: Prozentuale Selbstbeteiligung

5.1.1. Wirkungen auf die Ausweitung der Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel

Bei einer prozentualen Selbstbeteiligung hat der Versicherte einen bestimmten Prozentsatz α (z.B. 10%, 20%) der Arzneimittelkosten selbst zu tragen. Nunmehr ist das Arzneimittel vom Versicherten nicht zum Nulltarif zu erhalten, sondern zu einem Preis von P_b ($= \alpha \cdot P_a$), wobei P_a den vorgegebenen Arzneimittelpreis

Abb. 5.1: Wirkungen einer prozentualen Selbstbeteiligung auf die Nachfrage identischer Arzneimittel



N = Nachfragekurve des Patienten

M_s = Sättigungsmenge

bezeichnet. Statt der Sättigungsmenge M_s ist die Menge M_b nachgefragt³⁴², dafür hat aber die Krankenkasse effektiv den Preis P_a auf dem Markt zu bezahlen (vgl. Abb. 5.1)³⁴³.

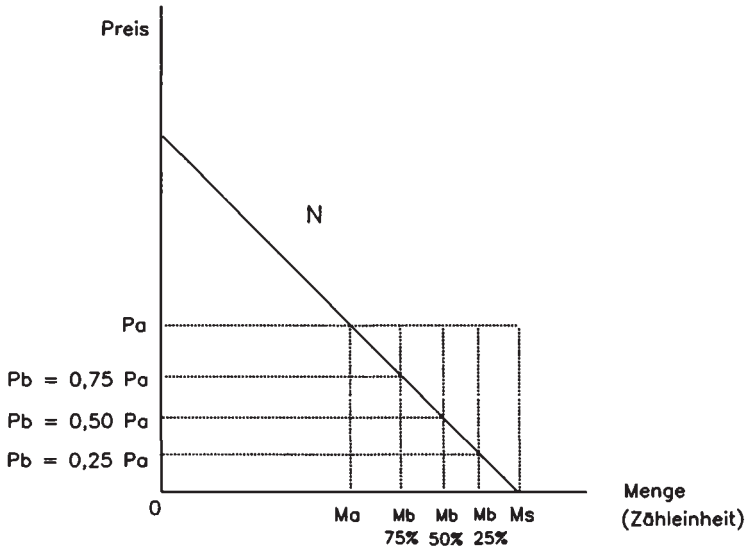
Mit der prozentualen Selbstbeteiligung wird der Anreiz, größere Arzneimittelpackung nachzufragen, *ceteris paribus* verringert. Dies führt insgesamt zu einer Kostendämpfungswirkung der Arzneimittelausgaben in Höhe von $\square ECM_s M_b$ ($= \square P_a C M_s O - \square P_a E M_b O$) (vgl. Abb. 5.1). Allerdings muß die Selbstbeteiligungshöhe für den Versicherten spürbar sein. Neben dem verhaltenssteuernden Effekt ergibt sich für die Krankenkasse noch ein Finanzierungseffekt ($P_b \cdot M_b = \square P_b D M_b O$), der durch Kostenverlagerung von der Krankenkasse auf den Versicherten zustande kommt. Die von der Krankenkasse zu tragenden Arzneimittelkosten belaufen sich dann $\square P_a E M_b O - \square P_b D M_b O = \square P_a E D P_b$.

Die Steuerungswirkung der prozentualen Selbstbeteiligung steigt mit zunehmendem Kostenanteil des Versicherten (vgl. Abb. 5.2). Soweit der Versicherte seine Arzneimittelkosten nicht vollständig (100%) selbst bezahlt, bestehen immer noch eine Überanspruchnahme ($M_b - M_a$) und ein Wohlfahrtsverlust.

³⁴² Wie im letzten Kapitel (4.1.3.2.) gelten hierbei die vereinfachenden Annahmen: (1) Die identische Arzneimittel beschränken sich auf die Arzneimittel mit gleichem Handelsnamen, Darreichungsform und Stärke. (2) Als Mengeneinheit des Arzneimittels gilt nicht die Anzahl der Packungen, sondern die Zählheit des Arzneimittels. (3) Die Unterschiede der Stückpreise zwischen großen und kleinen Packungen sind vernachlässigt worden.

³⁴³ Vgl. W. Schulz, Selbstbeteiligungsmodelle im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 14. Jg. (1985), S. 63-68, hier: S. 65 f.

Abb. 5.2: Wirkungen unterschiedlich hoher prozentualer Selbstbeteiligung auf die Nachfrage identischer Arzneimittel



5.1.2. Wirkungen auf die Verbrauchsumschichtung zum teureren Arzneimittel

Bei vollem Versicherungsschutz erwartet der Versicherte vom Arzt die Verordnung des besten Arzneimittels unabhängig von dessen Preis. Durch eine prozentuale Selbstbeteiligung des Versicherten erhöht sich sein Kostenbewußtsein und verringert sich seine Nachfrage. Bei einer einheitlichen prozentualen Selbstbeteiligung hat der Versicherte für das teurere Arzneimittel mehr zu bezahlen. Er wird sich kostenbe-

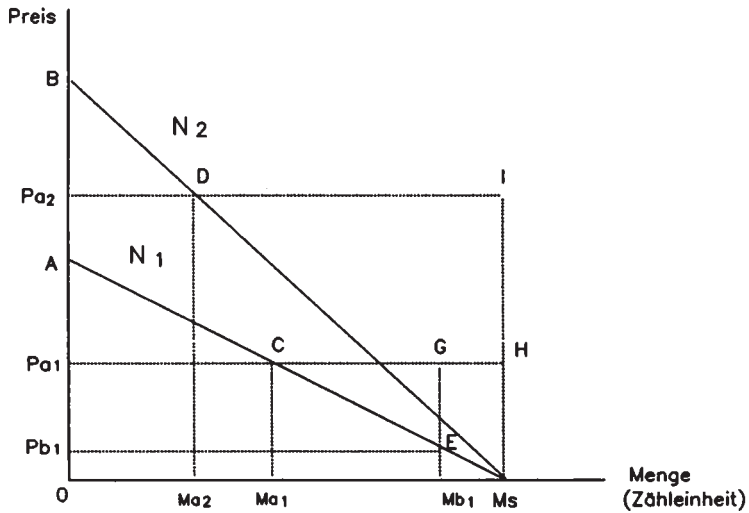
wußter verhalten und das billigere Nachahmerpräparat in Anspruch nehmen³⁴⁴. Allerdings muß die Selbstbeteiligungshöhe für den Versicherten merklich sein. Hierbei hängt eine spürbare Kostenbeteiligung des Versicherten jedoch in erster Linie vom absoluten Zuzahlungsbetrag ab³⁴⁵.

Anschließend läßt sich das Entscheidungskalkül des Versicherten mit Hilfe der Abb. 5.3 erläutern. Bei einer α %igen Selbstbeteiligung wird der Versicherte das Nachahmerpräparat wählen und den Preis P_{bI} ($= \alpha \cdot P_{aI}$) bezahlen. Die entsprechende Nachfragemenge ist M_{bI} . Die möglichen Aufwendungen des Versicherten für Nachahmerpräparate betragen $P_{bI} \cdot M_{bI}$ ($= \square P_{bI}EM_{bI}O$). Für die tatsächlich nachgefragte Menge M_{bI} vom Nachahmerpräparat hat die Krankenkasse effektiv den Preis P_{aI} auf dem Markt zu bezahlen. Die Arzneimittelausgaben belaufen sich insgesamt $\square P_{aI}GM_{bI}O$. Hierbei beträgt die Kostendämpfungswirkung einer prozentualen Selbstbeteiligung $\square P_{a2}IM_sO - \square P_{aI}GM_{bI}O = \square P_{a2}IHP_{aI} + \square GHM_sM_{bI}$. Die reine Steuerungswirkung auf eine Verbrauchumschichtung zum teureren Originalpräparat beträgt $\square P_{a2}IHP_{aI}$, während $\square GHM_sM_{bI}$ die Steuerungswirkung auf eine Ausweitung der Packungsgröße des Nachahmerpräparates angibt.

³⁴⁴ Wie im letzten Kapitel (4.1.3.3. und 4.1.3.4.) gelten hierbei die vereinfachenden Annahmen: (1) Für die Therapie einer bestimmten Erkrankung befinden sich zwei Arzneimittel (z.B. ein teureres Originalpräparat und dessen Nachahmerpräparat) auf dem Markt. (2) In einem Rezeptblatt wird jeweils nur eins von beiden Arzneimitteln verordnet. (3) Bei der Therapie einer bestimmten Erkrankung sind die Sättigungsmengen für beide Arzneimittel gleich. (4) Bei keinem Versicherungsschutz wird der Versicherte das billigere Nachahmerpräparat in Anspruch nehmen.

³⁴⁵ Vgl. R. Reher, H. Reichelt, Arzneimittelversorgung: Vorschlag für ein qualitätsorientiertes Selbstbeteiligungsmodell, in: Soziale Sicherheit, 40. Jg. (1991), S. 195-203, hier: S. 198 f.

Abb. 5.3: Wirkungen einer einheitlichen prozentualen Selbstbeteiligung auf die Verbrauchsumschichtung zwischen Arzneimitteln



N_1 = Nachfragekurve nach dem Nachahmerpräparat

N_2 = Nachfragekurve nach dem Originalpräparat

P_{a1} = gegebener Preis vom Nachahmerpräparat

P_{a2} = gegebener Preis vom Originalpräparat

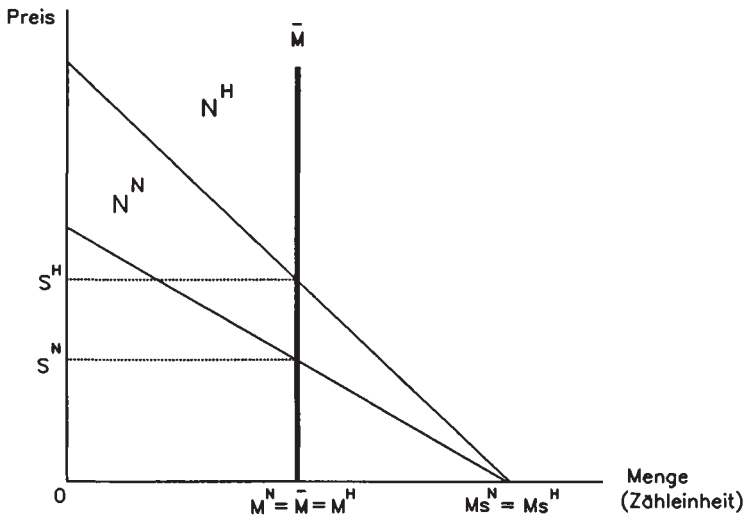
Allerdings bringt eine nachfragedämpfende prozentuale Selbstbeteiligung gleichzeitig eine negative Verteilungswirkung mit sich. Die Direktbeteiligung des Versicherten wird unbegrenzt mit zunehmender Inanspruchnahme und mit zunehmendem Arzneimittelpreis steigen, wenn keine Höchstgrenze der Selbstbeteiligung festgelegt wird. Obwohl in praxi die prozentuale Selbstbeteiligung auch mit einer undifferenzierten Höchstgrenze durchgeführt wurde³⁴⁶, wird ein sozial gestaffelter Höchstbetrag der Selbstbeteiligung (z.B. ein an die individuellen Einkommenshöhe gekoppelter Höchstbetrag) nicht selten gefordert^{347,348}. Dadurch kann trotz einer wirksamen Selbstbeteiligung eine medizinisch notwendige Versorgung mit Arzneimitteln gesichert werden. Das Konzept läßt sich graphisch in Abb. 5.4 darstellen. Zur Vermeidung der Unterversorgung darf die Selbstbeteiligungshöhe für den Bezieher niedrigerer Einkommen nicht höher als S^N , während sie für den Bezieher höherer Einkommen bis auf S^H ansteigen kann.

³⁴⁶ Z.B. von 1970 bis 30.06.1977: 20% der Arzneimittelkosten, höchstens 2,50 DM je Rezept.

³⁴⁷ Vgl. W. Albers, Strukturfragen aus ökonomischer, finanzwissenschaftlicher und sozialer Sicht: Auswirkungen der Steuerung von Leistungen und Einkommensteilen durch die GKV. Bestandsaufnahme und Perspektiven, in: *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)* (Hrsg.), Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, (WIdO-Materialien, Bd. 21), Bonn 1983, S. 45-64, hier: S. 59 f.

³⁴⁸ Vgl. E. Knappe, Ordnungspolitische Probleme im Gesundheitssektor der Bundesrepublik Deutschland und Direktbeteiligung der Patienten, in: G. Duru, R. Launois, F. Schneider, J.-M. Graf v.d. Schulenburg (Hrsg.), *Ökonomische Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Frankreich*, Frankfurt, New York, Paris 1989, S. 39-58, hier: S. 51.

Abb. 5.4: Inanspruchnahme von Arzneimitteln bei einer einkommensabhängigen Selbstbeteiligung



- N^N = Nachfragekurve des Bezieher niedrigerer Einkommen nach Arzneimitteln
- N^H = Nachfragekurve des Bezieher höherer Einkommen nach Arzneimitteln
- M_s^N = Sättigungsmenge des Bezieher niedrigerer Einkommen nach Arzneimitteln
- M_s^H = Sättigungsmenge des Bezieher höherer Einkommen nach Arzneimitteln
- \bar{M} = medizinisch notwendige Versorgung mit Arzneimitteln
- S^N = Höchstbetrag der Selbstbeteiligung für den Bezieher niedrigerer Einkommen
- S^H = Höchstbetrag der Selbstbeteiligung für den Bezieher höherer Einkommen
- M^N = Nachfragemenge des Bezieher niedrigerer Einkommen nach Arzneimitteln bei Selbstbeteiligungshöhe S^N
- M^H = Nachfragemenge des Bezieher höherer Einkommen nach Arzneimitteln bei Selbstbeteiligungshöhe S^H

5.2. Steuerungsmaßnahme: Absolute Abzugsfranchise

Unter den verschiedenen Selbstbeteiligungsformen in der GKV-Arzneimittelversorgung wird die absolute Abzugsfranchise ("absolute Zuzahlung", "Selbstbehalt") am häufigsten durchgeführt. Zu diesem Grundmodell gehören "Gebühr je Rezept" (1930-1969), "Gebühr je verordnetes Arzneimittel" (1982-1992) und "gestaffelte Zuzahlung je verordnetes Arzneimittel" (ab 1993). Welche Wirkungen sind von der absoluten Abzugsfranchise tatsächlich zu erwarten? Besitzt sie theoretisch ein stärkeres Steuerungspotential zur Kostendämpfung der Arzneimittelausgaben als die prozentuale Selbstbeteiligung? Solche Themen sind Gegenstand dieses Abschnittes. Bei den Wirkungsanalysen der absoluten Abzugsfranchise ist "Gebühr je verordnetes Arzneimittel" als grundlegendes Beispiel gewählt.

5.2.1. Wirkungen auf die Ausweitung der Packungsgröße innerhalb identischer Arzneimittel

Bei einer absoluten Abzugsfranchise hat der Versicherte die Arzneimittelkosten bis zu einem festgelegten Betrag F , z.B. 3,- DM je verordnetes Arzneimittel, selbst zu bezahlen. Übersteigen die tatsächlichen Arzneimittelkosten den Betrag F , übernimmt die Krankenkasse dann die Kosten abzüglich dieses Selbstbehaltes. Die absolute Zuzahlung je Arzneimittel ist von der Packungsgröße unabhängig, dadurch ist die durchschnittliche Zuzahlung je Zählleinheit innerhalb größerer Arzneimittelpackung niedriger als die innerhalb kleiner Arzneimittelpackung. Es gilt

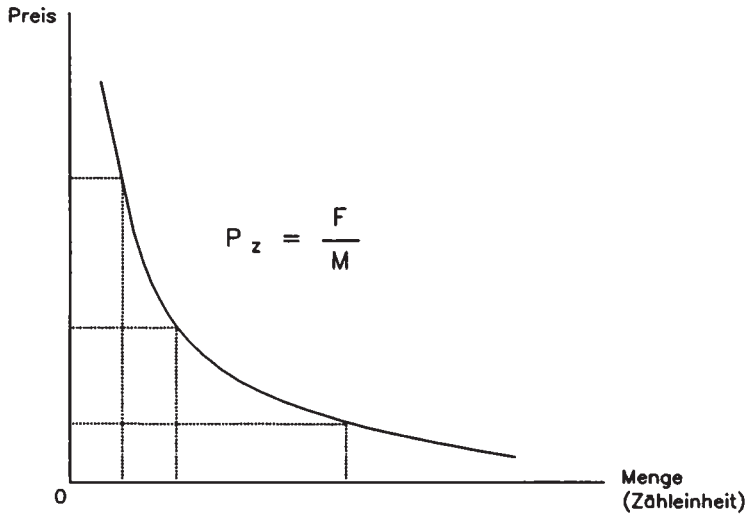
$$\frac{d F}{d M} = 0 \quad , \quad (5.1)$$

$$\frac{d \frac{F}{M}}{d M} < 0 \quad , \quad (5.2)$$

wobei

- F = festgelegter Höchstbetrag der Selbstbeteiligung,
 M = Nachfragemenge (in Zählerleinheit),
 F/M = durchschnittliche Zuzahlung je Zählerleinheit.

Abb. 5.5: Beziehung zwischen Arzneimittelpackung und durchschnittlicher Zuzahlung pro Zählerleinheit



Diese Beziehungen lassen sich anhand einer Hyperbel veranschaulichen (vgl. Abb. 5.5). Für die Hyperbel gilt

$$F = P_z \cdot M, \quad (5.3)$$

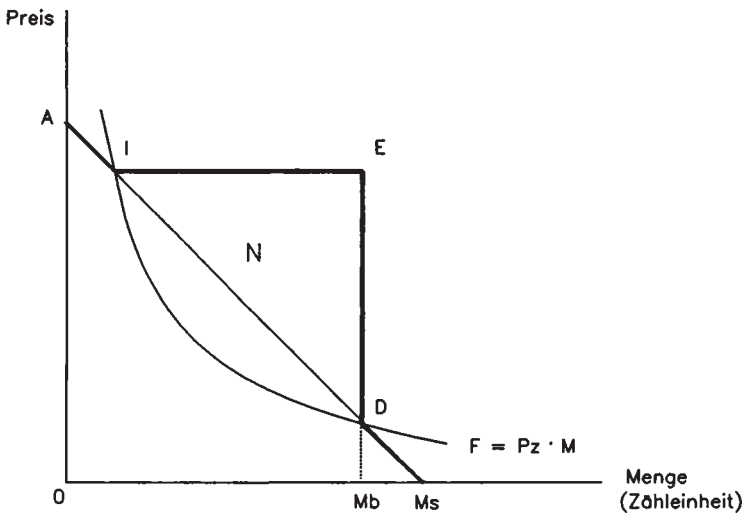
$$P_z = \frac{F}{M}, \quad (5.4)$$

wobei

P_z = durchschnittliche Zuzahlung je Zählerleinheit.

Je größer die Arzneimittelpackung ist, desto niedriger ist die durchschnittliche Zuzahlung je Zählleinheit. Hierbei kann diese Hyperbel als eine Hilfslinie zur Ermittlung der Grenzbelastung dienen.

Abb. 5.6: Nachfragereaktion bei einer absoluten Abzugsfranchise

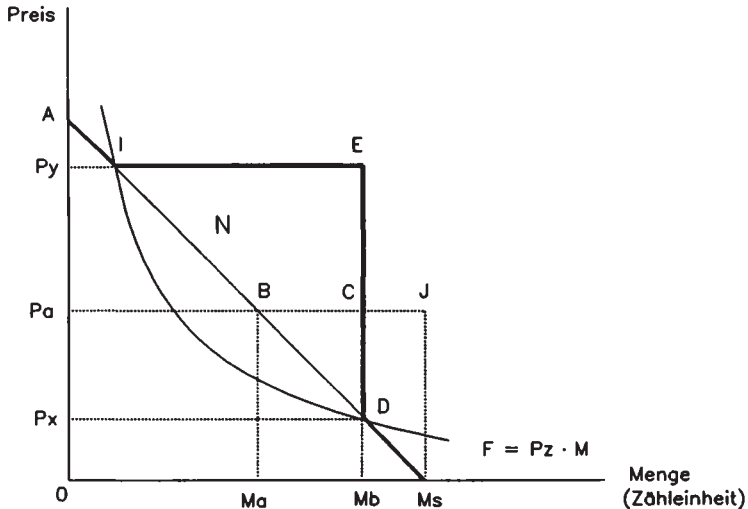


*Quelle: Ähnlich bei J.-M. Graf v.d. Schulenburg, *Selbstbeteiligung*, a.a.O., S. 48; W. Schulz, *Der "Markt" für ambulante ärztliche Leistungen - eine mikroökonomische Analyse*, a.a.O., S. 283.*

Anschließend wird die Nachfragereaktion bei einer absoluten Abzugsfranchise untersucht. Liegen die Preis-Mengen-Kombinationen auf der Nachfragekurve des Versicherten unterhalb der Hyperbel (Strecke AI und DM_s) (vgl. Abb. 5.6), sind die möglichen Arzneimittelaufwendungen des Versicherten niedriger als der festgelegte Betrag F . Hierbei hat der Versicherte alle Arzneimittelkosten selbst zu tragen. Liegen aber die Preis-Mengen-Kombinationen auf der Nachfragekurve des Versicherten oberhalb der Hyperbel (Strecke ID), sind die möglichen Arzneimittelauf-

wendungen des Versicherten höher als der festgelegte Betrag. Hierbei hat der Versicherte nur den Kostenanteil in Höhe vom festen Betrag F selbst zu bezahlen. Die überschießenden Arzneimittelkosten werden voll von der Krankenkasse übernommen, was dem Versicherten ein Anreiz dazu ist, sich eine größere Arzneimittelpackung verordnen zu lassen. In diesem Fall wird der Versicherte die Nachfragemenge M_b wählen, wobei der Grenznutzen den Grenzkosten gleich ist und auch die Nutzen-Kosten-Differenz maximal ist. Zusammenfassend hat die absolute Abzugsfranchise einen besonderen "Null-Eins-Charakter"³⁴⁹ bei der Nachfragerreaktion und bei alternativen Marktpreisen verläuft die tatsächlich gewünschte Arzneimittelnachfrage $AIEDM_s$.

Abb. 5.7: Wirkungen einer absoluten Abzugsfranchise auf die Nachfrage identischer Arzneimittel (Fall 1)

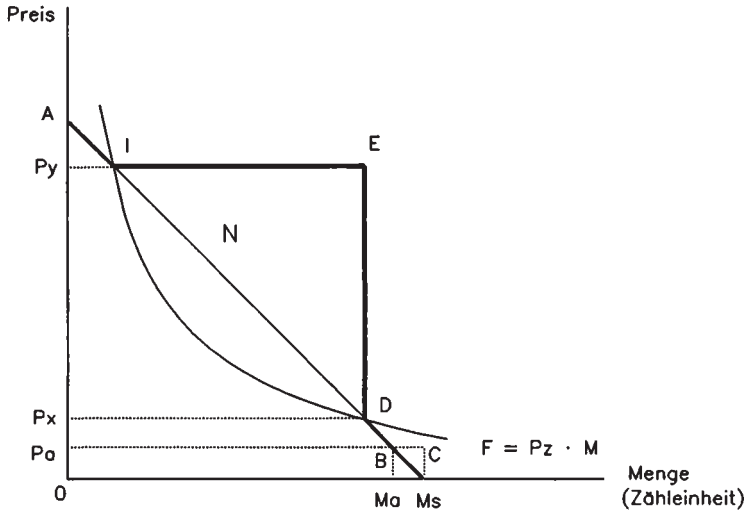


Bei einem vorgegebenen Arzneimittelpreis P_a , der zwischen P_x und P_y liegt (vgl.

³⁴⁹ F.E. Münnich, Zur Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung, in: Pharmazeutische Zeitung, 125. Jg. (1980), S. 1143-1152, hier: S. 1151.

Abb. 5.7), ist die Nachfragemenge nach Einführung einer absoluten Abzugsfranchise stets die Nachfragemenge M_b . Obwohl die Arzneimittelausgaben um $\square CJM_s M_b$ ($= \square P_a J M_s O - \square P_a C M_b O$) gedämpft werden, bleibt immer noch eine Überanspruchnahme in Höhe von $M_b - M_a$. In diesem Fall erzielt die absolute Abzugsfranchise insgesamt eine Steuerungswirkung in Höhe von $\square CJM_s M_b$ und eine Finanzierungswirkung in Höhe von $\square P_x D M_b O (= F)$.

Abb. 5.8: Wirkungen einer absoluten Abzugsfranchise auf die Nachfrage identischer Arzneimittel (Fall 2)

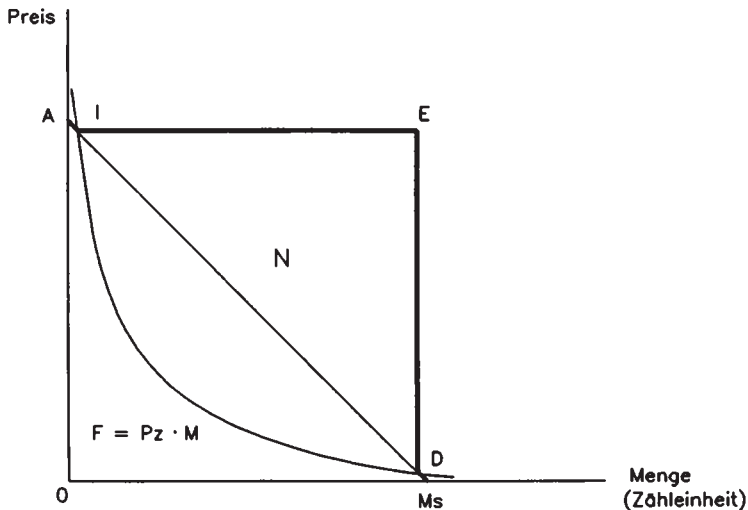


Wenn der gegebene Arzneimittelpreis P_a zwischen 0 und P_x oder zwischen P_y und A liegt (vgl. Abb. 5.8), kann ein wirksamerer Steuerungseffekt erzielt werden. In diesem Fall ist die Nachfragemenge nach Einführung einer absoluten Abzugsfranchise nicht mehr die Sättigungsmenge M_s , sondern sie wird durch den Marktpreis P_a bestimmt und beträgt M_a . Die Überanspruchnahme bei vollem Versicherungsschutz ($M_s - M_a$) ist vollkommen beseitigt. Die Arzneimittelausgaben betragen nun $P_a \cdot M_a = \square P_a B M_a O$. Der Steuerungseffekt einer absoluten Abzugsfranchise

beläuft sich $\square P_aCM_sO - \square P_aBM_aO = \square BCM_sM_a$. Gleichzeitig wird eine Finanzierungswirkung in Höhe von $\square P_aBM_aO$ erzielt. Im Ergebnis wird der Versicherte mit allen entstandenen Arzneimittelkosten direkt belastet. Allerdings ist eine derartige Steuerungswirkung bei der geringen Höhe der Abzugsfranchise nur von marginaler Bedeutung bei der Kostendämpfung in der GKV-Arzneimittelversorgung.

Wegen des "Null-Eins-Charakters" der absoluten Abzugsfranchise hängt das Steuerungspotential derartiger Selbstbeteiligung wesentlich von ihrer Gestaltung ab. Ist der festgelegte Betrag gering, ist ein wirksamer Steuerungseffekt auf die Ausweitung der Packungsgröße kaum zu erwarten (vgl. Abb. 5.9).

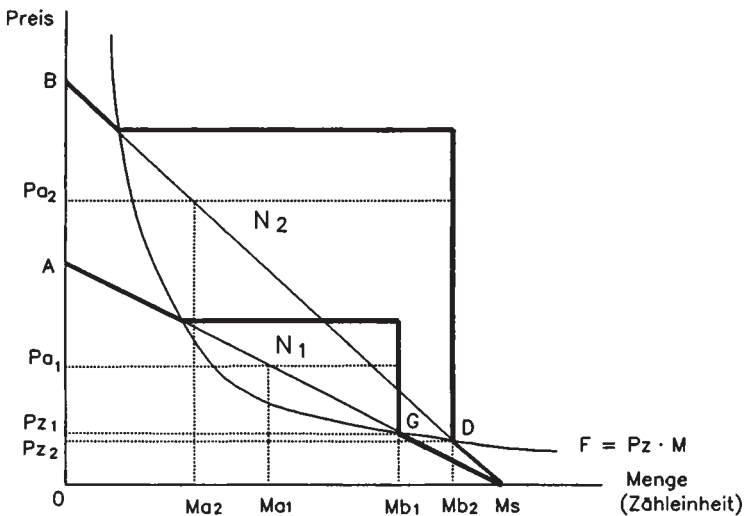
Abb. 5.9: Wirkungen einer absoluten Abzugsfranchise auf die Nachfrage identischer Arzneimittel (Fall 3)



5.2.2. Wirkungen auf die Verbrauchsumschichtung zum teureren Arzneimittel

Durch eine absolute Abzugsfranchise wird die ursprüngliche relative Preisrelation der Arzneimittel verändert. Das teurere Originalpräparat wird davon profitieren, da es dem Versicherten stärker verbilligt zu sein scheint. Ob der Versicherte bei einer absoluten Abzugsfranchise nach wie vor das teurere Originalpräparat in Anspruch nimmt, ist Gegenstand folgender Analysen.

Abb. 5.10: Wirkungen einer absoluten Abzugsfranchise auf die Verbrauchsumschichtung zum teureren Arzneimittel



Abgesehen von extremen Fällen, wird unterstellt, daß die Arzneimittelaufwendungen des Versicherten sowohl für das Originalpräparat als auch für das Nachahmerpräparat den festgelegten Betrag F übersteigen, d.h. der Versicherte hat für das jeweilige Arzneimittel den Höchstbetrag F zu bezahlen. Bei gegebenem Arzneimittelpreis P_{a1} vom Nachahmerpräparat ist die Nachfragemenge bis zur Nachfragemenge M_{b1} ausgedehnt (vgl. Abb. 5.10). Bei gegebenem Arzneimittelpreis P_{a2}

vom Originalpräparat wird die Nachfragemenge bis M_{b2} ausgeweitet. Nimmt der Versicherte das Originalpräparat in Anspruch, ist die Nutzen-Kosten-Differenz in Höhe von $\square BDM_{b2}O - \square P_{z2}DM_{b2}O (= \Delta BDP_{z2})$. Wählt der Versicherte das Nachahmerpräparat, dann ist die Nutzen-Kosten-Differenz in Höhe von $\square AGM_{b1}O - \square P_{z1}GM_{b1}O (= \Delta AGP_{z1})$. Mit gleichen Kosten $F (= \square P_{z2}DM_{b2}O = \square P_{z1}GM_{b1}O)$ ist die Nutzen-Kosten-Differenz beim Originalpräparat höher als die beim Nachahmerpräparat ($\Delta BDP_{z2} > \Delta AGP_{z1}$). Daher wird der Versicherte tatsächlich das teurere Originalpräparat in Anspruch nehmen. In diesem Fall hat eine absolute Abzugsfranchise keine Steuerungswirkung auf das Moral-Hazard-Verhalten im Hinblick auf eine Verbrauchsumschichtung zum teureren Arzneimittel. Es handelt sich nur um eine reine Finanzierungsverlagerung von der Krankenkasse auf den Versicherten.

Kapitel 6

Zusammenfassung

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stiegen von 1980 bis 1991 um insgesamt 94 Prozent an. Ihr Zuwachs war weit stärker als die Zunahme des Bruttosozialproduktes sowie der Bruttolohn- und Gehaltssumme. Eine wesentliche Ursache für die Kostenexplosion liegt an den Marktunvollkommenheiten, die durch Intransparenz des Angebotes und gemeinsame Beteiligung von Versicherten, Arzt sowie Krankenkasse an Nachfrage bedingt werden.

Zu einer angemessenen Interpretation der GKV-Arzneimittelausgaben ist eine Zerlegung der Wachstumskomponenten erforderlich. Aus einem Laspeyres-Preisindex und einem Paasche-Mengenindex läßt sich die Entwicklung der Fertigarzneimittelausgaben berechnen. Weiter kann der Mengenindex in Mengen- und Strukturkomponenten untergliedert werden. Statistisch ist die überproportionale Ausgabenexpansion der GKV-Arzneimittelversorgung zum großen Teil der Strukturkomponente zuzuschreiben, bei der die Verschiebung zur größeren Packung identischer Arzneimittel und anderen teureren, aber aus pharmakologischer Sicht nur teilweise neuen Arzneimitteln überwiegt.

Die Steuerung der Arzneimittelversorgung kann an verschiedenen Stellen ansetzen. Zum einen kann der Staat mit dirigistischen Eingriffen festlegen, für welche Arzneimittel eine Erstattung der Kosten durch die Krankenkassen bewilligt bzw. ausgeschlossen wird (*Positivliste, Negativliste*). Die andere Möglichkeit besteht darin, daß die Marktsteuerung durch mehr Transparenz oder bessere Information über vergleichbare Arzneimittel verbessert wird. Außerdem ist eine Verstärkung des Wettbewerbs mit dem Ziel von Preissenkungen wichtig. Schließlich kann das ärztliche Ordnungsverhalten durch Regulierung oder wirtschaftliche Anreize beeinflußt

werden, wobei das ärztliche Kostenbewußtsein verstärkt und der sachkundige Arzneimitteleinsatz verbessert wird. Mögliche Instrumente sind Wirtschaftlichkeitsgebot, Arzneimittelrichtlinien, Richtgrößen, wobei bei Verstößen Sanktionen gegen Ärzte ergriffen werden: Wirtschaftlichkeitsprüfung und Arzneimittelbudget. Als Steuerungsinstrument zur Beeinflussung des Patientenverhaltens dient vor allem eine Selbstbeteiligung des Versicherten.

Unter risikotheorietischer Betrachtungsweise liegt eine Selbstbeteiligung des Versicherten dann vor, wenn statt der vollständigen Risikoübertragung nur ein gewisser Anteil des Risikos abgegeben wird. Gängige Selbstbeteiligungsmodelle sind selektiver Ausschluß von Leistungen, prozentuale Selbstbeteiligung, absolute Abzugsfranchise, Integralfranchise, feste Gebühren, Versicherungssummenbegrenzung und Indemnitätsregelungen. In der Entwicklung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind verschiedene Formen der Arzneikostenbeteiligung ergriffen worden. Die Maßnahmen bestehen vor allem aus einer prozentualen Selbstbeteiligung (1923-1930, 1970-1977) und einer absoluten Abzugsfranchise. Letztere enthält eine Gebühr pro Rezept (1930-1969), eine Gebühr pro Arzneimittel (1982-1992) und eine gestaffelte Zuzahlung pro Arzneimittel (ab 1993). Nach empirischen Befunden erzielt allerdings die bisherige Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung keinen dauerhaften Steuerungseffekt. Trotz einer kurzfristig kostendämpfenden Wirkung, die offenbar mit dem vorangegangenen Vorwegnahmeeffekt in Zusammenhang steht, bleibt die Trendentwicklung der Arzneimittelausgaben nahezu unverändert.

Aus theoretischen Überlegungen sind drei Voraussetzungen für einen Steuerungseffekt der Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erfüllen. Die notwendigen Voraussetzungen sind

1. Vorhandensein vom Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten bei vollem Versicherungsschutz,

2. Konsumentensouveränität des Versicherten bei der Bestimmung der Inanspruchnahme von Arzneimitteln,
3. Mercklichkeit der Selbstbeteiligung.

Ad 1. Aufgrund asymmetrischer Informationsstruktur wird der nutzenmaximierende Versicherte versuchen, seine Nachfrage nach Arzneimitteln bei vollem Versicherungsschutz bis zur Sättigungsmenge auszudehnen. Die scheinbare individuelle Rationalität führt allerdings zu sozialen Wohlfahrtsverlusten und steht im Widerspruch zur kollektiven Rationalität.

Außerdem schlägt sich das spezifische Moral-Hazard-Verhalten in der GKV-Arzneimittelversorgung in verschiedenen Formen nieder:

- (1) Moral-Hazard-Verhalten auf der Mengenseite:
Der Umfang der verordneten Arzneimittel wird bis zur Sättigungsmenge ausgedehnt.
- (2) Moral-Hazard-Verhalten im Hinblick auf die Struktur der Arzneimittel - Beeinflussung des Medikamentenverbrauchs innerhalb identischer Arzneimittel oder zwischen Arzneimitteln mit vergleichbaren Wirkstoffen:
 1. Beeinflussung der Packungsgröße:
Die größte Packung identischer Arzneimittel wird nachgefragt.
 2. Beeinflussung der Darreichungsform:
Die teuerste Darreichungsform identischer Arzneimittel wird nachgefragt.
 3. Beeinflussung der Entscheidung für vergleichbare Wirkstoffe:
Das teuerste Arzneimittel wird nachgefragt.

Ad 2. Der verordnende Arzt, der seinem Patienten nicht als Anbieter, sondern allein als Berater dient, spielt bei der Entscheidung über Art und Umfang der eingesetzten Arzneimittel eine Schlüsselrolle. Die mißbräuchliche Inanspruchnahme von Arzneimitteln wird dann realisiert, wenn der Versicherte in der Lage ist, das Verord-

nungsverhalten des Arztes zu beeinflussen. Abgesehen von wenigen Ausnahmen ist aber der Honoraranspruch des Arztes für seine Beratung davon unabhängig, ob dabei Medikamente verschrieben worden sind. Deshalb kann man nicht unmittelbar davon ausgehen, daß der Arzt mehr Arzneimittel verschreibt, als medizinisch notwendig sind. Indirekt wird die Verschreibungspraxis des Arztes allerdings von Patientenwünschen und der Furcht vor Regreßforderungen beeinflusst.

Je schärfer die Konkurrenz zwischen den Ärzten ist, um so schwerer fällt es ihnen, sich Patientenwünschen zu widersetzen. Je höher die Regreßforderungen sind, desto stärker stellt sich der Arzt auf das medizinisch Notwendige ein. Verhält sich der Arzt bei der Verschreibung unabhängig von den Patientenwünschen, ist die Konsumentensouveränität des Versicherten verletzt. Verhält sich der Arzt als Sachwalter seines Patienten bei der Verschreibung, ist die Voraussetzung für eine nachfragesteuernde Selbstbeteiligung erfüllt. Je perfekter diese Agenten-Beziehung zwischen Arzt und Patienten ist, desto stärker ist die Konsumentensouveränität des Patienten. In der Regel wird sich der Arzt medizinisch nicht gerechtfertigten Verschreibungswünschen der Patienten nur in beschränktem Umfang widersetzen.

Ad 3. Schließlich tritt ein Steuerungseffekt der Selbstbeteiligung erst ein, wenn der Kostenanteil des Versicherten einen bestimmten Schwellenwert überschreitet. Wegen negativer Verteilungswirkungen der Selbstbeteiligung besteht bis zu einem gewissen Grad immer ein Widerspruch zwischen dieser Merkhlichkeit und der Sozialverträglichkeit. Zur Vermeidung von sozialen Härten werden üblicherweise Ausnahmeregelungen für die sozial Schwachen eingebaut. Dadurch wird das Steuerungspotential der Selbstbeteiligung allerdings geschwächt. In der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch das Solidaritätsprinzip geprägt ist, gewinnt insbesondere die politische Durchsetzbarkeit eine entscheidende Bedeutung.

Die ökonomische Konsumtheorie ist im Grund auf die Analyse des Patientenverhaltens bei der Arzneimittelversorgung übertragbar, soweit die Nachfrage preiselastisch ist und der Patient einen Entscheidungsspielraum bei der Bestimmung der Inan-

spruchnahme von Arzneimitteln hat. In dieser Arbeit wird ein vereinfachtes Nachfragemodell nach Arzneimitteln konstruiert. Dieses Modell ist dadurch gekennzeichnet, daß als Mengeneinheit des Arzneimittels nicht die Anzahl der Packungen, sondern die Zählheit des Arzneimittels gilt. Die Nachfrage nach größerer Arzneimittelpackung kann daher als die Nachfrage nach mehr Zählheiten des Arzneimittels betrachtet werden.

Mit einer prozentualen Selbstbeteiligung wird der Anreiz zu mehr Arzneimitteln *ceteris paribus* verringert und eine Tendenz zu teureren Arzneimitteln gebremst. Daher erzielt eine prozentuale Selbstbeteiligung nicht nur einen Finanzierungseffekt, sondern generell einen nachfragedämpfenden Steuerungseffekt, soweit die Selbstbeteiligungshöhe für den Versicherten spürbar ist. Je höher der Kostenanteil des Versicherten ist, desto stärker ist die Steuerungswirkung der prozentualen Selbstbeteiligung. Soweit der Versicherte seine Arzneimittelkosten nicht vollständig selbst bezahlt, besteht die Gefahr einer Überinanspruchnahme mit Wohlfahrtsverlusten.

Bei einer absoluten Abzugsfranchise tritt ein wirksamer Steuerungseffekt nur soweit ein, wie die Arzneimittelaufwendungen des Versicherten niedriger als der Abzugsbetrag sind. Überschreitet die Inanspruchnahme von Arzneimitteln die Franchise nicht, muß der Versicherte die Kosten voll tragen, so daß keine Überinanspruchnahme von Arzneimitteln besteht. Allerdings kann bei einem relativ niedrig festgelegten Betrag die Steuerungswirkung nur von marginaler Bedeutung sein. Übersteigen die ursprüngliche Arzneimittelaufwendungen des Versicherten die festgelegte Franchise, nimmt der Anteil der Selbstbeteiligung an den Ausgaben ab, so daß sich die nachfragebeschränkende Wirkung der Selbstbeteiligung abschwächt. Es ist deshalb wünschenswert, zu einer prozentualen Selbstbeteiligung überzugehen, wenn die Krankheitskosten die feste Abzugsfranchise übersteigen. Der damit verbundenen Gefahr einer finanziellen Überforderung der Versicherten mit hohen Krankheitskosten und/oder niedrigen Einkommen sollte durch eine Obergrenze für die Selbstbeteiligung begegnet werden. Diese Begrenzung sollte sich auf alle vom Versicherten zu tragenden Krankheitskosten beziehen und zur Höhe des Einkommens ins

Verhältnis gesetzt werden. Eine solche Begrenzung könnte nach der Höhe des Einkommens und der Größe der Familie differenziert werden, wie dies z.B. innerhalb der deutschen Einkommensteuer für "außergewöhnliche Belastungen" bereits der Fall ist.

Grundsätzlich ist eine nachfragesteuernde Arzneikostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung nur zu erwarten, wenn die Selbstbeteiligungshöhe dem Versicherten merklich ist. Man soll keine übertriebene Vorstellung davon haben, daß mit einer geringen Größenordnung der Selbstbeteiligung die Arzneikostendämpfung tatsächlich erreicht werden kann. Es würde dann lediglich ein Teil der Belastung von den Krankenkassen auf die Versicherten verlagert - insofern träte eine kostendämpfende Wirkung bei den Krankenkassen ein - aber die durch die Überversorgung mit Arzneimitteln verursachte Fehlallokation von Ressourcen bliebe bestehen. Wichtig erscheint eine Abstimmung mit dem verordnenden Arzt, so daß die Inanspruchnahme von zwei Seiten gesteuert wird. Wichtig wäre auch, daß ein verkappte Preiserhöhung der pharmazeutischen Industrie für angeblich wirksamere Präparate durch einen verstärkten Wettbewerb verhindert wird.

Literaturverzeichnis

- Abel-Smith, B., Grandjeat, P.:* Der Verbrauch von Arzneimitteln - Entwicklung der Ausgaben - Die wichtigsten Massnahmen und die den öffentlichen Interventionen in diesem Bereich zugrundeliegenden Ziele, Brüssel 1978.
- Acton, J.P.:* Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence, in: *Journal of Political Economy*, Vol. 83 (1975), S. 595-614.
- Adam, D., Zweifel, P.* (Hrsg.): Preisbildung im Gesundheitswesen, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *Robert Bosch Stiftung GmbH*, Bd. 9), Gerlingen 1985.
- Adenauer, G., Balthasar, R.:* Arzneimittelökonomik - Strukturgeschichte eines Marktes, in: *Medizin Mensch Gesellschaft*, Bd. 2 (1977), S. 2-8.
- Ahnefeld, A.:* Müssen Arzneimittel teuer sein? - Das Problem aus ökonomischer Sicht, in: *H. Schipperges* (Hrsg.): *Müssen Arzneimittel teuer sein?*, Heppenheim 1981, S. 42-45.
- Albers, W.:* Soziale Sicherung: Konstruktionen für die Zukunft, Stuttgart 1982.
- Albers, W.:* Perspektiven der Sozialpolitik, in: *Wirtschaftsdienst*, 63. Jg. (1983), S. 280-286.
- Albers, W.:* Strukturfragen aus ökonomischer, finanzwissenschaftlicher und sozialer Sicht: Auswirkungen der Steuerung von Leistungen und Einkommensteilen durch die GKV. Bestandsaufnahme und Perspektiven, in: *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)* (Hrsg.): *Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland*, (WIdO-Materialien, Bd. 21), Bonn 1983, S. 45-64.
- Albers, W.:* Ungereimtheiten im System der Sozialen Sicherheit in der Bundesrepublik Deutschland: Ursachen und Reformmöglichkeiten, in: *Finanzarchiv N.F.*, Bd. 42 (1984), S. 613-629.
- Albers, W.:* Freiheit und Sicherheit in der Sozialpolitik, in: *Die Sozialversicherung*, Jg. 1987, S. 1-8.
- Albers, W.:* Die Reform der Krankenversicherung, in: *Wirtschaftsdienst*, 68. Jg. (1988), S. 195-202.
- Albers, W.:* Plädoyer für mehr Markt im Gesundheitswesen, (im Druck).
- Albers, W., Born, K.E., Dürr, E., Hesse, H., Kraft, A., Lampert, H., Rose, K., Rupp, H.-H., Scherf, H., Schmidt, K., Wittmann, W.* (Hrsg.): *Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW):* Zugleich Neuauflage des Handwörterbuchs der Sozialwissenschaften, Ungekürzte Studienausgabe, 10 Bde., Stuttgart, New York, Tübingen 1988.

- Anders, H.-J.*: Selbstmedikation aus Patientensicht, in: Die Pharmazeutische Industrie, 43. Jg. (1981), S. 621-627.
- Andersen, H.H.*: Themenschwerpunkte und Forschungsfelder der Gesundheitsökonomie. Einführung und Überblick, in: *H.H. Andersen, K.-D. Henke, J.-M. Graf v.d. Schulenburg* (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Bd. 1: Einführende Texte, Berlin 1992, S. 13-37.
- Andersen, H.H., Henke, K.-D., Schulenburg, J.-M. Graf v.d.* (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Bd. 1: Einführende Texte, Berlin 1992.
- Andersen, H.H., Schulenburg, J.-M. Graf v.d.*: Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb: Eine empirische Untersuchung, Berlin 1990.
- Andersen, R., Newman, J.F.*: Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 51 (1973), S. 95-124. Wiederabgedruckt in: *J.B. McKinlay* (Hrsg.): Health Care Consumers, Professionals, and Organizations, (The Milbank Readers, hrsg. von *J.B. McKinlay*, Bd. 2), Cambridge, London 1981, S. 88-117.
- Arrow, K.J.*: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, Vol. 53 (1963), S. 941-973.
- Arrow, K.J.*: Essays in the Theory of Risk-Bearing, Amsterdam, London 1971.
- Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K., Naegele, G.*: Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, Band 2: Gesundheit - Familie - Alter - Soziale Dienste, 2., grundlegend überarbeitete und erweiterte Aufl., Köln 1989.
- Bally, J.C.*: Werbung und Wettbewerb aus der Sicht eines pharmazeutischen Hochleistungsunternehmens, in: *B. Röper* (Hrsg.): Wettbewerb und Werbung, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 180), Berlin 1989, S. 105-124.
- Barnikel, H.-H.*: Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis in der pharmazeutischen Industrie, in: *B. Röper* (Hrsg.): Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 107), Berlin 1980, S. 15-37.
- Becker, G.S.*: A Theory of the Allocation of Time, in: The Economic Journal, Vol. 75 (1965), S. 493-517.
- Bender, D., Berg, H., Cassel, D., Claassen, E.-M., Gabisch, G., Hübl, L., Kath, D., Peffekoven, R., Siebke, J., Thieme, H.J., Willms, M.*: Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik, Bd. 2, 3., überarbeitete u. erweiterte Aufl., München 1988.
- Berg, H.*: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: 1977-1984, (vom WIdO im Auftr. d. Hans-Böckler-Stiftung angefertigte Unters.), Sankt Augustin 1986.
- Berg, H., Paffrath, D., Reichelt, H.*: Komponenten der Ausgabendynamik der Fertigarzneimittel im GKV-Arzneimittelbereich, in: *C. v. Ferber, U.E. Reinhardt, H. Schaefer*,

- T. Thiemeyer, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, (Gedenkschrift für Ulrich Geißler), München 1985, S. 291-319.*
- Beske, F., Cranz, H., Eberwein, B., Kranz, H.A. (Hrsg.): Die Funktion der Verschreibungspflicht im heutigen Gesundheitswesen, Kiel 1985.*
- Beske, F., Zalewski, T.: Gesetzliche Krankenversicherung: Analyse - Problem - Lösungsansätze, Kiel 1981.*
- Bever-Breidenbach, N.: Arzneimittelfestbeträge: Eine dynamische Analyse, in: Die Betriebskrankenkasse, 79. Jg. (1991), S. 549-560.*
- Bösche, J.W.: Von Hindenburg bis Seehofer: Eine beklemmend nostalgische Betrachtung zum "Malus-System", in: Deutsches Ärzteblatt, 89. Jg. (1992), S. C-1375-1378.*
- Böventer, E.v.: Einführung in die Mikroökonomie, 7., durchgesehene und verbesserte Aufl., München, Wien 1991.*
- Bogs, W., Achinger, H., Meinhold, H., Neundörfer, L., Schreiber, W.: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart, Berlin, Köln o.J. (vermutlich 1966).*
- Brandt, A., Grebmer, K.v.: Die Preisbildung pharmazeutischer Produkte, in: D. Adam, P. Zweifel (Hrsg.): Preisbildung im Gesundheitswesen, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von Robert Bosch Stiftung GmbH, Bd. 9), Gerlingen 1985, S. 191-236.*
- Brennecke, R., Schach, E. (Hrsg.): Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung, Berlin, Heidelberg, New York 1987.*
- Brenner, G.: Ansatzpunkte für eine Selbstbeteiligung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, in: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen: Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße, Stuttgart 1980, S. 100-105.*
- Breyer, F.: Moral Hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag. Eine Übersicht, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 140 (1984), S. 288-307.*
- Breyer, F., Zweifel, P.: Gesundheitsökonomie, Berlin, Heidelberg, New York 1992.*
- Brück, G.W.: Allgemeine Sozialpolitik: Grundlagen - Zusammenhänge - Leistungen, 2., erweiterte u. aktualisierte Aufl., Köln 1981.*
- Buchholz, E.H.: Wettbewerbsprobleme auf dem Markt für Arzneimittel und staatliche Gesundheitspolitik - Wettbewerbsprobleme auf der Nachfrageseite, Teil 2, in: Die Pharmazeutische Industrie, 41. Jg. (1979), S. 1037-1041.*
- Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (Hrsg.): Preisvergleichsliste: Zusammenstellung von Arzneimitteln nach Preisen und Verordnungsmengen gemäß § 92 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V (mit Anhang Festbetragsliste), Köln 1992.*

- Bundesgesundheitsamt** (Hrsg.): *Transparenzlisten der Transparenzkommission*, (bga Schriften, Bd. 3/89), München 1989.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** (Hrsg.): *Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte*, (Gesundheitsforschung, Forschungsbericht, Bd. 25), Bonn 1980.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** (Hrsg.): *Preis- und Mengenkomponente der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung*, (Gesundheitsforschung, Forschungsbericht, Bd. 33), Bonn 1980.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** (Hrsg.): *Selbstbehandlung und Selbstmedikation medizinischer Laien*, (Gesundheitsforschung, Forschungsbericht, Bd. 67), Bonn 1981.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** (Hrsg.): *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, 2., erweiterte Aufl.*, (Gesundheitsforschung, Forschungsbericht, Bd. 160), Bonn 1990, (zugleich: *Laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung*, von M. Schneider, J.H. Sommer, A. Keçeci, L. Scholtes, A. Welzel, Ausgabe 1989).
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** (Hrsg.): *Übersicht über die soziale Sicherheit*, (Stand: Januar 1991), Bonn 1991.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** (Hrsg.): *Arbeits- und Sozialstatistik*, in: *Bundesarbeitsblatt*, verschiedene Jahrgänge.
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit** (Hrsg.): *Qualitative Grundlagenstudie zum Arzneimittelverhalten zur Vorbereitung einer Aufklärungskampagne gegen den unkontrollierten Arzneimittelkonsum*, (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 24), Stuttgart, Berlin, Köln 1976.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.** (Hrsg.): *Pharma Daten*, Frankfurt am Main, verschiedene Jahrgänge.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.** (Hrsg.): *Pharma Jahresbericht 1991/92*, Frankfurt am Main 1992.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.** (Hrsg.): *Rote Liste: Arzneimittelverzeichnis des BPI*, Aulendorf jährlich.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände (ABDA)** (Hrsg.): *ABDA Bericht 1991/92*, Frankfurt am Main 1992.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)** (Hrsg.): *Apotheken-Report: Nr. 43*, o.O. 1992.
- Burstall, M.L.**: *Europe After 1992: Implications for Pharmaceuticals*, in: *Health Affairs*, Vol. 10, Nr. 3 (Fall 1991), S. 157-171.
- Cassel, D.** (Hrsg.): *Forschung im Dienste der Gesundheit: Medizinische Notwendigkeit und*

- wirtschaftliche Bedingungen von Arzneimittelinnovationen, (Gesundheitsökonomische Beiträge, hrsg. von G. Gäßgen, P. Oberender, Bd. 5), Baden-Baden 1988.
- Chew, R., Teeling-Smith, G., Wells, N.*: Pharmaceuticals in Seven Nations, London 1985.
- Cranz, H., Czech-Steinborn, S., Frey, H., Reese, K.-H.*: Selbstmedikation - Eine Standortbestimmung, Kiel 1982.
- Deutscher Bundestag* (Hrsg.): Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", Bd. 1, (Zur Sache - Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, Bd. 1), Bonn 1990.
- Dionne, G., Contandriopoulos, A.-P.*: Doctors and their Workshops: A Review Article, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 4 (1985), S. 21-33.
- Dölle, W., Müller-Oerlinghausen, B.*: Differentialtherapie, in: *W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe* (Hrsg.): Grundlagen der Arzneimitteltherapie: Entwicklung, Beurteilung und Anwendung von Arzneimitteln, Mannheim, Wien, Zürich 1986, S. 310-31.
- Dölle, W., Müller-Oerlinghausen, B., Schwabe, U.* (Hrsg.): Grundlagen der Arzneimitteltherapie: Entwicklung, Beurteilung und Anwendung von Arzneimitteln, Mannheim, Wien, Zürich 1986.
- Duru, G., Launois, R., Schneider, F., Schulenburg, J.-M. Graf v.d.* (Hrsg.): Ökonomische Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Frankreich, Frankfurt, New York, Paris 1989.
- Eberle, G.*: Leitfaden Prävention, Sankt Augustin 1990.
- Evans, R.G.*: Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications, in: *M. Perlman* (Ed.): *The Economics of Health and Medical Care*, (Proceedings of a Conference held by the International Economic Association at Tokyo), London, Basingstoke 1974, S. 162-173.
- Farny, D.*: Versicherungsbetriebslehre, Karlsruhe 1989.
- Farny, D., Helten, E., Koch, P., Schmidt, R.* (Hrsg.): Handwörterbuch der Versicherung (HdV), Karlsruhe 1988.
- Feldstein, M.S.*: The Welfare Loss of Excess Health Insurance, in: *Journal of Political Economy*, Vol. 81 (1973), S. 251-280.
- Feldstein, M.S.*: Econometric Studies of Health Economics, in: *M.D. Intriligator, D.A. Kendrick* (Ed.): *Frontiers of Quantitative Economics*, Vol. II, Amsterdam 1974, S. 377-434.
- Feldstein, P.J.*: *Health Care Economics*, 3rd. Ed., Albany 1988.
- Ferber, C.v., Reinhardt, U.E., Schaefer, H., Thiemeyer, T.*, *Wissenschaftliches Institut der*

- Ortskrankenkassen* (Hrsg.): *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*, (Gedenkschrift für *Ulrich Geißler*), (Soziologie und Sozialpolitik, hrsg. von *B. Badura, C.v. Ferber, F.-X. Kaufmann, E. Pankoke, T. Thiemeyer*, Bd. 4), München 1985.
- Fuchs, V.R., Zeckhauser, R.*: Valuing Health - A "Priceless" Commodity, in: *The American Economic Review*, Vol. 77 (1987), S. 263-268.
- Gäpfen, G.* (Hrsg.): *Ökonomie des Gesundheitswesens*, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 159), Berlin 1986.
- Geißler, U.*: Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz* (Hrsg.): *Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen: Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße*, Stuttgart 1980, S. 37-57.
- Glaeske, G.*: Aspekte zur Implementierung einer Positivliste, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 42. Jg. (1988), S. 16-21.
- Glaeske, G.*: Die Negativliste - Neuer Wein in alten Schläuchen?, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 43. Jg. (1989), S. 158-163.
- Glaeske, G.*: Festbeträge im Arzneimittelbereich - ein Schritt in Richtung Positivliste? Einige Anmerkungen zu den Festbeträgen im Gesundheitsreformgesetz, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 42. Jg. (1989), S. 398-402.
- Glaeske, G.*: Festbeträge, Negativliste, Richtgrößen: Politische Muskelspielchen oder wirksame Steuerungsinstrumente?, in: *Argument-Sonderband*, Bd. 182 (1990), S. 116-128.
- Glaeske, G.*: Festbeträge für Arzneimittel - Preiswettbewerb, wo aber bleibt die Qualität?, in: *WSI Mitteilungen*, 43. Jg. (1990), S. 97-109.
- Glaeske, G.*: Arzneimittelmarkt (BR) Deutschland - eine kritische Bewertung, in: *M.M. Kochen* (Hrsg./Ed.): *Rationale Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis: Möglichkeiten und Grenzen / Rational Pharmacotherapy in General Practice: Opportunities and Limitations*, Berlin, Heidelberg, New York 1991, S. 31-48.
- Glaeske, G.*: Arzneimittelberatung in Krankenkassen: Verordnungsrationalität und Verbraucherschutz - Ein Beispiel aus der Praxis: Der pharmakologische Beratungsdienst der AOK Kreis Mettmann, in: *DOK*, 74. Jg. (1992), S. 113-119.
- Glaser, W.A.*: *Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits, and Problems*, San Francisco, Oxford 1991.
- Grüb, C.*: Krankenhausstatistik 1990: Erste Ergebnisse der neuen Bundesstatistik, in: *Wirtschaft und Statistik*, Jg. 1992, S. 644-652.
- Graf, V.P.*: Ein einfaches Modell des Marktes für ärztliche Leistungen, (Europäische Hochschulschriften, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Bd. 1040), Frankfurt am Main, Bern, New York 1989.

- Grebmer, K.v.:** Kostenpreise - Marktpreise: Einige ökonomische Aspekte zur nationalen und internationalen Preisbildung für Pharmazeutika, 1. Teil, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 40. Jg. (1978), S. 698-707.
- Griesewell, G.:** Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung: Angebots- oder Nachfragesteuerung? - Eine Bestandsaufnahme zum Thema "Selbstbeteiligung", in: *Sozialer Fortschritt*, 26. Jg. (1977), S. 84-89 u. 110-112.
- Grossman, M.:** On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, in: *Journal of Political Economy*, Vol. 80 (1972), S. 223-255.
- Grossman, M.:** The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation, (National Bureau of Economic Research, Occasional Paper 119), New York 1972.
- Günther, H.:** Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der kassenärztlichen Verordnungsweise: Derzeitiger Stand sowie künftige Regelungsmöglichkeiten zweckmäßiger und wirtschaftlicher Arzneimittelversorgung, (Beiträge zur Sozialpolitik und zum Sozialrecht, Bd. 5), Berlin 1988.
- Hackenthal, E.:** Arzneimittel: billiger oder weniger - Der Unterschied zwischen rationeller und rationaler Therapie, in: *H. Schipperges* (Hrsg.): *Müssen Arzneimittel teuer sein?*, Heppenheim 1981, S. 46-59.
- Häußler, S.:** Wirtschaftliche Verordnungs- und Behandlungsweise, in: *S. Häußler, R. Liebold, H. Narr:* *Die kassenärztliche Tätigkeit*, 3., überarbeitete u. ergänzte Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1984, S. 193-214.
- Häußler, S., Liebold, R., Narr, H.:** *Die kassenärztliche Tätigkeit*, 3., überarbeitete u. ergänzte Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1984.
- Hamm, W.:** Irrwege der Gesundheitspolitik: Ordnungspolitische Kritik an Vorschriften des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes, (Walter Eucken Institut, Vorträge und Aufsätze, Bd. 75), Tübingen 1980.
- Hamm, W.:** Licht- und Schattenseiten der Arzneimittelversorgung, in: *Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.): *Aspekte zur Pharmaökonomie*, Mainz 1984, S. 13-18.
- Hamm, W.:** Schwächen des regulierten Wettbewerbs auf Pharma-Märkten, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 47. Jg. (1985), S. 266-269.
- Hamm, W.:** Regulierter Wettbewerb auf Pharmamärkten, in: *F.E. Münnich, P. Oberender* (Hrsg.): *Der Pharmamarkt vor dem Umbruch?*, Stuttgart, New York 1987, S. 77-83.
- Hannse, H.:** Arzneimittelpreise, in: *Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.): *Aspekte zur Pharmaökonomie*, Mainz 1984, S. 29-40.
- Hartmann-Besche, W.:** Arzneimittelmarkt: Wettbewerb durch Generikaprogramme, in: *Die Ortskrankenkasse*, 66. Jg. (1984), S. 765-770.

- Hartmann-Besche, W.*: Do it yourself - Selbstmedikation? Definition und Probleme, in: Die Ortskrankenkasse, 67. Jg. (1985), S. 496-501.
- Hartmann-Besche, W.*: Arzneikostenanteil: Merkleiche Umverteilung oder merkleiche Steuerung?, in: Die Ortskrankenkasse, 67. Jg. (1985), S. 717-720.
- Hartmann-Besche, W., Schneider, W.*: Strukturreform der Arzneimittelversorgung: Eine Übersicht, in: Die Krankenversicherung, Jg. 1989, S. 26-30.
- Helms, J., Newhouse, J.P., Phelps, C.E.*: Copayments and Demand for Medical Care: the California Medicaid Experience, in: The Bell Journal of Economics, Vol. 9 (1978), S. 192-208.
- Henke, K.-D.*: Selbstbeteiligung als Kostenbremse?, in: Wirtschaftsdienst, 56. Jg. (1976), S. 236-239.
- Henke, K.-D.*: Selbstbeteiligung als Finanzierungs- und Steuerungsinstrument - Stand der Ziele und Formen der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung -, in: *Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg* (Hrsg.): Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung, (Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Bd. 15), Sankt Augustin 1983, S. 29-46.
- Henke, K.-D.*: Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *W. Schmähl* (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985, S. 55-75.
- Henke, K.-D.*: Arzneimittelforschung in der Bundesrepublik Deutschland nach der Strukturreform, in: *D. Cassel* (Hrsg.): Forschung im Dienste der Gesundheit: Medizinische Notwendigkeit und wirtschaftliche Bedingungen von Arzneimittelinnovationen, (Gesundheitsökonomische Beiträge, hrsg. von *G. Gdfgen, P. Oberender*, Bd. 5), Baden-Baden 1988, S. 131-142.
- Henke, K.-D., Reinhardt, U.* (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von Robert Bosch Stiftung GmbH, Bd. 4), Gerlingen 1983.
- Herder-Dorneich, P.*: Systemanalyse und Systempolitik der Arzneimittelversorgung, (pharma dialog, hrsg. vom *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie*, H. 45), Frankfurt am Main 1976.
- Herder-Dorneich, P.*: Arzneimittelökonomik - Ein Nicht-Markt-System und seine Steuerung, in: *Medizin Mensch Gesellschaft*, Bd. 2 (1977), S. 8-13.
- Herder-Dorneich, P.*: Gesundheitsökonomik: Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980.
- Herder-Dorneich, P.*: Arzneimittelmarkt, in: *W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe* (Hrsg.): Grundlagen der Arzneimitteltherapie: Entwicklung, Beurteilung und Anwendung von Arzneimitteln, Mannheim, Wien, Zürich 1986, S. 260-269.
- Herder-Dorneich, P., Schuller, A.* (Hrsg.): Vorsorge zwischen Versorgungsstaat und

- Selbstbestimmung, (Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Kölner Kolloquium, hrsg. von P. Herder-Dorneich, A. Schuller, Bd. 1), Stuttgart, Berlin, Köln 1982.
- Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz* (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen: Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße, Stuttgart 1980.
- Intriligator, M.D., Kendrick, D.A.* (Ed.): *Frontiers of Quantitative Economics*, Vol. II, Amsterdam 1974.
- Issing, O.*: Einführung in die Geldpolitik, 4., überarbeitete Aufl., München 1992.
- Jensen, A., Schmeinck, W.*: Die Arzneimittelfestbeträge, in: Die Betriebskrankenkasse, 77. Jg. (1989), S. 104-115.
- Jung, K.*: Strukturreform im Gesundheitswesen aus der Sicht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, in: P. Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen, Bayreuth 1988, S. 33-62.
- Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg* (Hrsg.): Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung, (Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Bd. 15), Sankt Augustin 1983.
- Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg* (Hrsg.): Arzneimittelverordnung in der Kassenpraxis, (Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Bd. 17), Sankt Augustin 1988.
- Kastner, F.*: Probleme der Arzneikostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, (pharma dialog, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, H. 4), Frankfurt am Main 1971.
- Kath, D.*: Sozialpolitik, in: Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik, Bd. 2, 3., überarbeitete u. erweiterte Aufl., München 1988, S. 401-450.
- Kaufert, E.*: Pharma-Industrie und Staat, (pharma dialog, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, H. 66), Frankfurt am Main 1980.
- Kaufert, E.*: Die Kostendämpfung bei Arzneimitteln: Ein Weg zur Verschärfung der Finanzierungskrise im Gesundheitswesen?, (Wirtschaftsrecht und Wirtschaftspolitik, hrsg. von E.-J. Mestmacker, Bd. 61), Baden-Baden 1979.
- Kellner, H.*: Abwehr von Arzneimittelregressen und Honorarkürzungen: Ratschläge und Hinweise aus der Praxis für den Kassenarzt, 3., bearbeitete Aufl., Stuttgart, Jena, New York 1992.
- Kiewel, A.*: Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel im EG-Binnenraum, in: Sozialer Fortschritt, 41. Jg. (1992), S. 46-49.
- Kiewel, A.*: Steuerung der Arzneimittelversorgung: Die Ansätze von GRG und GSG, in: Sozialer Fortschritt, 41. Jg. (1992), S. 241-243.
- Kimbel, K.H.*: Information des Patienten über Arzneimittel, in: W. Dölle, B. Müller-Oer-

- linghausen, U. Schwabe* (Hrsg.): Grundlagen der Arzneimitteltherapie: Entwicklung, Beurteilung und Anwendung von Arzneimitteln, Mannheim, Wien, Zürich 1986, S. 319-323.
- Klauber, J.*: Arzneimittelverordnungen nach Altersgruppen, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '92: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, Jena 1992, S. 424-436.
- Klauber, J., Selke, G.W.*: Ergänzende statistische Übersicht, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '92: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, Jena 1992, S. 503-573.
- Knappe, E.*: Ordnungspolitische Probleme im Gesundheitssektor der Bundesrepublik Deutschland und Direktbeteiligung der Patienten, in: *G. Duru, R. Launois, F. Schneider, J.-M. Graf v.d. Schulenburg* (Hrsg.): Ökonomische Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Frankreich, Frankfurt, New York, Paris 1989, S. 39-58.
- Knappe, E., Leu, R.E., Schulenburg, J.-M. Graf v.d.*: Der Indemnitätsstarif: Wege zur Sozialverträglichkeit und Wirtschaftlichkeit beim Zahnersatz, Berlin, Heidelberg, New York 1988.
- Koch, P.*: Art., Versicherungsformen, in: *D. Farny, E. Helten, P. Koch, R. Schmidt* (Hrsg.): Handwörterbuch der Versicherung (HdV), Karlsruhe 1988, S. 1025-1027.
- Kochen, M.M.* (Hrsg./Ed.): Rationale Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis: Möglichkeiten und Grenzen / Rational Pharmacotherapy in General Practice: Opportunities and Limitations, Berlin, Heidelberg, New York 1991.
- Kortus, D.E.*: Der deutsche Arzneimittelmarkt in einzel- und gesamtwirtschaftlicher Analyse unter besonderer Berücksichtigung forschungs- und absatzpolitischer Strategien der Arzneimittelanbieter, (Bonner Betriebswirtschaftliche Schriften, hrsg. von *H. Albach, H.-J. Krümmel, H. Sabel*, Bd. 14), Bonn 1984.
- Kroeber-Riel, W.*: Konsumentenverhalten, 5., überarbeitete u. ergänzte Aufl., München 1992.
- Kruse, S., Kruse, U.*: Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Einflußnahme auf die Anspruchshaltung des Versicherten?, in: *Soziale Sicherheit*, 30. Jg. (1981), S. 294-299.
- Kühn, G.*: Die Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung, in: *Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz* (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen: Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße, Stuttgart 1980, S. 30-36.
- Külp, B., Stützel, W.* (Hrsg.): Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik, (Festschrift für *Elisabeth Liefmann-Keil* zum 65. Geburtstag), Berlin 1973.
- Kullmann, R.*: Rationale Arzneimittelverschreibung - eine Möglichkeit zur Senkung der Therapiekosten, in: *Die Ortskrankenkasse*, 59. Jg. (1977), S. 951-957.

- Lambsdorff, O.G.*: Die Pharma-Industrie in der Marktwirtschaft, in: Die Pharmazeutische Industrie, 42. Jg. (1980), S. 587-592.
- Lampert, H.*: Lehrbuch der Sozialpolitik, 2., überarbeitete Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1991.
- Landgraf-Brunner, K.*: Die Auseinandersetzungen zwischen Apothekern und den gesetzlichen Krankenkassen von Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung an, (Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie, hrsg. von R. Schmitz, Bd. 38), Stuttgart 1986.
- Lange, K.*: Art., Preisstatistik, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW), Ungekürzte Studienausgabe, Bd. 6, Stuttgart, New York, Tübingen 1988, S. 222-233.
- Laukant, A.*: Problematik der "rechnerischen mittleren Tagesdosis", in: Die Pharmazeutische Industrie, 48. Jg. (1986), S. 589-595.
- Laukant, A.*: Negativlisten: Ist die Ausgrenzung von Arzneimitteln realistisch?, in: Die Pharmazeutische Industrie, 51. Jg. (1989), S. 347-358.
- Leu, R.E., Doppmann, R.J.*: Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen, in: G. Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 159), Berlin 1986, S. 161-175.
- Liefmann-Keil, E.*: Der Arzneimittelmarkt im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, (Wirtschaftsrecht und Wirtschaftspolitik, hrsg. von E.-J. Mestmäcker, Bd. 36), Frankfurt am Main 1973.
- Linden, M.*: Compliance, in: W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe (Hrsg.): Grundlagen der Arzneimitteltherapie: Entwicklung, Beurteilung und Anwendung von Arzneimitteln, Mannheim, Wien, Zürich 1986, S. 324-333.
- Litsch, M., Reichelt, H.*: Entwicklung des Fertigarzneimittelmarktes seit 1981, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '89: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, New York 1989, S. 444-448.
- Litsch, M., Reichelt, H.*: Entwicklung des Fertigarzneimittelmarktes seit 1981, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '90: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, New York 1990, S. 436-443.
- Litsch, M., Reichelt, H., Selke, G.W.*: Auswirkungen der Arzneimittel-Festbeträge, Bonn 1990.
- Litsch, M., Selke, G.W.*: Ergänzende statistische Übersicht, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '91: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, Jena 1991, S. 510-580.
- Lutz, F.*: Der Leistungsverbund Industrie - Großhandel - Apotheke: Garant für Arzneimittelsicherheit und -versorgung, in: Die Pharmazeutische Industrie, 43. Jg. (1981), S. 124-125.

- McKinlay, J.B.* (Hrsg.): Health Care Consumers, Professionals, and Organizations, (The Milbank Readers, hrsg. von *J.B. McKinlay*, Bd. 2), Cambridge, London 1981.
- Maier-Rigaud, G.*: Mehr Wettbewerb wäre angebracht: Zur Situation auf dem Arzneimittelmarkt in der BRD, in: Sozialer Fortschritt, 22. Jg. (1973), S. 25-28.
- Manhardt, S.*: Die Festbetragsregelung des Gesundheits-Reformgesetzes: Verfassungsrechtliche Probleme der staatlichen Einflußnahme auf die Arzneimittelpreise, (Gesundheitsökonomische Beiträge, hrsg. von *G. Gäßgen, P. Oberender*, Bd. 9), Baden-Baden 1990.
- Manning, W.G., Newhouse, J.P., Duan, N., Keeler, E.B., Leibowitz, A., Marquis, M.S.*: Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, in: The American Economic Review, Vol. 77 (1987), S. 251-277.
- Mansky, T., Erben, C.M., Reichelt, H., Scriba, P.C.*: Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs unter besonderer Berücksichtigung demographischer Faktoren, in: Das öffentliche Gesundheitswesen, 51. Jg. (1989), S. 592-598.
- May, M.*: Pharmazeutische Industrie und Wettbewerb, (pharma dialog, hrsg. vom *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie*, H. 12), Frankfurt am Main 1972.
- May, M.*: Pharmazeutische Industrie und Wettbewerb, in: Die Pharmazeutische Industrie, 34. Jg. (1972), S. 326-331.
- Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.): Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart, New York 1984.
- Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.): Aspekte zur Pharmaökonomie, Mainz 1984.
- Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.*: Alternative Modelle der Selbstbeteiligung, Bonn 1990.
- Metze, I.*: Gesundheitspolitik: Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart, Berlin, Köln 1982.
- Meye, M.R., Schwartz, F.-W.*: Transparenzprojekte in der GKV: Arzt- und Patientendaten zwischen Anonymität und Offenbarung, (Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 29), Köln-Lövenich 1984.
- Mintrop, R.*: Pillen helfen - einem immer: Pharmamarkt und Gesundheitssystem - Eine kritische Bestandsaufnahme seit Contergan, Berlin 1987.
- Mitglieder der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft* (Hrsg.): Arzneiverordnungen: Ratschläge für Ärzte und Studenten, 17. Aufl., Köln 1992.
- Molitor, B.*: Moral Hazard in der Sozialpolitik, in: Wirtschaftsdienst, 56. Jg. (1976), S. 240-242.

- Molitor, B.*: Soziale Sicherung, München 1987.
- Müller, J.*: Verhaltensspielräume im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung: Die Bedeutung des ambulanten Sektors für die Entwicklung des Leistungsvolumens in zentralen Ausgabenbereichen des Gesundheitswesens, Diss. Köln 1983.
- Müller, R., Schuntermann, M.F.* (Hrsg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag, (Zum Gedenken an *Alfred Schmidt*), Köln 1992.
- Müller-Groeling, H.*: Kollektivgutproblematik und Isolierungsparadoxon in der Krankenversicherung, in: *B. Kälp, W. Stützel* (Hrsg.): Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik, (Festschrift für *Elisabeth Liefmann-Keil* zum 65. Geburtstag), Berlin 1973, S. 59-70.
- Müller-Heine, K.*: Die mißbräuchliche Inanspruchnahme der Sozialversicherung: Dargestellt anhand aktueller Beispiele, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 46. Jg. (1992), H. 1/2, S. 28-33.
- Münich, F.E.*: Zur Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung, in: *Pharmazeutische Zeitung*, 125. Jg. (1980), S. 1143-1152.
- Münich, F.E.*: Modelle der Selbstbeteiligung, in: *Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie*, Mainz (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen: Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße, Stuttgart 1980, S. 89-99.
- Münich, F.E.*: Wie teuer darf die Gesundheit sein?, (pharma dialog, hrsg. vom *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie*, H. 76), Frankfurt am Main 1982.
- Münich, F.E.*: Steuerungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Zur Beeinflussung der Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen auf der Grundlage des derzeit geltenden Sachleistungsprinzips, (Schriftenreihe von Hans Neuffer Stiftung, Bd. 4), Köln 1983.
- Münich, F.E.*: Alternative Selbstbeteiligungsmodelle für die gesetzliche Krankenversicherung, in: *Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg* (Hrsg.): Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung, (Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Bd. 15), Sankt Augustin 1983, S. 103-122.
- Münich, F.E.*: Der Arzneimittelmarkt zwischen unternehmerischer Freiheit und staatlicher Regulierung, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 47. Jg. (1985), S. 145-148.
- Münich, F.E.*: Das Gesundheitswesen im Umbruch: Zukunftsperspektiven der Gesundheitsversorgung, in: *G. Gäfgen* (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 159), Berlin 1986, S. 631-647.
- Münich, F.E.*: Der Arzneimittelmarkt zwischen unternehmerischer Freiheit und staatlicher Regulierung, in: *F.E. Münich, P. Oberender* (Hrsg.): Der Pharmamarkt vor dem Umbruch?, Stuttgart, New York 1987, S. 17-30.
- Münich, F.E., Oberender, P.* (Hrsg.): Der Pharmamarkt vor dem Umbruch?, Stuttgart, New York 1987.

- Narr, H.*: Bedeutung der verschiedenen Arzneimittellisten für den Kassenarzt, in: *Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg* (Hrsg.): *Arzneimittelverordnung in der Kassenpraxis*, (Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Bd. 17), Sankt Augustin 1988, S. 37-48.
- Neubauer, G.* (Hrsg.): Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *Robert Bosch Stiftung GmbH*, Bd. 13), Gerlingen 1984.
- Neumann, T.*: Organisation der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Gesundheitsökonomische Analyse von Steuerungsproblemen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1987.
- Newhouse, J.P., Manning, W.G., Morris, C.N., Orr, L.L., Duan, N., Keeler, E.B., Leibowitz, A., Marquis, K.H., Marquis, M.S., Phelps, C.E., Brook, R.H.*: Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance, in: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 305 (1981), S. 1501-1507.
- Newhouse, J.P., Rolph, J.E., Mori, B., Murphy, M.*: An Estimate of the Impact of Deductibles on the Demand for Medical Care Services, (Rand Corporation, R-1661-HEW), Santa Monica 1978.
- Nieschlag, R., Dichl, E., Hörschgen, H.*: Marketing, 15., überarbeitete und erweiterte Aufl., Berlin 1988.
- Nord, D.*: Gesundheitsbewußtsein und Arzneimittelverbrauch - Zur Analyse modifizierten Anspruchsverhaltens bei Arzneimitteln -, in: *Medizin Mensch Gesellschaft*, Bd. 1 (1976), S. 99-103.
- Nord, D.*: Die soziale Steuerung der Arzneimittelversorgung: Bedürfnis- versus Budgetsteuerung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1982.
- Nord, D.*: Strukturkomponente und Kostenwachstum: Zur Erklärung steigender Arzneimittelausgaben, in: *Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.): *Aspekte zur Pharmaökonomie*, Mainz 1984, S. 57-74.
- Oberender, P.*: Die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland: Eine Fallstudie zur Wettbewerbssituation auf der Angebotsseite des Arzneimittelmarktes, in: *Jahrbuch für Sozialwissenschaft*, Bd. 28 (1977), S. 163-195.
- Oberender, P.*: Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland und seine Steuerungswirkung - Eine markttheoretische Analyse -, in: *K.-D. Henke, U. Reinhardt* (Hrsg.): *Steuerung im Gesundheitswesen*, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *Robert Bosch Stiftung GmbH*, Bd. 4), Gerlingen 1983, S. 187-261.
- Oberender, P.* (Hrsg.): Marktstruktur und Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland: Branchenstudien zur deutschen Wirtschaft, München 1984.
- Oberender, P.*: Pharmazeutische Industrie, in: *P. Oberender* (Hrsg.): *Marktstruktur und*

Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland: Branchenstudien zur deutschen Wirtschaft, München 1984, S. 243-310.

- Oberender, P.*: Für Marktwirtschaft, in: *Bundesarbeitsblatt*, 1984, Nr. 12, S. 27-30.
- Oberender, P.*: Mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt: Eine ursachenadäquate Therapie, in: *Wirtschaftsdienst*, 64. Jg. (1984), S. 455-461.
- Oberender, P.* (Hrsg.): Gesundheitswesen im Wandel: Beiträge zu einer gesundheitspolitischen Neuorientierung, (Gesundheitsökonomie und Sozialrecht, hrsg. von *W. Gitter, P. Oberender*, Bd. 2), Spardorf 1985.
- Oberender, P.*: Besonderheiten des Arzneimittelmarktes, in: *P. Oberender* (Hrsg.): Gesundheitswesen im Wandel: Beiträge zu einer gesundheitspolitischen Neuorientierung, Spardorf 1985, S. 19-29.
- Oberender, P.* (Hrsg.): Gesundheitswesen im Umbruch?, (Schriften zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *E. Knappe, G. Neubauer, P. Oberender*, Bd. 1), Bayreuth 1987.
- Oberender, P.* (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen, (Schriften zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *E. Knappe, G. Neubauer, P. Oberender*, Bd. 2), Bayreuth 1988.
- o.V.*: Arzneimittelkursbuch: Fakten und Vergleiche für mehr als 10.000 Medikamente, (transparenz-telegramm '92/93), Berlin 1992.
- o.V.*: Überblick über die Arzneiverordnungen im Jahre 1991, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '92: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, Jena 1992, S. 1-17.
- Paffrath, D., Reichelt, H.*: Kostendämpfung im Arzneimittelbereich - Analyse der Steuerungswirkungen gesetzlicher und administrativer Eingriffe in den Arzneimittelmarkt, in: *R. Müller, M.F. Schuntermann* (Hrsg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag, (Zum Gedenken an *Alfred Schmidt*), Köln 1992, S. 272-304.
- Pauly, M.V.*: The Economics of Moral Hazard: Comment, in: *The American Economic Review*, Vol. 58 (1968), S. 531-537.
- Pedroni, G.*: Nachfragesteuerung im Gesundheitswesen: Notwendigkeit und Möglichkeit, (Studien zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *Pharma Information*, Bd. 6), Basel 1984.
- Pehlke, H.*: Ansatzpunkte zur systemgerechten Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.* (Hrsg.): Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart, New York 1984, S. 21-39.
- Pertman, M.* (Ed.): The Economics of Health and Medical Care, (Proceedings of a Conference held by the International Economic Association at Tokyo), London, Basingstoke 1974.
- Peters, H., Mengert, G.*: Peters Handbuch der Krankenversicherung, Teil II: Ausführliche

- Erläuterungen zum Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung, Bd. 1, 18. Aufl., (Stand 31.1.1988), Stuttgart, Berlin, Köln 1985.
- Pfaff, M.* (Hrsg.): Effizienz und Effektivität staatlicher Transferpolitik in der Wirtschaftskrise, (Schriften des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie (INIFES), Bd. 7/1), Berlin 1983.
- Pfaff, M.*: Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig "sozial tragbar" und "kostendämpfend" sein?, in: Sozialer Fortschritt, 34. Jg. (1985), S. 272-276.
- Phelps, C.E., Newhouse, J.P.*: Coinsurance, the Price of Time, and the Demand for Medical Services, in: The Review of Economics and Statistics, Vol. 56 (1974), S. 334-342.
- Poser, W.*: Arzneimittelmisbrauch, in: *W. Dölle, B. Müller-Oerlinghausen, U. Schwabe* (Hrsg.): Grundlagen der Arzneimitteltherapie: Entwicklung, Beurteilung und Anwendung von Arzneimitteln, Mannheim, Wien, Zürich 1986, S. 457-468.
- Quiring, K.*: Zehn Jahre Transparenzlisten - eine (Zwischen-)Bilanz, in: Bundesgesundheitsblatt, 32. Jg. (1989), S. 9-12.
- Rahner, E.*: Umfang der Selbstmedikation in der BR Deutschland, in: Die Pharmazeutische Industrie, 42. Jg. (1980), S. 1233-1239.
- Raible, A.*: Nützlichkeit und Inhalt einer Arzneimittel-Information für niedergelassene Ärzte: Transparenz als Instrument zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung, in: Sozialer Fortschritt, 41. Jg. (1992), S. 97-100.
- Rathscheck, R.*: Arzneimittelkosten und Arzneimittelpreise, in: *H. Schipperges* (Hrsg.): Müssen Arzneimittel teuer sein?, Heppenheim 1981, S. 24-33.
- Reher, R.*: Gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsaspekte der Arzneimittelversorgung: Zu den Kosten und Nutzen des Arzneimitteleinsatzes, in: Die Ortskrankenkasse, 67. Jg. (1985), S. 773-778.
- Reher, R., Reichelt, H.*: Arzneimittelfestbeträge: Lösung für die Praxis, (WIdO-Materialien, Bd. 32), Bonn 1989.
- Reher, R., Reichelt, H.*: Arzneimittelversorgung: Vorschlag für ein qualitätsorientiertes Selbstbeteiligungsmodell, in: Soziale Sicherheit, 40. Jg. (1991), S. 195-203.
- Reher, R., Reichelt, H.*: Gesundheitsreformgesetz und Arzneimittelversorgung: eine Zwischenbilanz, in: Sozialer Fortschritt, 40. Jg. (1991), S. 114-120.
- Reichelt, H.*: Die Strukturkomponente auf dem Arzneimittelmarkt: Mengenentwicklung, Wandel des Ordnungsspektrums oder Arzneimittelinnovation?, in: Die Ortskrankenkasse, 66. Jg. (1984), S. 809-817.
- Reichelt, H.*: Hohe Strukturkomponente in den Arzneimittelausgaben: Medizinisch notwendig oder nicht?, in: Die Ortskrankenkasse, 67. Jg. (1985), S. 151-155.

- Reichelt, H.*: Medikamentenkonsum und Alter: Ein Blick in den "Durchschnitts-Arzneischränk", in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg. (1987), S. 347-349.
- Reichelt, H.*: Ergänzende statistische Übersicht, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '87, Stuttgart, New York 1987, S. 385-467.
- Reichelt, H.*: Ergänzende statistische Übersicht, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '88: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, New York 1988, S. 387-463.
- Reichelt, H.*: Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung: Konzept einer erweiterten Index-Analyse volkswirtschaftlicher Änderungsraten, (WIdO-Materialien Bd. 31), Bonn 1988.
- Reichelt, H., Selke, G.W.*: Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge: Aktuelle Erkenntnisse des GKV-Arzneimittelindex, in: DOK, 72. Jg. (1990), S. 559-566.
- Reichelt, H., Selke, G.W.*: Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '90: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, New York 1990, S. 417-435.
- Reichelt, H., Selke, G.W.*: Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '91: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, Jena 1991, S. 441-461.
- Reinhardt, U.E.*: The Theory of Physician-Induced Demand: Reflections after a Decade, in: Journal of Health Economics, Vol 4 (1985), S. 187-193.
- Röper, B.* (Hrsg.): Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 107), Berlin 1980.
- Röper, B.* (Hrsg.): Wettbewerb und Werbung, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 180), Berlin 1989.
- Rosenberg, P.*: Selbstbeteiligung als Instrument zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in Gesundheitswesen und Krankenversicherung?, in: *M. Pfaff* (Hrsg.): Effizienz und Effektivität staatlicher Transferpolitik in der Wirtschaftskrise, (Schriften des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie (INIFES), Bd. 7/1), Berlin 1983, S. 165-177.
- Ruf, T.*: Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbeteiligung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 36. Jg. (1982), S. 67-72.
- Ruhr, P.-A.*: Markttransparenz auf dem Arzneimittelmarkt - Ein konsumtheoretischer Ansatz, (Europäische Hochschulschriften, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Bd. 200), Frankfurt am Main, Bern, Las Vegas 1978.
- Ruhr, P.-A.*: Staatliche Kostendämpfungspolitik im Gesundheitsbereich der Bundesrepublik Deutschland: Eine kritische Bestandsaufnahme, in: *P. Oberender* (Hrsg.): Gesundheitswesen im Wandel: Beiträge zu einer gesundheitspolitischen Neuorientierung, Spardorf 1985, S. 31-42.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Jahresgutachten 1987), Baden-Baden 1987.*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Jahresgutachten 1988), Baden-Baden 1988.*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Jahresgutachten 1989), Baden-Baden 1989.*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Jahresgutachten 1990), Baden-Baden 1990.*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, (Jahresgutachten 1991), Baden-Baden 1991.*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, (Jahresgutachten 1992), Baden-Baden 1992.*
- Schäfer, F.-H.: Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird effizienter gestaltet, in: Bundesarbeitsblatt, 1989, H. 4, S. 50-53.*
- Schaper, K.: Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Eine Diskussion der public goods-, uncertainty- und moral hazard-Theoreme allokativer Mängel von Gesundheits- und Krankenversicherungssystemen, Frankfurt am Main 1978.*
- Schaper, K.: Selbstbeteiligung in der GKV? Zur wissenschaftlichen Auseinandersetzungen und sozialpolitischen Problematik, in: Soziale Sicherheit, 30. Jg. (1981), S. 141-146.*
- Schipperges, H. (Hrsg.): Müssen Arzneimittel teuer sein?, Heppenheim 1981.*
- Schirmer, H. D.: Kostengünstige Verordnung, in: Bundesarbeitsblatt, 1986, H. 9, S. 20-23.*
- Schmähl, W. (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985.*
- Schmölders, G., Hansmeyer, K.-H.: Allgemeine Steuerlehre, 5., neu bearbeitete Aufl., Berlin 1980.*
- Schneider, E.-D.: Die Preisvergleichsliste - kostendämpfende Markttransparenz oder dirigistische Marktmanipulation?, in: P. Oberender (Hrsg.): Gesundheitswesen im Umbruch?, Bayreuth 1987, S. 151-165.*
- Schneider, M.: Selbstbeteiligung als Instrument zur Steigerung der Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems?, in: M. Pfaff (Hrsg.): Effizienz und Effektivität staatlicher Transferpolitik in der Wirtschaftskrise, (Schriften des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie (INIFES), Bd. 7/1), Berlin 1983, S. 178-186.*

- Schneider, M.*: Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der Sozialen Krankenversicherung, (Materialien und Berichte, hrsg. von *Robert Bosch Stiftung GmbH*, Nr. 17), Stuttgart 1985.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d.*: Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, (Schriften zur angewandten Wirtschaftsforschung, hrsg. von *E. v. Böventer, B. Gahlen, H. Hesse*, Bd. 43), Tübingen 1981.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d.*: Zum Verhalten von Versicherungsnachfragern in der Sozialen Marktwirtschaft, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Bd. 73 (1984), S. 295-320.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d.*: Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, (Schriften zur angewandten Wirtschaftsforschung, hrsg. von *E. von Böventer, B. Gahlen, H. Hesse*, Bd. 51), Tübingen 1987.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d.*: Die "Ärztenschwemme" und ihre Auswirkungen auf die ambulante Versorgung, in: *R. Brennecke, E. Schach* (Hrsg.): *Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung*, Berlin, Heidelberg, New York 1987, S. 125-139.
- Schulz, W.*: Der "Markt" für ambulante ärztliche Leistungen - eine mikroökonomische Analyse -, in: *G. Neubauer* (Hrsg.): *Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens*, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *Robert Bosch Stiftung GmbH*, Bd. 13), Gerlingen 1984, S. 259-307.
- Schulz, W.*: Selbstbeteiligungsmodelle im Gesundheitswesen, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 14. Jg. (1985), S. 63-68.
- Schulz, W.*: Der Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten - Einige analytische Ansatzpunkte, in: *G. Gäfgen* (Hrsg.): *Ökonomie des Gesundheitswesens*, (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 159), Berlin 1986, S. 323-341.
- Schupeta, E.*: Institutionen der Prävention, in: *P. Herder-Dorneich, A. Schuller* (Hrsg.): *Vorsorge zwischen Versorgungsstaat und Selbstbestimmung*, (Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Kölner Kolloquium, hrsg. von *P. Herder-Dorneich, A. Schuller*, Bd. 1), Stuttgart, Berlin, Köln 1982, S. 59-75.
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report '85*, (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex, hrsg. vom *Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)*, Bd. 1), Stuttgart, New York 1985.
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report '86*, (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex, hrsg. vom *Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)*, Bd. 2), Stuttgart, New York 1986.
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report '87*, (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex, hrsg. vom *Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)*, Bd. 3), Stuttgart, New York 1987.
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report '88: Aktuelle Daten, Kosten,*

- Trends und Kommentare, (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex, hrsg. vom *Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)*, Bd. 4), Stuttgart, New York 1988.
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '89: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex, hrsg. vom *Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)*, Bd. 5), Stuttgart, New York 1989.
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '90: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex, hrsg. vom *Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)*, Bd. 6), Stuttgart, New York 1990.
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '91: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex, hrsg. vom *Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)*, Bd. 7), Stuttgart, Jena 1991.
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '92: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex, hrsg. vom *Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)*, Bd. 8), Stuttgart, Jena 1992.
- Schwerdtfeger, G.*: Keine Kompetenz der Transparenzkommission zu eigenständigen Wirksamkeitsbeurteilungen: Replik zum Hart-Gutachten, Teil I, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, Bd. 54 (1992), S. 1-10.
- Selke, G.W.*: Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge, in: *U. Schwabe, D. Paffrath* (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '92: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart, Jena 1992, S. 444-455.
- Sitzius-Zehender, H.*: Zur wirtschaftlichen Lage der Apotheken 1991, in: *Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)* (Hrsg.): Apotheken-Report: Nr. 43, o.O. 1992, S. 3-19.
- Sorkin, A.L.*: Health Economics: An Introduction, Second and Revised Edition, Lexington, Toronto 1984.
- Sponer, K.*: Wirtschaftlichkeitsprüfung kassenärztlicher Leistungen und Verordnungen: Compendium für die Praxis, 2., erweiterte Aufl., Köln 1987.
- Stackelberg, J.-M.v.*: Internationaler Arzneimittelpreisvergleich, in: *C. v. Ferber, U.E. Reinhardt, H. Schaefer, T. Thiemeyer, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen* (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, (Gedenkschrift für *Ulrich Geißler*), München 1985, S. 359-381.
- Standfest, E.*: Ist das Gesundheitsreformgesetz gescheitert?, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 46. Jg. (1992), H. 1/2, S. 4-7.
- Statistisches Bundesamt* (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch, verschiedene Jahrgänge.

- Sterk, H.-P.*: Selbstbeteiligung unter risikotheoretischen Aspekten, (Veröffentlichungen des Instituts für Versicherungswissenschaft der Universität Mannheim, Bd. 14), Karlsruhe 1979.
- Sterk, H.-P.*: Art., Selbstbeteiligung, in: *D. Farny, E. Helten, P. Koch, R. Schmidt* (Hrsg.): Handwörterbuch der Versicherung (HdV), Karlsruhe 1988, S. 775-780.
- Taylor, D.*: Prescribing in Europe - Forces for Change, in: *British Medical Journal*, Vol. 304 (1992), S. 239-242.
- Theimann, B.*: Probleme der Preisfindung bei Arzneimitteln, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, Bd. 5 (1977), S. 185-202.
- Thiemeyer, T.*: Art., Gesundheitswesen I: Gesundheitspolitik, in: *Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW)*, Ungekürzte Studienausgabe, Bd. 3, Stuttgart, New York, Tübingen 1988, S. 576-591.
- Thier, U.*: Arzneimittelzulassung nach dem AMG und Positivliste? Das Verhältnis zwischen der Verkehrsfähigkeit von Arzneimitteln und ihrer Verordnungsfähigkeit im Rahmen der GKV - ein Beitrag zur Diskussion über die Strukturreform der Arzneimittelversorgung, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, 35. Jg. (1989), S. 61-103.
- Töns, H.*: Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen, (hrsg. vom *Bundesverband der Ortskrankenkassen Bonn*), Bonn 1983.
- Vogel, H.R.* (Hrsg.): Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen: Bericht über ein Symposium der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz, Stuttgart 1983.
- Vogel, H.R.*: Wer entscheidet über den Arzneimittelbedarf?, in: *H.R. Vogel* (Hrsg.): Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen: Bericht über ein Symposium der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Mainz, Stuttgart 1983, S. 58-63.
- Vogelbruch, B.*: Festbeträge für Arzneimittel, (Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, hrsg. von *D. Cassel, H. Cox, G. Heiduk, D. Kath, H.-J. Paffenholz, J. Schira, K. Tippelmann, M. Tietzel*, Bd. 12), Hamburg 1992.
- Wagstaff, A.*: Econometric Studies in Health Economics: A Survey of the British Literature, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 8 (1989), S. 1-51.
- Wenge, H.-U.*: Der Einfluß von sogenannten Positivlisten auf die Forschung der Arzneimittelindustrie, in: *Die Pharmazeutische Industrie*, 44. Jg. (1982), S. 29-32.
- Westphal, E.*: Optimale Arzneimittelversorgung mit Hilfe der Positiv-Liste? Schlussfolgerungen aus dem Schweizer Modell, in: *Die Ortskrankenkasse*, 63. Jg. (1981), S. 361-365.
- Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung"*: Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth 1987.
- Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung"*: Vorschläge zur Strukturreform der

Gesetzlichen Krankenversicherung, (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von *Robert Bosch Stiftung*, Bd. 25), Gerlingen 1988.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.): GKV-Arzneimittelindex - Berichte 1/81: Projektbeschreibung, Bonn 1981.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.): Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, (WIdO-Materialien, Bd. 21), Bonn 1983.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.): Der Einfluß demographischer Entwicklungen auf die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum Jahre 2000, (WIdO-Materialien, Bd. 22), Bonn 1983.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.): Der europäische Arzneimittelmarkt: Arzneimittelpreisvergleich - Arzneimittelverbrauchsvergleich - Rahmenbedingungen, (WIdO-Schriftenreihe, Bd. 6), Bonn 1984.

Zalewski, T.: Originäre Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Steuerungspotentiale in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Sankt Augustin 1984.

Zweifel, P.: Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens, (Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems, hrsg. von *M. Beckmann, H.P. Künzi*, Bd. 198), Berlin, Heidelberg, New York 1982.

FINANZWISSENSCHAFTLICHE SCHRIFTEN

- Band 1 Werner Steden: Finanzpolitik und Einkommensverteilung. Ein Wachstums- und Konjunkturmodell der Bundesrepublik Deutschland. 1979.
- Band 2 Rainer Hagemann: Kommunale Finanzplanung im föderativen Staat. 1976.
- Band 3 Klaus Scherer: Maßstäbe zur Beurteilung von konjunkturellen Wirkungen des öffentlichen Haushalts. 1977.
- Band 4 Brita Steinbach: "Formula Flexibility" - Kritische Analyse und Vergleich mit diskretionärer Konjunkturpolitik. 1977.
- Band 5 Hans-Georg Petersen: Personelle Einkommensbesteuerung und Inflation. Eine theoretisch-empirische Analyse der Lohn- und veranlagten Einkommensteuer in der Bundesrepublik Deutschland. 1977.
- Band 6 Friedemann Tetsch: Raumwirkungen des Finanzsystems der Bundesrepublik Deutschland. Eine Untersuchung der Auswirkungen der Finanzreform von 1969 auf die Einnahmenposition der untergeordneten Gebietskörperschaften und ihrer regionalpolitischen Zieladäquanz. 1978.
- Band 7 Wilhelm Pfähler: Normative Theorie der fiskalischen Besteuerung. Ein methodologischer und theoretischer Beitrag zur Integration der normativen Besteuerungstheorie in der Wohlfahrtsstheorie. 1978.
- Band 8 Wolfgang Wiegard: Optimale Schattenpreise und Produktionsprogramme für öffentliche Unternehmen. Second-Best Modelle im finanzwirtschaftlichen Staatsbereich. 1978.
- Band 9 Hans P. Fischer: Die Finanzierung des Umweltschutzes im Rahmen einer rationalen Umweltpolitik. 1978.
- Band 10 Rainer Paulenz: Der Einsatz finanzpolitischer Instrumente in der Forschungs- und Entwicklungspolitik. 1978.
- Band 11 Hans-Joachim Hauser: Verteilungswirkungen der Staatsverschuldung. Eine kreislauftheoretische Inzidenzbetrachtung. 1979.
- Band 12 Gunnar Schwarting: Kommunale Investitionen. Theoretische und empirische Untersuchungen der Bestimmungsgründe kommunaler Investitionstätigkeit in Nordrhein-Westfalen 1965-1972. 1979.
- Band 13 Hans-Joachim Conrad: Stadt-Umland-Wanderung und Finanzwirtschaft der Kernstädte. Amerikanische Erfahrungen, grundsätzliche Zusammenhänge und eine Fallstudie für das Ballungsgebiet Frankfurt am Main. 1980.
- Band 14 Cay Folkers: Vermögensverteilung und staatliche Aktivität. Zur Theorie distributiver Prozesse im Interventionsstaat. 1981.
- Band 15 Helmut Fischer: US-amerikanische Exportförderung durch die DISC-Gesetzgebung. 1981.
- Band 16 Günter Ott: Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine quantitative Analyse. 1981.
- Band 17 Johann Hermann von Oehsen: Optimale Besteuerung. (*Optimal Taxation*). 1982.
- Band 18 Richard Kössler: Sozialversicherungsprinzip und Staatszuschüsse in der gesetzlichen Rentenversicherung. 1982.
- Band 19 Hinrich Steffen: Zum Handlungs- und Entscheidungsspielraum der kommunalen Investitionspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. 1983.
- Band 20 Manfred Scheuer: Wirkungen einer Auslandsverschuldung des Staates bei flexiblen Wechselkursen. 1983.

- Band 21 Christian Schiller: Staatsausgaben und crowding-out-Effekte. Zur Effizienz einer Finanzpolitik keynesianischer Provenienz. 1983.
- Band 22 Hannelore Weck: Schattenwirtschaft: Eine Möglichkeit zur Einschränkung der öffentlichen Verwaltung? Eine ökonomische Analyse. 1983.
- Band 23 Wolfgang Schmitt: Steuern als Mittel der Einkommenspolitik. Eine Ergänzung der Stabilitätspolitik? 1984.
- Band 24 Wolfgang Laux: Erhöhung staatswirtschaftlicher Effizienz durch budgetäre Selbstbeschränkung? Zur Idee einer verfassungsmäßig verankerten Ausgabengrenze. 1984.
- Band 25 Brita Steinbach-van der Veen: Steuerinzidenz. Methodologische Grundlagen und empirisch-statistische Probleme von Länderstudien. 1985.
- Band 26 Albert Peters: Ökonomische Kriterien für eine Aufgabenverteilung in der Marktwirtschaft. Eine deskriptive und normative Betrachtung für den Allokationsbereich. 1985.
- Band 27 Achim Zeidler: Möglichkeiten zur Fortsetzung der Gemeindefinanzreform. Eine theoretische und empirische Analyse. 1985.
- Band 28 Peter Bartsch: Zur Theorie der längerfristigen Wirkungen 'expansiver' Fiskalpolitik. Eine dynamische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der staatlichen Budgetbeschränkung und ausgewählter Möglichkeiten der öffentlichen Defizitfinanzierung. 1986.
- Band 29 Konrad Beiwinkel: Wehrgerechtigkeit als finanzpolitisches Verteilungsproblem. Möglichkeiten einer Kompensation von Wehrungerechtigkeit durch monetäre Transfers. 1986.
- Band 30 Wolfgang Kitterer: Effizienz- und Verteilungswirkungen des Steuersystems. 1986.
- Band 31 Heinz Dieter Hessler: Theorie und Politik der Personalsteuern. Eine Kritik ihrer Einkommens- und Vermögensbegriffe. 1993.
- Band 32 Wolfgang Scherf: Die beschäftigungspolitische und fiskalische Problematik der Arbeitgeberbeiträge zur Rentenversicherung. Eine Auseinandersetzung mit der Kritik an der lohnbezogenen Beitragsbemessung. 1987.
- Band 33 Andreas Mästle: Die Steuerunion. Probleme der Harmonisierung spezifischer Gütersteuern. 1987.
- Band 34 Günter Ott: Internationale Verteilungswirkungen im Finanzausgleich der Europäischen Gemeinschaften. 1987.
- Band 35 Heinz Haller: Zur Frage der zweckmäßigen Gestalt gemeindlicher Steuern. Ein Diskussionsbeitrag zur Gemeindesteuerreform. 1987.
- Band 36 Thomas Kuhn: Schlüsselzuweisungen und fiskalische Ungleichheit. Eine theoretische Analyse der Verteilung von Schlüsselzuweisungen an Kommunen. 1988.
- Band 37 Walter Hahn: Steuerpolitische Willensbildungsprozesse in der Europäischen Gemeinschaft. Das Beispiel der Umsatzsteuer-Harmonisierung. 1988.
- Band 38 Ulrike Hardt: Kommunale Finanzkraft. Die Problematik einer objektiven Bestimmung kommunaler Einnahmemöglichkeiten in der gemeindlichen Haushaltsplanung und im kommunalen Finanzausgleich. 1988.
- Band 39 Jochen Michaelis: Optimale Finanzpolitik im Modell überlappender Generationen. 1989.
- Band 40 Bernd Raffelhüschen: Anreizwirkungen der sozialen Alterssicherung. Eine dynamische Simulationsanalyse. 1989.
- Band 41 Berend Diekmann: Die Anleihe- und Darlehenstransaktionen der Europäischen Gemeinschaften. 1990.
- Band 42 Helmut Kaiser: Konsumnachfrage, Arbeitsangebot und optimale Haushaltsbesteuerung. Theoretische Ergebnisse und mikroökonomische Simulation für die Bundesrepublik Deutschland. 1990.

- Band 43 Rüdiger von Kleist: Das Gramm-Rudman-Hollings-Gesetz. Ein gescheiterter Versuch der Haushaltskonsolidierung. 1991.
- Band 44 Rolf Hagedorn: Steuerhinterziehung und Finanzpolitik. Ein theoretischer Beitrag unter besonderer Berücksichtigung der Hinterziehung von Zinserträgen. 1991.
- Band 45 Cornelia S. Behrens: Intertemporale Verteilungswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland. 1991.
- Band 46 Peter Saile: Ein ökonomischer Ansatz der Theorie der intermediären Finanzgewalten – Die Kirchen als Parafisci. 1992.
- Band 47 Peter Gottfried: Die verdeckten Effizienzwirkungen der Umsatzsteuer. Eine empirische allgemeine Gleichgewichtsanalyse. 1992.
- Band 48 Andreas Burger: Umweltorientierte Beschäftigungsprogramme. Eine Effizienzanalyse am Beispiel des "Sondervermögens Arbeit und Umwelt". 1992.
- Band 49 Jeanette Malchow: Die Zuordnung verteilungspolitischer Kompetenzen in der Europäischen Gemeinschaft. Eine Untersuchung aufgrund einer Fortentwicklung der ökonomischen Theorie des Föderalismus. 1992.
- Band 50 Barbara Seidel: Die Einbindung der Bundesrepublik Deutschland in die Europäischen Gemeinschaften als Problem des Finanzausgleichs. 1992.
- Band 51 Ralph Wiechers: Markt und Macht im Rundfunk. Zur Stellung der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten im dualen Rundfunksystem der Bundesrepublik Deutschland. 1992.
- Band 52 Klaus Eckhardt: Probleme einer Umweltpolitik mit Abgaben. 1993.
- Band 53 Oliver Schwarzkopf: Die Problematik unterschiedlicher Körperschaftsteuersysteme innerhalb der EG. 1993.
- Band 54 Thorsten Giersch: Bergson-Wohlfahrtsfunktion und normative Ökonomie. 1993.
- Band 55 Li-Fang Chou: Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln aus ordnungspolitischer Sicht. Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland. 1993.

Andreas Rühl

Gesundheitssicherung und demographische Entwicklung

Frankfurt/M., Bern, New York, Paris, 1990.179 S., 3 Tab.

Europäische Hochschulschriften: Reihe 5, Volks- und
Betriebswirtschaft. Bd. 1079

ISBN 3-631-42736-0

br. DM 59.--

Die Untersuchung zeigt auf, welche Auswirkungen die demographische Entwicklung auf das bundesdeutsche Gesundheitswesen hat. Dabei wird deutlich, daß die vor allem aus dem Alterungsprozeß resultierenden Herausforderungen nicht so sehr auf der Finanzierungsebene bestehen, sondern in erster Linie eine Reorganisation der realen Leistungserstellung erforderlich machen. Dabei ist der Verzahnung der verschiedenen Leistungsebenen gerade auch aus ökonomischer Perspektive besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Aus dem Inhalt: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf das Gesundheitssicherungssystem – Finanzierungs- und reale Leistungsaspekte – Gesundheitssicherung durch Laien- und professionelle Systeme – Rolle des intermediären Bereichs



Verlag Peter Lang Frankfurt a.M. · Berlin · Bern · New York · Paris · Wien
Auslieferung: Verlag Peter Lang AG, Jupiterstr. 15, CH-3000 Bern 15
Telefon (004131) 9411122, Telefax (004131) 9411131

- Preisänderungen vorbehalten -