

Malina Müller

Fehldiagnose Homo Oeconomicus?

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Deutschland
und Steuerungspotenzial von Selbstbeteiligungen



Nomos

Die Reihe Wirtschafts- und Sozialpolitik
wird herausgegeben von

Prof. Dr. Rolf G. Heinze, Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. Josef Schmid, Universität Tübingen

Prof. Dr. Werner Sesselmeier, Universität Koblenz-Landau

Band 27

Malina Müller

Fehldiagnose Homo Oeconomicus?

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Deutschland
und Steuerungspotenzial von Selbstbeteiligungen



Nomos



Onlineversion
Nomos eLibrary

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Koblenz-Landau, Univ., Diss., 2022

u.d.T.: Fehldiagnose Home Oeconomicus? Analyse von Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienstleistungen in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Steuerungspotenzials von Selbstbeteiligungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

ISBN 978-3-7560-0502-4 (Print)

ISBN 978-3-7489-3825-5 (ePDF)

1. Auflage 2022

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2022. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	15
1 Einleitung	17
1.1 Problemstellung	17
1.2 Forschungsfrage	20
1.3 Aufbau der Arbeit	21
2 Die Gesetzliche Krankenversicherung	23
2.1 Ziele, Grundprinzipien und Finanzierung der GKV	23
2.1.1 Versicherungsprinzip, Versicherungspflicht und Finanzierung der GKV	24
2.1.2 Wirtschaftlichkeit	27
2.1.3 Sachleistungsprinzip	29
2.1.4 Solidaritätsprinzip	30
2.2 Anhaltender Reformbedarf	32
2.3 Andauernder Wandel – Gesetzliche Neuregelungen seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland	38
2.4 Selbstbeteiligungen in der GKV im Kontext des Sozialstaats	51
3 Inanspruchnahme aus der Perspektive des neoklassischen Modells	58
3.1 Der Versicherte als homo oeconomicus	59
3.2 Moral hazard als gesundheitsökonomisches Verhaltensparadigma	69
3.3 Legitimation von Selbstbeteiligungen als Instrument zur Steuerung der Nachfrage	72
3.4 Empirische Evidenz zu Selbstbeteiligungen in Deutschland	79
3.4.1 Einfluss der Versicherungsmodalität	80
3.4.1.1 Pohlmeier & Ulrich (1995)	81
3.4.1.2 Geil et al. (1997)	83
3.4.1.3 Riphahn et al. (2003)	85

3.4.1.4	Hullegie & Klein (2010)	87
3.4.1.5	Schmitz (2012)	89
3.4.1.6	Zusammenfassung der Evidenz zur Wirkung der Versicherungsmodalität in Deutschland	91
3.4.2	Einfluss der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme	94
3.4.2.1	Grabka et al. (2005)	95
3.4.2.2	Augurzky et al. (2006)	96
3.4.2.3	Rückert et al. (2008)	97
3.4.2.4	Schreyögg & Grabka (2010)	98
3.4.2.5	Farbmacher & Winter (2013)	99
3.4.2.6	Farbmacher et al. (2013)	100
3.4.2.7	Kunz & Winkelmann (2017)	102
3.4.2.8	Zusammenfassung der vorliegenden Evidenz zur Wirkung der Praxisgebühr in Deutschland	103
3.4.3	Wahltarife	106
3.4.3.1	Felder & Werblow (2006)	111
3.4.3.2	Hemken et al. (2012)	113
3.4.3.3	Thönnies (2019)	115
3.4.3.4	Zusammenfassung der vorliegenden Evidenz zu Wahltarifen in Deutschland	116
3.5	Inanspruchnahme aus der neoklassischen Perspektive – Abgleich von Theorie und Empirie	119
4	Inanspruchnahme jenseits der neoklassischen Perspektive	122
4.1	Bestimmung der Überinanspruchnahme und Fehldeutung von moral hazard	123
4.2	Verhaltensökonomische Anomalien im Kontext von Gesundheitsleistungen	129
4.2.1	Begrenzte Rationalität	130
4.2.2	Aufbereitung der Information (Framing)	137
4.2.3	Soziale Präferenzen	139
4.3	Interdisziplinäre Erkenntnisse zur Inanspruchnahme	142
4.3.1	Allgemein	142
4.3.2	Empirische Evidenz zur Inanspruchnahme in Deutschland	146
4.3.2.1	Prädispositionen	146
4.3.2.1.1	Demografie	146
4.3.2.1.2	Sozialstruktur	150
4.3.2.1.2.1	Sozioökonomischer Status	151

4.3.2.1.2.2 Soziale Unterstützung	155
4.3.2.1.3 Gesundheitseinstellungen (Gesundheitskompetenz und Risikoeinstellung)	158
4.3.2.1.4 Psychologische Faktoren	161
4.3.2.2 Befähigende Ressourcen	164
4.3.2.2.1 Versicherung	164
4.3.2.2.2 Gemeindebezogen	166
4.3.2.3 Bedarf	173
4.3.2.4 Zusammenfassung der vorliegenden interdisziplinären Evidenz zur Inanspruchnahme in Deutschland	177
4.4 Synthese der Erkenntnisse zur Inanspruchnahme in Deutschland und Ableitung der Hypothesen	182
4.4.1 Hypothesenbildung	187
5 Empirische Analyse	192
5.1 Datengrundlage und Operationalisierung	192
5.2 Deskriptive Statistik	199
5.3 Analyseverfahren	208
5.4 Empirische Evidenz der Hypothesen	212
5.4.1 Bivariate Analysen	212
5.4.1.1 Bildung und Arztbesuche	212
5.4.1.2 Partnerschaft und Inanspruchnahme	214
5.4.1.3 Beruf im Gesundheitswesen und Inanspruchnahme	214
5.4.1.4 Risikoeinstellung und Inanspruchnahme	215
5.4.1.5 Lebenszufriedenheit und Inanspruchnahme	217
5.4.1.6 Einkommen und Inanspruchnahme	219
5.4.1.7 Region und Inanspruchnahme	220
5.4.1.8 Private Zusatzkrankenversicherung und Inanspruchnahme	220
5.4.1.9 Objektive Gesundheit und Inanspruchnahme	222
5.4.1.10 Subjektive Gesundheit und Inanspruchnahme	226
5.4.2 Multivariate Analysen	230
5.5 Diskussion der zentralen Ergebnisse und kritische Würdigung	244

Inhaltsverzeichnis

6	Sozialpolitische Implikationen	250
7	Fazit und Ausblick	257
	Literaturverzeichnis	261
	Quellenverzeichnis	293
	Anhang	299

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Finanzierung der GKV und des Gesundheitsfonds im Jahr 2020	26
Abbildung 2:	Gesundheitsausgaben in Milliarden Euro und Anteil am BIP von 2000 bis 2019	34
Abbildung 3:	Volkseinkommen, Arbeitnehmerentgelte und unbereinigte Lohnquote von 2000 bis 2019	36
Abbildung 4:	Phasen der Entwicklung des Gesundheitssystem Deutschlands	39
Abbildung 5:	Anteile verschiedener Leistungsträger an den Gesundheitsausgaben von 2000 bis 2019	49
Abbildung 6:	Der Idealtypus des homo oeconomicus in der Neoklassik	61
Abbildung 7:	Budgetgerade	63
Abbildung 8:	Indifferenzkurve	64
Abbildung 9:	Indifferenzkurve und Budgetgerade	65
Abbildung 10:	Konsumoptimum und Preis	66
Abbildung 11:	Nachfragefunktion	67
Abbildung 12:	Preiselastizitäten und ihre Finanzierungs- und Steuerungs-funktion	75
Abbildung 13:	Hypothetisches Beispiel zur Preiselastizität von Gesundheitsleistungen	76
Abbildung 14:	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als zweistufiger Entscheidungsprozess	81
Abbildung 15:	Simplifizierter Zusammenhang zwischen Versicherungsstatus und Inanspruchnahme	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 16:	Bedeutung der Risikoaversion für die Inanspruchnahme	90
Abbildung 17:	Wahrscheinlichkeitsverzerrung	131
Abbildung 18:	Prospect-Theory-Wertefunktion	133
Abbildung 19:	Idealtypen der Verhaltensökonomie und der Neoklassik	141
Abbildung 20:	Health Behavior Model nach Andersen	143
Abbildung 21:	Mögliche Einflussfaktoren der Inanspruchnahme	186
Abbildung 22:	Verteilung der Inanspruchnahme	200
Abbildung 23:	Anteil der jeweiligen Nutzerkategorie an allen Befragten	202
Abbildung 24:	Durchschnittliche Anzahl an Arztbesuchen nach Nutzungs-kategorie im Zeitverlauf	203
Abbildung 25:	Verteilung der Arztbesuche	204
Abbildung 26:	Anzahl der durchschnittlichen Arztbesuche von 2010 bis 2018	205
Abbildung 27:	Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht	206
Abbildung 28:	Korrelationsmatrix unabhängiger Variablen des Gesundheits-zustands	207
Abbildung 29:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Ausbildung	213
Abbildung 30:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Partnerschaft	214
Abbildung 32:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Beruf im Gesundheitswesen	215
Abbildung 32:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Risikoeinstellung	216

Abbildung 33:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Lebenszufriedenheit	218
Abbildung 34:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Äquivalenzeinkommen	219
Abbildung 35:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und der Region	220
Abbildung 36:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Krankenzusatzversicherung	221
Abbildung 37:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und MCS Score	222
Abbildung 38:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und PCS Score	224
Abbildung 39:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und chronischer Erkrankung	225
Abbildung 40:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Zufriedenheit mit Gesundheit	227
Abbildung 41:	Bivariater Zusammenhang zwischen Arztbesuchen und Sorgen Gesundheit	228
Abbildung 42:	Rootogram der vorhergesagten und beobachteten Arztbesuche Negbin Hurdle Modell	233
Abbildung 43:	Einflussfaktoren der Kontaktwahrscheinlichkeit und der Kontaktfrequenz	247
A1:	Rootogram der vorhergesagten und beobachteten Arztbesuche Poisson Hurdle	299
A2:	Rootogram der vorhergesagten und beobachteten Arztbesuche Poisson Hurdle 2	300

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zuzahlungsregeln des GMG	42
Tabelle 2:	Preiselastizitäten von Gesundheitsleistungen verschiedener Bereiche	74
Tabelle 3:	Zusammenfassung der empirischen Evidenz zum Einfluss des Versicherungsschutzes	93
Tabelle 4:	Zusammenfassung der empirischen Evidenz zum Einfluss der Praxisgebühr	103
Tabelle 5:	Inanspruchnahme der einzelnen Wahltarife im Jahresdurchschnitt 2020	109
Tabelle 6:	Zusammenfassung der Ergebnisse der Studien zum Einfluss von Wahltarifen	118
Tabelle 7:	Übersicht der berücksichtigten Variablen und Wellen	193
Tabelle 8:	Zusammenfassung des Datensatzes	199
Tabelle 9:	Verteilung der Arztbesuche der letzten 3 Monate	201
Tabelle 10:	Entwicklung der durchschnittlichen Arztbesucher aller Befragten im Zeitverlauf	204
Tabelle 11:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche nach Bildungsgruppen	214
Tabelle 12:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche nach Kategorien der Risikoeinstellung im Bereich Gesundheit	216
Tabelle 13:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche nach Kategorien der Lebenszufriedenheit	218
Tabelle 14:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche in Abhängigkeit des Besitzes einer privaten Zusatzkrankenversicherung	221

Tabelle 15:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche in Abhängigkeit des MCS	223
Tabelle 16:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche in Abhängigkeit des PCS	224
Tabelle 17:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche in Abhängigkeit des Vorliegens einer chronischen Erkrankung	226
Tabelle 18:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche in Abhängigkeit der Zufriedenheit mit der Gesundheit	227
Tabelle 19:	Mittelwert, Varianz und Median der Arztbesuche in Abhängigkeit der Sorgen über die Gesundheit	229
Tabelle 20:	Vergleich der Modellgüte verschiedener Modelle zur Inanspruchnahme	231
Tabelle 21:	Ergebnisse des Negbin Hurdle Modells	234
Tabelle 22:	Odds Ratios der unabhängigen Variablen	240
Tabelle 23:	Bestimmung der Kontaktwahrscheinlichkeit für verschiedene Szenarien	242
Tabelle 24:	Bestimmung der Anzahl an Arztbesuchen für verschiedene Szenarien	243

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AMNOG	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOKN	AOK Niedersachsen
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DiD	Difference-in-Difference
DMP	Disease Management Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der GKV
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
Kaufmännische Krankenkasse	KKH
Morbi RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
NACE	Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PKV	Private Krankenversicherung
PS	Propensity Score
RHIE	RAND Health Insurance Experiment
RDA	Regressions-Diskontinuitäts-Analyse
RSA	Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SVR	Sachverständigenrat
TK	Techniker Krankenkasse
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
WHO	World Health Organization
ZI	Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

In der vorliegenden Arbeit wird auf eine geschlechterinklusive Sprache geachtet. So wurden primär geschlechtsneutrale Formulierungen, wie „ärztliches Fachpersonal“ oder „Versicherte“, verwendet. Dies umfasst auch intersexuelle und nicht-binäre Personen. Verweise auf die Geschlechtsausprägungen männlich oder weiblich, insbesondere bei der Wiedergabe empirischer Erkenntnisse, sind darauf zurückzuführen, dass die zugrunde liegende Datenbasis keine Abbildung weiterer Geschlechtsausprägungen ermöglicht.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Primäres Ziel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellt die Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit der Versicherten dar. Die Gesundheitsversorgung orientiert sich dabei grundsätzlich an dem jeweiligen Versorgungsbedarf, die Finanzierung hingegen an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten (Leiber & Manougian, 2009). Trotz einkommensabhängiger individueller Beiträge wird jedem Versicherten der gleiche Zugang zu medizinischer Versorgung gewährt (Solidaritätsprinzip) (Burkhardt, 2013). Dieser universelle Zugang wird auch als „wesentlicher Leitgedanke“ (Bremer & Wübker, 2012, S. 226) des deutschen Gesundheitssystems verstanden, und der GKV eine „starke Verankerung solidarischer Elemente attestiert“ (Böckmann, 2009, S. 9).

Aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel muss die Zielerreichung jedoch auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit erfolgen (Fleßa & Greiner, 2013). Dies gilt insbesondere, da steigende Ausgaben bei gleichzeitiger Erosion der Finanzierungsgrundlage die GKV vor eine Herausforderung stellen (Althammer et al., 2021). In den letzten Jahrzehnten wurde dieser Herausforderung primär über die Anhebung der Beitragsätze bei gleichzeitiger Ausgabenreduzierung begegnet (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg, 2021a.), wobei die Ausgabenreduzierung seit Mitte der 1990er Jahre unter anderem über Selbstbeteiligungen¹ der Versicherten erzielt wurde (Butterwegge, 2018).

Auch für die aktuelle Legislaturperiode wird die Notwendigkeit von Kostendämpfungsmaßnahmen unterstrichen und die Einführung weiterer oder die Erhöhung existierender Selbstbeteiligungen als Instrument in Betracht gezogen (Thomas, 2021). Zuletzt diskutiert wurden beispielsweise eine generelle Gebühr für den Besuch der Notaufnahme (Frankfurter All-

1 Unter Selbstbeteiligungen im weiteren Sinne wird der Anteil der Behandlungskosten verstanden, den die Versicherten übernehmen. Dies schließt sowohl medizinische Leistungen als auch frei verkäufliche Medikamente sowie Hilfsmittel und andere Direktzahlungen privater Haushalte ein. Im engeren Sinne werden unter Selbstbeteiligungen Zuzahlungen zu den im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen verstanden.

gemeine Zeitung, 2018), eine Kontaktgebühr für Patienten, die eine Krankenhaus-Ambulanz während der Praxisöffnungszeiten aufsuchen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018b) oder Sanktionen im Falle einer häufigen Inanspruchnahme von Fachärzten, wie vom Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen, zur Debatte gestellt (Süddeutsche Zeitung, 2019). Als Erklärung führt dieser an: „Die Gesundheitskarte funktioniert wie eine Flatrate, und es gibt Patienten, die das gnadenlos ausnutzen“ (Handelsblatt, 2019, o.S.). Hiermit greift er das wohl geläufigste Argument für Selbstbeteiligungen in der GKV auf.

Der Versicherte wird bei dieser Argumentation als nutzenmaximierender *homo oeconomicus* verstanden, der durch die Kostenabstinenz in der GKV zu einer Überinanspruchnahme² überflüssiger Gesundheitsleistungen verleitet wird (Breyer et al., 2013). Die durch Selbstbeteiligungen erzielte Auflösung der Kostenabstinenz gilt als geeignetes Instrument, um diesem Verhalten gegenzusteuern (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018b). Denn gemäß der neoklassischen Theorie bedingen Selbstbeteiligungen eine Kosten-Nutzen-Abwägung, die zur Unterlassung von Leistungen mit geringerem Nutzen als die Selbstbeteiligung führt (Nguyen & Romeike, 2013). Selbstbeteiligungen führen somit theoretisch zu einer Reduktion überflüssiger Leistungen und werden demnach als Maßnahme zur Ausgabenreduzierung der GKV betrachtet.

Auf Basis empirischer Evidenz können hingegen keine eindeutigen Aussagen zum Vorliegen von Überinanspruchnahme in der GKV oder zu den Effekten von in der Vergangenheit implementierten Selbstbeteiligungen getroffen werden (Reiners, 2019b). Es stellt sich die Frage, wie diese Diskrepanz zwischen Theorie und Empirie erklärt werden kann.

Ein Erklärungsansatz, der in der Literatur diskutiert wird, ist, dass den Versicherten „[...] im Hinblick auf die eigene Gesundheit ein Kosten-Nutzen-Kalkül unterstellt [wird], das in der sozialen Realität nicht existiert“ (Gerlinger et al. 2007, S. 16). Bestärkt wird dies durch Erkenntnisse aus der Verhaltensökonomie, der Versorgungsforschung oder der Sozialepidemiologie. Diese zeigen, dass Individuen zum einen nicht derart rational agieren, wie es das Idealbild des *homo oeconomicus* vorhersagt (Kahneman, 2012), und zum anderen, dass die Inanspruchnahme maßgeblich

2 Eine Überinanspruchnahme wird als Diskrepanz zwischen objektivem und subjektivem Bedarf verstanden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018b, S. 447).

vom Gesundheitszustand und weiteren sozioökonomischen Faktoren beeinflusst wird (Babitsch et al., 2012). Aufgrund dessen wird der gesundheitsökonomischen Betrachtung stellenweise eine Komplexitätsreduktion der Inanspruchnahme und die Vernachlässigung von Erkenntnissen aus weiteren Disziplinen vorgeworfen (Marschall, 2015).

Die Abweichung des beobachtbaren von dem theoretisch vorhergesagten Verhalten ist hinsichtlich verschiedener Aspekte von Bedeutung. So können Reformen, die auf einem inadäquaten theoretischen Konstrukt aufbauen, ihre intendierten Wirkungen nicht erzielen oder gar mit negativen Wirkungen einhergehen.

Hinsichtlich des Steuerungs- und Kosteneinsparungspotenzials von Selbstbeteiligungen wird zum Beispiel darauf verwiesen, dass die Inanspruchnahme „eine der wesentlichen modifizierenden Einflussgrößen von Zivilisationskrankheiten“ (Keil et al., 2020, S. 18) darstellt und ein erschwerter Zugang die Inanspruchnahme verzögern oder verhindern könnte. Dies wiederum könnte zum Fortschreiten einer Erkrankung und zu einem späteren Zeitpunkt zu höheren Kosten in der GKV oder im Falle von hierdurch bedingter Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu einer Verlagerung der Kosten hin zu weiteren Säulen der Sozialversicherungen führen. Darüber hinaus deuten Erkenntnisse zu Selbstbeteiligungen darauf hin, dass insbesondere Personen mit niedrigerem Einkommen auf die Einführung oder Erhöhung von Selbstbeteiligungen reagieren und ihre Inanspruchnahme reduzieren (Rückert et al., 2008). Infolgedessen wird eine Verstetigung oder Verschärfung sozialer Ungleichheit von Gesundheit und Inanspruchnahme, die bereits trotz niedrigschwelligem Zugang besteht, befürchtet und vor dem Hintergrund sozialstaatlicher Ziele diskutiert (Jacobs, 2015).

Neben etwaigen unerwünschten Wirkungen wird zudem auch die generelle Vereinbarkeit von Selbstbeteiligungen mit den Grundprinzipien der GKV angezweifelt, die im deutschen Gesundheitswesen das „institutionelle Versprechen“ darstellt, „in einer gesundheitlichen Krisensituation die notwendigen medizinischen Hilfen zu erhalten“ (Wendt, 2013, S. 344).

Somit werden Selbstbeteiligungen mit dem Vorwurf konfrontiert, eine wirtschaftliche und ausreichende Versorgung sowie sozialstaatliche Ziele zu konterkarieren und dementsprechend kontrovers diskutiert.

Eine Verortung in diesem Diskurs wird jedoch dadurch erschwert, dass für Deutschland aktuell kein systematischer Überblick über die Einflussfaktoren der Inanspruchnahme im Allgemeinen und den Wirkungen von Selbstbeteiligungen im Speziellen vorliegt. Eine systematische Übersicht ist jedoch notwendig, um eine informierte Einschätzung darüber zu geben

1 Einleitung

können, ob Selbstbeteiligungen eine (sinnhafte) Reformmaßnahme für die GKV darstellen können.

1.2 Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es aufgrund dieses fehlenden Gesamtbildes in einem ersten Schritt eine Übersicht zu geben über:

- Die Gestaltungsmerkmale und Ziele der GKV sowie deren Vereinbarkeit mit Selbstbeteiligungen
- Die Inanspruchnahme aus der neoklassischen Perspektive
- Den Forschungsstand zu Selbstbeteiligungen in Deutschland
- Die Inanspruchnahme jenseits der neoklassischen Perspektive
- Den Forschungsstand zu Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme im Allgemeinen

Dieser theoretische Teil bildet die Grundlage für die Hypothesen des empirischen Teils der Arbeit. Ziel des empirischen Teils ist es, Einflussfaktoren der Inanspruchnahme in Deutschland auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zu untersuchen. Im Rahmen der Analyse wird neben verschiedenen sozioökonomischen Faktoren und dem Gesundheitszustand auch der Einfluss privater Zusatzkrankenversicherungen berücksichtigt. Ein Fokus der Analyse liegt darin, zu prüfen, inwiefern ein größerer Versicherungsschutz mit einer höheren Inanspruchnahme einhergeht und wie groß der Einfluss des Versicherungsschutzes verglichen mit weiteren Faktoren, insbesondere dem Gesundheitszustand, ist.

Auf Basis des empirischen und des theoretischen Teils wird letztendlich die Frage beantwortet:

- Eignet sich der homo oeconomicus zur Erklärung der Inanspruchnahme in Deutschland?

Die Beantwortung dieser Frage ist im Sinne einer evidenzbasierten Politik bedeutsam. Nur wenn Reformen auf einem adäquaten Verhaltensmodell aufbauen, können auf dieser Basis abgeleitete Anreize zur Verhaltenssteuerung die gewünschten Wirkungen entfalten und unerwünschte Wirkungen vermieden oder zumindest reduziert werden.

Die vorliegende Arbeit gibt einen umfassenden und systematischen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Deutschland und insbesondere zur Wirkung von Selbstbeteiligungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Des Weiteren werden im zweiten Teil mögliche Einflussfaktoren der Inanspruchnahme, insbesondere der Gesundheitszustand oder private Zusatzkrankenver-

sicherungen, empirisch untersucht und miteinander verglichen. Im Ergebnis liefert die Arbeit somit eine aktuelle Faktenbasis zur Inanspruchnahme und den Wirkungen von Selbstbeteiligungen in Deutschland, die in diesem Umfang bisher nicht vorlag, und die für eine evidenzbasierte Politikgestaltung herangezogen werden kann.

Der Fokus der Arbeit liegt auf der Inanspruchnahme ambulanter Dienstleistungen in Deutschland, die Haus- und Facharztbesuche umfassen. Stationäre Leistungen sowie die Qualität oder weitere Zugangsdimensionen ambulanter Leistungen werden nicht explizit betrachtet.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im Anschluss an dieses einleitende Kapitel erfolgt im zweiten Kapitel eine Beschreibung der GKV. Zunächst werden der institutionelle Kontext und die Rahmenbedingungen der GKV dargelegt (2.1). Dieses Wissen ist erforderlich, um die Notwendigkeit von Reformen (2.2) und die Tragweite vorangegangener Reformen der GKV einschätzen zu können (2.3) und die Frage zu beantworten, inwiefern Selbstbeteiligungen mit der Grundidee der GKV vereinbart werden können (2.4).

In Kapitel drei erfolgt ein umfassender Überblick über die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus neoklassischer Perspektive. In dieser Disziplin gilt der Versicherte als *homo oeconomicus* (3.1), der im Rahmen der Vollversicherung der GKV einem *moral hazard*³ unterliegt und überflüssige medizinische Leistungen in Anspruch nimmt (3.2.). Diese Annahme legitimiert Selbstbeteiligungen in der GKV als effektives Instrument zur Reduktion der Überinanspruchnahme (3.3). Es stellt sich jedoch die Frage, ob empirisch belegt werden kann, dass eine höhere individuelle finanzielle Beteiligung an Gesundheitsleistungen tatsächlich zu einer Reduktion der Inanspruchnahme führt. Um dies zu beantworten, folgt eine Übersicht der für Deutschland vorliegenden Evidenz zur Wirkung von Selbstbeteiligungen (3.4). Welche Schlussfolgerungen aus dem Abgleich von Theorie und Empirie gezogen werden können, wird darauffolgend erörtert (3.5).

3 An dieser Stelle soll *moral hazard* als die erhöhte Nachfrage aufgrund des Versicherungsschutzes definiert werden. In der Gesundheitsökonomie liegt jedoch kein allgemeingültiges Verständnis von *moral hazard* vor, wie in Kapitel 3.2 dargelegt wird.

Das vierte Kapitel betrachtet schließlich die Inanspruchnahme jenseits der neoklassischen Perspektive. Dies umfasst theoretische und empirische Aspekte, die in der neoklassischen Betrachtungsweise vernachlässigt werden. So bleiben insbesondere die Fragen nach dem Ausmaß der vermeintlichen Überinanspruchnahme sowie das mit der Reduktion dieser Überinanspruchnahme verbundene Einsparpotenzial zumeist unbeantwortet (4.1). Darauffolgend werden aus der Verhaltensökonomie bekannte Abweichungen vom Verhaltensmodell des homo oeconomicus dargelegt, die von der Neoklassik oftmals ausgeblendet werden (4.2). Anschließend wird ein Überblick über interdisziplinäre Erkenntnisse zur Inanspruchnahme gegeben (4.3). Am Ende des vierten Kapitels erfolgt eine Zusammenführung der interdisziplinären Erkenntnisse zur Inanspruchnahme, die als Basis der Hypothesen zur Inanspruchnahme der vorliegenden Arbeit dienen (4.4).

Im darauffolgenden fünften Kapitel wird empirisch untersucht, welche Faktoren die Inanspruchnahme in Deutschland beeinflussen. Es erfolgt zunächst eine Übersicht der Datengrundlage und der Operationalisierung (5.1). Nach der Darlegung deskriptiver Statistiken über die abhängige Variable der Inanspruchnahme (5.2) wird das Analyseverfahren (5.3) und die empirische Evidenz der Hypothesen dargelegt (5.4). Abschließend werden die zentralen Ergebnisse diskutiert und kritisch gewürdigt (5.5).

In Kapitel sechs werden die sozialpolitischen Implikationen der Ergebnisse diskutiert.

Das abschließende siebte Kapitel setzt die Ergebnisse in den Gesamtkontext der Arbeit und gibt einen Ausblick auf weitere Forschungsfragen.

2 Die Gesetzliche Krankenversicherung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Deutschlands unterliegt seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland einem stetigen Wandel. Die Reformdebatte ist hierbei insbesondere von der Frage nach der erforderlichen, finanzierbaren und erwünschten Ausgestaltung zwischen Solidarität und Eigenverantwortung sowie der Frage nach der Implementierung wettbewerbsorientierter Strukturen geprägt (Böckmann, 2009b, S. 10). Forderungen nach einer Stärkung der Eigenverantwortung in Form von Selbstbeteiligungen in der GKV sind besonders umstritten (Holst, 2008b; Jacobs, 2015).

Die Debatte scheint oftmals ideologisch geprägt und Befürworter und Kritiker ziehen auf Basis des institutionellen Rahmens der GKV, des Reformbedarfs, und der in den letzten Jahrzehnten implementierten Reformen in der GKV unterschiedliche Schlussfolgerungen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Selbstbeteiligungen mit der GKV. Als Außenstehender gestaltet sich die Verortung innerhalb dieses Diskurses schwierig. So ist „systematisches Bezugswissen [...] erforderlich, will die Beobachterin bzw. der Beobachter in diesem Gewirr eine eigene Orientierung entwickeln“ (Boeckh et al., 2017, XII).

Aufgrund dessen erfolgt zunächst die Darlegung des Ziels, der Grundprinzipien und der Finanzierung der GKV (2.1). Zum Teil bedingen diese auch den Reformbedarf der GKV (2.2), der nachfolgend erörtert wird. Nach der Darlegung ausgewählter Reformen der GKV in den letzten Jahrzehnten (2.3) erfolgt am Ende des Kapitels eine Einordnung von Selbstbeteiligungen in der GKV in den sozialstaatlichen Kontext (2.4).

2.1 Ziele, Grundprinzipien und Finanzierung der GKV

Gemäß § 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt die Aufrechterhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit⁴ als Ziel

4 Auch wenn dieses Ziel präzise erscheint, sollte hierbei berücksichtigt werden, dass grundsätzlich verschiedene Definitionen existieren, die ein breites Verständnis von Gesundheit oder Krankheit aufzeigen. Hinsichtlich der Allokation sozialer Leistungen hat sich in der Sozialrechtsprechung Deutschlands auf Basis eines Ur-

der GKV (§ 1 SGB V). Die Zielerreichung wird maßgeblich von den verschiedenen Grundprinzipien der GKV, die ebenfalls im SGB V definiert sind, beeinflusst. Zu nennen sind hier insbesondere das Versicherungsprinzip, das in Verbindung mit der Versicherungspflicht bestimmter Personengruppen und den daraus resultierenden Beiträgen die Finanzierungsbasis der GKV bildet, das Prinzip der Wirtschaftlichkeit, das Sachleistungsprinzip sowie das Solidaritätsprinzip.

2.1.1 Versicherungsprinzip, Versicherungspflicht und Finanzierung der GKV

Art und Umfang sowie die Leistungsgewährung eines Systems werden unter anderem davon beeinflusst, ob das Kernprinzip der Versicherung, Versorgung oder Fürsorge vorherrscht (Althammer und Lampert 2014, S. 246). Die deutschen Sozialversicherungszeige sind primär durch das

teils des Bundessozialgerichts folgende Definition etabliert: „Unter Krankheit ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand zu verstehen, der entweder lediglich die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder zugleich (in Ausnahmefällen auch allein) Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (Rosenbrock & Gerlinger, 2015, S. 201). Kann entsprechend dieser Definition bei einer Person keine Krankheit festgestellt werden, gilt sie demnach als gesund. Diese Definition stellt die Gesundheit in engen Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit, die in der erwerbszentrierten Gesellschaft Deutschlands die materielle Existenz sichert, und deren Verlust ein soziales Risiko darstellt. Generell dient Gesundheit jedoch nicht nur als Voraussetzung für die materielle Existenzsicherung, sondern auch als Grundlage für Selbstentfaltung sowie soziale und gesellschaftliche Teilhabe (Bäcker et al., 2020). So ist die in der von Deutschland unterzeichneten Verfassung der World Health Organization (WHO) aufgeführte Definition von Gesundheit umfassender und betrachtet Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (*Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. World Health Organization, 2014). Für die GKV dient die Definition der WHO von Gesundheit „ausdrücklich nicht als Maßstab“. Für die GKV dient die sozialgerichtliche Definition des Krankheitsbegriffs dazu, über den „Versicherungsfall Krankheit“ zu entscheiden und die Leistungspflicht der Krankenversicherung auszulösen. Grundsätzlich unterliegt das gesellschaftlich vorherrschende Verständnis von Gesundheit und Krankheit jedoch einem stetigen Wandel und verändert sich entsprechend der in einer Gesellschaft vorherrschenden Normen und Werte (Dietz et al., 2015, S. 128). So passt sich auch die sozialgerichtliche Rechtsprechung den gesellschaftlichen Veränderungen an und so wurden im Laufe der Jahre beispielsweise auch psychosomatische Erkrankungen, eingeschränkte Zeugungsfähigkeit, Alkoholismus oder geistige Behinderungen als Krankheiten anerkannt (Bäcker et al., 2020).

Versicherungsprinzip gekennzeichnet. Auch wenn das Grundprinzip der Versicherung auf alle Säulen der Sozialversicherung zutrifft, unterscheidet sich die Krankenversicherung hinsichtlich Struktur, Prinzipien sowie Finanzierung und Leistungsgewährung jedoch von der Renten- und Arbeitslosenversicherung. Während die Renten beispielsweise sehr stark an die Beitragshöhe gebunden sind, gilt in der Krankenversicherung zunächst der medizinische Bedarf als Orientierung, die Abdeckung erfolgt über Beiträge, die kollektiv ausgerichtet sind (Schmid, 2017, S. 400). Da den aufgebrachten Mitteln der Beitragszahler ein gewisses Leistungsvolumen gegenübersteht wird bei der Gesetzlichen Krankenversicherung auch von einer „gruppenmäßigen oder kollektiven Äquivalenz“ gesprochen (Krochskämper & Pimpertz, 2015, S. 109).

Die Ausgestaltung der GKV als Pflichtversicherung bedingt, dass sich Arbeitnehmer mit einem Bruttoeinkommen unter einer bestimmten Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der GKV nicht entziehen können. Die Versicherungspflicht der Sozialversicherung im Allgemeinen und der GKV im Speziellen dient als Instrument des sozialen Ausgleichs (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Hiermit wird eine adverse Selektion der Versichertengemeinschaft vermieden. Das bedeutet, dass Personen mit niedrigem Gesundheitsrisiko, die bei der Erhebung eines rein einkommensabhängigen Beitrags – verglichen mit Personen mit höherem Gesundheitsrisiko – niedrigere Beiträge zu entrichten hätten als bei risikoäquivalenten Beiträgen, dem System nicht fernbleiben können. Somit wird auch vermieden, dass lediglich Personen mit hohem Risiko, für die eine Versicherung mit einem vergleichsweise großen Nutzen einhergeht, in der Versichertengemeinschaft enthalten sind (Zimmermann, 2009, S. 215). Durch die Berücksichtigung von Beitragsbemessungsgrenzen soll auch sichergestellt werden, dass das Solidaritätsprinzip nicht überreizt und einen „konfiskatorischen Charakter“ erhält und in Frage gestellt wird (Butterwegge, 2018, S. 30).

Durch die BBG definiert der Staat, welche Teile der Bevölkerung er für schutzbedürftig hält und demnach eine finanzielle Absicherung gegen das Risiko „Krankheit“, bedürfen. Von der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind Personen, die der staatlichen Definition nach über ausreichend finanzielle Mittel verfügen, und Personen, die über das Beihilfesystem der Beamten abgesichert sind (Gerlinger & Burkhardt, 2012a).⁵

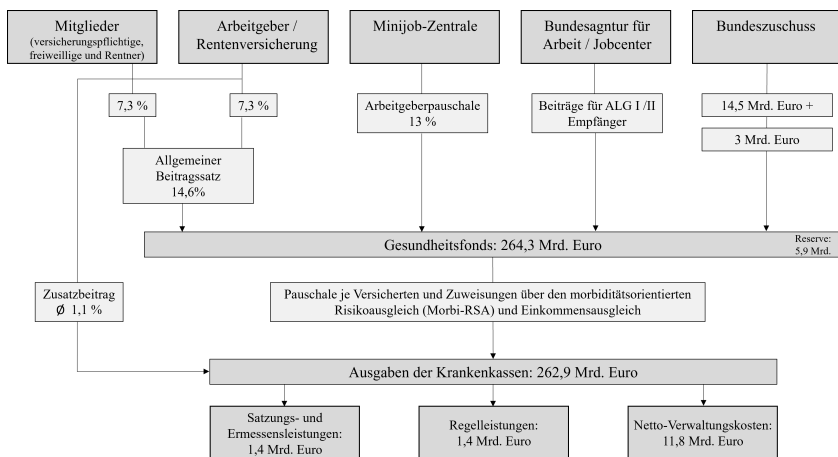
5 Die genaue Definition und Abgrenzung der Schutzbedürftigkeit ist hierbei umstritten. Eine ausführliche Diskussion findet sich beispielsweise bei Gerlinger & Burkhardt (2012a).

2 Die Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Versicherungspflicht kann erreicht werden, dass der Bedarf gewisser Personen tatsächlich gedeckt wird. Denn es ist nicht zwingend notwendig, dass alle Personen ihren (zukünftigen) Bedarf und die Vorteile einer Versicherung erkennen, sondern möglich, dass Personen die Wahrscheinlichkeit eines (zukünftigen) Bedarfs unterschätzen. Zur Vermeidung einer späteren Inanspruchnahme von Sozialleistungen kann demnach ein allgemeines Interesse am Versicherungszwang legitimiert werden (Zimmermann, 2009, S. 216).

Abbildung 1 stellt das Schema der Finanzierung der GKV und des Gesundheitsfonds allgemein sowie die Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2020 dar.

Abbildung 1: Finanzierung der GKV und des Gesundheitsfonds im Jahr 2020



Quelle: Eigene Abbildung in Anlehnung an Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg (2021d).

Die Versicherungsbeiträge stellen die Finanzierungsbasis der GKV dar. Seit dem Jahr 2015 ist der Beitragssatz, der paritätisch von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen wird, auf 14,6 % des Bruttoeinkommens festgeschrieben (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg, 2021d). Dieser Beitragssatz gilt auch für Renten und wird zu gleichen Teilen von der Rentenversicherung und den Beziehern der Renten finanziert. Die geringfügig entlohnte Beschäftigung (Minijobs) unterliegt ebenfalls der Beitragspflicht, Arbeitgeber zahlen auf diese Beschäftigung eine Pauschale von 13 %. Die Beiträge der Mitglieder fließen in den Gesund-

heitsfonds ein. Aus diesem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Pauschalen für ihre Mitglieder und in Abhängigkeit ihrer Mitgliederstruktur Zu- oder Abschläge über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (morbi RSA), die die unterschiedlichen Krankheits- und somit Kostenrisiken zwischen den Krankenkassen ausgleichen sollen (Boeckh et al., 2017, S. 303).

Neben den Beiträgen der Mitglieder fließen in diesen Gesundheitsfonds auch weitere finanzielle Mittel in Form eines Bundeszuschusses ein, der seit dem Jahr 2017 bei 14,5 Milliarden Euro liegt (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg, 2021b). Im Jahr 2020 erhielt die GKV aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie erhöhten Ausgaben einen zusätzlichen Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Milliarden Euro (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg, 2021b). Darüber hinaus haben Krankenkassen die Möglichkeit, einen Zusatzbeitrag zu erheben, falls die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Kostendeckung ausreichen (Boeckh et al., 2017, S. 303). Dieser Zusatzbeitrag wird seit dem Jahr 2019 paritätisch von den Arbeitgebern und Versicherten getragen und lag im Jahr 2020 bei durchschnittlich 1,1 % (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg, 2021b). Die Leistungsausgaben der GKV werden im Umlageverfahren finanziert, die laufenden Ausgaben eines Abrechnungszeitraums müssen demnach über die Einnahmen dieses Abrechnungszeitraums abgedeckt werden (Boeckh et al., 2017, S. 301). Im Jahr 2020 lagen die Einnahmen der GKV insgesamt bei etwa 262,9 Milliarden Euro, der Bundeszuschuss bei etwa 17,5 Milliarden Euro (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg, 2021d).

Auch wenn die Versicherungspflicht eng mit dem Erwerbseinkommen verbunden ist, werden jedoch auch weitere Versichertengruppen, beispielsweise mitversicherte Familienangehörige, über die GKV abgedeckt (Steinmeyer, 2015, S. 18). So waren im Jahr 2020 insgesamt rund 73,3 Millionen Menschen in der GKV versichert, wovon etwa 78 % GKV-Mitglieder, und 22 % beitragsfrei GKV-Versicherte waren (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Demnach waren im Jahr 2020 etwa 88 % der Bevölkerung in Deutschland der GKV versichert (Bundesministerium für Gesundheit, 2021; Statistisches Bundesamt, 2021b).

2.1.2 Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen, die zur Zielerreichung von der GKV finanziert werden, müssen entsprechend § 12 SGB V ausreichend und zweckmäßig sowie

wirtschaftlich sein. Begründet ist dies durch die begrenzten zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, die eine der größten Herausforderungen für die Zielerreichung der GKV darstellen (Fleßa & Greiner, 2013, S. 19). Somit muss „die Erzielung eines gegebenen Heilerfolgs mit geringstmöglichem volkswirtschaftlichen Ressourcenverbrauch“ erzielt werden (Breyer et al., 2013, S. 353). Die GKV verpflichtet die Ärzte sowie alle weiteren privaten und öffentlichen Anbieter dazu, bei existierenden Alternativen die günstigere zweckmäßige und ausreichende Leistung zu verordnen.⁶ Zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit dienen hierbei unter anderem Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Baas & Werthen, 2017, S. 184).⁷

Welche Leistungen im Rahmen der GKV für alle Versicherten als „notwendige Leistungen“ verstanden werden, wird im Rahmen des GKV-Leistungskatalogs bestimmt. Dieser Leistungskatalog wird ebenfalls vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mittels verschiedener Richtlinien und Bezugnahme auf das SGB V bestimmt (Baas & Werthen, 2017, S. 185). Dieser Katalog unterliegt einer stetigen Überprüfung, um sicherzustellen, dass die darin enthaltenen Leistungen dem Gebot der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit folgen. Die in den einzelnen Versorgungsbereichen (ambulante Versorgung, Krankenhaus und Arzneimittel) enthaltenen Leistungen werden auf jeweils unterschiedliche Art und Weise bestimmt.⁸

6 Ob die verschiedenen Anbieter bei verschiedenen Alternativen die günstigere, zweckmäßige und ausreichende Leistung verordnen, wird vor dem Hintergrund eines als intransparent betrachteten und daher Missbrauch anfälliges Leistungs- und Vergütungssystem des deutschen Gesundheitswesens kritisch betrachtet (Boeckh et al., 2017, S. 319).

7 Seit der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2004 kann der G-BA zur Vorbereitung solcher Entscheidungen Aufträge zur Einholung externer Expertise vergeben. Hierfür wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet, das im Rahmen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes, kurz AMNOG, auch über die Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens neuer Medikamente entscheidet und infolgedessen deren Preissetzung maßgeblich beeinflusst (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016).

8 Während für die Konkretisierung im ambulanten Bereich der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuständig ist, ist für den stationären Bereich der Ausschuss Krankenhaus zuständig (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b). Der ambulante Bereich ist hierbei vom sogenannten „Erlaubnisvorbehalt“ gekennzeichnet, während der stationäre Bereich durch den „Verbotsvorbehalt“ gekennzeichnet ist. Somit bestimmt im ambulanten Bereich die Frage nach der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse, die erstattungsfähigen Leistungen. Im stationären Bereich werden

Neben dem einheitlichen Leistungskatalog der GKV können die einzelnen Krankenkassen je nach Ermessen über die Regelversorgung hinaus jedoch auch weitere Leistungen anbieten um sich von anderen Krankenkassen abzuheben (Baas & Werthen, 2017, S. 186). Die Bestimmung des Leistungskatalogs und insbesondere Kürzungen dieses Leistungskatalogs sind oft umstritten, ein „gesellschaftlicher Konsens über die anzuwendenden Verfahren und Kriterien zur Ausgrenzung von Leistungen ist schwer herzustellen“ (Dea et al., 2003, S. 5). Somit gestaltet sich die Definition des „Notwendigen“ trotz des Rahmens des SGB V und der Richtlinien schwierig und wird vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen auch mit der Frage: „Wie weit soll die Solidarität gehen?“ (Burkhardt, 2012) konfrontiert.

2.1.3 Sachleistungsprinzip

Die Bereitstellung der im Leistungskatalog enthaltenen medizinischen Sach- und Dienstleistungen erfolgt in Form des sogenannten Sachleistungsprinzips. Patienten erhalten medizinische Leistungen, ohne in den Zahlungsvorgang involviert zu sein (Breyer et al., 2013, S. 438). Versicherte erhalten demnach für sie „kostenfreie“ Leistungen, während die Krankenkassen und Organisationen sowie Verbände der Ärzte die Vergütung organisieren. Die Leistungserbringer schließen Verträge mit den Gesetzlichen Krankenkassen, die die Leistungserbringer dann direkt oder indirekt vergüten. Hiervon ausgenommen sind Zuzahlungen der Patienten als Eigenanteil für Arzneimittel, Fahrtkosten oder eine Klinikbehandlung nach § 61 SGB V (Baas & Werthen, 2017, S. 184).

Durch das Sachleistungsprinzip soll gewährleistet werden, dass jeder Versicherte unabhängig seiner finanziellen Leistungsfähigkeit die für ihn erforderliche medizinische Leistungen erhält und hierfür keine finanzielle Vorleistung erbringen muss (Gerlinger & Burkhardt, 2012b). Die fehlende Kostentransparenz des Sachleistungssystems führt jedoch auch dazu, dass Versicherte im Regelfall keine Vorstellung über die Kosten einzelner Leistungen, und somit auch nicht über die Kosten, die sie verursachen,

Leistungen hingegen so lange erbracht, bis der G-BA sie aus dem Leistungskatalog ausschließt (Baas & Werthen, 2017, S. 185). Somit kann es vorkommen, dass Leistungen im ambulanten Bereich explizit ausgeschlossen werden, während sie im stationären Bereich noch im Leistungskatalog enthalten sind und somit von der GKV bezahlt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b).

besitzen. Dies kann möglicherweise zu einem mangelnden Kostenbewusstsein führen. Aufgrund dessen wird dem Sachleistungsprinzip häufig zugeschrieben, dass es eine Überinanspruchnahme von Leistungen bedingt und somit zu Unwirtschaftlichkeiten des Systems beiträgt (Gerlinger & Burkhardt, 2012b).

2.1.4 Solidaritätsprinzip

Jeder GKV-Versicherte hat, je nach seinem gesundheitlichen Bedarf, prinzipiell den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung, während die Beiträge je nach Höhe des Einkommens unterschiedlich ausfallen (Burkhardt, 2013). Ermöglicht wird dieser universelle Zugang durch die in der Gesellschaft heterogen verteilten Gesundheitsrisiken. Diese Heterogenität der Gesundheitsrisiken führt dazu, dass in einer bestimmten Periode gewöhnlich lediglich ein Teil der Versicherten erkrankt und somit eine Umverteilung von den Gesunden zu den Kranken erfolgt. Über diese Umverteilung hinaus findet auch eine Umverteilung zwischen den Geschlechtern, den Generationen, Familien und Single- bzw. Zweiverdiener-Haushalten sowie Personen mit hohen und niedrigen (beitragspflichtigen) Einkommen statt, da die Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen mit verschiedenen Risiken einhergeht, die bei der Ausgestaltung des Beitrags nicht berücksichtigt werden (Moog & Raffelhüsch, 2006, S. 2).

Insbesondere diese in der GKV implementierten Mechanismen der Umverteilung werden als Ausdruck der Solidarität verstanden. Dieses charakteristische „Einer für alle, alle für einen“-Prinzip der GKV erhält in der Bevölkerung eine breite Unterstützung. So zeigt die bevölkerungsrepräsentative Umfrage „Meinungspuls Gesundheit“ der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2017, dass die überwiegende Mehrheit (84 %) nicht nur grundsätzlich mit dem Gesundheitswesen zufrieden oder sehr zufrieden ist, sondern dass 83 % das Solidarprinzip der GKV als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen. Die Zustimmung ist bei der Gruppe der 18- bis 39-Jährigen mit 88 % besonders hoch. Insgesamt 47 % aller Befragten wären sogar bereit, höhere Beiträge zu bezahlen, um das momentane Maß an Solidarität aufrecht zu erhalten (Techniker Krankenkasse, 2017). Im „Meinungspuls Gesundheit“ der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2021 gaben gar 71 % der Befragten an, sie würden vor dem Hintergrund der steigenden Kosten im Gesundheitswesen eher höhere Beiträge bei stabilem Leistungsniveau als einen verringerten Leistungsumfang bei stabilen Beiträgen (Zustimmung 22 %) in Kauf nehmen (Techniker Krankenkasse, 2021).