

Jens Holst

**Kostenbeteiligungen für Patienten –
Reformansatz ohne Evidenz!**

Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde
aus Industrieländern

Überarbeitete und aktualisierte Fassung des WZB Discussion Papers SP I 2007-304

Juli 2008

Bestell-Nr. SP I 2008-305

ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Die internationale Gesundheitssystemforschung zeigt in praktisch allen Industrieländern einen einheitlichen Trend auf: die zunehmende Verlagerung der Kosten von der solidarischen Finanzierung auf die privaten Haushalte. Gesetzgeber wie Berater begründen dies üblicherweise mit der Stärkung von Kostenbewusstsein und vor allem der „Eigenverantwortung“. Wirtschaftswissenschaftler betrachten Selbstbeteiligungen in der Gesundheitsversorgung als notwendig, um dem Missbrauch der Solidargemeinschaft entgegenzuwirken. Von Gebühren und Zuzahlungen erwarten sie eine „vernünftiger“ Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen und eine finanzielle Stabilisierung der Systeme.

Die Sicht vieler Politiker und Wirtschaftsexperten auf den „Gesundheitsmarkt“ ist durch das Theorem des versichertenseitigen Moral Hazard geprägt. Dieses Modell macht Krankenversicherte zu rationalen „Nutzenmaximierern“, die zum eigenen Vorteil über den Bedarf hinaus Leistungen in Anspruch nähmen und dadurch gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsverluste verursachen. Moral Hazard in der Krankenversicherung gehört zum Standard-Repertoire ökonomischer Lehrbücher.

Die vorliegende Arbeit wertet die umfangreiche Literatur über Ansätze und Versuche der Kostenbeteiligung von Patienten aus, die in den letzten vier Jahrzehnten erschienen ist. Dabei stellt sich heraus, dass belastbare Belege für das Moral-Hazard-Verhalten von Versicherten bzw. Patienten bisher fehlen und die üblicherweise angeführte Empirie für den Nachweis ungeeignet ist. Gesundheitswissenschaftliche, versorgungsbezogene und klinische Studien legen vielmehr nahe, dass die Versicherten das System nicht ausnutzen wollen oder können. Die Einführung von Kostenbeteiligungen für Patienten scheint eher die bedarfsgerechte Versorgung zu gefährden, weil sie Kranke von der Inanspruchnahme abhalten. Die Vorstellung von der „rationalen“ Nutzung des Gesundheitswesens entpuppt sich als realitätsfremd.

Nach gründlicher Auswertung des Forschungsstandes kommt der Autor zum Schluss, dass Moral Hazard in der Krankenversicherung ein Popanz der akademischen Wirtschaftstheorie geblieben ist. Für die Einführung von Kostenbeteiligungen für Patienten fehlt es an hinreichender realitätsbasierter Evidenz. In Anbetracht der schädlichen versorgungspolitischen Effekte erscheinen die Rücknahme aller Patientenzuzahlungen und der Verzicht auf Selbstbeteiligungen geboten.

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet der Autor auf einen durchgängigen Gebrauch der männlich/weiblichen Doppelform. Sofern nicht ausdrücklich anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.

Abstract

International health service research highlights a uniform tendency in practically all industrialised countries: the increasing shift of costs from solidarity-based financing to private households. Legislators and advisors usually justify this policy through the need to encourage cost-consciousness and mainly “self-responsibility”. Economists consider cost-sharing in health care to be necessary for preventing abuse of the caring society. They expect user charges and co-payments to motivate a more “rational” utilisation of health care and, thus, the financial stabilisation of health systems.

Many politicians and economists base their assumptions on the “health market” on the theorem of demand-side moral hazard. This model transforms enrollees into rational “utility maximisers” who are consuming services beyond their needs thereby causing welfare losses to the society as a whole. Moral hazard in health insurance belongs to the standard repertoires of economic textbooks.

The present study analyses the extensive literature on approaches and experiments to introduce patient cost-sharing published during the last 40 years. Results show that persuasive evidence for demand-side moral hazard is still lacking. Furthermore, the usually quoted empiricism turns out to be inappropriate for proving evidence. Health science, service research and clinical studies rather suggest that health insurance beneficiaries are not aiming at or willing to abuse the health system. In fact, introducing patient cost-sharing seems to endanger adequate health care since they deter the ill from claiming benefits. The idea of “rational” use emerges as out of touch with reality.

After a systematic in-depth review of current research on the topic, the author concludes that moral hazard in health insurance is a bogey of academic economic theory. Adequate reality-based evidence for implementing patient user fees and co-payments is lacking. In view of the detrimental effects on health service utilisation, it is advised to cancel existing co-payments and to abandon cost-sharing policies.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	7
2. Neoklassische Umdeutung des Gesundheitssystems	8
3. Patienten als Konsumenten.....	10
4. Modellplatonismus der Versicherungsmathematik	17
5. Dogma der „Eigenverantwortung“	19
6. Politische Ökonomie direkter Kostenbeteiligungen	23
7. Formen direkter Kostenbeteiligungen	24
8. Versprechen „optimaler Zuzahlungen“	27
9. Das „Health Insurance Experiment“ und seine Evidenz	31
10. Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung.....	35
11. Auswirkungen auf die Versorgung von Risikopatienten.....	42
12. Auswirkungen auf Prävention und Gesundheitsförderung.....	47
13. Auswirkung auf die Notfallversorgung	49
14. Die Praxisgebühr in Deutschland	51
15. Ungelöste Probleme.....	58
15.1 Patientenverhalten nicht operationalisierbar	59
15.2. Anbieterinduzierte Nachfrage	60
15.3. Kostendämpfung Fehlanzeige	61
15.4 Diskriminierung Armer und Alter.....	63
15.5 Transaktionskosten.....	64
15.6. Missachtung des medizinischen Bedarfs	65
15.7 Unterschätzte externe Effekte	66
15.8 Entsolidarisierung	67
16. Literaturverzeichnis	69

1. Einleitung

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind die Versuche einer pekuniären Steuerung der Nachfrage-seite im Gesundheitswesen über direkte Zahlungen der Patienten. Die Beteiligung der Patienten an den Kosten ihrer medizinischen Behandlung ist eine der ältesten gesundheitspolitischen Forderungen und praktisch so alt wie die Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch die soziale Krankenversicherung in Deutschland. Im Zuge der Inflation führte die Gesetzliche Krankenversicherung 1923 eine zehnpromtente Selbstbeteiligung für verordnete Arzneimittel ein.¹ Ende der 1920er Jahre klagte der Mediziner Gustav Hartz: „Geht man nicht bedenkenlos ein Dutzend Mal zum Arzt, wenn einmal genügte – nur weil es die Kasse bezahlt? ... Man läuft wegen eines Schnupfens, einer kleinen Verletzung zum Arzt, womit man sich früher geschämt hätte, sich als krank zu bezeichnen und den Arzt in Anspruch zu nehmen.“² Im Einklang mit dieser Sichtweise erfolgten die nächsten Schritte zur stärkeren Selbstbeteiligungen mit der Einführung einer Krankenscheingebühr und neuerlichen Medikamentenzuzahlungen im Zuge der Brüning'schen Notverordnungen von 1930/31.³

Bereits Ende der 1950er Jahre kam das Thema der direkten Kostenbeteiligung der Patienten auf Initiative von CDU-Politikern und vor allem des damaligen Arbeitsministers Theodor Blank (1957-1965) in der Bundesrepublik Deutschland wieder auf die Tagesordnung.⁴ In der sozialpolitischen Debatte und den Gesundheitsreformen dieses Landes spielt sie seither eine gewichtige Rolle. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 führte die mit einer „Krankenscheingebühr“ vergleichbare Praxisgebühr und höhere Arzneimittelzuzahlungen ein.⁵ Das 2006 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) verzichtete zwar auf eine weitere Steigerung der Selbstbeteiligungen, brachte aber mit der Thematisierung des Ausschlusses „selbstverschuldeter“ Gesundheitsprobleme einen weiteren Tabubruch in die Debatte: Bei Verabschiedung hätte ein solcher Passus zur Abschaffung der Kostenübernahme für die Behandlungen „selbstverschuldeter“ Erkrankungen und somit zu weiteren Patientendirektzahlungen geführt.⁶ Erklärtes Ziel aller Reformen und insbesondere der Verlagerung der Kosten auf die Patienten ist die Dämpfung der kontinuierlichen und generellen Kostensteigerung im Gesundheitswesen.

Die Anwendung von Zuzahlungen im Krankheitsfall ist eng mit der Vorstellung von „eigenverantwortlichem“ Handeln freier, autonomer Bürger verknüpft, die in erster Linie als Wirtschaftssubjekte in Erscheinung treten. Während Selbstbeteiligungen die Menschen in Entwicklungsländern dazu bringen sollen, den Wert medizinischer Versorgung zu schätzen und bessere Qualität der „bezahlten“ Leistungen einzufordern, steht in den reichen Ländern der Erde die Steuerung des Verhaltens der „Verbraucher auf dem Gesundheitsmarkt“ im Vordergrund.

1 Schulenburg 1984a, S. 253; Frerich/Frey 1996, S. 208.

2 Hartz, Gustav (1928). Irrwege der deutschen Sozialpolitik und der Weg zur sozialen Freiheit. Berlin; zitiert nach Höhn 1996, S. 23.

3 Deppe 1987, S. 94.

4 Schulenburg 1984a, S. 254.

5 Die Neuerung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) war die Einführung einer generellen Zuzahlung von 10 % auf alle Gesundheitsleistungen bis zu einem Höchstbetrag von 10 Euro pro Einzelleistung bzw. pro Tag bei stationären Leistungen (§ 61 SGB V). Aus dieser Bestimmung leitet sich die Praxisgebühr entsprechend dem maximalen Zuzahlungsbetrag von 10 Euro ab.

6 Die Koalitions-AG zum GKV-WSG hatte ernsthaft die Ausgrenzung von Leistungen aufgrund „selbstverschuldeter“ Gesundheitsprobleme diskutiert. Das hätte allerdings die Gefahr einer die Sozialgerichte lahm legenden Klageflut mit sich gebracht, weil das Ursache-Wirkungs-Verhältnis von Unfällen und Erkrankungen oft ein Henne-Ei-Problem ist. Eingang in den ersten Gesetzentwurf fand aber die Idee, die Belastungsgrenze von 2 auf 1 % des Haushaltseinkommens zu senken, wenn die Patienten die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nachweisen können (§ 62 SGB V), im Sinne einer Zuzahlungsminderung bei „guter Führung“.

Sozialpolitische Maßnahmen und Reformen erfolgen weltweit unter den Vorgaben erhöhter Effizienz (*efficiency*) und größerer Gerechtigkeit (*equity*). In den europäischen Sozialstaaten, aber auch in vielen anderen Ländern, ist eine programmatische Verbindung zwischen beiden Zielgrößen erkennbar. Vor diesem Hintergrund steht die Frage im Raum, ob und inwieweit Direktzahlungen von Patienten zur Steigerung der Effizienz⁷ und/oder zur Stärkung der Gerechtigkeit eines Gesundheitssystems beitragen.

Im Hinblick auf die Beantwortung dieser gesundheitswissenschaftlich ebenso wie gesundheitspolitisch bedeutsamen Betrachtung geht die vorliegende Arbeit den folgenden Einzelfragen nach:

- Verbessern direkte Kostenbeteiligungen für Patienten die Effizienz des Mitteleinsatzes in der Krankenversorgung?
- Welche Auswirkungen haben sie auf den politisch gewünschten Ausgleich der sozial bedingt ungleichen Gesundheitschancen in der Bevölkerung?⁸
- Wie aussagefähig und realitätsrelevant sind die bisher erstellten Studien zu diesem Thema?
- Welche Rückschlüsse lassen sich auf gängige gesundheitsökonomische Vorstellungen ziehen?

Wesentliche Erkenntnisse und etliche Befunde dieser Übersichtsarbeit laufen gängigen gesundheitsökonomischen Vorstellungen zuwider und stellen verbreitete Annahmen in Frage. Viele sozialpolitische Empfehlungen und Entscheidungen beruhen weitaus stärker auf gefühlter Wahrnehmung als auf belastbaren Erkenntnissen. Im Sinne evidenzbasierter Gesundheitspolitik erscheint daher eine genauere Kenntnis der komplexen sozialen Wirkungen und der in Deutschland bisher unterschätzten Folgen von direkten Selbstbeteiligungen dringend geboten.

2. Neoklassische Umdeutung des Gesundheitssystems

Die privaten Gesundheitsausgaben der Bürger der Europäischen Union sind in den letzten zweieinhalb Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Wesentliche Ursache hierfür sind steigende Zuzahlungen.⁹ In der Sozialstaatstradition Westeuropas sind Kostenbeteiligungen für Patienten zwar nicht neu, auffallend ist allerdings vor allem in den letzten Jahren ihr beständig steigendes Ausmaß. Diese allgegenwärtige Tendenz wirft nicht nur die Frage auf, warum Gesetzgeber in verschiedenen Län-

7 Effizienz bedeutet den sparsamen Einsatz vorhandener Ressourcen und bezieht sich im Grundsatz darauf, mit möglichst geringem Aufwand ein gegebenes Ziel zu erreichen. In der mikroökonomisch beherrschten sozial- und gesundheitspolitischen Debatte erhält Effizienz allerdings eine eingeschränkte Bedeutung durch die Verbindung von Güterknappheit und vermeintlich unendlichen Bedürfnissen. Dabei geht der neoklassische Effizienzbegriff von rational handelnden Individuen aus, die ihren Nutzen über einen Markt vollständiger Konkurrenz maximieren wollen. In jedem Fall unterscheidet sich der zurzeit vorherrschende ökonomische Effizienzbegriff ganz erheblich von der intuitiven, allgemeingültigen Bedeutung des Wortes und insbesondere vom klinischen Verständnis dessen, was als effizient zu betrachten sei (vgl. Schlander 2005, S. 38).

Ökonomisch determinierte Effizienz ist zu einem unhinterfragten, per se als gut und richtig empfundenen Schlagwort geworden, das mittlerweile ebenso inhaltsentleert ist wie die vergleichbaren Begriffe „modern“ und „zeitgemäß“. Gerade der aktuelle Effizienzbegriff ist in hohem Maße der Gefahr missbräuchlicher Anwendung ausgesetzt, da er beispielsweise ökologische und vor allem soziale Aspekte weitgehend unbeachtet lässt, die sich eben nicht so einfach in Formeln und Termen widerspiegeln lassen. Doch wenn man Verteilungsfragen und soziale Gerechtigkeit einbezieht, kann der allgegenwärtige Ruf nach „mehr Effizienz“ allzu leicht zu einem Oxymoron werden, wie der Gesundheitsökonom Uwe Reinhardt (1989, S. 340f) süssig herleitet.

8 Vgl. Ottawa-Charta - WHO 2004

9 Jemai et al. 2004, S. 1; Council of the European Union 2007, S. 7.

dem zunehmend auf Zuzahlungen im Krankheitsfall zurückgreifen. Vor allem ist zu überprüfen, welche Legitimationsmodelle diesem systemübergreifenden Trend zu Grunde liegen.

Ursächlich für den Umbau der Gesundheitssysteme sind eine vermehrte Fokussierung auf finanzielle Aspekte und die internationale wie nationale Wettbewerbsfähigkeit nicht allein infolge der Globalisierung, sondern auch infolge einer gesellschaftlichen Priorisierung von Kapitalertrags- und Gewinninteressen. Damit eng verbunden ändert sich das Bild vom Patienten, der sich zunehmend dem *homo oeconomicus* anzupassen hat, dem „neuen“ Menschen, den die neoklassische Ökonomie erfolgreicher erschaffen hat als jede andere Ideologie es je vermochte. In christlichen Gemeinden galten Leidende und Kranke noch als „Mitmenschen“, und Mildtätigkeit ihnen gegenüber war ein Gebot der Nächstenliebe. In den Vorformen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und anderen europäischen Ländern, in Zünften und Gilden verschiedener Berufsgruppen und in Arbeitervereinen sicherten sich die Kumpel und Kollegen wechselseitig gegen die Berufsunfähigkeit und für das Alter ab. Nach der Industrialisierung verfügten die Wohlfahrtsstaaten über Krankenversicherungssysteme, in denen die Bevölkerung zu mehr oder weniger fragmentierten Solidargemeinschaften zusammengefasst war. Das System war zunächst darauf ausgerichtet, Einkommensverluste im Krankheitsfall auszugleichen; erst im weiteren Verlauf übernahm es die finanzielle Absicherung von Gesundheitsleistungen. Sowohl in Sozialversicherungssystemen Bismarckscher Prägung als auch in den vor allem nach dem 2. Weltkrieg entstehenden Nationalen Gesundheitsdiensten blieben Patienten immer Teil der Gemeinschaft, die solidarisch gesellschaftliche Risiken abfederte.

Das Patientenbild und die Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung haben sich in den letzten zwanzig Jahren grundlegend gewandelt. Die gesundheitspolitische Debatte ist heute ebenso wie die gesundheitsökonomische Literatur vorwiegend durch Grundannahmen aus der Welt der Wirtschaft und durch unternehmenspolitische Prioritätensetzung bestimmt:

- Demnach ist Gesundheit keineswegs primär ein öffentliches Gut, das sich durch eine Reihe von Besonderheiten von anderen Gütern unterscheidet. Im Zuge der Ausbreitung wirtschaftsliberaler Konzepte und Vorstellungen kam es zu einer grundlegenden Neubewertung gesellschaftlicher Werte und Strukturen. Dabei verlor die Gesundheit nicht nur ihren Charakter als humanes und soziales Menschenrecht, sondern bekam zunehmend den Status einer Ware, die ebenso wie andere Güter Marktmechanismen unterliegt. Unter Ausblendung des Charakters öffentlicher Güter und der sozialen Implikationen von Gesundheit lassen sich sogar trefflich Argumente für Kostenbeteiligungen im Dienste von Umverteilung und letztlich Gerechtigkeit finden: „Mit Gesundheit als normalem Gut, das positive Einkommens- und negative Preiselastizität aufweist, verbrauchen die Angehörigen der oberen Hälfte der Einkommensverteilung mehr als die Armen“.¹⁰
- Gängige wirtschaftstheoretische Ansätze gehen gemeinhin davon aus, dass für die beständig wachsenden Gesundheitsausgaben neben allgemeinen Kostensteigerungen für Gesundheitsleistungen im Wesentlichen die praktisch unersättliche Nachfrage der Bürger oder Versicherten nach (para-)medizinischen Leistungen verantwortlich sei.¹¹ Unter zusätzlichem Verweis auf generelle Ressourcenknappheit und potenzielle Gerechtigkeitsprobleme bei angeblich unvermeidbarer Rationierung geht es nach dieser Annahme primär darum, die „Verbraucher“ von der Inanspruchnahme unnötiger und überflüssiger Behandlungen abzuhalten,¹² aber darüber hinaus auch darum, die anbieterinduzierte Leistungsausweitung einzudämmen¹³ und eine Kostenüber-

10 Baker/van der Gaag 1993, S. 393.

11 Shapiro 2003; Henke/Schreyögg 2004, S. 64.

12 Criel 1998a, S. 28.

13 Kraft/Schulenburg 1985, S. 137.

nahme für „nutzlose“ Leistungen durch die Krankenkassen zu vermeiden.¹⁴ Direktzahlungen der Patienten versprechen dann Wirksamkeit im Sinne vermiedener Inanspruchnahme, wenn die marginalen Opportunitätskosten der Leistung den subjektiven Grenznutzen einer Behandlung übertreffen.¹⁵ Da üblicherweise Preissteigerungen zu einem verringerten Verbrauch selbst wichtiger Güter führen, bieten sich folgerichtig Nutzergebühren als allgemein anerkannte Lösung der vermeintlichen „Kostenexplosion“ an. Und da die Übernutzung des Gesundheitswesens als das zentrale Problem moderner Sozialsysteme gilt, genießen Zuzahlungen eine hohe Akzeptanz als geeignete Maßnahme im Kampf gegen überbordende Gesundheitsausgaben.¹⁶

Die Umwertung von Gesundheitsleistungen zu Konsumgütern und von Patienten zu rationalen Konsumenten eröffnet die Chance, Regulierungsansätze und -ziele von den Konsumgütermärkten auf die Krankenversorgung zu übertragen. Als zentraler Bewertungsmaßstab rückt im Gesundheitswesen ein inflationär und sehr beliebig verwendeter „Effizienz“-Begriff in den Mittelpunkt, der auf gesellschaftlicher Ebene zu einer marktbestimmten Umformulierung politischer Ziele führt. Auf der Makroebene wird die Kostendämpfung und auf der Mikroebene die Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zum zentralen Anliegen.¹⁷ Besonders bemerkenswert ist, dass Steuerungsversuche nicht oder kaum bei den Produzenten, sondern bei den Konsumenten ansetzen. Obwohl mit der Limitierung des Leistungserbringer- bzw. Leistungsangebots (z.B. durch Zulassungsbeschränkungen oder Positivlisten), der Budgetierung oder Preisvorgaben, einer effektiveren Kontrolle der Pharmaindustrie und Medizingerätehersteller, umfangreicheren Strukturreformen (Lotsensystem, Managed Care etc.) und einer expliziten Rationierung etliche vornehmlich auf Anbieterseite wirksame Ansätze zur Verfügung stehen, gelten direkte Selbstbeteiligungen der Patienten vielfach als wichtigstes Mittel zur Ausgabenverringerung im Gesundheitswesen.¹⁸

3. Patienten als Konsumenten

Um ökonomische Denkweisen und Prinzipien sinnvoll auf das Gesundheitswesen anwenden zu können, muss die zu Grunde liegende Theorie stimmen oder zumindest überzeugend die Wirklichkeit erklären können. Allerdings beruht die Gesundheitsökonomie auf einer Reihe meist impliziter Annahmen, die sich als Quasi-Axiome durch die Debatte ziehen, aber viel zu selten einer Überprüfung an anderen Theorien und vor allem an der Praxis ausgesetzt sind. Auch bei der Modellierung des „neuen“ Patienten greifen Wirtschaftswissenschaftler – zumeist in recht schlichter Weise – auf Annahmen aus Lehrbüchern der Nachfragetheorie zurück¹⁹:

1. Verbraucher verfügen über hinreichende Information für die richtige Konsumententscheidung.
2. Menschen handeln bei Konsumententscheidungen rational.

14 Schulenburg 1984b, S. 1280.

15 Dixon et al. 2002a, S. 6.

16 Newhouse et al. 1981, S. 1504f; Schulenburg 1984a, S. 258; Shapiro 2003; vgl. Barer et al. 1998, S. 21.

17 Carrin/Hanvoravongchai 2003, S. 2, 6; Prada et al. 2004, S. 38; Jemai et al. 2004, S. 2; Zuvekas/Cohen 2007, S. 256.

18 vgl. Schulenburg 1984a-d und 2007, S. 14f; Schulenburg/ Frommknecht 1984; Kraft/Schulenburg 1985; Schulenburg/Wieland 1987, S. 126f; Henke/Schreyögg 2004, S. 22.

19 Zusammenstellung nach Rice 2004, S. 29.

3. Verbraucher sind sich stets der Konsequenzen ihrer Entscheidung bewusst.
4. Die Handlungsweisen der Individuen entsprechen vollständig ihren Vorlieben.
5. Jeder kann am besten selbst über seine eigene Wohlfahrt entscheiden.
6. Gesellschaftliche Wohlfahrt ist die Summe individueller Nutzenmaximierung, die wiederum ausschließlich aus dem Konsum von Gütern und Leistungen resultiert.

Idealtypische marktwirtschaftliche Konzepte gehen davon aus, dass alle Akteure in ausreichendem Maße über Informationen verfügen, die eine rationale Entscheidung zum Wohle aller Beteiligten ermöglicht. Demnach gilt der einzelne Verbraucher als alleiniger Fachmann, wenn es um sein eigenes Konsumverhalten geht. Einer der Urväter der aktuellen Wettbewerbstheorie, Friedrich August von Hayek, formulierte die dahinter stehende Idee so: „Diesbezüglich verfügt praktisch jedes Individuum über einen bestimmten Vorteil allen anderen gegenüber, in dem es einzigartige Informationen besitzt, aus denen Nutzen zu ziehen ist, den das Individuum jedoch nur dann realisieren kann, wenn die Entscheidung ihm überlassen wird oder mit seiner maßgeblichen Beteiligung erfolgt.“²⁰ Erstaunlich allein bei diesem Zitat ist das Ausmaß der Unbestimmtheit der Aussagen, die zweifellos dazu geeignet ist, den direkten Widerspruch zu verringern, sich aber offenbar den Anhängern Hayeks nicht erschlossen hat. So stellt sich durchaus die Frage, was mit „praktisch jedes Individuum“ gemeint ist bzw. für wen diese Aussage nicht gilt; auch impliziert die Formulierung „einen bestimmten Vorteil“ eine möglicherweise ganz entscheidende Einschränkung; und schließlich bleibt auch der Umfang der „maßgeblichen Beteiligung“ des Individuums höchst vage und lässt vor allem Deutungen im Sinne einer erheblich weiter gehenden Beschränkung der Wahl- und Konsumentenfreiheit zu als Marktradikale weismachen wollen.

Der us-amerikanische Ökonom Thomas Rice wundert sich darüber, dass seine Kollegen „in einer Welt, in der es an höchst bezahlten Beratern nicht mangelt und der Zugang zu Information allgemein als Schlüssel zum Erfolg betrachtet wird, ... häufig davon aus(gehen), dass der individuelle Konsument auf einem bestimmten Gebiet der Experte schlechthin sei, nämlich auf dem Gebiet, wo er zu konsumieren bevorzugt.“²¹ Ein Blick in das real existierende Wirtschaftsleben lässt denn auch erhebliche Zweifel an der Bedeutung hinreichender Information für die Entscheidungsfindung der Konsumenten aufkommen. Die übergroße Bedeutung der Werbung für das Konsumverhalten zieht die Idee von der informierten Kundenentscheidung zumindest erheblich in Zweifel. Und der wohl allen Bürgern hinlänglich bekannte Blick auf den weitgehend unverständlichen Telekommunikationsmarkt „moderner“ Zeiten gereicht ebenfalls nicht zur überzeugenden Unterstützung dieser These.²²

Auf dem „Gesundheitsmarkt“ schließlich gerät die Vorstellung von der schützenswerten freien Konsumentenentscheidung vollends ins Trudeln.²³ Die Informationsasymmetrie zwischen medizinischen Experten und Patienten, die man in Anlehnung an den Ursprung des Wortes getrost als „leidende Laien“ definieren kann, ist evident, hinlänglich diskutiert und unabänderlich, so lange nicht

20 Hayek 1954, S. 521f.

21 Rice 2004, S. 101.

22 Verhaltensmuster im Gesundheitswesen und im Krankheitsfall ließen sich vielfach im Sinne des österreichisch-britischen Philosophen Karl Popper angemessener beschreiben: „Die Handelnden handeln immer in einer Weise, die der Situation, in der sie sich befinden, am angemessensten ist“ (s. Pütz 2003, S. 28, Fußnote 23). Schließlich ist es leicht nachvollziehbar, dass eine jeweilige akute Situation teilweise sehr kurzfristig die Prioritätensetzung von Personen bestimmen und verlagern kann. Allerdings trifft die Aussage Poppers wohl den Kern des Problems nur in leicht abgeänderter Form: Die Personen handeln immer in einer Weise, die der Situation, in der sie sich gerade befinden, am angemessensten erscheint. Besonders bei Gesundheitsleistungen addieren sich externe Effekte und die Unkenntnis über individuelle Folgen von Behandlungsalternativen oder Nichtbehandlung.

23 Hibbard/Weeks 1988, S. 234.

die Gesamtpopulation in den Genuss einer angemessenen medizinischen Ausbildung kommen kann. Hinzu kommen die im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens relevanter werdenden Informationsasymmetrien zwischen den Finanzierern (z.B. Krankenkassen, Gesundheitsministerium) und Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser, andere Therapeuten) sowie die Ungleichverteilung des Wissens zwischen Versicherern und Versicherten.²⁴ Im letztgenannten Bereich liegen zwar umfangreiche Analysen über Informationsvorsprünge der Versicherungsnehmer vor, die sich beispielsweise in adverser Selektion oder Moral Hazard niederschlagen.²⁵ Vergleichsweise wenig untersucht sind hingegen Effekte des Wissensvorsprungs von Versicherungen gegenüber ihren Kunden oder auch gegenüber den von ihnen unter Vertrag genommenen und honorierten Leistungserbringern.

Verschiedene Studien über das Verbraucherverhalten am Gesundheitsmarkt werfen zudem grundsätzliche Fragen zur marktideologisch angenommenen bzw. erwünschten Autonomie der Patienten auf. Denn ein bestimmter Anteil von Versicherten und Kranken widerlegt regelmäßig die Eigenverantwortlichkeitshypothese und überlässt Diagnostik- und Therapieentscheidungen am liebsten dem Behandler.²⁶ Diese Tendenz ist offenbar bei Tumor-Patienten größer ausgeprägt als bei gesunden Bürgern und findet sich überwiegend bei älteren Personen, denn über die Hälfte der 70-Jährigen (54 %) äußerten sich in diesem Sinne.²⁷ Obwohl weibliche, jüngere, gesündere und besser gebildete Patienten tendenziell eher zur Mitbestimmung und zu eigenen Entscheidungen tendieren als männliche, ältere, kränkere und bildungsfernere,²⁸ gibt es bei dieser groben Unterteilung jeweils große Minderheiten mit abweichender Erwartungshaltung.²⁹ Ebenso wie die ansonsten heftig als marktverzerrend problematisierte Informationsasymmetrie übergeht die gesundheitsökonomische Theorie solche komplexeren Zusammenhänge rationaler Kundenentscheidungen allzu oft bei der Analyse des Gesundheitswesens. Ebenso wie sie eine adäquate Antwort auf das Problem schuldig geblieben ist, dass gerade spezifisches Expertenwissen oftmals im Widerspruch zu den subjektiv-prioritären, „gefühlten“ gesundheitsbezogenen Bedürfnissen stehen kann.³⁰ Dafür spricht auch die Beobachtung, dass offenbar der bloße Umstand des „Patient-Seins“ die Entscheidungssicherheit der Men-

24 Vgl. dazu Hibbard/Weeks 1988, S. 236.

25 Vgl. Hoffman 2003, S. 669; Wagstaff/Pradhan 2005, S. 1.

26 Deber et al. 2001, S.1417ff.

27 Steinbach et al. 2004, S. 2f. Ergänzend sei in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, dass bei verschiedenen Studien ein bestimmter Anteil der Nutzer des Gesundheitssystems die individualutilitaristische Theorie zu widerlegen pflegt, indem sie die Therapieentscheidungen am liebsten dem Behandler überlassen (Deber et al. 2001, S.1417ff). Diese Tendenz ist bei Tumor-Patienten größer ausgeprägt als bei gesunden Bürgern, und findet sich überwiegend bei älteren Personen (bei den über 70-Jährigen waren es 54 %) (Steinbach et al. 2004, S. 2f). Offenbar wirkt die Diagnose „Krebs“ polarisierend und verhaltensändernd, was die These von Karl Popper bestätigt. Allerdings spielen auch weitergehende, nicht von Patientin oder Patient abhängige Faktoren eine Rolle, deren Berücksichtigung eine erhebliche Ausweitung ökonomischer Theorieansätze erforderlich machen müsste.. Es besteht nämlich offenbar eine inverse Korrelation zwischen dem Vertrauen der Patienten in ihre Behandler und dem Wunsch nach Autonomie in den Behandlungsentscheidungen: Je weniger Vertrauen Patienten in medizinische Fachleute besitzen, desto stärker wollen sie Entscheidungen selber in der Hand haben, während Menschen mit mittlerem bis höherem Zutrauen zu ihrem Arzt gemeinsame Entscheidungsprozesse bevorzugen (Entwistle 2004, S. 271).

28 Levinson et al. 2005, S. 532f; Garfield et al. 2007, S. 365f.

29 McKinry 2000, S. 868ff.

30 Angesichts der massiven Einmischung von „Wirtschaftsexperten“ und Ökonomietheoretikern in die gesellschaftspolitische Debatte ist man verführt, den Bürgern nicht nur dieses Landes die Berücksichtigung einer anderen Weisheit aus dem Munde Karl Poppers zu empfehlen: „Das Wichtigste ist, allen jenen großen Propheten zu misstrauen, die eine Patentlösung in der Tasche haben und euch sagen: Wenn ihr mir nur volle Gewalt gebt, dann werde ich euch in den Himmel führen“ (Süddeutsche Zeitung, 27.7.2002, S. III).

schen negativ beeinflusst und sie nicht allein fachlicher Beratung, sondern auch einer Ermutigung zur Übernahme von Verantwortung bedürfen.³¹

In Bezug auf die Thematik dieser Arbeit setzt eine wirksame Steuerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch Patientenbeteiligungen Individuen voraus, die in der Lage sind, unter Einbeziehung der gegebenen finanziellen Anreize eine richtige Entscheidung für ihre Gesundheit zu treffen.³² Zweifellos wären hinreichend informierte „Konsumenten“ auf dem Gesundheitsmarkt – gemeinhin als Patienten bezeichnet – nicht allein für Ökonomen, sondern auch für Ärzte eine überaus wünschenswerte Institution, allerdings gehören sie eher dem Reich der Fabeln als der gesellschaftlichen Wirklichkeit an. Medizinische Laien können zwar nach ihrem aktuellen Befinden eine Entscheidung darüber treffen, ob sie einen bestimmten Betrag für eine medizinische Behandlung aufbringen wollen oder nicht, diese stützt sich indes nur auf Glauben, Hoffnung oder Gefühl, nicht aber auf Information.³³

Geht man über die Ebene der Eigenbeteiligungen als Regulativ für den Zugang zur Behandlung hinaus und betrachtet die Steuerungswirkungen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, bekommt die Hayek'sche Formulierung von der „maßgeblichen Beteiligung“ des Individuums besondere Relevanz. Angesichts der enormen Informationsasymmetrien zwischen Behandler und Patient dürfte „praktisch jedes Individuum“ „einen bestimmten Vorteil“ daraus ziehen können, Experten mit entsprechendem Wissen in die eigene Urteilsfindung einzubeziehen, um dann wiederum eine (sekundär) informierte Konsumententscheidung zu treffen. Eine solche, durchaus realitätsnahe Situation unterstellt aber eine ganz andere Annahme, die unmittelbar mit der hinreichenden Information für eine richtige Konsumententscheidung verbunden ist: Es gibt jeweils eindeutige rationale Handlungsvorgaben für gegebene Situationen, die eine klare Unterscheidung zwischen indizierten „sinnvollen“ und nicht indizierten „überflüssigen“ Behandlungen erlaubt. Dem ist in der ärztlichen Wirklichkeit allerdings keineswegs so. Vielmehr bilden die von Anfang an alternativlosen medizinischen Leistungen wohl eher die Ausnahme und ergeben sich, wenn überhaupt, in aller Regel erst aus einer Mindestzahl erforderlicher Untersuchungen. Entscheidungsrelevante Information können somit regelhaft erst dann anfallen, wenn sie zur pekuniär motivierten Entscheidungsfindung nicht mehr tauglich sind.

Die zweite grundlegende implizite Annahme zur Begründung von Zuzahlungen im Gesundheitswesen ist die, Menschen handeln im Prinzip und in allen Situationen grundsätzlich vernünftig bzw. vernunftgeleitet. Unter jeweils gegebenen Umständen entscheiden insbesondere Konsumenten nach „vernünftigen“, sprich im Rahmen ihrer subjektiven Logik und Präferenzen nachvollziehbaren Nützlichkeitskriterien. Auch in dieser These spiegelt sich ein rein individualistisch gedachtes und vor allem auf den jeweiligen Moment reduziertes Menschenbild wider, demzufolge Personen ohne soziale und historische Bezüge in einem imaginären Raum stehen und gänzlich unbeeinflusst Entscheidungen treffen.

Letztlich ist die These des wirtschaftlich rational handelnden Individuums nicht zu entkräften, denn es lassen sich im Sinne der vorgegebenen Logik unzählige Gründe und Begründungen ersinnen, die ein bestimmtes Verhalten als „rational“ erscheinen lassen, solange man all jene Faktoren außer Acht lässt oder hintanstellt, die von hochgradiger Unvernunft zeugen. Wie sorglos die Anhänger des Rationalitätsglaubens mit ihrer Theorie umgehen, davon zeugen nicht zuletzt Abhandlungen über die „Vernunft“ von Abhängigen im Umgang mit ihrer Sucht.³⁴ Niemand wird die Behauptung widerlegen können, dass ein 40-Jähriger mit durchgebrochenem Magengeschwür im Sinne seiner eigenen

31 Stiggelbout/Kiebert 1997, S. 388f.

32 Hibbard/Weeks 1988, S. 236, 245.

33 Vgl. z.B. Steffen et al. 2007, Bachmann et al. 2007 und Grudzen/Brook 2007, S. 1127.

34 Vgl. Rice 2004, S. 114f.

Rationalität handelt, wenn er beispielsweise jegliche medizinische Hilfe aufgrund seiner Weißkitelphobie ablehnt. Dennoch widerspricht eine derartige These nicht nur vielfachen Erkenntnissen anderer Geisteswissenschaften, sondern auch dem gesunden Menschenverstand und dem biologischen Selbsterhaltungstrieb. Im Unterschied zu anderen Wissenschaftsdisziplinen, die generell der Frage nachgehen, wie sich Menschen unter bestimmten Bedingungen verhalten, verfolgt die Ökonomie eher die Fragestellung, wie sie sich verhalten sollten, um ihren individuellen Nutzen oder den gesellschaftlichen Wohlstand zu mehren.³⁵

Eine weitere grundlegende Annahme für marktwirtschaftliche Anreiz- und Steuerungsmöglichkeiten auf dem Gesundheitsmarkt unterstellt, dass Patienten immer mit ausreichender Sicherheit die Konsequenzen ihrer jeweiligen Nachfrageentscheidung überblicken und einschätzen können. Demnach wäre jeder Mensch auch in Phasen subjektiv empfundenen Leidens in der Lage, die Folgen der Inanspruchnahme und der Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Versorgung abzuschätzen. Jeder Kranke träge damit unter verlässlicher Abwägung der Konsequenzen die Entscheidung, ob er eine Gesundheitsleistung „konsumiert“.

Allein der Blick auf „normale“ Märkte weckt nicht nur Zweifel an der lebenspraktischen Relevanz dieser Annahme, sondern weist auf eine erhebliche Beschränktheit der zu Grunde liegenden Theorie hin. Wer hat es nicht schon erlebt, dass die Kaufentscheidung beispielsweise für ein einzelnes neues Programm oder den Einstieg in eine neue Technologie unausweichlich beim Neukauf einer kompletten Computeranlage endete, von der anfangs nicht das Geringste zu ahnen war? Und wer kann wirklich beim Erwerb eines Autos abschätzen, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, damit einen Unfall mit lebenslanger Verschuldung oder einer Haftstrafe und entsprechenden Einkommensverlusten zu verursachen? Allein diese Beispiele zeigen, wie kurzsichtig, phantasielos und reduziert das Verständnis von „Bewusstsein“ im Zusammenhang mit den Konsequenzen einer Konsumententscheidung ist.

Jenseits der ausschließlich individual-utilitaristischen Ebene erweist sich die These, Menschen seien sich der Konsequenzen von Konsumententscheidungen vollends bewusst, als gänzlich realitätsfremd. Nicht zuletzt aktuelle gesellschaftspolitische Debatten weisen den Weg in Wirtschaftszweige, wo sich mit Fug und Recht bezweifeln lässt, dass Verbraucher in relevantem Ausmaß externe Effekte in ihre Kaufentscheidungen einbeziehen. So ist nicht wirklich ernsthaft anzunehmen, dass Autokäufer bei der Entscheidung beispielsweise für ein lauterer oder mehr Sprit fressendes Modell auch die Zahl der hierdurch bewirkten zusätzlichen Herzinfarkte³⁶ oder Atemwegserkrankungen³⁷ mit entsprechender Lebensverkürzung der Betroffenen bedacht haben.³⁸ Und der Anteil der Touristen, die sich aus ökologischen Gründen von einer Flugreise abhalten lassen oder zumindest eine CO₂-Ausgleichsspende tätigen, ist so gering, dass auch in diesem Bereich kaum empirische Hinweise auf eine adäquate Einbeziehung essenzieller (externer) Kriterien in Kaufentscheidungen vorliegen. Wer die „Weitsicht“ von Konsumenten zu operationalisieren versucht, muss in Ermangelung belastbarer Daten mit weitgehend fiktiven Konstanten arbeiten und entsprechend realitätsferne Ergebnisse in Kauf nehmen. Wer aber die genannten und andere Konsequenzen nicht einmal in seine Gedankengänge und Theorien einbezieht, läuft zwangsläufig die Gefahr, fundamentale Differenzen zwischen theoretischen Annahmen und dem real existierenden (Wirtschafts-)Leben schlichtweg zu übersehen.³⁹

35 Rice 1997, S. 393.

36 Hoffmann et al. 2007.

37 Chauhan et al. 2005; Holgate 2005; Laurent et al. 2007.

38 M. Finkelstein et al. 2003; Schreyer et al. 2007

39 Vgl. Reinhardt 2001, S. 978f.

Für das Gesundheitswesen ist es geradezu charakteristisch, dass die „Konsumenten“ selbst über vermeintlich bekannte Erkrankungen nur unzureichend Bescheid wissen.⁴⁰ Folglich können Laien auch in aller Regel nicht die Folgen der Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen abschätzen, was selbst Experten ja auch nur teilweise und meistens nach bestimmten Untersuchungen gelingt. Das liegt zum einen in der Natur der Sache, denn der menschliche Organismus weist eine hohe Anpassungs- und Selbstheilungsfähigkeit auf. Überspitzt ausgedrückt stellt sich insbesondere in unserem „modernen“ Medizinbetrieb vielfach sogar die Frage, ob ein Heilungserfolg trotz oder wegen einer bestimmten Therapie eingetreten ist. Ebenso bleibt es für medizinische Laien unklar, ob eine Verschlimmerung durch ausbleibende Behandlung eingetreten ist oder unvermeidbar war. Obwohl Compliance bzw. Adhärenz gegenüber empfohlenen Therapien ein vielschichtiges Problem darstellt, berührt es ohne Frage auch die Ebene des Bewusstseins über eine gesundheitsbezogene Konsumententscheidung.⁴¹ Mannigfaltige Erfahrungen mit bestehenden Compliance-Problemen und ihren Konsequenzen⁴² sind nicht dazu geeignet, die Annahme einer bewussten Abwägung bei der Entscheidung über die Nutzung medizinischer Versorgungsleistungen zu untermauern.

Wenn der Konsument schon nicht weiß, was er bekommt – weiß er wenigstens was er will? Für Wirtschaftstheoretiker scheint die Antwort einfach. Ökonomische Modelle gehen gemeinhin davon aus, dass die Menschen ihre persönlichen Vorlieben kennen und aus dem Angebot zielgerichtet auswählen.⁴³ Dabei besteht zudem die Annahme, dass der Wunsch nach Mehrerwerb nur bis zu einer gewissen Menge von konsumierten Gütern oder Dienstleistungen gilt, der zusätzliche Nutzen pro Einheit aber ab einem bestimmten Punkt zurückgeht (abnehmender Grenznutzen). Zusätzlich hängt die Entscheidung über konsumierte Mengen auch vom jeweiligen Preis ab, der bei abnehmendem Grenznutzen – ebenso wie natürlich bei geringerem zur Verfügung stehendem Einkommen – relativ höher erscheint.

Aus der Konsumtheorie unter der Prämisse abnehmenden Grenznutzens bei Erreichen bestimmter Stückzahlen ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die Menschen entsprechend ihren eigenen Präferenzen und unter Einbeziehung der Marktpreise so ihre Konsumententscheidungen treffen, dass ein größtmöglicher Nutzengewinn für sie entsteht. Wenn das erwartete Gleichgewicht zwischen Konsumverhalten und Bedürfnis nach Genuss der erworbenen Güter und Dienstleistungen eingetreten ist, stellen die Menschen ihre marktbezogenen Aktivitäten ein.⁴⁴ Entsprechend dieser Theorie sollen Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall und insbesondere ihre „optimale Höhe“ entscheidend von den individuellen Erkrankungsrisiken und vor allem von den Präferenzen der Patienten abhängen, die für verschiedene Personen unterschiedlich sind.⁴⁵

In der Praxis gelingt es kaum, die Konsumpräferenzen der Menschen empirisch zu messen und Kaufentscheidungen zu prognostizieren, schließlich bedarf die Marktforschung stets des fertigen Produkts und einer Gruppe von Testkäufern, um den Markt zu simulieren. Zur Überwindung dieses Dilemmas zieht die Ökonomie den Ansatz der bekundeten Präferenzen heran, der unter Ausblendung jeglichen Einflusses der menschlichen Psyche und anderweitiger Ursachen für bevorzugte Konsumgüter die Nachfrage allein am getätigten Kaufverhalten misst.⁴⁶ Unter der theoretischen Vermutung, Konsumenten würden die Auswahl ihres jeweils bevorzugten Warenkorbes im Dienste

40 Bachmann et al 2007.

41 Vgl. Silverman 2004, S. 26.

42 Petermann 2004, Holst 2007.

43 Vgl. Rice 2004, S. 117f.

44 Vgl. Rice 2004, S. 36, 92.

45 Vgl. Breyer et al. 2005, S. 267.

46 Sugden 1993, S. 1949.

der eigenen Nutzenmaximierung treffen, schließen beobachtende Wissenschaftler aus den unter bestimmten Preis- und Einkommensverhältnissen getätigten Konsumentenscheidungen auf die Präferenzen der Menschen. Grundsätzlich unbeantwortet bleibt dabei die Frage, ob es überhaupt zulässig ist, retrospektiv auf Grundlage der getätigten Käufe auf die Präferenzen der Konsumenten zurückzuschließen, denn Kaufentscheidungen unterliegen einer Vielzahl von Einflussfaktoren und erfolgen individuell und situativ im Augenblick der Konsumentenscheidung.

Die für jede Form nachfrageseitiger Steuerung grundlegende Annahme, jeder Verbraucher sei in erster Linie und hauptsächlich an der Maximierung seines zumeist pekuniär verstandenen individuellen Nutzens interessiert, entpuppt sich bei genauerem Hinsehen ohnehin als ausschließlich theorieimmanent, und alle daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen sind letztlich nichts anderes als selbsterfüllende Prophezeiungen. Denn nur solange man davon ausgeht, Nutzenmaximierung unter bestimmten Bedingungen sei die alleinige oder zumindest vorrangige Motivation für Verbraucherverhalten, ist der Schluss von den getätigten Konsumentenscheidungen auf die Präferenzen zulässig. Lässt man aber andere Faktoren wie Geschmack, Neigung, Gefühl, Altruismus und Ähnliches als Motiv für ein bestimmtes Kaufverhalten zu und verweigert sich nicht umfangreichen Erkenntnissen anderer Wissenschaftsdisziplinen, bringt das Kaufverhalten also nicht (ausschließlich) die bekundeten Präferenzen zum Ausdruck, dann ergibt sich der aussagenlogische Umkehrschluss, dass individuelle Nutzenmaximierung eben nicht die entscheidende Triebfeder ist. Nur wenn man grundsätzlich jeden Konsumenten – und sei es nachträglich – zum Nutzenmaximierer erklärt, ist das Modell des *homo oeconomicus* in sich stichhaltig und letztlich nicht zu widerlegen.

Die Ökonomie schafft sich somit ein Begriffssystem, das die Betrachtung menschlichen Verhaltens gänzlich losgelöst vom situationsbezogen zu erwartendem oder zu empfehlenden Handeln erlaubt. Mehr noch, es analysiert menschliches Verhalten von einem eindimensional interpretierten isolierten Endergebnis her und bemüht sich nicht einmal um Berücksichtigung der bereits intraindividuell gegebenen Komplexität der menschlichen Natur. Die ökonomische Konsumtheorie blendet aus, dass menschliches Handeln nicht immer und überall ausschließlich durch Egoismus und selbstbezogene Nutzenmaximierung motiviert ist, sondern auch andere Faktoren wie Status, Gruppenzugehörigkeit und –identität, Geschmack, Engagement, Mitleid und andere psychoemotionale Beweggründe von Bedeutung sind.⁴⁷ Sie ignoriert jegliche soziale Dimension der menschlichen Existenz, wo eine unvermeidliche Wechselwirkung zwischen der Nutzenfunktion verschiedener Marktteilnehmer bzw. Konsumenten besteht.⁴⁸ Wenn sich Menschen bei Konsumentenscheidungen nicht ausschließlich von eigenen, sondern zumindest teilweise auch durch Motive der Anderen leiten lassen, spiegelt das Verbraucherverhalten persönliche Vorlieben nur teilweise wider.

Marktradikale Positionen betrachten gesellschaftliche Wohlfahrt als bloße Summe individueller Nutzenmaximierung, die sich wiederum ausschließlich aus dem Konsum von Gütern und Leistungen ergeben kann. Wohlfahrtsstaatliche Einrichtungen wie soziale Krankenversicherungen oder steuerfinanzierte Gesundheitssysteme, so versuchen sie immer wieder nachzuweisen, führten zu einem „Wohlfahrtsverlust“, da das unweigerlich auftretende Moral-Hazard-Verhalten derart abgesicherte Personen zu einer übersteigerten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen verleite,⁴⁹ die medizinisch „eigentlich“ nicht notwendig seien.⁵⁰ In der Tat haben empirische Untersuchungen gezeigt, dass als Ausdruck von „Kostenbewusstsein“ interpretierte Änderungen des Inanspruchnahmeverhaltens medizinischer Leistungen zu beobachten sind, wenn die anfallenden Kosten aus der eigenen Tasche zu begleichen sind.⁵¹ Es ist nicht überraschend, dass diese Idee insbesondere unter Ökono-

47 Vgl. Sen 1982, S. 92ff; Rice 1997, S. 389f.

48 Sen 1982, S. 99; Rice 2004, S. 119f.

49 Pauly 1968, S. 535; Feldstein 1973, S. 252ff, 275ff.

50 Henke et al. 2002, S. 12.

51 Feldstein 1973, S. 268, 270f, 274.

men verbreitet ist,⁵² sie findet sich aber auch bei Vertretern anderer Berufsgruppen wie Ärzten und Politikern.

Gänzlich unbeantwortet und vielfach auch ungestellt bleibt indes die Frage, was denn genau „medizinisch nicht notwendig“ bedeutet und welche Kriterien zur Bestimmung von Behandlungsnotwendigkeit heranzuziehen sind. Zudem fehlt jeglicher verwertbare Hinweis darauf, wer eine solche Entscheidung überhaupt treffen kann und soll, wann sie zu treffen ist und wie mit unvermeidlichen Urteilsunsicherheiten umzugehen wäre. Für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist es charakteristisch, dass ihre Notwendigkeit erst im Nachhinein zu beurteilen ist.⁵³ Aller Ungenauigkeit und Unbrauchbarkeit zum Trotz dient das Konzept der „eigentlichen“ Notwendigkeit medizinischer Leistungen vor allem bei Vertretern der ökonomischen Zunft als Argument gegen umfangreiche soziale Absicherung.⁵⁴ Dass es sich dabei eher um eine Glaubensfrage und „gefühlte“ Wahrnehmung handeln muss, liegt in Anbetracht der konzeptionellen Willkür und der völligen Loslösung klinischer Kriterien auf der Hand. Vor allem aber erfolgen derartige Betrachtungen und Ausführungen nicht nur unter der üblichen Annahme, menschliches Verhalten entspräche vollkommen dem Modell des *homo oeconomicus*, sondern auch unter der Vorstellung, Krankheit sei ein gleichmäßig verteiltes Zufallsereignis.⁵⁵ Allerdings gelangen ökonomische Untersuchungen auch bei der Diskussion über soziale Sicherung und Wohlfahrtseffekte zu diametral entgegengesetzten Ergebnissen. Während einige Autoren glauben, einen „Wohlfahrtsverlust“ durch umfangreiche Krankenversicherung berechnen zu können,⁵⁶ beschränken sich andere auf Schätzungen.⁵⁷ Wieder andere kommen zum Schluss, eine allgemeine Absicherung der gesamten Bevölkerung gegenüber finanziellen Krankheitsrisiken könne durchaus wohlfahrtssteigernde Wirkung entfalten.⁵⁸

4. Modellplatonismus der Versicherungsmathematik

Die Einführung von Kostenbeteiligungen für Patienten in Ländern mit bestehenden sozialen Sicherungssystemen verfolgt in der Regel das Ziel, dem Phänomen des versichertenseitigen Moral Hazard entgegenzuwirken.⁵⁹ Diesem Thema widmete sich bis vor kurzem der Großteil der empirischen

52 Vgl. Feldman/Morrisey 1990.

53 Dies gilt im Übrigen keineswegs nur in dem moral-hazard-relevanten Bereich der überzogenen, „ungerechtfertigten“ Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung bei „Bagatelproblemen“ oder „selbstverschuldeten“ Krankheiten. Auch im Falle von plötzlich auftretender Bewusstlosigkeit, einer wichtigen und gemeinhin anerkannten Indikation für Notfalleinsätze, ist erst nach dem Abschluss von Reanimationsbemühungen zu beurteilen, ob diese sinnvoll waren oder nicht. Dieser sicherlich extreme, aber keineswegs seltene und vor allem durchaus kostenrelevante Fall verdeutlicht in besonderem Maße die Absurdität von Konstrukten wie „notwendigen“ oder „überflüssigen“ Gesundheitsleistungen.

54 Pauly 1968, S. 534f.

55 So heißt es einleitend bei Pauly (1968, S. 531): „It is assumed that all individuals are expected utility maximizers and are risk-aversers, and that the incidence of illness is a random event.“ Breyer und Haufler (2000, S. 450) gehen ebenfalls von gleicher Verteilung der Erkrankungsrisiken aus: „Importantly, we assume that all individuals face the same probability of being sick.“. Betrachtungen wie die soziale Determinierung von Krankheit, Umwelteinflüsse u.ä. finden in derartigen Ansätzen keinen Platz.

56 Feldstein 1973; s. auch Schulenburg 1984d, S. 15; Han 2007.

57 Feldman/Dowd 1991, S. 299f.; Manning/Marquis 1996, S. 627ff.

58 Nyman 1999a, S. 145ff; Nyman 1999b, S. 819f; Nyman 2004, S. 196f; Nyman 2006, S. 20, 22f.

59 Bei der Debatte über direkte Eigenbeteiligungen im Krankheitsfall steht zumeist der *ex-post moral hazard* im Vordergrund, d.h. die unterstellte ungehemmte Inanspruchnahme bzw. Erbringung von Gesundheitsleistungen im Fall der Bezahlung durch eine/n Dritte/n; *ex-ante moral hazard* spielt dagegen in der Theorie eher beim Abschluss einer (Kranken-)Versicherung eine Rolle (vgl. Drèze 2001, S. 1f).

Krankenversicherungsliteratur,⁶⁰ und hierzu bietet die ökonomische Literatur eine schier unerschöpfliche Fülle von Modellrechnungen, ausgefeilten Formeln und anderen scheinbar objektiven Voraussagen über das Verhalten der Verbraucher.⁶¹ Eine zentrale Rolle spielt bei diesen Betrachtungen die Preiselastizität, auch wenn diese für verschiedene medizinische Leistungen⁶², gesellschaftliche Schichten, Altersgruppen⁶³ sowie Schweregrade von Krankheit⁶⁴ sehr unterschiedlich zu sein pflegt.⁶⁵ Hierbei kommt wiederum der Patient als rationaler Konsument zum Zuge, der bei seiner „Kaufentscheidung“ anfallende Ausgaben einbezieht.⁶⁶ Zum reinen Preis einer medizinischen Behandlung kommen allerdings auch immer zusätzliche, für die Patienten teilweise deutlich spürbare Opportunitätskosten für Anfahrt, Unterkunft, Essen und Einkommensausfall hinzu, die insbesondere, aber nicht ausschließlich, in Entwicklungsländern ein Vielfaches der eigentlichen Gesundheitsausgaben ausmachen und damit alle Abschätzungen über Preiselastizität und ihre Auswirkungen auf die Nachfrage ad absurdum führen können.⁶⁷

Überhaupt legt die Heranziehung der Preiselastizität zur Begründung und sogar zur Kalkulation von „optimalen“ Zuzahlungen den Verdacht einer *self-fulfilling prophecy* nahe. In der Regel ergeben sich die zu Grunde liegenden Elastizitätseinschätzungen nämlich gerade aus Änderungen der Inanspruchnahme unter bestimmten vorgegebenen Selbstzahlungsbedingungen, vielfach auf der Grundlage einzelner experimenteller oder quasi-experimenteller Beobachtungen.⁶⁸ Diese beruhen durchgehend auf einer Vielzahl von Annahmen, Vermutungen und vornehmlich ökonomischen Theorieansätzen,⁶⁹ deren Realitätsnähe nur selten einer kritischen Betrachtung Stand hält.⁷⁰ Insbesondere in den USA, woher wesentliche Erkenntnisse über die Preiselastizität von Arzneimitteln und anderen Gesundheitsleistungen stammen, erweist sich die Erfassung der Inanspruchnahme als tückisch, denn im realen Leben, also außerhalb experimenteller Bedingungen, unterliegt sie Selektionseffekten, Überschätzungen aufgrund der Schiefelage der Ausgabenverteilung über verschiedene Patientenkol-

60 Wagstaff/Pradhan 2005, S. 1.

61 Arrow 1963, S. 969ff; Zeckhauser 1970, S. 12ff; Feldstein 1973, S. 267ff; Schulenburg 1987, S. 157ff; Dow et al. 2000, S. 6ff; Geoffard 2000, S. 126ff; Breyer/Haufler 2000, S. 450ff; Cutler 2001, S. 38ff; Drèze 2001; Remler/Atherly 2003, S. 271f; Parente et al. 2004; Osterkamp 2003a, S. 8ff; Nyman 2003, S. 4ff; French/Jones 2004, S. 707f; Hoel 2004; Winkelmann 2004, S. 1084f; Breyer et al. 2005, S. 244ff; Shang 2005, S. 17ff; Smith 2005, S. 1020ff; Atella et al. 2006; Levaggi/Levaggi 2007, S. 5ff.

62 Z.B Ramsay 1998, S. 21, van Vliet 2002, S. 299.

63 Ahlmaa-Tuompo et al. 1998 a und b, Ahlmaa-Tuompo 1999.

64 Wedig 1988, S. 158ff; Newhouse 1993; Remler/Atherly 2003, S. 277f.

65 Gertler/Hammer 1997, S. 8f.

66 Zum Beispiel Contoyannis et al. 2005, S. 910. Überraschend ist dabei allerdings, dass Ökonomen diesem rational agierende Subjekt offenbar nicht einmal die Fähigkeit zur Präselektion von Krankenversicherungsverträgen oder -modalitäten nach eigener Präferenz bzw. nach eigenem Bedarf zutrauen, denn manche Entscheidung, die als Moral Hazard erscheint, könnte durchaus auch das Ergebnis einer gezielten Vorauswahl sein (vgl. Geoffard 2000, S. 128, 132).

67 Gertler/Hammer 1997, S. 9f; Geoffard 2000, S. 132.

68 Manning et al. 1987b, S. 267f; Winkelmann 2004, S. 1084f; Stein 2003, S. 44; Buntin et al. 2006, S. W518.

69 Markus et al. 1998, p. 17; Pauly/Ramsay 1999, S. 445f; Osterkamp 2003b, S. 80f; Hilitris 2004, S. 19; Contoyannis et al. 2005, S. 917.

70 Auffällig und einer systematischen quantitativ-semantischen Analyse wert ist der häufige Gebrauch von Begrifflichkeiten wie „suggest“, „believe“, „assume“ oder „possibly“ in der englischsprachigen bzw. von „vermuten“, „glauben“, „annehmen“ oder „wahrscheinlich“ in der Darstellung von Methoden und Ergebnissen, die in unübersehbarem Kontrast zu den zumeist sehr konkreten, quantitativen Abschätzungen stehen.

In einigen Fällen benennen die Autoren zumindest elementare Einschränkungen ihrer Modellkalkulationen, ohne diese allerdings dann adäquat in der Interpretation zu berücksichtigen (z.B. Manning/Marquis 1996, S. 632f).

lektive⁷¹ sowie Auswirkungen des „moralischem Risikos“, das sie ja wiederum zu belegen scheinen.⁷²

Mit Staunen steht der nicht ausschließlich ökonomisch denkende Gesundheitsexperte vor Berechnungen, anhand derer manch ein Ökonom auf der Grundlage sehr spezifischer Ergebnisse einer kleinen Stichprobe⁷³ auf Entwicklungen der Nachfrage nach Krankenhausbehandlungen unter bestimmten Versicherungs- und Selbstbeteiligungskonditionen schließt.⁷⁴ Drängt sich doch die Frage auf, ob stationäre Therapien wirklich adäquat als Verbrauchsgüter einzustufen sind, deren Inanspruchnahme primär nach Belieben und aktueller Zahlungsfähigkeit erfolgt und in keiner Weise von individual- bzw. kollektivgesundheitlichen oder sozialen Faktoren abhängt. Auch zieht eine derartige Sicht überhaupt nicht die Möglichkeit in Betracht, dass der durch Eigenbeteiligungen im Krankheitsfall induzierte Verzicht auf Gesundheitsleistungen auch zur – realen oder gefühlten – Verschlechterung des Gesundheitszustands und dieser wiederum zu verringerter Arbeitsaktivität⁷⁵ und zu langsamerem Wirtschaftswachstum führen kann.⁷⁶ Anders herum führt kostenfreie Gesundheitsversorgung eben nicht nur zum gemeinhin unterstellten Moral Hazard und dadurch ausgelösten Wohlfahrtsverlusten, sondern vielmehr auch zu Wohlfahrtsgewinn durch Einkommenssicherung, Erhaltung der Produktivität und Leidensminderung.

Derartige Effekte und die damit verbundene Komplexität erfassen viele ökonomische Modellannahmen zur Preiselastizität nicht einmal ansatzweise,⁷⁷ und nur in Ausnahmefällen erfolgt eine kritisch-einschränkende Betrachtung der auf theoretischen Überlegungen fußenden Aussagen, bei der beispielsweise auch die ungenügende Erfassung unterschiedlich verteilter Gesundheitszustände⁷⁸ und die fehlende Berücksichtigung verschiedener Populationen oder Versicherungsbedingungen thematisiert wird. Auch fallen mögliche bzw. sogar wahrscheinliche Änderungen diverser anderer Parameter durch oder zumindest parallel zu den gemessenen Variablen und Effekten regelhaft aufgrund der Ceteris-paribus-Annahme unter den Tisch. Fraglos richtig ist die folgende Einschätzung zu Selbstbeteiligungen: „Die Wirkung dieses Instruments wird besonders evident unter Zuhilfenahme der Modellwelt der Volkswirtschaftslehre.“⁷⁹ Allerdings, so müsste man der Vollständigkeit halber hinzufügen, zeigt die vorliegende Untersuchung, dass diese Evidenz ausschließlich auf die ökonomische Modellwelt beschränkt bleibt.

5. Dogma der „Eigenverantwortung“

Die Forderung nach mehr „Eigenverantwortung“ ist allgegenwärtiger Bestandteil der gesundheitspolitischen Diskussion in den meisten Wohlfahrtsstaaten.⁸⁰ In der bundesrepublikanischen Reform-

71 Remler/Atherly 2003, S. 270, 278f.

72 Vgl. Shea et al. 2007, S. 936.

73 Dies gilt beispielsweise für die allseits zitierte RAND-Studie, auf der sich bis heute wesentliche Annahmen in Bezug auf die Wirkungen von Zuzahlungen stützen. Diese Arbeit widmet sich diesem natürlichen Experiment eingehender weiter unten in Kap. 9.

74 Finkelstein 2004, S. 20f.

75 Jinnett et al. 2007, S. 7ff

76 Dow et al. 2000, S. 9f, 24; vgl. auch SVR 2003c.

77 Vgl. Russell 1996, S. 221; vgl. Auch Remler/Atherly 2003, S. 277f.

78 Zum Beispiel Remler/Atherly 2003, S. 278f.

79 Schulenburg/Wieland 1984, S. 631.

80 Vgl. Bodenheimer 2005a, S. 851.

debatte spielt die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit seit etwa drei Jahrzehnten eine zunehmend wichtige Rolle.⁸¹ Unterstützung erhält die Eigenverantwortlichkeitsideologie in besonderem Maße von Wirtschaftsverbänden und ihnen nahe stehenden Fachleuten, von Ärztevertretern, von den bürgerlichen und liberalen Bundestagsparteien, aber auch von Vertretern der Sozialdemokratie und Teilen der Grünen.

Der ideologische Überbau der Reformagenda speist sich aus einer Kombination von gesellschaftlicher und ökonomischer Liberalität im Sinne eines an den bürgerlichen Menschenrechten ausgerichteten Freiheitsverständnisses. Individuelle Selbstbestimmung und -verwirklichung des „mündigen Bürgers“ stellen weithin akzeptierte Werte demokratischer Gesellschaften dar. Gleichzeitig und in gesellschaftspolitischem Synergismus hat sich die Marktwirtschaft quasi als ökonomisches Äquivalent zur Demokratie durchgesetzt, wo der Staat in erster Linie „für eine freiheitssichernde Wirtschaftsordnung zu sorgen“ hat und persönliche Freiheit unabdingbar an eine marktwirtschaftliche Ordnung geknüpft ist.⁸² Öffentlich vorgegebene Eingriffe in das freie Spiel der Marktkräfte und jede Form von Verpflichtung der Mitglieder eines Gemeinwesens beispielsweise im Rahmen der Sozialversicherungssysteme entwickelter Länder ist in diesem Sinne eine Zwangsmaßnahme mit Verzerrungspotenzial für den Markt.

Zwar gilt das Recht auf Selbstbestimmung spätestens seit der Ottawa-Charta von 1986 weltweit als wesentliches Grundprinzip von Gesundheit und insbesondere von Gesundheitsförderung: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.⁸³ Dahinter steckt ein unübersehbar emanzipatorischer Ansatz, neben Umwelt-, Arbeits- und sonstigen Lebensbedingungen spielen soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit eine zentrale Rolle beim Bemühen um eine bessere Gesundheit und mehr Chancengleichheit: „Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen“.⁸³

Unter den Vorgaben einer von vermeintlichen Sachzwängen dominierten sozialpolitischen Debatte hat die Frage der Eigenverantwortlichkeit in den letzten Jahren allerdings in ganz anderem Sinne die gesellschaftspolitische Auseinandersetzung bestimmt.⁸⁴ In der bundesrepublikanischen Reformdebatte spielt die individuelle Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit seit Jahrzehnten eine gewichtige Rolle.⁸⁵ Der Begriff der „selbstverschuldeten Krankheiten“ hat erfolgreich Eingang in journalistische wie in wissenschaftliche Publikationen gefunden. Die Vorschläge zum Ausschluss von Unfallfolgen oder Risikosportarten aus dem Leistungskatalog der GKV und die jüngste Entscheidung über Folgen von Tätowierung und Piercing konkurrieren mit Ideen zur Kappung des von der Allgemeinheit mitfinanzierten Versicherungsschutzes für Lungenkrebs bei Rauchern oder andere „schuldhaft“ erworbene Gesundheitsprobleme. Die vielfach untermauerte Erkenntnis, dass viele patho- bzw. salutogenetische Faktoren eben nicht ausschließlich individuell, sondern in hohem Ma-

81 Ausgangspunkt war 1977 das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz der sozialliberalen Koalition.

82 Pütz 2003, S. 34. Vgl. auch Breyer et al. 2005, S. 190. An dieser Stelle soll allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass gerade im Gesundheitswesen mit seinen ausgeprägten externen Effekten und der starken Informationsasymmetrie zu Ungunsten des als Kunden wahrgenommenen Patienten die mit dem ökonomischen Verständnis von Liberalität verknüpfte Forderung, die Individuen müssten für die Folgen ihrer Handlungen verantwortlich sein, nur sehr eingeschränkt umzusetzen ist.

83 WHO 2004.

84 Zum Beispiel Fink 2002.

85 Ausgangspunkt war 1977 das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz der sozialliberalen Koalition.

ße sozial und durch Umwelteinflüsse determiniert sind,⁸⁶ kommt in der herrschenden Debatte zu kurz. Der Gesundheitszustand eines Individuums hängt nicht unerheblich von der sozioökonomischen Lebenssituation ab, zudem gibt es immer klarere Hinweise auf eine genetische Ätiologie vieler vermeintlich „individuell verschuldeter“ Pathologien.⁸⁷

Besonders die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) in Köln macht sich für den Umbau der deutschen Sozialsysteme stark, die gemeinsam mit dem arbeitgebernahen Institut der Deutschen Wirtschaft (IW) die gängigen Mythen von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, den dramatischen Demographieproblemen und Arbeitsplatz vernichtenden Sozialabgaben schürt.⁸⁸ Auch Deutsche Bank Research, die sich selbst in aller Bescheidenheit als einer der weltweit wichtigsten Think Tanks zu Themen in Wirtschaft, Gesellschaft und Finanzmärkten vorstellt, reproduziert nicht nur alle üblichen Mythen der Gesundheitsdebatte, sondern fordert explizit „eine spürbare Selbstbeteiligung“ zur Lösung anstehender Finanzierungsprobleme.⁸⁹ Forderungen nach Ausweitung und Erhöhung der Patientenselbstbeteiligungen gehören zu den Standardforderungen aus dem Arbeitgeberlager und den konservativen bzw. liberalen Parteien.⁹⁰ Auch der so genannte Kronberger Kreis schlägt zur Lösung der bestehenden Probleme vor, man müsse „das Gesundheitssystem vom versicherungswirtschaftlichen Ordnungsgedanken her auf eine neue Grundlage stellen“⁹¹ und empfiehlt eine Reihe von Maßnahmen zur stärkeren Beteiligung der Patienten an der Finanzierung ihrer Gesundheit.⁹²

Selbst ökonomische Lehrbücher zeigen sich vielfach unbeeindruckt von Diskussionen und empirischen Erkenntnissen und bläuen immer neuen Generationen von Studierenden Plattitüden ein, die wenig mit der Wirklichkeit, aber viel mit Glaubenssätzen zu tun haben.⁹³ Auch die Pharmaindustrie ist in besonderem Maße an einer verstärkten Autonomie der Verbraucher etwa durch Abbau so lästiger „Zwangmaßnahmen“ wie dem Arzneimittelwerbeverbot und der Rezeptpflicht für die meisten wirksamen Medikamente interessiert. Dabei baut sie auf den angeblich hohen Kenntnisstand der Bevölkerung bei der autonomen Laienentscheidung.⁹⁴ „Inzwischen werden 41 Prozent aller in Deutschland abgegebenen Medikamente und 68 Prozent aller rezeptfreien Arzneimittel von den Patienten **eigenverantwortlich** im Wege der Selbstmedikation erworben.“⁹⁵

Prinzipiell in die gleiche Richtung geht die Forderung nach stärkerer Teilhabe der Patienten am Gesundheitsgeschehen,⁹⁶ die unter dem Begriff *patient empowerment* Eingang in die internationale Re-

86 Zum Beispiel Brauer et al. 2002, S. 1094f; M. Finkelstein et al. 2003, S. 399f; Mielck 2005, S. 26ff; Wheeler/Ben-Shlomo 2005, S. 952ff; Gehring et al. 2006, S. 548f; Laurent et al. 2007; Dockery/Stone 2007, S.511f; Elliot et al. 2007 (3. Seite).

87 Aufschlussreich in dieser stark ideologisch geprägten Debatte ist die Tatsache, dass sich viele Anhänger einer stärkeren „Eigenverantwortlichkeit“ gerade unter den neoliberalen „Modernisierern“ finden, die sich mit dem Argument einer potenziell besseren zukünftigen Behandelbarkeit zurzeit nicht ausreichend therapierbarer, genetisch bedingter Erkrankungen für die Genforschung stark machen.

88 INSM o.J.; Gerken/Raddatz 2002, S. 10f.

89 Deutsche Bank Research o.J., S. 7.

90 Ruf 1982, S. 21f; Deppe 1987, S.82, 161f; Spiegel online 2006 a, b.

91 Donges et al. 2002, S. 4.

92 Donges et al. 2002, S. 84ff.

93 Als Beispiele seien hier Schulenburg 1987 (S. 175) und das „Standardwerk“ zur Gesundheitsökonomik von Breyer et al. (2005) angeführt, das bedenkenlos von „Explosion der Kosten“ (S. 190) und „verstärkte(r) Selbstbeteiligung der Versicherten an den Arzneimitteln“ als „Alternative zur staatlichen Preisregulierung von Medikamenten“(S. 471, Fußnote 7) spricht; ; vgl. auch Rothman 1992, S. 443, 452.

94 BAH 1999a.

95 BAH 1999b; Hervorhebung durch den Autor; vgl. auch Zok 2006.

96 O'Brien et al. 2000, S. 12.

formdebatte in Industrieländern gefunden hat.⁹⁷ Vordergründig im Einklang mit der Ottawa-Charta⁹⁸ konzentriert sich die „Patientenstärkung“ indes auf eine Verbesserung der Stellung des „Kunden“ am Gesundheitsmarkt und übergeht systematisch das Problem ungleich verteilter Chancen und sozialer Ausschlüsse. Zudem vernachlässigt dieser Ansatz die Tatsache, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten gerne und bereitwillig die Verantwortung für die Lösung medizinischer Probleme ihren Behandlern überlässt und nur nach richtungweisender Aufklärung bereit ist, sich an den Entscheidungsprozessen zu beteiligen.⁹⁹ Dessen ungeachtet haben marktorientierte Vorstellungen von Partizipation und Mitbestimmung unter dem wohlklingenden Begriff *consumer-driven* bzw. *consumer-directed health care* beispielsweise im US-Gesundheitswesen Einzug gehalten.¹⁰⁰ Darunter preist die Versicherungswirtschaft in erster Linie Policen mit hohen absoluten Selbstbeteiligungen und individuellen Gesundheitssparfonds an,¹⁰¹ die nach den Vorstellungen ihrer Vertreter die Nachfrageseite stärken sollen.¹⁰²

Auch deutsche Ökonomen versprechen sich hiervon eine Erhöhung der „Konsumentensouveränität“ auf dem Gesundheitsmarkt.¹⁰³ Demnach sollen ausreichend hohe finanzielle Anreize auf Seiten der Patienten nicht nur deren Moral-Hazard-Verhalten eindämmen, sondern darüber auch der anbieterseitigen Nachfragesteigerung wirksam Einhalt gebieten.¹⁰⁴ Aber selbst solche vermeintlich emanzipatorischen Ansätze können kaum darüber hinwegtäuschen, dass sich dahinter letztlich eine zunehmende Umverteilung der Gesundheitskosten zu Lasten der Bürger und insbesondere der kränkeren Mitglieder der Gesellschaft verbirgt.¹⁰⁵

Ohnehin sind erhebliche Zweifel angebracht, ob dieser Ansatz zur Aufwertung des Kundenwunsches und der Eigenverantwortung tatsächlich die Effektivität der Gesundheitsversorgung verbessert. Sparanreize durch Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen verstärken die Gefahr der Unternutzung medizinischer Versorgungsleistungen.¹⁰⁶ Insbesondere bei Berücksichtigung der früheren Inanspruchnahme und Gesundheitsausgaben bestehen Hinweise darauf, dass „konsumentenorientierte“ Verträge tendenziell zu einer Risikoselektion führen¹⁰⁷ und höher gebildete Bevölkerungsgruppen eher ansprechen.¹⁰⁸ Zudem weisen erste Beobachtungen insgesamt auf einen Rückgang der Nutzung von medizinischen Versorgungsleistungen hin, wobei Krankenhausbehandlungen offenbar häufiger erforderlich sind als vorher, was eine Folge unterlassener oder verspäteter Arztbesuche sein könnte.¹⁰⁹ Schließlich legten die Versicherungen hinsichtlich der Berücksichtigung niedriger Einkommensgruppen durch gestaffelte Eigenbeteiligungen und Gebühren nur eine auffällig geringe Kreativität und Innovationsfähigkeit an den Tag.¹¹⁰

97 Vgl. auch Cornwell/Gaventa 2001, S. 11f. Wie in Kap. 3 näher dargestellt, scheint eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten gerne und bereitwillig die Verantwortung für die Lösung anstehender Probleme ihren medizinischen Behandlern zu überlassen, wobei allerdings die meisten an den Entscheidungsprozessen beteiligt sein wollen (Deber et al. 2001, S.1417ff; Steinbach et al. 2004, S. 2f).

98 WHO 2004.

99 Deber et al. 2001, S.1417ff; Steinbach et al. 2004, S. 2f.

100 Gabel et al. 2002a, S. W395f; Garber 2004, S. 293; Buntin et al. 2006, S. w516f.

101 Parente 2002, S. 1192; Fronstin 2004, S. 1, 5; Buntin et al. 2006, S. 517f; Goodman 2006, S. w541; Miller 2006, S. w550.

102 Gabel et al. 2004, S. W399.

103 Zum Beispiel Pütz 2003, S. 42f.

104 Fraser-Institute 1999; Kephart et al. 2003; Goodman 2006, S. w541.

105 Gabel 2002b, S. W401; Davis 2004, S. 1219ff.

106 Rosenthal/Milstein 2004, S. 1068ff.; vgl. auch Lohr et al. 1986b, S. 540ff.

107 Parente et al. 2004a, S. 1106f; Davis 2004, S. 1224f.

108 Parente et al. 2004a, S. 1108f.

109 Parente et al. 2004b, S. 1198f; Davis 2004, S. 1224.

110 Tu/Ginsburg 2007, S. 4f.

6. Politische Ökonomie direkter Kostenbeteiligungen

Die Einführung oder Erhöhung von Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall bedeutet eine Verlagerung der Kostenbelastung auf die Patienten,¹¹¹ die als schwächste Akteure in der Gesundheitspolitik einen immer größeren Anteil steigender Gesundheitsausgaben zu tragen haben. Diese Entwicklung ist das Ergebnis einer manifesten Ungleichverteilung der politischen Macht in der Gesundheitspolitik. Ein Beispiel liefern arbeitgeberfinanzierte Krankenversicherungen wie in den USA, für die es einfacher ist, die Kosten auf die Versicherten abzuwälzen statt auf die Unternehmen.¹¹² Dies ist insofern bemerkenswert, als sich diese Einschätzung offenbar erst in jüngeren Jahren durchgesetzt hat, schließlich erwarteten Experten früher entschiedenen Widerstand und weitgehenden Ablehnung bei Erhöhung der Zuzahlungen.¹¹³

Den Versicherten scheint indes nicht zu entgehen, dass sie zunehmend die Leidtragenden der Privatisierung der Kosten sind. Umfrageergebnisse legen nahe, dass die Umgestaltung der Versicherungssysteme zu mehr „Kundenorientierung“ und Wahlfreiheit keineswegs die Akzeptanz des Systems erhöht.¹¹⁴ Umfragen aus den USA, wo die Eigenbeteiligungsquote sehr hoch ist, zeigen, dass das System eine relativ geringe Zustimmung findet und die Versorgungsqualität als eher unbefriedigend eingeschätzt wird.¹¹⁵ Insgesamt ist dort die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem geringer als in Ländern mit umfangreicher und universeller sozialer Sicherung und wesentlich geringeren Zuzahlungen.¹¹⁶ Ähnliches zeigen im Übrigen auch Umfragen aus Chile, wo die Versicherten ebenfalls einen großen Teil ihrer Gesundheitskosten selbst aufbringen müssen.¹¹⁷ Auch in Kroatien belegen Umfragen, dass vor allem Frauen und Bezieher niedriger Einkommen aufgrund steigender direkter Selbstzahlungen (*out-of-pocket payments*) und ungleicher finanzieller Belastung mit dem Gesundheitssystem unzufrieden sind.¹¹⁸

Schließlich dient die Erhebung von Eigenbeteiligungen auch der Abmilderung von Einnahmeeinbußen auf Seiten der Leistungserbringer, die in der Regel die Auswirkungen von Kostendämpfungsmaßnahmen bei ihrem eigenen Einkommen zu spüren bekommen. Der politische Einfluss der unterschiedlichen Anbieter im Gesundheitswesen ist in aller Regel erheblich größer als der von Versicherten und Patienten. Schließlich stellt das Gesundheitswesen in vielen Ländern dieser Erde den größten und vielfach auch am stärksten expandierenden Wirtschaftszweig und selbst in den ärmsten Staaten einen bedeutenden Wachstumsfaktor dar.¹¹⁹

111 Schulenburg 1984b, S. 1278.

112 Fronstin 2004, S. 14; Prada et al. 2004, S. 41; Trude/Grossman 2004, S. 1f; Weinick et al. 2005, S. 504; Blumenthal 2006a, S. 85; Ross 2006, S. w553; McDevitt et al. 2007, S. 213f.

113 Freiman 1984, S. 90; Hibbard/Weeks 1988, S. 244.

114 Nicht wenige Theoretiker versuchen glauben zu machen, die Gesundheitssysteme befänden sich in einer Akzeptanzkrise, weil sich viele Versicherte durch die kollektive Absicherung ausgenutzt fühlen. Wiederum unterstellt man den rationalen Nutzenmaximierern, sie bevorzugten Systeme, die ein starkes Gewicht auf die Eigenverantwortung legen und „Nassauertum“ verhindern.

115 Schoen et al. 2005, S. W5-512ff; Davis et al. 2006, S. 4ff, 16ff; Lee/Zapert 2005, S. 1203.

116 Blendon et al. 1990, S. 188f; Blendon et al. 2002, S. 182f.

117 Holst 2004, S. 276ff.

118 Miroslav/Babić-Bosanac 2002, S. 421; Mastilica/Kušec 2005, S. 224f.

119 In China wuchs das Gesundheitsbudget beispielsweise zwischen 1996 und 2002 um 13% pro Jahr und damit schneller als die ohnehin stark expandierte Volkswirtschaft des Landes (Meessen et al. 2003, S. 582).

7. Formen direkter Kostenbeteiligungen

Zur nachfrageseitigen Steuerung im Gesundheitswesen und zur Umsetzung der allgegenwärtigen Forderung nach „mehr Eigenverantwortlichkeit“ bieten sich verschiedene materielle wie immaterielle Anreizformen an.¹²⁰ Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die unmittelbare pekuniäre Beteiligung der Patienten an den anfallenden Behandlungskosten. Anders als vorab und unabhängig von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bezahlte Krankenversicherungsbeiträge sollen Direktzahlungen im Krankheitsfall das Konsumentenbewusstsein der Patienten und die Transparenz des Inanspruchnahmeverhaltens von Gesundheitsleistungen erhöhen.

Direkte Selbstzahlungen (*out-of-pocket payments*) fallen in den meisten sozialen Sicherungssystemen und Krankenversicherungen an. Relativ weit verbreitet sind sie bei Medikamenten¹²¹ sowie anderen Heil- und Hilfsmitteln, doch können die Leistungserbringer grundsätzlich auch für Sprechstundenbesuche, für Krankenhaustage bzw. für jede einzelne diagnostische und therapeutische Leistung, für Krankheitsepisoden¹²² oder für die generelle Nutzung in einem bestimmten Zeitraum Zuzahlungen erheben. Eigenbeteiligungen umfassen sämtliche Ausgaben, die Haushalte in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen für ihre Gesundheitsversorgung aufbringen müssen.¹²³ Krankenversicherungsbeiträge sind hingegen keine Direktzahlungen, denn sie sind im Voraus und unabhängig von der Inanspruchnahme aufzubringen.

Tabelle 1: Formen von direkter Bezahlung (out-of-pocket)

Form		Definition
Direct payment	Selbstzahlung/(selektiver Ausschluss)	Payments for goods or services that are not covered by any form of pre-payment or insurance.
Cost sharing	Selbst-/Eigenbeteiligung	A provision of most health funding systems that requires the individual who is covered to pay part of the cost of health care received; often referred to as user charges.
Informal payment	Inoffizielle Zahlung, Schwarzgeld	Unofficial payments for goods or services that should be fully funded from pooled revenue; sometimes referred to as envelope or under-the-table payments.

Tabelle 2: Formen direkter Eigenbeteiligung

Form		Definition
Co-payment	Fixe Zuzahlungen pro Leistung	The user pays a fixed (small) fee (flat rate) per item or service.

120 Vgl. z.B. Stuart/Stockton 1973, S. 346, 348. Explizit zählen dazu neben verschiedenen Formen von Zuzahlung und Selbstbeteiligung insbesondere Bonus- und Malus-Systeme, von denen sich eine positive Bewertung in den Köpfen festgesetzt hat, die allerdings bisher einer empirischen Begründung entbehrt. So stammt beispielsweise die jüngste Arbeit zu Auswirkungen von Bonussystemen auf Zahnprophylaxe und -erhaltung, die ohnehin nur auf Modellrechnungen basiert, aus dem Jahr 1988 (Schneider 1988). Aktuellere Bestätigungen der positiven Annahmen zu Boni und Mali fehlen in Deutschland.

121 Willison et al. 2001, S. 24f.

122 Stierle 1998, S. 1.

123 Vgl. Galbraith et al. 2005, S. 2.

Co-insurance	Proportionale Selbstbeteiligung pro Leistung	The user pays a fixed or variable proportion of the total cost, with the insurer paying the remaining proportion.
Deductible/extra billing	Absolute Selbstbeteiligung/ Abzugs- und Integralfranchise/ Indemnitätsregelung	The user bears a fixed quantity of the costs, with any excess borne by the insurer; deductibles can apply to specific cases or a period of time

Quellen: European Observatory on Health Systems and Policies.¹²⁴

Aus der Perspektive der Versicherungsökonomie bieten sich prinzipiell vier Formen von Patientenzahlungen an: fixe Grundtarife (*flat fees*), Indemnitätstarife (*charge per service/per package*) oder prozentuale Zuzahlungen (*co-insurance*) pro Einzelleistung bzw. Leistungspaket, absolute Selbstbeteiligungen bzw. Abzugsfranchisen (*deductibles*) sowie Indemnitätsregelungen mit einem Aufpreis zum Kostenübernahmesatz der Krankenkasse (*balance billing/extra billing*).¹²⁵ Diese Grundformen können selbstverständlich auch in Kombination auftreten.¹²⁶ Die internationale Fachliteratur unterscheidet üblicherweise zwischen *user fees*, die bei öffentlichen und anderen Einrichtungen anfallen, wo die Behandlung theoretisch kostenfrei erfolgen sollte, und *co-payments*, die zusätzlich zu den Beitragszahlungen für krankenversicherte Personen anfallen.

Versicherungstheoretiker raten den Unternehmen in erster Linie zu absoluten Selbstbeteiligungen, wenn eine Tendenz zur exzessiven Ausnutzung der versicherten Leistungen mit der möglichen Folge von wirtschaftlichen Verlusten besteht. Die im deutschsprachigen Raum vielfach auch als „Selbstbehalt“¹²⁷ bezeichneten Franchisen bedeuten einen bestimmten, meist vertraglich festgelegten Betrag, den ein Versicherter selbst für anfängliche Schäden aufbringen muss. Absolute Selbstbeteiligungen stellen Versicherte vor eine „Alles-oder-Nichts“-Entscheidung,¹²⁸ denn bei betreffenden Policen müssen sie beispielsweise Arzt- und Krankenhausrechnungen bis zu einer bestimmten, vertraglich festgelegten Grenze aus der eigenen Tasche bezahlen, bevor die Versicherung für die weiteren anfallenden Kosten aufkommt.¹²⁹ Absolute Selbstbeteiligungen können sowohl für einzelne Leistungen bzw. Leistungspakete (Abzugsfranchisen) als auch für die Gesamtheit (paramedizinischer Behandlungen in einem vorgegebenen Zeitraum anfallen (Integralfranchise).¹³⁰ Die Belastung der Haushalte durch Gesundheitsausgaben ist bei diesem Verfahren nach oben begrenzt, was allerdings die Regressivität dieser Zuzahlungsform nicht aufhebt, da gleiche Selbstbeteiligungsbeträge sehr unterschiedliche Anteile der Haushaltseinkommen ausmachen.

Wesentliche Aufgabe von Abzugsfranchisen (*deductibles*) ist die Verringerung der Inanspruchnahme und des Abrechnungsaufwandes für geringfügige Versicherungsleistungen. Absolute Selbstbeteiligungen können die Ausgaben einer Versicherung auf zwei unterschiedlichen Wegen vermin-

124 Jemai et al. 2004, S. 1; ergänzt nach Schachenhofer 1997 (S. 161ff), Rosian et al. 2002 (S. 20ff) und Bodenheimer 2005 (S. 851).

125 Vgl. Rubin/Mendelson 1995, S. 2-15f, 2-159ff; Schachenhofer 1997, S. 161ff; Halton 2000, S. 1f; Robinson 2002, S. 162f; Skinner 2002, S. 14; Rosian et al. 2002, S. 20ff; Irvine/Green 2003, S. 33; Knappe 2003, S. 238f.

126 Zum Beispiel Parente et al. 2004.

127 Die vorliegende Arbeit vermeidet ansonsten bewusst den in der deutschsprachigen Versicherungsdiskussion häufig verwendeten Begriff „Selbstbehalt“, der ebenso wie „Prämie“ primär die Perspektive der Versicherer widerspiegelt. In der deutschen Sprache ist eine Prämie etwas, was jemand bekommt, eine Belohnung, Auszeichnung oder ein Gewinn. Im Versicherungsgeschäft ist es die Krankenkasse, die etwas bekommt, ebenso wie sie es auch ist, die beim „Selbstbehalt“ etwas behält. Semantik ist ein meist unauffälliges, aber oft einflussreiches Mittel in der gesellschaftlichen und politischen Debatte (vgl. auch Probst 2004, S. 30).

128 Shea et al. 2007, S. 935.

129 Katz/Rosen 1994, S. 596; Bodenheimer 2005a, S. 851.

130 Schachenhofer 1997, S. 161f.

dern, indem sie sowohl die Leistungsausgaben als auch die Verwaltungskosten reduzieren, die für die Bearbeitung geringer Schadenfälle anfallen.¹³¹ Die umgekehrt proportionale versicherungsmathematische Beziehung zwischen absoluten Eigenanteilen und Versicherungsbeiträgen erlaubt unter ansonsten gleichen Vertragsbedingungen die Variation der Beitragshöhe durch gestaffelte Selbstbeteiligungen. Dieses Verfahren ist bei Privatversicherungen üblich,¹³² findet sich aber auch im quasi-öffentlichen Versicherungsmarkt der Schweiz.¹³³ Außerdem eignen sich gestaffelte absolute Selbstbeteiligungen auch als ökonomischer Anreiz für die Versicherungsnehmer, vorrangig kostengünstigere Leistungserbringer oder Arzneimittel in Anspruch zu nehmen.¹³⁴

Äußert sich das patientenseitige Moral Hazard hingegen in Form gesteigerter Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, sollte eine Krankenkasse, so lautet die gängige versicherungsmathematische These, einzelne medizinische, paramedizinische und zahnmedizinisch-kieferorthopädische Maßnahmen mit Zuzahlungen belegen.¹³⁵ Dabei kommen sowohl fixe als auch proportionale Eigenbeteiligungen zur Anwendung, um den vermeintlichen Informationsvorsprung der Versicherungsnehmer zu neutralisieren, müssen die Eigenanteile mit den Kosten korrelieren, die jeder Versicherte verursacht. Demnach sollten sich entweder die Häufigkeit der Inanspruchnahme oder die Komplexität bzw. der Preis der in Anspruch genommenen Leistungen auf die Höhe der Selbstbeteiligung auswirken, um für die Kunden einer Krankenversicherung einen wirklichen Anreiz zu schaffen, den eigenen Verlust und damit auch die Ausgaben der Kasse möglichst gering zu halten.¹³⁶

Proportionale sollen dabei stärker als feste Zuzahlungen kosteneffiziente Entscheidungen auf Seiten des Versicherten bei Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen beeinflussen. Die anteilige Kostenbeteiligung der Patienten verringere zwar die Versicherungsausgaben pro Leistung, halte aber die Verbraucher auf dem Gesundheitsmarkt von Marktforschungen auf der Suche nach günstigeren Leistungserbringern ab.¹³⁷ Unerwähnt bleibt bei derartigen versicherungsökonomischen Betrachtungen in der Regel die Tatsache, dass gerade prozentuale Selbstbeteiligungen, bei denen die Versicherten bei den anfallenden Honoraren einen gewissen Prozentsatz der Schadensrechnung übernehmen, für die unteren Einkommensgruppen finanziell besonders bedrohlich sind, da sie bei teuren, dringlichen oder dauerhaften Gesundheitsleistungen die Belastbarkeit von Haushalten überfordern können.¹³⁸

Weniger beachtet sind Erstattungsobergrenzen (*maximum service limit*), obwohl viele Versicherungsverträge in den USA sowie Medicare sie bei Arzneimitteln anwenden.¹³⁹ Im Unterschied zur Indemnitätsregelung bezieht sich die Versicherungssummenbegrenzung nicht auf einzelne Behandlungen oder Medikamente, sondern auf eine Gruppe von Leistungen für bestimmte Krankheitsfälle oder auf bestimmte Zeiträume. Derartige Risikobeschränkungen bestehen auch in Entwicklungs- und Schwellenländern, wo sie sich auf sämtliche Leistungen beziehen und sogar kombiniert mit anteiliger Kostenübernahme (*percentage coverage*) auftreten können. Erstattungsobergrenzen stellen eine Art „absolute Risikobeteiligung“ bzw. *deductible* für den Versicherer dar. Überschreitet dabei

131 Katz/Rosen 1994, S. 596; Markus 1998, S. 8.

132 Gabel et al. 2002a, S. W398ff; Huskamp et al. 2003a+b; Greß et al. 2005, S. 42.

133 Gerlinger 2003, S. 10f.

134 Gabel 2002b, S. W399; auf die zunehmende Bedeutung gestaffelter Selbstbeteiligungen bei der Arzneimittelversorgung gehen ausführlich Kap. 7 und 9 ein.

135 Criel 1998a, S. 65; Parente 2004, S. 1194; Berlemann/Karmann 1998, S. 586ff.

136 Vgl. Hunterlink 2003.

137 Markus et al. 1998, S. 8f.

138 Knappe 2003, S. 245; Holst 2004, S. 166.

139 Breyer et al. 2005, S. 226; Cox et al. 2001, S. 297.

der in Anspruch genommene Leistungsumfang das maximale Finanzvolumen, muss der Patient für sämtliche darüber hinaus anfallende Kosten selber aufkommen.¹⁴⁰

Typischerweise wenden private Krankenversicherungen eine große Vielfalt von Kombinationen der verschiedenen Selbstbeteiligungsformen an, die jeweils individuell vertraglich festgelegt sind. Personen mit momentan niedrigem Gesundheitsrisiko tendieren bei freiwilliger Krankenversicherung (wie beispielsweise in den USA und Australien) eher zu Produkten mit weniger umfassendem Versicherungsschutz und hohen Selbstbeteiligungen, während chronisch Kranke und andere Risikogruppen lieber die finanzielle Belastung durch Zuzahlungen gering halten wollen.¹⁴¹

8. Versprechen „optimaler Zuzahlungen“

Um die niedrigen Einkommensklassen besser vor unerwünschten Wirkungen von Eigenbeteiligungen zu schützen, empfehlen neoklassische Ökonomen zunehmend „optimale Zuzahlungen“.¹⁴² An Hand ausgefeilter Modellrechnungen ermittelt beispielsweise der norwegische Autor Hoel mögliche Auswirkungen unterschiedlicher Szenarien auf den wohlfahrtsstaatlichen Gewinn in Gesellschaften mit öffentlichen sozialen Sicherungssystemen. Unter der Annahme, dass Gesundheitsausgaben primär eine Funktion individueller Präferenzen der Versicherten sind und die Zahlungsbereitschaft eine entscheidende Größe für die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen ist, kommt Hoel zu dem Ergebnis, dass differenzierte Zuzahlungen die Gerechtigkeit fördern und den Wohlfahrtsge-
winn aller Bürger erhöhen können. Und die beiden Italienerinnen Levaggi ermitteln „optimale Zuzahlungen“ nicht allein als Quelle für zusätzliche Ressourcen, sondern auch als Elemente der Einkommensumverteilung.¹⁴³

Allerdings beruhen die Modellrechnungen auf einer atemberaubenden Menge und Dichte von Annahmen und Vereinfachungen, die sich bereits in den Grundüberlegungen finden. Die Autoren gehen von der irrigen Voraussetzung aus, das Erkrankungsrisiko sei über die gesamte Bevölkerung gleich verteilt.¹⁴⁴ Dies widerspricht der gängigen Forschung über soziale Determinanten und Ungleichheiten in der Gesundheit.¹⁴⁵ Außerdem gelten die theoretischen Ansätze offenbar nur für Krankheiten, die zu einem vorausbestimmbaren Preis vollständig heilbar sind. Dies ist bei chronischen Pathologien nicht der Fall, und folglich ist die mittlerweile größte Gruppe der Krankheiten nicht adäquat in die Modellüberlegungen einbezogen. Im Vergleich zu derartig grundsätzlichen Einschränkungen fällt weniger ins Gewicht, dass völlig unklar bleibt, inwiefern Personen, die wegen der Höhe bestehender Zuzahlungen auf medizinische Behandlung verzichten, von einer Erhöhung

140 Vor allem in den USA sehen viele private oder arbeitgeberfinanzierte Krankenversicherungsverträge eine maximale Begrenzung der Versicherungsleistung über die gesamte Vertragslaufzeit oder Lebensdauer vor, die meist zwischen 250.000 und 1 Million US-\$ liegt (Breyer et al. 2005, S. 226). Jährliche Erstattungsobergrenzen für bestimmte Leistungen bzw. Leistungsgruppen wenden auch chilenische Privatversicherungen (ISAPREs) an, allerdings in erster Linie für ambulante oder teilstationäre Behandlungen. Dies hat vor allem bei langwierigen, chronischen und insbesondere bei psychiatrischen Krankheiten einen teilweise extrem geringen Versicherungsschutz zur Folge, auch wenn neuere gesetzliche Regelungen die finanzielle Absicherung der Versicherten zuletzt deutlich verbessert haben (Holst 2001, S. 98f).

141 Colombo/Taray 2001, S. 29.

142 Pauly/Ramsay 1999, S. 445ff; Chernenew et al. 2000, S. 599ff; Osterkamp 2003 a+b; Hoel 2004; Pauly/Blavin 2007, S. 3ff; Levaggi/Levaggi 2007, S. 7f.

143 Levaggi/Levaggi 2007, S. 17.

144 Hoel 2004, S. 2, 14.

145 Zum Beispiel Marmot 2001, 2003, 2005; Wilkinson/Marmot 2004a+b; Marmot 2006, S. 2083ff; vgl. hierzu auch Remler/Atherly 2003, S. 278f.

der Selbstbeteiligung profitieren sollen.¹⁴⁶ Auch die hypothetische Annahme eines „optimalen progressiven Steuersystems“ vergrößert nicht die Praxisrelevanz der angestellten Überlegungen.¹⁴⁷

Für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland schlagen einzelne Autoren ebenfalls einkommens- **und** krankheitsabhängig gestaffelte, „gleitende“ Zuzahlungsbeträge vor.¹⁴⁸ Eine Differenzierung der Zuzahlungssätze nach Einkommen und Behandlungskosten würde letztlich dazu führen, dass jedes Mitglied der GKV in Deutschland nach Einführung derartiger Zuzahlungen besser gestellt sei als vorher, also auch Personen mit geringem Einkommen und gleichzeitig hohen Behandlungskosten. Unter geeigneten Voraussetzungen ließen sich in Abhängigkeit von einem noch zu ermittelnden „gesellschaftlich akzeptierten Höchstsatz der Zuzahlung“ Beitragssatzsenkungen zwischen 1,9 und 2,6 Prozentpunkten erzielen.¹⁴⁹

Die Argumentation geht davon aus, dass die als erhöht eingeschätzte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Menschen mit Krankenversicherung Ausdruck von Moral Hazard und nicht etwa eines nachvollziehbaren Bedarfs ist, nur die Gesünderen ihre Nachfrage nach medizinischer Behandlung reduzieren könnten und die durch Zuzahlungen möglichen Zusatzeinnahmen Beitragssenkungen für alle ermöglichen würden.¹⁵⁰ Nicht näher definierte „positive“ Zuzahlungen sollen danach im Sinne der Pareto-Effizienz zu einer verbesserten Allokation im Gesundheitswesen führen, von der letztlich alle Versicherten profitieren.¹⁵¹ Der Ansatz steht damit in ungebrochener Tradition einer besorgniserregenden Realitätsferne der gängigen ökonomischen Überlegungen und Vorschläge.¹⁵² Allzu oft beruhen sie auf einer Vielzahl von Annahmen, die ohne kritische Überprüfung an der Wirklichkeit in Modellrechnungen einfließen und zu übertriebenen Schlussfolgerungen verleiten.¹⁵³ Auch ist nicht zu erkennen, dass die Autoren bei der Abschätzung der erwarteten Mehreinnahmen durch Zuzahlungen ausreichend den Effekt des intendierten und zu erwartenden Rückgang der Leistungsanspruchnahme berücksichtigen; vielfach scheint die Abschätzung der zusätzlichen Einnahmen schlicht auf Grundlage des aktuellen Verbrauchs zu erfolgen. Regelmäßig bleiben die Verwaltungskosten bei den angestellten Modellrechnungen unbeachtet,¹⁵⁴ obwohl sie bei der Erhebung von Zuzahlungen und vor allem bei der Einführung von Befreiungsregelungen unvermeidlich beitragsrelevant werden und somit einen Teil des unterstellten Gewinns aus Mehreinnahmen und Ausgabeneinsparungen aufbrauchen dürften.¹⁵⁵

Vor allem aber gehört die suggerierte Unterscheidung zwischen – im Sinne des Moral-Hazard-Theorems – sinnvoller und unberechtigter Inanspruchnahme in das Reich der Fiktion.¹⁵⁶ Denn weder halten sich der Bedarf an medizinischer Versorgung und das Verhalten der Patienten an die theoretischen Erwartungen, noch sind die Annahmen über die Kategorisierung des Schweregrads von Erkrankungen realitätstauglich.¹⁵⁷ So folgen wirtschaftstheoretische Ansätze üblicherweise der

146 Hoel 2004, S. 5.

147 Hoel 2004, S. 13.

148 Breyer 1984; Osterkamp 2003a+b; vgl. auch de Wolf et al. 2005, S. 369.

149 Osterkamp 2003a, S. 15.

150 Zum Beispiel Pauly/Blavin 2007, S. 17.

151 Osterkamp 2003b, S. 84.

152 Pauly 1968; Breyer 1984; Schulenburg 1987; Breyer et al. 2005; Pauly/Blavin 2007.

153 Reinhardt 2001, S. 990, Rice 1997, S. 386f.

154 z.B. Rothman 1992, S. 447.

155 *ibid.* S. 451f.

156 Eine der aus klinischen Gesichtspunkten schwer nachvollziehbaren Behauptung besagt, dass der Schweregrad der „guten Risiken“ **immer** (!) geringer sei als der von Versicherten mit „schlechtem Risiko“ (Osterkamp 2003, S. 80 – Hervorhebung durch den Autor).

157 Ein alltägliches Beispiel aus der klinischen Praxis soll dies verdeutlichen: Ein/e bisher als gesund geltende/r GKV-Versicherte/r leidet unter starken, subjektiv beeinträchtigenden Kopfschmerzen. Zur Vereinfachung in Bezug auf die Auswahl des Leistungserbringers soll dies an einem Samstagnachmittag stattfinden, so dass die Person prak-

simplicistischen Annahme, nicht in Anspruch genommene Leistungen verursachten Einsparungen im Umfang ihrer Kosten, was die Problematik von möglicherweise durch Verzicht induzierten Folge- und Mehrkosten komplett ausblendet. Denn auch „optimale“ Selbstbeteiligungen können erhöhte Kosten durch fälschlicherweise erfolgten Verzicht auf ärztliche Behandlung nicht ausschließen. Zumindest einzelne Autoren scheinen zu ahnen, dass Einsparungen und effiziente Nutzung im Gesundheitswesen möglicherweise mit Wohlfahrtsverlust in Folge verringerter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verbunden sein können.¹⁵⁸

In der Praxis bleibt die Reichweite der „Optimierungsansätze“ bisher gering und beschränkt sich stets auf einen kleinen Teil der Versicherten, die in den Genuss von Ausnahme- und Härtefallregelungen kommen. Häufig finden zielgruppenorientierte Zuzahlungsbefreiungen an Stelle einer differenzierten Staffelung Anwendung. So war in Deutschland 2003 insgesamt knapp die Hälfte (48 %) aller Verordnungen von Patientenzuzahlungen befreit. Neben Kindern und Schwangeren können alle Personen von der so genannten Überforderungsklausel Gebrauch machen, die im Laufe eines Kalenderjahres bereits 2 % – bei chronisch Kranken nur 1 % – ihres Jahreseinkommens für die Gesundheitsversorgung ausgegeben haben. Die Anzahl der zuzahlungsbefreiten Versicherten ist zwischen 1997 und 2003 von 326.921 auf immerhin 2.188.699 gestiegen.¹⁵⁹

Trotz dieser Maßnahmen sind chronisch Kranke finanziell überproportional belastet. Da die Verordnungshäufigkeit mit zunehmendem Alter ansteigt,¹⁶⁰ wächst auch die finanzielle Belastung durch die Eigenbeteiligung kontinuierlich an: Den Spitzenwert erreichen über 90-jährige Männer mit 83,46 € und Frauen zwischen 85 und 89 Jahren mit durchschnittlichen 70,92 € pro Jahr. Die geschlechtsspezifische Differenzierung der Häufigkeit von Zuzahlungsbefreiungen bestätigt im Übrigen, dass insbesondere ältere Frauen einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind.¹⁶¹ Insgesamt ist das Volumen der GKV-Versichertenzuzahlungen von ca. 6,6 Milliarden € im Jahre 1992 über 8,6 Milliarden € im Jahr 1996 auf 9,8 Milliarden € im Jahr 2000 gestiegen.¹⁶²

tisch keine andere Wahl hat, als die Rettungsstelle des nächstgelegenen Krankenhauses aufzusuchen. Klinisch kommt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine der vier folgenden Ursachen für die Kopfschmerzen in Betracht: Hirntumor, Hirnblutung, (Erstmanifestation einer) Migräne und Begleitsymptom bei einer viralen Infektion (mit harmloser passagerer Beteiligung der Hirnhäute). Wie hat man sich dann die propagierten differenzierten Zuzahlungen in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung in der Praxis vorzustellen? Zahlt der Patient dann beispielsweise 50 % der Rettungsstellenkosten aus der eigenen Tasche, wenn es sich „nur“ um eine Grippe handelt, während bei Migräne 25 %, bei einer Hirnblutung 10 % und bei einem Hirntumor 5 % fällig sind? Geht man davon aus, dass zur sicheren Diagnose eine Computertomographie oder gar eine noch teurere Magnetresonanztomographie unerlässlich sind, ist ersichtlich, dass es sich bei derartig gestalteten Zuzahlungen um erhebliche Beträge handelt. Da ein medizinischer Laie nicht einschätzen kann, wie schwerwiegend aktuelle Beschwerden sind, muss er ein solches Verfahren als nachträgliche Strafe empfinden, und die Hürde auch für notwendige Inanspruchnahme würde in die Höhe gehen.

158 Osterkamp 2003a, S. 4. Auch der große Streiter für das Moral-Hazard-Theorem bei der Absicherung gegen finanzielle Gesundheitsrisiken, Mark Pauly, scheint mittlerweile zu ahnen, dass die Wirklichkeit etwas komplizierter ist, als es der bloße individualutilitaristische Ansatz erfasst: „We believe we know very little about how the shape of demand curves varies across people, if it does vary.“ (Pauly/Blavin 2007, S. 17). Faszinierend bleiben allerdings die Statik des Ansatzes und vor allem die Tatsache, dass sich Nachfragekurven und „optimale Zuzahlungsanteile“ so gänzlich unabhängig von den versicherten bzw. zu versichernden Erkrankungen berechnen lassen. Auch geben die Apologeten der neoklassischen Marktideologie nicht den Versuch auf, die Menschen dorthin bringen zu wollen, wo sie so richtig in das ökonomische Gedankengebäude passen: „If consumers could be convinced that their own marginal benefit curves are wrong, they might go along with this paternalism – but they might not be easy to convince or, if convinced, might then change their demand curves back closer to the true ones with a higher optimal coinsurance rate“ (ibid. S. 16).

159 Nink/Schröder 2004a, S. 167.

160 Nink/Schröder 2004b, S. 1105.

161 Nink/Schröder 2004a, S. 168.

162 Müller et al. 2003, S. 6.

Grundsätzlich beschränken der hohe Verwaltungsaufwand, die Schwierigkeiten bei der Umsetzung und die dadurch entstehenden Kosten die Wirksamkeit derartiger Ausnahmeregelungen.¹⁶³ Gezielte sozialpolitische Subventionen stellen sogar hoch entwickelte Industrieländer vor große Probleme.¹⁶⁴ Selbst in bekanntermaßen gut organisierten Ländern wie der Schweiz bringen Befreiungen bzw. Subventionen Schwierigkeiten und neue Ungerechtigkeiten hervor, wie sich beispielsweise an den Zuwendungsproblemen öffentlicher Zuschüsse zu den Krankenkassenbeiträgen von Geringverdienern zeigt.¹⁶⁵

Lediglich der private Krankenversicherungsmarkt in den USA kann bisher auf nennenswerte Erfahrungen mit gestaffelten Kostenbeteiligungen zurückblicken. Einkommensabhängige Eigenbeteiligungen, die zumindest bei größeren Unternehmen nur vergleichsweise geringen Verwaltungsaufwand erforderlich machen, sind zwar keineswegs eine neue Idee,¹⁶⁶ fanden jedoch lange Zeit nur bei wenigen arbeitgeberabhängigen Privatversicherungen Anwendung.¹⁶⁷ HMO- und PPO-Verträge mit gestaffelten Eigenanteilen zur Hierarchisierung der Inanspruchnahme innerhalb eines Anbieternetzwerks bei nicht-medikamentösen medizinischen Leistungen hatten 2002 nicht mehr als 5 % der Arbeitnehmer in den USA abgeschlossen.¹⁶⁸ Im Bereich der Medikamentenversorgung steigt der Anteil der Policen mit anbieter- und produktabhängig gestalteten Zuzahlungen schneller. Unter den arbeitgeberfinanzierten Verträgen erhöhte sich der Anteil jener mit anreizgesteuerten versicherungsspezifischen Positivlisten (*incentive formularies*) zwischen 2000 und 2002 von 46 auf 69 %. Knapp drei Fünftel dieser Verträge beinhalteten drei oder mehr verschiedene Medikamenten- und Zuzahlungsklassen. Mittlerweile ist die vergleichsweise umfangreiche Kostenübernahme bei Medikamenten mit gestaffelt gestalteten Zuzahlungen bei us-amerikanischen Krankenversicherungen der Regelfall.¹⁶⁹

Gerade in einem Gesundheitswesen ohne universelle Sicherung und mit teilweise lückenhaftem Versicherungsschutz der Einzelnen wirft ein gestaffeltes Zuzahlungssystem erhebliche ethische Probleme auf.¹⁷⁰ Hinter all diesen zunehmend ausgefeilten Versuchen, die wachsenden Ausgaben der Gesundheitssysteme einzudämmen, steckt die Annahme einer unersättlichen Nachfrage von Seiten der Patienten. Da Arzneimittel für Versicherte ganz oder zumindest fast kostenfrei erhältlich sind, so die ökonomische Theorie, nähme sich jeder so viel er kann. Abgesehen davon, dass dieses Problem in einigen Ländern bei Antibiotika und bei Ritalin tatsächlich zu beobachten ist, blendet diese Betrachtung die regulierende Verschreibungspflicht der medizinischen Experten aus, deren Verhalten weder fixe noch gestaffelte Zuzahlungen beeinflussen dürfte. Vor allem aber fehlt bisher jegliche Evidenz für eine patientenseitige Übernutzung des Arzneimittelangebots in Industrieländern. So förderte bereits die eingehende Analyse der im Rahmen des RAND-Experiments erhobenen Versichertendaten Hinweise auf eine ausgeprägte Unterdiagnostik und folglich die unzureichende Behandlung chronischer Erkrankungen zu Tage.¹⁷¹ Eine systematische MEDLINE-

163 O'Brien et al., S. 11; Robinson 2002, S. 177.

164 Garber 2004, S. 292.

165 Die Entscheidung über Bedürftigkeit ist nicht landesweit geregelt, sondern fällt in die Verantwortlichkeit der einzelnen Kantone (Gerlinger 2003, S. 8f), was zu sehr unterschiedlichen Auslegungen und vor allem in der Praxis zu großen Finanzierungslücken führt. Etwa ein Sechstel der durch Gesundheitsausgaben bedingter Verarmung, die jeden 30. Haushalt in der Alpenrepublik betrifft und die Schweiz vor Griechenland und Portugal auf den drittletzten Rang in Europa platziert, ist auf die Zuzahlungen zurückzuführen (Murray/Evans 2003, S. 525f).

166 Stuart/Stockton 1973, S. 380.

167 Rice/Thorpe 1993, S. 24f, 35.

168 Gabel et al. 2002, S. W399f; Gabel et al. 2003b, S. 146.

169 Provost 2004, S. 16.

170 Krohmal/ Emmanuel 2007, S. 434.

171 Lohr et al. 1986b, S. 542ff.

Recherche erbrachte jedenfalls keinen Hinweis auf die allseits unterstellte Übernutzung von Medikamenten, sondern zeigte vielmehr eine Unterversorgung auf.¹⁷²

Im Anschluss an diese theoretischen und konzeptionellen Eingangsbetrachtungen überprüfen die folgenden Kapitel dieses Arbeitspapiers die Modellannahmen der neoklassischen Wirtschaftswissenschaftler. Dabei zeigt sich nicht allein deren dürftige wissenschaftliche Evidenz, sondern es werden vor allem auch ebenso unbedachte wie unerwünschte Begleiterscheinungen deutlich. Letztlich erscheinen die geltenden Empfehlungen, die Patienten an den anfallenden Kosten ihrer Versorgung zu beteiligen, sogar kontraproduktiv für die Funktionserfüllung von Gesundheitssystemen. Neuere Daten liefern Hinweise darauf, dass solche finanziellen Zugangsbarrieren nicht nur in teilweise unerwünschter Weise den Zugang der Bevölkerung zur medizinischen Versorgung, sondern auch ihren Gesundheitszustand beeinträchtigen.

9. Das „Health Insurance Experiment“ und seine Evidenz

Bis heute gilt die als „RAND-Studie“ bekannte, kontrollierte und randomisierte Studie des „Health Insurance Experiments“ aus Kalifornien¹⁷³ als wesentliche Untersuchung zu Moral Hazard in der Krankenversicherung.¹⁷⁴ Obwohl bereits Mitte der 70er Jahre durchgeführt, beziehen sich etliche Hypothesen und Empfehlungen zur Thematik von *cost sharing* bzw. Nutzergebühren im Gesundheitswesen nach wie vor auf Beobachtungen der RAND-Corporation.¹⁷⁵ Untersuchungsgegenstand war das Inanspruchnahmeverhalten einer Population von 5.809 US-Bürgern und ihrer Familienangehörigen unter verschiedenen Zuzahlungsmodalitäten.¹⁷⁶ Im Mittelpunkt stand dabei der Zusammenhang zwischen Eigenbeteiligung und Nutzung medizinischer Einrichtungen, Gesundheitsausgaben und gesundheitlichem Outcome.¹⁷⁷ Dazu ordneten die Untersucher die Studienteilnehmer, die mehrheitlich im jungen und jüngeren Lebensalter und sämtlich unter 65 Jahre alt waren, per Zufallsprinzip einem von insgesamt 14 Krankenversicherungsverträgen zu und beobachteten drei bis fünf Jahre lang ihr Verhalten.

Alle Vertragsmodelle rechneten mit den Leistungserbringern per Einzelleistungsvergütung ab und boten eine Obergrenze für die Eigenbeteiligung. Sie unterschieden sich indes hinsichtlich der Zuzahlungsmodalitäten: Ein Vertrag bot zuzahlungsfreie Behandlung, drei einen 50-prozentigen Eigenanteil mit Obergrenzen im Umfang von 5, 10 bzw. 15 % des Haushaltseinkommens bis maximal 1000 US-\$, drei weitere 95-prozentige Zuzahlungen mit denselben Obergrenzen, drei Verträge sahen bei gleichen Obergrenzen für psychiatrische und Zahnbehandlungen eine 50-prozentige und bei allen anderen Leistungen eine 25-prozentige Selbstbeteiligung vor und eine Police schließlich bot volle Kostenübernahme bei stationären und 95-prozentige Zuzahlungen bei ambulanten Leistungen bis zur Obergrenze von 150 US-\$ pro Person bzw. 450 US-\$ pro Familie.¹⁷⁸

172 Kleinke 2004b, S. 39.

173 Newhouse et al. 1982; Lohr et al. 1986a; Manning et al. 1987.

174 Ramsay 1998, S. 20; Buntin et al. 2006, S. W518.

175 Private Organisation mit überwiegender Finanzierung durch öffentliche Gelder.

176 Ramsay 2002, S. 19.

177 Manning et al. 1987, 253f. Als abhängige Variablen erfasste die Studie die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen, die jährliche Anzahl von Arztbesuchen, die stationären Aufnahmezeiten und die Gesundheitsausgaben für alle Leistungen mit Ausnahme von zahnärztlichen und ambulanten psychiatrischen Behandlungen (Fraser-Institute 1999).

178 Ramsay 1998, S. 20.

Blieben Zahnarztbesuche unberücksichtigt, zeigte sich eine umgekehrte Korrelation zwischen der Höhe des Zuzahlungsanteils und der Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung: Lag diese bei Versicherten mit vollständiger Kostenübernahme bei 86,7, so sank sie mit der Höhe des Eigenanteils auf 68,0. Gleichzeitig war ein Rückgang der durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben um bis zu einem Drittel zu beobachten.¹⁷⁹ Aufgrund der geltenden Obergrenzen lagen die tatsächlich zu leistenden Zuzahlungen für alle Gruppen im Durchschnitt deutlich unter dem nominellen Eigenanteil, nämlich bei 16 % für die Gruppe mit 25-prozentiger, bei 24 % für die Versicherten mit 50-prozentiger und bei 31 % für die Personen mit prinzipiell 95-prozentiger Selbstbeteiligung.¹⁸⁰

Zudem zeigte sich, dass Zuzahlungen ihre Wirkung fast ausschließlich beim Erstkontakt mit Gesundheitseinrichtungen entfalteten und nur einen vernachlässigbaren Einfluss auf die nachfolgende oder weitere Nutzung von Gesundheitsleistungen pro Erkrankungsepisode nahmen.¹⁸¹ Zudem ist bei verschiedenen Leistungsarten eine unterschiedliche Abhängigkeit von den Zuzahlungsbedingungen zu erkennen: Die Häufigkeit der stationären Aufnahmen in Kinderkliniken variierten erheblich weniger als beispielsweise ambulante psychiatrische Behandlungen.¹⁸² Dieses Phänomen erklären die RAND-Experten zum Teil als Effekt unterschiedlichen Preiselastizitäten auf dem Gesundheitsmarkt, die wie bei jeder anderen Ware sowohl von der Zahlungsfähigkeit der „Kunden“ als auch von der Komplexität medizinischer Leistungen abhängt. Eine weitere wichtige Einflussgröße stellt die Höhe des von den Patienten zu tragenden Eigenanteils dar, denn mit wachsender Zuzahlung stieg die Preiselastizität der verschiedenen Gesundheitsleistungen.¹⁸³

Wer einen Vertrag mit Selbstbeteiligung hatte, nutzte medizinische Einrichtungen etwa zu einem Drittel weniger als Versicherte, deren Behandlungskosten die Versicherung vollständig übernahm. Sieht man von dem epidemiologisch bedeutsamsten Ergebnis einer schlechteren Blutdruckeinstellung sowie selteneren Sehkorrekturen und schlechterer zahnärztlicher Versorgung (Karies und Zahnfleischerkrankungen) ab, schnitten Personen mit Selbstbeteiligung nach einer ersten Untersuchung sogar leicht besser ab als diejenigen, die keine Zuzahlungen zu leisten hatten.¹⁸⁴ Die Autoren der RAND-Studie kamen zunächst zu dem Schluss, dass die höhere Nutzung medizinischer Einrichtungen durch Personen mit vollständiger Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse keinen oder allenfalls einen vernachlässigbaren Einfluss auf den Gesundheitszustand hatte und zwischen den verschiedenen Versichertengruppen kein signifikanter Unterschied in Bezug auf das Sterbensrisiko oder gesundheitliche Beeinträchtigungen festzustellen war.¹⁸⁵ Keinen Einfluss auf die Endpunkte während der allerdings relativ kurzen Beobachtungsdauer hatte die deutlich geringere Nutzung des Angebots an Maßnahmen zur Früherkennung von Tumoren.¹⁸⁶

Wie problematisch allerdings die bloße Erfassung von Arztbesuchen für die Bewertung der Wirksamkeit von Zuzahlungen ist, zeigt sich in besonderem Maße im zahnärztlichen Bereich. Die

179 Newhouse et al. 1982, S. 13ff; Newhouse et al. 1993, S. 44; s. auch Gruber 2006, S. 1f. Im Vergleich zu den zuzahlungsfrei Versicherten verursachten die Personen mit einem Vertrag mit 50-prozentigem Eigenanteil ihrer Krankenkasse im Durchschnitt 25 % und die mit 95-prozentiger Selbstbeteiligung sogar 33 % geringere Ausgaben (Newhouse 1993, S. 44).

180 Newhouse et al. 1993, S. 358f; Richardson 1991, S. 19.

181 Richardson 1991, S. 21.

182 Ramsay 1998, S. 21; vgl. auch Ahlmaa-Tuompo et al. 1998a, S. 266f; 1998b, S. 328f und 1999, S. 135ff.

183 Manning et al. 1987b, S. 267f; vgl. auch Markus et al. 1998, p. 17. Mit der Erhöhung des Eigenanteils von 0-25 auf 25-95 % stieg die Preiselastizität für sämtliche medizinischen Behandlungen von 0,10 auf 0,14 und für ambulante Leistungen von 0,13 auf 0,21 (Manning et al., S. 268).

184 Manning 1987a, S.226.

185 Newhouse et al. 1993.

186 Keeler et al. 1987, S. 290ff.

RAND-Studie erbrachte konsistente Hinweise darauf, dass höhere Zuzahlungen für Zahnbehandlungen zu einem schlechteren Zahnstatus bei Erwachsenen führen. Sind Eigenanteile fällig, erhalten Kinder insgesamt seltener eine kieferorthopädische Versorgung, und bei solchen aus ärmeren und weniger gebildeten Familien ist die Zahnversorgung allgemein schlechter.¹⁸⁷ Die Ausgaben für Zahnbehandlungen stiegen nach Abschaffung 95%iger Zuzahlungen um 46 %, wobei die Nachfrage insbesondere im ersten Jahr nach der Einführung freier Dentalbehandlung wuchs.¹⁸⁸

Bei der eingehenderen Auswertung der RAND-Studie durch unabhängige Experten traten im Laufe der Zeit viele kritische oder gar zweifelhafte Annahmen und Schlussfolgerungen zu Tage. So erbrachte die eingehende Analyse des Patientenverhaltens in dieser Untersuchung auch den beachtenswerten Hinweis, dass Zuzahlungen nicht bloß die Zahl der „unbegründeten“ Arztbesuche verringerten, sondern auch die Inanspruchnahme von indizierten Konsultationen und von Präventionsmaßnahmen, was insbesondere bei chronisch Kranken die Sehfähigkeit¹⁸⁹ und die Blutdruckeinstellung verschlechterte.¹⁹⁰ *Cost sharing* hatte zudem negative Auswirkungen auf die Indikatoren des Bevölkerungsteils mit dem schlechtesten Gesundheitszustand sowie den niedrigsten Einkommen, und sie verkürzten spürbar die Überlebenszeit von Risikopatienten: Kostenfreie medizinische Behandlung verringerte das Sterberisiko dieser Gruppe um 10 %.¹⁹¹ Insgesamt trafen bei der RAND-Studie die Zuzahlungen die einkommensschwächsten sowie die „kränksten“ zwei Fünftel der Gesellschaft besonders hart.¹⁹² Hypertoniker mit niedrigem Einkommen waren in dem zuzahlungsfreien Vertragsmodell besser versorgt als unter den Versicherungsbedingungen mit Selbstbeteiligung.¹⁹³ Die vergleichsweise hohe Prävalenz von schweren Symptomen wie Angina pectoris, Luftnot, Blutungen oder Gewichtsverlust in dieser Gruppe lag 26 % über den Werten der besser situierten Vergleichsgruppe und war bei Versicherten ohne Zuzahlungspflicht deutlich niedriger.¹⁹⁴

Etliche Experten schlossen aus den Ergebnissen der RAND-Studie auf die kostensenkenden Effekte von *cost sharing* zu Lasten der Verbraucher von Gesundheitsleistungen. Doch aus der Untersuchung mit einer vergleichsweise kleinen Kohorte von nicht einmal 6.000 Familien und der zufälligen Zuordnung der Probanden zu den verschiedenen Versicherungsmodalitäten lassen sich kaum Rückschlüsse auf das Gesamtsystem ziehen. In diesem Design kam auf jeden Arzt nur eine kleine Gruppe von teilnehmenden Patienten, was keine Aussage über die globale Kostenentwicklung erlaubt.¹⁹⁵ Zuzahlungen müssen für alle Patienten in gleichem Maße gelten, um überhaupt kostensenkend wirken zu können.¹⁹⁶ Nicht allein Verschiebungen von Versicherten bzw. Patienten, auch das Verhalten der Leistungserbringer kann die kostensparende Reduzierung des echten oder unterstellten Moral Hazard der Mitglieder einer Krankenkasse konterkarieren. Dies bestärkt die Zweifel daran, dass die

187 Gembrowski et al. 1985, S. 770ff; Ku 2003, S. 2, 9

188 Manning et al. 1985, S. 898ff.

189 Lurie et al. 1989.

190 Keeler et al. 1985, S. 1930; vgl. auch Dow et al. 2000, S. 10.

191 Brook et al. 1983; Davis 2004, S. 1221.

192 Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich dieser selektive Effekt auf Angehörige der unteren Einkommensgruppen zu der ohnehin bestehenden Benachteiligung dieses Bevölkerungsteils addiert. So hatte das RAND-Experiment unter anderem eine deutlich geringere Nutzung ambulanter pädiatrischer Behandlungen durch Unterschichtkinder gezeigt. Unter den Bedingungen eines zuzahlungsfreien Versicherungsvertrags lag die Wahrscheinlichkeit eines als vergleichsweise effektiv anzusehenden Sprechstundenbesuchs beim Kinderarzt für sozial besser gestellte Kinder bei 85, bei Kindern aus ärmeren Verhältnissen jedoch nur bei 56 % (Lohr 1986, S. 35). Anders sieht es allerdings aus bei Notfallbehandlungen von Kindern (Ahlmaa-Tuompo et al. 1998a, S. 266f; 1998b, S. 328f und 1999, S. 135ff).

193 Ramsay 2002, S. 19; Davis 2004, S. 1221.

194 Rasell 1997, S. 1166.

195 CHRSF 2001, S. 2.

196 Rasell 1995, S. 1167.

Erhebung von Nutzergebühren einen bremsenden Einfluss auf die Kostenentwicklung des gesamten Gesundheitssystems hat.¹⁹⁷

Die Fokussierung auf Patientenzuzahlungen hat offenbar lange Zeit den Blick darauf verstellt, dass die RAND-Studie auch gezeigt hat, dass die Honorierungsform der Leistungserbringer effektiver zur Kostendämpfung beiträgt als Selbstbeteiligungen der Patienten. Die Ausgaben für Versicherte ohne Eigenbeteiligung waren nämlich bei zuzahlungsfreien HMO-Verträgen 38 % niedriger als bei Personen, deren Krankenkassenpolice die Vergütung von Einzelleistung vorsahen.¹⁹⁸ Darüber hinaus ergab die RAND-Studie auch Hinweise darauf, wie schwierig der Einfluss des Versicherungsschutzes auf den Gesundheitszustand zu messen ist. Experiment und Befragung bleiben kaum ohne Einfluss auf die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit der Beteiligten, und die Messung des „objektiven“ Gesundheitszustands ist eine überaus komplexe Angelegenheit, die sich schwerlich anhand einiger weniger Parameter hinreichend erfassen lässt.¹⁹⁹

Dieses grundsätzliche Problem verschärft sich zusätzlich bei Untersuchungen, die sich auf subjektivere Gesundheitsindikatoren stützen. Denn allein aufgrund des Kontakts mit dem Gesundheitswesen ergeben sich systematische Messfehler, die neben sozialer Schichtzugehörigkeit insbesondere von der Inanspruchnahme und somit vom Preis der Gesundheitsleistungen abhängen. Steigen die Preise für medizinische Leistungen, verbessern sich subjektive Größen wie der selbst wahrgenommene allgemeine Gesundheitszustand, während sich eher objektive Indikatoren wie die Verrichtung der Aufgaben des täglichen Lebens verschlechtern.²⁰⁰ Entsprechend lässt sich anhand objektiver Parameter bei kostenfreiem Behandlungszugang ein besserer Gesundheitszustand beobachten als bei bestehender Zuzahlungspflicht. Zieht man ausschließlich subjektive, selbst geschilderte Angaben aus entsprechenden Umfragen heran, kommt man eher zu dem Schluss, kostenfreie Gesundheitsversorgung zieht eine größere Inanspruchnahme, aber einen schlechteren Gesundheitszustand nach sich.²⁰¹

Insgesamt ist der Stellenwert, den die massiv verbreitete und ausgeschlachtete RAND-Studie trotz der vergleichsweise kleinen Population und des sehr spezifischen Settings in der internationalen Debatte über Zuzahlungen im Gesundheitswesen bis heute einnimmt, überaus fragwürdig. Die unkritische Extrapolation von speziellen, oftmals experimentell gewonnenen Ergebnissen kleiner Stichproben, die nur unzureichend die Auswirkungen auf die Gesundheit (*health outcomes*) erfassen,²⁰² auf das Gesamtsystem, den man als „RAND-Irrtum“ bezeichnen könnte, ist ungerechtfertigt und irreführend.²⁰³ Zumal dieses Experiment durchaus erkennen ließ, dass erstens die Nachfrage nach notwendiger Behandlung sinkt und sich zweitens die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von den unteren zu den oberen Einkommensgruppen verlagert.²⁰⁴ Allen Widersprüchen und offenen Fragen zum Trotz, bestimmen vereinfachende Schlussfolgerungen aus dem RAND-Experiment bis heute die gesundheitspolitische und sogar teilweise die gesundheitswissenschaftliche Debatte. „The RAND analysis continues the tradition of hope and hype,“ schreiben dazu die us-

197 Barer et al. 1993b, S. 6; Evans et al. 1993b, S. 5; Evans et al. 1993d, S. 13, 16, 33; Holst/Laaser, S. 336f.

198 Bodenheimer 2005a, S. 851.

199 Dow et al. 2000, S. 9; Richardson 1991, S. 32f.

200 Dow et al. 2000, S. 20. Da Personen bei höherer Zuzahlungsbelastung weniger medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, setzen sie sich in geringerem Maße der Erkenntnis über eventuelle Verschlechterungen ihres Gesundheitszustandes aus und fühlen sich subjektiv gesünder als Personen mit engerem Arztkontakt. Das bedeutet nicht, Mediziner machen die Leute krank, aber sie übermitteln Informationen die jemanden dazu bringen, sich als weniger gesund zu empfinden (Dow et al. 2000, S. 17f).

201 Dow et al. 2000, S. 9f.

202 Wells et al. 1987, S. 15; Dow et al. 2000, S. 10.

203 Deber et al. 2004, S. 54f.

204 Barer et al. 1998, S. 31.

amerikanischen Gesundheitsökonominnen Himmelstein und Woolhandler. “Unfortunately, behind their impressive predictions of savings lie a disturbing array of unproven assumptions, wishful thinking, and special effects.”²⁰⁵

10. Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung

Selbstbeteiligungen betreffen in den meisten europäischen Ländern bisher in erster Linie Medikamente sowie Hilfsmittel,²⁰⁶ Zahnbehandlungen bzw. -ersatz²⁰⁷ und Extraleistungen im Hinblick auf Komfort und Unterbringung²⁰⁸. Für derartige Leistungen und Vergünstigungen sind Selbstbeteiligungen in den Wohlfahrtsstaaten gesellschaftlich weitgehend akzeptiert.²⁰⁹ In den öffentlichen Gesundheitssystemen der Industrieländer konzentrieren sich die Steuerungsversuche durch Zuzahlungsregelungen in besonderem Maße auf die Arzneimittelversorgung.²¹⁰ Die steigende Beteiligung der Patienten an den Arzneimittelkosten erfolgt in unterschiedlicher Form, entweder über Rezeptgebühren (fixe Zuzahlungen pro Verschreibung bzw. pro Medikament), absolute, gestaffelte²¹¹ bzw. anteilige Selbstbeteiligung,²¹² über Begrenzungen der Kostenübernahme oder die Ausnahme bestimmter Medikamente aus der Verschreibungs- und damit Erstattungspflicht.²¹³

Medikamente gelten gemeinhin als Gesundheitsleistungen mit relativ hoher Preiselastizität, deren Verbrauch eng mit der Höhe der Zuzahlungen korreliert.²¹⁴ Das lässt sich unter anderem aus der Beobachtung ableiten, dass zwischen 1998 und 2000, als der Preisanstieg für Arzneimittel in den USA deutlich über der Entwicklung des durchschnittlichen Verbraucherpreisindex lag, der Anteil nicht eingekommener verordneter Medikamente von anfangs 9,5 % auf 13,1 % zunahm.²¹⁵ Dabei wirkte sich die Kombination von Preissteigerungen mit gleichzeitigen Zuzahlungserhöhungen besonders dramatisch auf Medicaid-Versicherte aus. Offenbar können Bezieher niedriger Einkommen nur bis zu einem relativ geringen Punkt Preissteigerungen für die medizinische Behandlung durch Ersparnisse oder den Verzicht auf andere Konsumgüter kompensieren.²¹⁶

Eine große retrospektive Studie aus den USA bestätigt, dass bereits eine Verdoppelung geringfügiger Arzneimittelzuzahlungen zu messbaren Änderungen des Einnahmeverhaltens führt. Dabei sind

205 Himmelstein/Woolhandler 2005, S. 1121.

206 Saltman/Figueras 1996, S. 16; Creese 1997, S. 202; Robinson 2002, S. 161, 164.

207 Jemai et al. 2002, S.2; Ziniel 2004, S. 31.

208 Böcken et al. 2000, S. 71.

209 Hjertquist 2002, S. 2, Prada et al 2004, S. 41. Zumindest in Deutschland ist ein spürbarer Paradigmenwechsel zu beobachten, denn in den 1970er Jahren belegten Untersuchungen aus der alten Bundesrepublik Deutschland eine grundlegend skeptische Haltung der Bevölkerung gegenüber der Forderung nach stärkerer Eigenverantwortlichkeit und Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall (Recke 1980, S. 80ff).

210 Nink/Schröder 2004a, S. 166; Birkett et al. 2001, S. 104f; Greß et al. 2005, S. 7, 20ff, 34; vgl. auch Ramsay/Esmail 2004, S. 42.

211 Bei gestaffelten Medikamentenzuzahlungen fallen in der Regel die geringsten Eigenbeteiligungen bei Generika an, mittlere Zuzahlungen für erwünschte und die höchsten Eigenbeteiligungen für nicht erwünschte Markenpräparate an (Frank 2001, S. 120f; Motheral/Fairman 2001, S. 1298ff; Huskamp et al. 2003a, S. 150; Garber 2004, S. 292).

212 de Wolf et al. 2005, S. 369; Lee/Hoo 2006, S. w546.

213 Lexchin/Grootendorst 2002, S. 6; Rosian et al. 2002, S. 21; Busse et al. 2005, S. 332, 342f.

214 Harris et al. 1990, S. 912ff; Kaczmarek 1999, S. 228, 234; Kozyrskyj 2001, S. 901; Lexchin/Grootendorst 2002, S. 8; Chandra et al. 2007.

215 Wilson et al. 2005.

216 Wilson et al. 2005, S. 719f.

die Auswirkungen in Abhängigkeit zur Substanzklasse recht unterschiedlich: Der stärkste Rückgang ist bei nicht-steroidalen Antiphlogistika zu beobachten (45 %), gefolgt von Antihistaminika (44 %), Lipidsenkern (34 %), H₂-Rezeptorantagonisten und Protonenpumpenhemmern (33 %), Bronchospasmolytika (32 %),²¹⁷ Antihypertensiva (26 %),²¹⁸ Antidepressiva (26 %),²¹⁹ und oralen Antidiabetika (25 %)²²⁰. Bei Patienten mit chronischer Erkrankung und Dauertherapie war der Effekt von Zuzahlungsänderungen geringer ausgeprägt: Personen mit Depression verringerten die Einnahme der verordneten Psychopharmaka nur um 8 %, und bei Personen mit arteriellem Hypertonus ging der Verbrauch von Blutdruckmitteln um 10 % zurück. Deutlicher sank dagegen die Einnahme von Antiphlogistika bei Patienten mit chronischer Arthritis, von Antihistaminika bei Allergikern (31 %) sowie von Blutzucker senkenden Tabletten bei Diabetikern (23 %).²²¹

Andere Berechnungen aus den USA legen nahe, dass eine Verteuerung von Blutdruckmedikamenten um einen Dollar zu einem Rückgang des Kaufs um 114 Tabletten des betroffenen Produkts pro Jahr führt.²²² Dabei verzichten insbesondere ältere und ärmere Bürger in Folge spürbarer Medikamentenzuzahlungen auf die Verschreibung von Arzneimitteln oder die Einlösung von Rezepten, andere reduzieren die verordnete Dosis durch seltenere Einnahme.²²³ Aktuelle Studien belegen nachdrücklich, dass ältere Menschen in besonderem Maße auf Eigenbeteiligungen reagieren. Dabei zeigte sich, dass fast jeder fünfte ältere US-Bürger (18,3 %) und sogar jeder vierte chronisch kranke Ältere aufgrund der Kosten darauf verzichtete, sein Rezept einzulösen. 15,8 % der Älteren bzw. 21,8 % derjenigen mit chronischen Erkrankungen ließen regelmäßig einen Teil der Dosis aus, um ein verschriebenes Präparat länger nutzen zu können, und 12,4 bzw. 18,5 % verringerten aus demselben Grund die Einzeldosen.²²⁴ Eine Untersuchung aus Kalifornien zeigt, dass die Erhöhung der Arzneimittelzuzahlungen um durchschnittlich 5 US-\$, was etwa einer Verdoppelung entsprach, die Rezepteinlösungsrate um 7–19 % senkte.²²⁵ Die kosteninduzierte Nichteinhaltung von medizinischen Behandlungsempfehlungen ist insgesamt bei Personen mit behandlungsbedürftigem Gesundheitszustand deutlich häufiger zu beobachten als bei gesunden Bürgern.²²⁶

217 Anticholinergika, antiinflammatorische Asthma-Mittel, Leukotrienmodulatoren, orale und inhalative Steroide, Sympathomimetika und Xanthine.

218 Zu dieser Gruppe gehören ACE-Hemmer, Kalzium-Kanal-Blocker, Diuretika, β -Blocker und Angiotensin II-Rezeptor-Blocker.

219 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und trizyklische Antidepressiva.

220 Sulfonylharnstoffe, Metformin, Glitazone und andere Zucker senkende Tabletten.

221 Goldman et al. 2004, S. 2347f. Den ansonsten eher selten erfassten Adherence-Effekt bei Menschen mit chronischer Arthritis bestätigt eine jüngere Studie, die auch die Krankenschreibungshäufigkeit von Arbeitnehmern erfasst (Jinnett et al. 2007).

222 Blustein 2000, S. 226.

223 Dustan et al. 1992, S. 852; Cox et al. 2001, S. 298f; Steinmann et al. 2001, S. 795f; Fairman et al. 2001, S. 10, 19; Schneeweiss et al. 2002, S. 524f; Schafheutle et al. 2002, S. 190ff; Gibson et al. 2005b, S. 736f. Eine repräsentative Umfrage unter US-Bürgern belegt, dass mehr als ein Fünftel der Erwachsenen mindestens einmal im Jahr aus Kostengründen Rezepte nicht eingelöst hat, 14 % gaben an, verordnete Arzneimittel in geringerer Dosis und 16 % sie seltener als verordnet eingenommen zu haben (Talyor/Leitman 2001).

224 Wilson et al. 2007, S. 9.

225 Chandra et al. 2007.

226 Blustein 2000, S. 219; Steinmann et al. 2001, S. 796; Taylor/Leitman 2002; Soumerai et al. 2006, S. 1831ff; Taira et al. 2006, S. 681. Bei einer Befragung von 1010 US-Bürgern im November 2002 hatten 18 % der Erwachsenen aus Kostengründen auf die Ausstellung von Medikamentenrezepten verzichtet, bei Personen mit eingeschränkter Gesundheit lag dieser Anteil bei 33 % und bei Leuten mit monatlichen Direktzahlung von mehr als 150 US-\$ sogar bei 41 %. Ebenso nahmen 15 bzw. 18 % der Gesamtpopulation aus finanziellen Gründen ihre Arznei in niedrigerer Dosis bzw. seltener ein, bei der Gruppe mit relevanter Zuzahlungsbelastung waren es hingegen 48 bzw. 46 % (Taylor/Leitman 2002, S. 1f).

Zahlreiche Studien aus den USA belegen, dass Zuzahlungen regelhaft einen bestimmten Anteil der Patienten vom Erwerb und von der Einnahme verschriebener Medikamente abhalten.²²⁷ Eine wichtige, in der ökonomischen Literatur unbeachtete Ursache ist, dass insbesondere bei Krankheiten wie Hypertonus oder Fettstoffwechselstörungen die Indikation zumeist zu einem Zeitpunkt erfolgt und auch erfolgen sollte, wo Laien nur abstrakt einen Gewinn von der zuverlässigen Einnahme ableiten und ihre Konsumententscheidungen allein auf der Grundlage theoretischer Überlegungen treffen können. So ist es – übrigens übereinstimmend mit der Theorie rationaler Kundenentscheidungen – nicht verwunderlich, dass sich das Einnahmeverhalten als sehr sensibel gegenüber anfallenden Patientenzahlungen erweist.²²⁸ Die Betroffenen realisieren nicht, dass sie damit statistisch ein um mehr als 55 % bzw. 41 % höheres Risiko eines Krankenhausaufenthalts bzw. einer Behandlung in einer Notfallaufnahme provozieren, zumindest sofern sie einer sozioökonomischen oder epidemiologischen Risikogruppe angehören.²²⁹ Das Phänomen, dass die ärmsten und am stärksten mit gesundheitlichen Problemen belasteten US-Bürger die wenigsten Medikamente konsumieren,²³⁰ hat sich in den letzten Jahren noch verschärft.²³¹

Die Erfahrungen in den USA decken sich durchaus mit denen anders gestalteter Gesundheitssysteme, wie auch das „Quebec Universal Drug Program“ in der kanadischen Provinz Québec verdeutlicht, das ab 1996 in zwei Schritten anteilige Eigenbeteiligungen für Arzneimittel einführt.²³² Eindeutlich belegt eine retrospektive Untersuchung die Auswirkungen dieser Maßnahme auf die Medikamenteneinnahme älterer und armer Bürger sowie die dadurch hervorgerufenen Gesamtwirkungen. Nach „geringfügiger“ Erhöhung von Medikamentenzuzahlungen sank die Einnahme essenzieller Arzneimittel bei älteren Menschen um 9,12 und bei Sozialhilfeempfängern sogar um 14,42 %. Bei nicht als notwendig eingeschätzten Medikamenten ging der Verbrauch in beiden Gruppen um 15,14 bzw. 22,39 % zurück. Im Beobachtungszeitraum stieg die Häufigkeit von Zwischenfällen, die mit der verminderten Einnahme im Zusammenhang standen, bei den älteren Patienten von 5,8 vor Einführung der Zuzahlungspflicht auf 12,6 und bei Sozialhilfeempfängern von 14,2 auf 27,6 pro 10.000 Personen-Monate. Die Zahl notärztlicher Akutbehandlungen aufgrund unzureichender Versorgung mit notwendigen Medikamenten erhöhte sich von 8,5 auf 19,9 pro 10.000 Personen-Monaten bei älteren Menschen und bei Sozialhilfeempfängern von 69,6 auf 123,8.²³³

227 Federmann et al. 2001, S. 1735; White et al. 2002, S. 189f; Jackevicius et al. 2002, S. 466; Schultz et al. 2005, S. 309; Soumerai et al. 2006, S. 1831f.

228 White et al. 2002, S. 189f; Jackevicius et al. 2002, S. 466; Schultz et al. 2005, S. 309; Soumerai et al. 2006, S. 1831f.

229 Tamblyn et al. 2001, S. 426f; Appleton 2002, S. 496; Goldman et al. 2006a, S. 27; Atella et al. 2006, S. 888ff. Patienten mit Diabetes mellitus, koronarer bzw. ischämischer Herzkrankheit (insb. bei Z.n. Myokardinfarkt), Arteriosklerose oder anderweitigen Gefäßerkrankungen.

230 Medicare-Versicherte mit drei oder mehr chronischen Gesundheitseinschränkungen ohne Absicherung von Arztkosten nutzten etwa 25 % weniger Medikamente als solche mit umfassenderer Krankenversicherung, zahlten dafür aber dennoch im Jahresdurchschnitt 375 US-\$ mehr aus eigener Tasche (Poisal/Murray 2001, S. 82f). Es zeigt sich auch ein Gender-Bias, denn Männer ohne Krankenversicherung erhielten 40 % weniger Rezepte als ihre versicherten Geschlechtsgenossen, während sich dieser Unterschied bei Frauen nur auf 27 % belief. In Bezug auf Direktzahlungen bedeutet dies, dass unversicherte Männer 47 % mehr für Arzneimittel aus eigener Tasche bezahlen, wohingegen Frauen ohne Krankenversicherung immerhin 60 % mehr für Medikamente zahlten als weibliche Versicherte (Poisal/Chulis 2000, S. 79).

231 Poisal/Chulis 2000, S. 251f, 254f; Poisal/Murray 2001, S. 79f; Steinmann et al. 2001, S. 797.

232 Currie/Nielson 1999, S. 48, 51.

233 Tamblyn et al. 2001, S. 425f. Nicht unerwähnt bleiben sollen an dieser Stelle auch die weiteren Untersuchungen und Berechnungen aus der frankokanadischen Provinz, die gezeigt haben, dass die üblicherweise unterstellte und gesundheitspolitischen Entscheidungen zu Grunde gelegte Preiselastizität oftmals zu hoch angesetzt ist (Contoyannis 2005, S. 919f).

Zwar hat eine ebenfalls in Québec durchgeführte Untersuchung über die Verschreibung essenzieller herzwirksamer Medikamente (β -Blocker, ACE-Hemmer und Lipidsenker) nach akutem Myokardinfarkt gezeigt, dass die Zuzahlungsbedingungen keine Auswirkung auf das Einnahmeverhalten und die Komplikationsrate in den ersten 30 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus haben.²³⁴ Allerdings bestehen offenbar gegenläufige zeitabhängige Effekte von Medikamentenzuzahlungen, wie eine Untersuchung unter privat versicherten Angestellten in den USA zeigte. Die Erhöhung der Selbstbeteiligung für Arzneimittel zieht pro US-Dollar im ersten Jahr einen Rückgang der Medikamentenausgaben um 9,71, der ambulanten Behandlungskosten um 6,46, der Krankenhauskosten um 3,39 und der gesamten Krankenkassenausgaben um 20,39 US-\$ nach sich. Im zweiten Jahr nach einer Zuzahlungserhöhung hingegen steigen die Kosten für stationäre und ambulante Ausgaben sowie die Gesamtausgaben um 10,71, 13,03 bzw. 22,85 US-\$, während die Medikamentenausgaben um 8,35 US-\$ zurückgehen.²³⁵ Geringere Effekte erreichte die Steigerung von Arzneimittelzuzahlungen bei arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherungspolice in den USA, was sich teilweise dadurch erklären lässt, dass Menschen mit regelmäßigem Einkommen die Erhöhung anfallender Eigenanteile von 5 auf 10 US-\$ oder von 8 auf 15 US-\$ als weniger einschneidend empfinden dürften als ärmere Bürger oder Rentner. Bei dieser Gruppe gingen jedenfalls die Medikamentenausgaben der Kassen nur um ca. 4 % zurück.²³⁶

Von 1970 bis 1998 stieg der Absolutbetrag der direkten Patientenzuzahlungen in den USA insgesamt von 24,9 auf 199,5 Milliarden US-\$, wobei sich allerdings ihr Anteil an den Gesamtausgaben insbesondere in Folge der Ausweitung der öffentlichen Versicherungsprogramme von 34,02 auf 17,36 % halbierte.²³⁷ Ende der 1990er Jahre zahlten die US-Bürger 15,6 % der gesamten Arztkosten aus der eigenen Tasche.²³⁸ Seit Beginn dieses Jahrtausends sind die Zuzahlungen im Krankheitsfall vor allem bei Krankenversicherern mit vertikaler Integration erheblich schneller angewachsen. So stiegen die absoluten Selbstbeteiligungen in Preferred Provider Organizations (PPO) zwischen 2000 und 2003 bei Vertragsanbietern um 57 % und bei Nicht-Vertragsanbietern sogar um 65 %, während sich die Medikamentenzuzahlungen um 46 % für Präferenzpräparate und für andere Arzneimittel sogar um 71 % verteuerten.²³⁹ Nicht erst in den letzten Jahren standen in den USA die Bemühungen von Arbeitgebern im Vordergrund, steigende Patientenzuzahlungen in ihre Privatversicherungspolice einzubauen, sei es über fixe bzw. anteilige Zuzahlungen, als feste Selbstbeteiligungen oder über gestaffelte Zuzahlungen.²⁴⁰ Während die Durchschnittsbeiträge us-amerikanischer Arbeitnehmer zwischen 1999 und 2005 um 175 % von 129 auf 226 US-\$ stiegen, wuchsen die absoluten Selbstbeteiligungen im gleichen Zeitraum gar um 467 % von 49 auf 229 US-\$, und einige Firmen begannen Versicherungsverträge mit festen Eigenanteilen von jährlich 1.000 bis 5.000 US-\$ anzubieten.²⁴¹

234 Pilote et al. 2002, S. 249f.

235 Gaynor et al. 2005a, S. 23ff bzw. 2005b, S. 29ff. Gelegentlich erfolgen vergleichende Kalkulationen unter Einbeziehung der potenziell erreichbaren Verlängerung der Lebenserwartung in Folge konsequenter sekundär- und tertiärpräventiver Therapie. Dabei stehen die Ausgaben der Versicherung im Mittelpunkt der Betrachtung, die sich bei längerer Lebens- und folglich Behandlungsdauer bei allen Versicherten erhöhen, bei denen die Kosten über den Beitragseinnahmen liegen (Shang 2005, S. 69). Allerdings kollidiert bei solchen Fragstellungen die streng ökonomische Rationalität mit grundlegenden ethischen Vorstellungen und den ureigenen Aufgaben von Gesundheitsversorgung und somit ihrer Finanzierung.

236 Joyce et al. 2002, S. 1738.

237 Levit et al. 1999, S. 131.

238 ibid. S. 129.

239 Garber 2004, S. 292f

240 Freiman 1984, S. 90; Claxton et al. 2004, S. 88f; Claxton et al. 2005, S. 76f, 91ff; Weinick et al. 2005, S. 504; Lee/Hoo 2006, S. w546; McDevitt et al. 2007, S. 213f.

241 Blumenthal 2006b, S. 196; Buntin et al. 2006, S. w517

Unbestrittenes Ziel dieser Politik ist das Interesse der Unternehmen, die Beitragslast für die arbeitgeberabhängige Krankenversicherung ihrer Beschäftigten zu reduzieren oder zumindest stabil zu halten.²⁴² Die Verlagerung von Voraus- zu Direktzahlung trifft die unteren Einkommensgruppen stärker als die besser Verdienenden und belastet vor allem chronisch kranke Versicherte mit hohen und teilweise unbezahlbaren Gesundheitsausgaben.²⁴³ Auf der Systemebene ist beachtenswert, dass die Bemühungen der Unternehmen um Beitragsstabilität eine Vernachlässigung des Anbieter- und eine stärkere Fokussierung auf das Patientenverhalten bedeuten.²⁴⁴ Mittlerweile beginnt in den USA die wissenschaftliche Debatte über mögliche Einbußen bei der Versorgungsqualität insbesondere chronisch kranker Versicherter durch die Implementierung einer verbrauchergelenkten Gesundheitsversorgung mit hohen absoluten Eigenbeteiligungen.²⁴⁵ Neue Studien liefern zudem Hinweise darauf, dass sich die von Arbeitgebern intendierten Kosteneinsparungen durch Verlagerung der Arzneimittelkosten auf chronisch kranke Beschäftigte ganz und gar nicht rechnen. So hatte die zahlungsabhängig verringerte Befolgung von Medikamentenverordnungen unmittelbare Auswirkungen auf die Anzahl und Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle bei Beschäftigten mit rheumatoider Arthritis.²⁴⁶

Auch in Israel bestehen finanzielle Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung: Bei einer Umfrage des Myers-JDC-Brookdale Institutes gaben 2001 immerhin 5 % und zwei Jahre später 6 % der Befragte an, im vorangegangenen Jahr aus Kostengründen auf verordnete Behandlungen verzichtet zu haben. Besonders häufig verzichteten Personen mit niedrigem Einkommen auf medizinische Behandlung: 10 % brachen medikamentöse Therapien ab, halb so viele verzichteten auf empfohlene Facharztbesuche. Offenbar hat Unkenntnis über Zuzahlungsobergrenzen diese Situation verschärft, denn ärmere Bürger waren häufiger als der Durchschnitt nicht darüber informiert (81 gegenüber 73 %) und gaben auch mehr als 1 % ihres Einkommen an Selbstbeteiligungen aus.²⁴⁷

In den westeuropäischen Industrieländern fallen Nutzergebühren vorwiegend in der Form fixer Zuzahlungen im Krankheitsfall an und betreffen im Wesentlichen Arzneimittel sowie ausgewählte andere Gesundheitsleistungen.²⁴⁸ Zudem erfordern Krankenhausbehandlungen beispielsweise in Deutschland und Frankreich Selbstbeteiligungen, während stationäre Behandlungen in den Niederlanden zuzahlungsfrei sind.²⁴⁹

Eine Metaanalyse von jeweils einer Studie in Australien, Kanada und den USA kommt dabei zu dem Ergebnis, dass Eigenbeteiligungen im Umfang von 25–30 % der Behandlungskosten die Nach-

242 Colombo/Taray 2001, S. 38; Katz 2001; P. Ginsburg 2002, S. 7; Trude et al. 2002, S. 66, 74; Fuchs 2002, S. 1822; J. Finkelstein 2004; Prada et al. 2004, S. 41; Crawford et al. 2004, S. 3.

243 P. Ginsburg 2002, S. 7; Trude et al. 2002, S. 66, 70f, 74; Trude 2003; Goodman 2006, S. w541; McDevitt et al. 2007, S. 215f.

Die Zahl der arbeitgeber-finanzierten Krankenversicherungsverträge mit Selbstbeteiligung war von 85 % im Jahr 1977 auf immerhin 95 % zehn Jahre später gestiegen; ein gleichartiger Anstieg war auch bei den Verträgen mit mindestens 20-prozentigem Eigenanteil zu beobachten (Rice/Thorpe 1993, S. 23). Interessanterweise ist bei einigen Erhebungen der Anteil von Personen mit chronischen Erkrankungen in Versicherungsverträgen mit hohen absoluten Selbstbeteiligungen deutlich höher als in solchen mit vergleichsweise niedrigen Eigenanteilen (Lee/Zapert 2005, S. 1204), was auf ein Problem adverser Selektion schließen lassen könnte (Buntin et al. 2006, S. W 517f), gleichzeitig aber die Gefahr kostenbedingter Therapieabbrüche oder -einschränkungen relevant erscheinen lässt.

244 J. Finkelstein 2004; vgl. auch Ross 2006, S. w552f.

245 Lee/Zapert 2005, S. 1203f; Buntin et al. 2006, S. W519f; Yegian 2006, S. W 534f.

246 Jinnett et al. 2007, S. 6f

247 Gross et al. 2005, S. 8

248 Carrin/Hanvoravongchai 2003; S. 6; Barry et al. 2004, S. 191

249 Henke/Schreyögg 2004, S. 64, 67f

frage nach medizinischen Leistungen um 25–28 % verringern.²⁵⁰ Doch sind solche Schlussfolgerungen grundsätzlich mit Vorsicht zu betrachten und sicherlich schwer von einem Land bzw. einem Gesundheitssystem auf ein anderes zu übertragen. Zudem erlauben derartige Globalanalysen eben auch keine Unterscheidung zwischen verschiedenen Alters-, Risiko- und sozialen Gruppen. Theoretisch-ökonomische Berechnungen aus Australien gehen von einem 20-prozentigen Rückgang des Arzneimittelverbrauchs von Rentnern bei Verdoppelung der Zuzahlung von 2,50 auf 5,00 Australische Dollar (\$) und bei einer Erhöhung auf 6 \$A sogar von einem Rückgang um 34 % aus.²⁵¹ Trotz der hohen relativen Steigerung gehören derartige Preise unter australischen Einkommensbedingungen eher in den Bereich der „geringfügigen Zuzahlungen“, die Politiker den Menschen auch in anderen Ländern bereitwillig zumuten, und dennoch ist der Effekt enorm.²⁵²

Da Zuzahlungen am stärksten und nachhaltigsten auf Medikamente zur Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen und Bluthochdruck sowie Psychotherapeutika wirken, die Patienten in aller Regel langfristig einnehmen müssen,²⁵³ ist davon auszugehen, dass selbst Eigenbeteiligungen relativ geringen Umfangs relevante Folgen für die Gesundheit einer Bevölkerung und negative Auswirkungen auf die gesamten Gesundheitsausgaben verursachen.²⁵⁴ Dafür spricht nicht zuletzt die Beobachtung, dass die Einführung einer Begrenzung der erstattungsfähigen Psychopharmaka auf monatlich drei Verschreibungen vor allem bei einkommensschwachen schizophrenerkrankten Medicaid-Versicherten in den USA zu einem 15- bis 49-prozentigen Rückgang der Einnahme aller relevanten Arten antipsychotischer, antidepressiver und anxiolytischer Medikamente führte. Konsekutiv war eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme psychiatrischer Notfalleinrichtungen und teilstationärer Versorgungseinrichtungen zu beobachten, was neben dem offenkundig erhöhten subjektiven Leidensdruck der Betroffenen auch die Gesamtausgaben für diese Patientengruppe erhöhte.²⁵⁵ Die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulant behandelte Psychiatriepatienten nach Einführung der Kostenübernahmebeschränkung übertrafen die dadurch erzielten Einsparungen um mehr als das 17-Fache, wobei in diese Kalkulation viele indirekte Kosten gar nicht eingeflossen sind.²⁵⁶

In Europa bestehen für Medikamentenzuzahlungen in der Regel monatliche oder jährliche sowie gestaffelte Obergrenzen,²⁵⁷ womit im Wesentlichen zwei Wirkungen angestrebt sind.²⁵⁸ Zum einen

250 Richardson 1991, S. 9ff.

251 Richardson 1991, S. 49.

252 Derzeit bestehen in Australien fixe Zuzahlungen für staatlich anerkannte Arzneimittel, die bestimmte Effizienz-, Sicherheits- und Qualitätskriterien genügen müssen, die pro Packung bei umgerechnet 11,80 US-\$ liegen, aber für Personen mit Sozialversicherungsanerkennung (Arbeitslose, Studenten, Arme, Behinderte, etc.) nicht mehr als 1,90 US-\$ betragen (Birkett et al. 2004, S. 105f).

253 Reeder/Nelson 1985, S. 399f; vgl. dazu Kap. 9 und 10.

254 Dies lässt sich auch indirekt daraus ableiten, dass Medicaid-Versicherte mit einer Zusatzversicherung des Dialyseprogramms (ESRD) für Immunsuppressiva und Erythropoetin bei Niereninsuffizienz häufiger auch antihypertensive, kardiovaskuläre und andere Medikamente einnehmen, die von behandelnden Ärzten verschrieben sind und deren Kosten die Versicherung ebenfalls trägt (Shih 1999, S. 52f). Vgl. auch Gaynor et al. 2005a, S. 23).

255 Vergleichsweise schwierig zu beurteilen sind die Folgen und Folgekosten einer verringerten Einnahme von Medikamenten bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätssyndrom. Allerdings gehen erhöhte Arzneimittelzuzahlungen auch an der Gruppe der betroffenen Kinder nicht spurlos vorbei, obwohl sowohl sie selber als auch ihr soziales Umfeld einem unbestreitbaren Leidensdruck ausgesetzt sind. Die Einführung gestaffelter und insgesamt angehobener Selbstbeteiligungen (8 US-\$ pro Rezept bei Generika, 15 US-\$ bei Vertragsmarkenpräparaten und 30 US-\$ bei sonstigen Markenprodukten) verringerte bei einem Arbeitgebergestützten Managed-Care-Vertrag mit hoher Versichertenzahl die Einnahmewahrscheinlichkeit um 17 % und brachte eine spürbare Verlagerung der Kosten auf die Versicherten mit sich (Huskamp et al. 2005, S. 438f).

256 Soumerai et al. 1994, S. 652ff.

257 Huskamp et al. 2000, S. 12f, 17f; Jemai et al 2002, S. 2; Barry et al. 2004, S. 191; Mossialos/Oliver 2005, S. 295; vgl. auch Böcken et al. 2000, S. 126.

258 Huskamp et al. 2003a, S. 150.

stärken sie potenziell die Verhandlungsmacht der Krankenkassen bzw. des Staates gegenüber den Pharma-Herstellern, fördern den Preiswettbewerb insbesondere unter den Markenpräparaten, aber auch gegenüber und unter Nachahmerprodukten²⁵⁹ und können zu einer Verringerung der Medikamentenausgaben insgesamt führen. Zum anderen dürfte sich der Verbrauch zu Gunsten der preisgünstigeren Produkte verlagern und sich somit tendenziell die Arzneimittelpreise senken.²⁶⁰

Allerdings bringen gestaffelte Medikamentenzuzahlungen eine Reihe von Umsetzungsproblemen mit sich²⁶¹ und ihre Effekte sind nicht einheitlich.²⁶² so dass letztlich ungewiss bleibt, ob sie tatsächlich zu gesundheitswissenschaftlich wünschenswerten Verhaltensänderungen bei den Patienten führen. Zwar existieren Hinweise, dass diese bei besonders teuren Medikamenten mit fragwürdigem Zusatznutzen ein sinnvolles Regulierungsinstrument sein können,²⁶³ je doch sind die aus Nordame-

259 Frank 2001, S. 117f, 121, 126; Huskamp et al. 2003a, S. 150f; Greß et al. 2005, S. 10f.

260 Hong/Shepherd 1999, S. 528f; Huskamp et al. 2000, S. 20; Motheral/Fairman 2001, S. 1301f; Lexchin/Grootendorst 2002, S. 22f; Joyce et al. 2002, S. 1737f; Esposito 2002, S. 13; Rector et al. 2003, S. 401f; Busse/Schlette 2004, S. 59f; Briesacher et al. 2004, S. 1681f; Provost 2004, S. 14; Newhouse 2004a, S. 90; de Wolf et al. 2005, S. 369. Auch in Deutschland gehen Schätzungen von einem Einsparpotenzial von etwa 1,5 Milliarden Euro durch konsequenten Generika-Einsatz aus (Ratiopharm 2005). Allerdings lassen der Rückgang des generikafähigen Marktsegmentes und die sinkenden Preisdifferenzen gegenüber Markenpräparaten vermuten, dass die Wirtschaftlichkeitspotenziale das vorausgesagte Ausmaß nicht erreichen werden (Nink/Schröder 2004, S. 156).

261 Huskamp et al. 2000, S. 15ff.

262 Vgl. z.B. Thomas/Mann 1998, S. 1830; Schneeweiss et al. 1998, S. 258f; Schneeweiss et al. 2002a, S. 826ff; Schneeweiss et al. 2002b, S. 523ff.

263 Vgl. Joyce et al. 2002, S. 1737f; Fairman et al. 2003, S. 3157f; de Wolf et al. 2005, S. 371; Lee/Hoo 2006, S. w545. Zur Verringerung der pekuniär verursachten Diskriminierung bei Therapie und Sekundärprävention ärmerer Patienten fordern Experten heute in Zeiten „verbraucherorientierter“ Gesundheitsversorgung auf privaten Krankenversicherungsmärkten wie in den USA vermehrt die Ausrichtung von Patientenzuzahlungen an der zu erwartenden klinischen wie wirtschaftlichen Wirksamkeit insbesondere von medikamentösen Therapien (Goldman et al. 2006a, S. 27; Sipkoff 2004, S. 22; Lee/Hoo 2006, S. W545; Taira et al. 2006, S. 681f). Die privaten Krankenversicherungsunternehmen in den USA steuern den Arzneimittelverbrauch durch verschiedene Formen versicherungsspezifischer Positivlisten, so genannter *formularies* (Frank 2001, S. 120f). Diese Listen variieren erheblich. Prinzipiell können aber drei verschiedene Typen unterschieden werden (Motheral/Fairman 2001, S. 1293f; Huskamp et al. 2003a, S. 150f; Gabel et al. 2002, S. 151; vgl. auch Greß et al. 2005, S. 42): Offene *formularies* listen sämtliche von der jeweiligen Krankenversicherung als bevorzugt definierten Arzneimittel auf, wobei dies keine Verpflichtung für die Leistungserbringer einschließt, ihren Patienten ausschließlich diese Präparate zu verschreiben. Geschlossene *formularies* stellen Positivlisten im engeren Sinne dar, denn sie legen präzise die erstattungsfähigen Präparate fest. Einem therapeutischen Anwendungsgebiet (Arzneimittelklasse) werden genau ein ausgewähltes Medikament oder aber mehrere Präparate zugeordnet, die nach Wirkstoffen (Generika) und Originalpräparaten differenziert gelistet sind. Anreizgesteuerte *formularies* oder auch *three-tier formularies* beinhalten ebenfalls geschlossene Listen, erlauben aber für bestimmte Indikationen die Wahl zwischen vergleichbaren Medikamenten, nämlich dem Markenpräparat, einem nicht bevorzugten Originalpräparat sowie einem Generikum. Dabei müssen die Versicherten unterschiedlich viel bzw. einen verschiedenen hohen Anteil aus der eigenen Tasche bezahlen. Am höchsten sind die Zuzahlungen für Originalpräparate, die unter ihrem Markennamen erhältlich sind und für die es Nachahmerpräparat gibt. An zweiter Stelle folgen Markenarzneimittel, für die kein preisgünstigeres Substitut vorhanden ist, und an letzter die Generika (Gabel et al. 2002, S. 147; vgl. Greß et al. 2005, S. 42). Da vollkommen geschlossene Listen insbesondere private Krankenversicherer aus Wettbewerbsgründen vor Probleme stellen, haben sich zunehmend Mischformen mit teilweise offenen und teilweise geschlossenen Bereichen auf der Erstattungsliste durchgesetzt. Diese Bereiche beziehen sich auf Wirkstoffklassen und sind vor allem für häufig verwendete Präparate mit erwiesenem therapeutischen Nutzen definiert, beispielsweise ACE-Hemmer, Beta- und Alpha-Blocker, Lipidsenker vom Typ der Statine (HMG-CoA-Reduktase-Hemmer), H2-Blocker, Protonenpumpenhemmer sein. Bei Verschreibungen von Medikamenten aus diesen und anderen Substanzklassen müssen die Versicherten bzw. Patienten gestaffelte Beträge oder Anteile aus der eigenen Tasche aufbringen (Schneeweiss et al. 2002a, S. 824ff; Huskamp et al. 2003a, S. 151; Huskamp et al. 2003b, S. 2225, 2227f; vgl. Greß et al. 2005, S. 42). In den letzten Jahren haben sich vor allem anreizgesteuerte Arzneimittellisten (*incentive formularies*) durchgesetzt, die eine geringere Zuzahlung für die Inanspruchnahme von Generika oder preiswerten Originalpräparaten verlangen, aber eine deutlich höhere Zuzahlung für die Inanspruchnahme von teuren und Patent geschützten Markenprodukten einfordern (Provost 2004, S. 16). Sind die *formularies* mit Zuzahlungen gekoppelt, so gilt für diese Listen

rika stammenden Ergebnisse und Schlussfolgerungen bezüglich des Gesamteffektes auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung noch recht uneinheitlich.²⁶⁴ In Abhängigkeit von der Struktur des Gesundheitswesens und den erfassten bzw. zur Verfügung stehende Daten ist es außerordentlich schwierig, die Auswirkungen von Preisvorgaben für Medikamente zu erfassen, wie sich bei den Arzneimittelfestbeträgen in Deutschland gezeigt hat.²⁶⁵ Auch ist der Präparatwechsel zwischen Wirkstoffen der gleichen Substanzklasse nicht immer unproblematisch²⁶⁶ und verursacht zunehmende Adhärenz-Probleme bei den Patienten²⁶⁷ sowie zumindest in der Übergangsphase die erhöhte Inanspruchnahme anderweitiger Versorgungsleistungen.²⁶⁸

Grundsätzliche Unterschiede bestehen zwischen gesundheitspolitischen Interessen – insbesondere bei starker Prägung durch ökonomische Zielvorgaben – und klinischen Gesichtspunkten. Politischen Entscheidungen liegt zumeist der erwartete Netto-Effekt von Steuerungswirkungen zu Grunde, der keine detaillierten Einschätzungen über die Wirkungen auf Untergruppen erkennen lässt. Primär klinische Betrachtungen unterliegen potenziell dem Problem von Schiefen durch Selektion, Ausfälle durch Sterblichkeit und unerwartete Selektionsmechanismen.²⁶⁹ Ungeachtet derartiger Schwierigkeiten gewinnt die Debatte über die Anwendung von Zuzahlungen zur hierarchisch gewünschten Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungserbringern zurzeit in Europa an Bedeutung. So müssen Patienten in Dänemark, Frankreich und seit dem GMG auch in Deutschland höhere bzw. zusätzliche Selbstbeteiligungen aufbringen, wenn sie direkt und ohne Überweisung niedergelassene Fachärzte aufsuchen.²⁷⁰ Dies alles geschieht indes ohne einen belastbaren Beweis dafür, dass die Nachfrage der Patienten nach Arzneimitteln überhaupt so unersättlich ist, wie die ökonomische Theorie bei (nahezu) kostenfreien Gütern unterstellt.²⁷¹

11. Auswirkungen auf die Versorgung von Risikopatienten

In allen Industrieländern, und nicht nur dort, nehmen die Zahl und die Bedeutung chronischer Erkrankungen kontinuierlich zu, was die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Herausforderung an das Gesundheitswesen verändert. Im Unterschied zu akuten Krankheiten ist bei

prinzipiell, dass Arzneimittel innerhalb der Wirkstoffgruppen nach dem Kriterium der Kosten-Effektivität gelistet sind. Werden andere Präparate aus dem jeweiligen therapeutischen Anwendungsgebiet vom Patienten gewünscht (*off-formulary*), muss der Patient den Preis vollständig selbst zahlen (Huskamp et al. 2000, S. 13ff; Greß et al. 2005, S. 42f). In Folge dieser sich zunehmend durchsetzenden neuen Vertragsmodalitäten stieg die durchschnittliche Eigenbeteiligung für Markenmedikamente, deren Inhalt auch als Generikum am Markt erhältlich ist, allein zwischen 2001 und 2002 von 16 auf 26 US-\$. Die durchschnittliche Selbstbeteiligung für Nachahmerpräparate verteuerte sich im gleichen Zeitraum nur von 8 auf 9 US-\$. Insgesamt stieg der Zuzahlungsanteil im gleichen Zeitraum insgesamt in kleineren Firmen um 11 % und in großen Unternehmen sogar um 60 % (Gabel et al. 2003b, S. 146f). In kleineren Betrieben verursachen gestaffelte Zuzahlungen nämlich einen relativ größeren Verwaltungsaufwand und entsprechend höhere Kosten, so dass Betriebe mit wenigen Arbeitnehmern rasch überfordert sind (Trude/Grossman 2004, S. 3).

264 Gibson et al. 2005b, S. 738f.

265 Schneeweiss et al. 1998, S. 256ff.

266 Thomas/Mann 1998, S. 1830.

267 Schneeweiss et al. 2002a, S. 824, 826.

268 *ibid.* sowie Soumerai/Ross-Degnan 1991, S. 1975; Soumerai et al. 1991, 1994 und 1997; Tamblyn et al. 2001; OECD 2004b, S. 18; Goldman et al. 2004, 2006; Anis et al. 2005, S. 1337ff; Chandra et al. 2007.

269 Schneeweiss et al. 2001, S. 101ff.

270 Vgl. Ettelt et al. 2006, S. 6.

271 Kleinke 2004b, S. 39f.

chronischen Leiden eine dauerhafte, vielfach lebenslange Arzneimitteltherapie erforderlich. Dabei kommt vor allem der Langzeiteinnahme entscheidende Bedeutung für den Krankheitsverlauf zu, und eine adäquate pharmakologische Therapie ist langfristig sowohl für den Gesundheitszustand der Betroffenen als auch für die individuell anfallenden Krankheitskosten von entscheidender Bedeutung.²⁷² Die unzureichende Behandlung von Patienten mit essenziellen Arzneimitteln wie β -Blockern oder Lipidsenkern nach Myokardinfarkt oder bei anderweitigen vaskulären Problemen führt zu messbaren unerwünschten Ergebnissen, die insbesondere verglichen mit einer relativ kostengünstigen Pharmakotherapie hohe vermeidbare Kosten verursachen.²⁷³ Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis einer australischen Studie über die Zuzahlungsbelastung von Rheumapatienten. Demnach liegen die Selbstzahlungen weiblicher deutlich über denen männlicher Patienten und nehmen vor allem mit der Dauer des Krankheitsverlaufs insgesamt zu.²⁷⁴

Eine Metaanalyse von 59 Untersuchungen über die Auswirkungen von Medikamentenzuzahlungen auf Einnahme, Gesundheitszustand und Arzt- bzw. Krankenhauskosten kam zu dem Ergebnis, dass Selbstbeteiligungen für Arzneimittel Patienten mit niedrigeren Einkommen am stärksten treffen, während diese Eigenbeteiligungen nur geringe Auswirkungen auf ökonomisch aktive jüngere bzw. besser verdienende Bürger haben.²⁷⁵ Gerade die vulnerabelsten Gruppen schränken den Verbrauch von essenziellen ebenso wie von nicht essenziellen Medikamenten ein.²⁷⁶ Dies scheint dann besonders relevant zu werden, wenn Patienten mögliche Kostenübernahmegrenzen erreichen, wie sich insbesondere bei der gedeckelten Übernahme der Arzneimittelkosten zeigt. Wenn über Medicare versicherte ältere Bürger in den USA, die als Ausdruck des unvollständigen Krankenversicherungsschutz relativ hohe Eigenbeteiligungen aufbringen und insbesondere ambulante Arzneimittel aus der eigenen Tasche bezahlen müssen,²⁷⁷ ihr jährliches Erstattungsbudget erreicht haben, weichen sie auf unterschiedliche Kosten senkende Strategien aus und setzen sich damit teilweise einem erhöhten Erkrankungs- und Sterbensrisiko aus.²⁷⁸ Dieser Effekt hängt offenbar von der jährlich anfallenden Gesamtbelastung an Medikamentenzuzahlungen ab und ist bei Versicherungsverträgen mit relativ hoher Kostenübernahme geringer ausgeprägt.²⁷⁹

Selbst Patienten, bei denen in Folge einschneidender Vorerfahrungen eine höhere Einsicht in Therapienotwendigkeiten anzunehmen wäre, sparen bei ihren Medikamenten. So brachen nach einer neuen multizentrischen Studie aus den USA 12 % der Herzinfarktpatienten bereits im ersten Monat der Entlassung aus stationärer Akutbehandlung ihre Standardtherapie aus ASS, einem β -Blocker und einem Lipidsenker vom Typ der Statine vollständig ab, und knapp 18 % verzichteten auf mindestens eins der Medikamente. Dies betraf insbesondere ärmere und weniger gebildete Bevölkerungsgrup-

272 Gaynor et al. 2005a, S. 23f.

273 Soumerai et al. 1997, S. 118; Soumerai et al. 2006, S. 1831f; zumindest bei β -Blockern scheint dieser Effekt preisabhängig zu sein, denn er ist bei kostengünstigeren Präparaten weniger ausgeprägt als bei teureren (Schneeweiss et al. 2007).

274 Lapsley et al. 2002, S. 820.

275 Lexchin/Grootendorst 2002.

276 Newhouse 1993, S. 162; Fairman et al. 2001, S. 10f, vgl. auch Kap. 10.

277 Neuman/Rice 2003, S. 1f. Allerdings besteht für ärmere Rentner in den USA die Möglichkeit einer zusätzlichen Absicherung über das Sozialprogramm Medicaid, das in vielen Fällen einen großen Teil der von Medicare nicht übernommenen Kosten übernimmt (Neuman/Rice 2003, S. 2).

278 Chubon et al. 1994, S. 413f; Cox et al. 2001, S. 299f. Am meisten verbreitet ist die Bitte um Ärztemuster (39,2 %), gefolgt von der Einnahme geringerer als der verschriebenen Dosen (23,6 %), Aussetzen verordneter Arzneimittel (16,3 %), Verzicht auf andere Bedürfnisse (15 %) und Borgen von Geld für den Medikamentenkauf (12 %) (Cox et al. 2001, S. 298).

279 Huskamp et al. 2007, S. 11ff; s. auch Shea et al. 2007, S. 946.

pen sowie ältere Patienten.²⁸⁰ Die Einjahresmortalität lag für die Personengruppe der Totalabbrecher fünf Mal höher als bei solchen Patienten, die auch nach einem Monat noch ihre Dreifachtherapie einnahmen (Überlebensrate 85,5 gegenüber 97,7 %).²⁸¹

Ähnlich wie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit weisen Krankenversicherungsdaten aus den USA darauf hin, dass Diabetiker ihre Medikation nur unvollständig oder gar nicht einnehmen. Dabei lässt sich in den Industrieländern im letzten Vierteljahrhundert eine spürbare Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsangebote für Patienten mit Diabetes mellitus zeigen, die sich beispielsweise in den Werten für HbA_{1c}, Blutdruck und Fettwerte niederschlägt.²⁸² Allerdings führt unvollständige oder ausbleibende Therapie nicht allein zu einer Verschlechterung dieser intermediären Zielgrößen, sondern erhöht vor allem das Risiko von stationären Aufnahmen und die Mortalität lagen signifikant höher als bei regelmäßiger antidiabetischen Behandlung.²⁸³ Zuzahlungen für Blutzuckerstreifen und vergleichbare Mittel zum eigenständigen Blutzuckerkontrolle bei Typ-II-Diabetikern verringern zwar – wie erwünscht – die Übernutzung derartiger diagnostischer Angebote, reduzieren aber auch die Anwendung indizierter Maßnahmen,²⁸⁴ wobei dieser Effekt wiederum bei einkommensschwächeren Patienten stärker ausgeprägt ist als bei höheren Einkommensgruppen.²⁸⁵

Vergleichbare Ergebnisse zeigte eine neue Untersuchung aus den USA auch für andere Therapieformen und Medikamentengruppen. So führte die Erhöhung der Zuzahlung für Lipidsenker vom Typ der Statine²⁸⁶ von 10 auf 20 US-\$ in Abhängigkeit vom Risikoprofil der Patienten zu einem Rückgang der vollständigen Einnahme („full compliance“) um 6-10 Prozentpunkte. Die verschreibungsgemäße Anwendung von Blutfettsenkern verringert die Hospitalisierungsrate bei Hochrisiko-Patienten²⁸⁷ nicht nur signifikant im Vergleich zu Therapieabbrechern (Reduktion um 357 stationäre Behandlungen pro 1000), sondern auch deutlich gegenüber unvollständiger Tabletteneinnahme (Reduktion 168 Krankenhausaufenthalte pro 1000). Bei Patienten geringeren Risikos hingegen war der Rückgang stationärer Behandlungen nur geringfügig (bei hoher Compliance um 42 und bei mäßigem Einnahmeverhalten um 21 pro 1000). Nahe liegend wären differenzierte Eigenbeteiligungen in Abhängigkeit vom Risikoprofil der Versicherten, so dass nur noch Personen mit geringerer Gesundheitsgefährdung bzw. relativer Indikation für Lipidsenker aus eigener Tasche etwas für die Medikamente bezahlen müssten. Zuzahlungsfreier Zugang zu Cholesterin senkenden Mitteln für Risikopatienten würde die Zahl der jährlichen Notfallbehandlungen um 31.411 und die der Krankenhauseinweisungen um 79.837 verringern, was insgesamt Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben um mehr als eine Milliarde US-\$ zur Folge hätte.²⁸⁸

280 Applegate 2002, S. 496; Benner et al. 2002, S. 457f; Lee et al. 2006, S. 2568; Gibson et al. 2006a, S. 512ff und 2006b, S. SP14ff; vgl. auch Ye et al. 2007, S. 2751; Alevizos et al. 2007, S. e2; sowie Pedan et al. 2007, S. 491f.

281 Ho et al. 2006a, S. 1845f.

282 Saaddine et al. 2006, S. 469ff.

283 Ho et al. 2006b, S. 1838f.

284 Roblin et al. 2005, S. 955f.

285 Karter et al. 2000, S. 482. Es soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass die (Kosten-)Effektivität der ambulanten Selbsttestung bei Typ-2-Diabetikern („Altersdiabetes“) in jüngster Zeit in die Diskussion geraten ist. Bei nicht insulinbehandelten Patienten zeigt die selbständige Blutzuckerkontrolle mit und ohne begleitender Schulung keine Evidenz für eine bessere Einstellung (Farmer et al. 2007). Bei der Bewertung sind jedoch mehrere einschränkende Faktoren zu berücksichtigen (Heller 2007), die letztlich vor allem eins zeigen: Der kosteneffektivste klinische Bedarf verschiedener Patienten und Patientengruppen lässt sich nicht über einen Kamm scheren und es bedarf differenzierter Angebote, die in nachfragerseitigen Steuerungsansätzen nur schwerlich abzubilden sind.

286 Zur Bedeutung der Statine im Zusammenhang mit Patientenzuzahlungen und für die Wirtschaftlichkeitsdebatte im Gesundheitswesen siehe Kapitel 4.

287 Patienten mit Diabetes mellitus, koronarer bzw. ischämischer Herzkrankheit (insb. bei Z.n. Myokardinfarkt), Arteriosklerose oder anderweitigen Gefäßerkrankungen.

288 Goldman et al. 2006a, S. 23ff; Goldman et al. 2006b.

Im Bereich der Psychiatrie, die sich vorwiegend mit dauerhaften Erkrankungen befasst, ist bereits seit langem bekannt, dass kurzfristige Einsparungen durch Medikamentenzuzahlungen keineswegs die erwünschten Einspareffekte bewirken.²⁸⁹ So belegte eine bereits 1965 publizierte Studie aus Berlin nicht nur bei 85% der Patienten des „Zentralinstituts für Psychogene Störungen“ eine klinische Besserung, sondern auch im fünfjährigen Beobachtungszeitraum eine geringere Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen bei Personen, die eine Psychoanalyse oder eine psychoanalytischer Psychotherapie erhielten.²⁹⁰ Eine umfangreiche Metaanalyse von 25 Studien über die Effekte psychosomatischer Therapien von psychiatrischen Patienten und Suchtkranken erbrachte Hinweise auf eine Verringerung der nachfolgenden Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen um durchschnittlich 20 %.²⁹¹ Interessanterweise scheinen psychotherapeutische Behandlungen stärkere Auswirkungen auf den Bedarf an stationären als an ambulanten Leistungen zu entfalten, die übrigens bei älteren Patienten stärker ausgeprägt sind als bei jüngeren.²⁹² Angesichts der deutlich höheren Kosten von Krankenhausbehandlungen legt dies relevante Einsparpotenziale durch bedarfsgesteuerten Zugang zu psychiatrischen Therapieangeboten nahe.²⁹³

Vor diesem Hintergrund ist eine weitere Untersuchung aus den USA über das Verhalten schizophrenekranker älterer Bürger interessant, deren Einkommen aber noch über der Grenze für eine Medicaid-Mitgliedschaft liegt und die daher nur aus Altersgründen bei Medicare versichert sind. Diese Versicherten-Gruppe nahm das Angebot von Rehabilitationen, Einzeltherapien bei nicht-psychiatrischen Anbietern und *case-management* zwischen 25 und 45 % weniger in Anspruch als solche Betroffenen, die sowohl über Medicare als auch über Medicaid abgesichert sind. Die Auswertung von Daten des *Schizophrenia Care and Assessment Program* (SCAP) zeigte gleichzeitig keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen beim Zugang zu Zweitgenerations-Antipsychotika oder bei regelmäßigen Psychiaterkontakten. Dies weist darauf hin, dass die für Nur-Medicare-Versicherte anfallenden höheren Eigenbeteiligungen bzw. die fehlenden Möglichkeiten, Subventionen für fällige Zuzahlungen zu erhalten, eine entscheidende Ursache für die Behandlungsunterschiede darstellen.²⁹⁴

Den direkten Medikamenteneffekt selbst „geringfügiger Zuzahlungen“ belegt auch eine Ende 2006 publizierte Studie aus Italien, die sowohl dem Einnahmeverhalten von Hypertoniepatienten als auch den gesundheitlichen Folgen im Rahmen zweier kurz aufeinander folgender Reformschritte nachgeht. Eng aufeinander folgende Gesundheitsreformen Anfang dieses Jahrzehnts erzeugten in dem südeuropäischen Land eine Art "natürliches Experiment": Nach vorübergehender Abschaffung der Arzneimittelzuzahlungen von etwa 1,50 € pro Verschreibung am 1. Januar 2001 erfolgte am 30. September desselben Jahres zunächst eine Beschränkung der Medikamentenzahl von sechs auf drei pro Rezept; am 1. März 2002 führte die italienische Regierung erneut Arzneimittelzuzahlungen von 1 € pro Rezept ein. Nach Abschaffung der Rezeptgebühren zeigte sich bei Bluthochdruckpatienten bereits innerhalb eines Vierteljahres eine Verbesserung der Compliance: Dieser Effekt war bei Menschen, die ein reduziertes Einnahmeverhalten an den Tag legten, besonders stark ausgeprägt. Entsprechend verschlechterte sich das Einnahmeverhalten nach Wiedereinführung der Ein-Euro-Rezeptgebühr wieder im gleichen Zeitraum, wobei der Effekt wegen des kleineren Betrags geringer ausfiel als eineinviertel Jahre vorher. Messbare Auswirkung hatten Zuzahlungen bzw. Compliance auf die Hospitalisierungsraten und die Sterblichkeit. Nach Abschaffung der Medikamentenzuzahlungen ging die Zahl der Krankenhausaufnahmen der Hochdruckpatienten mit schlechtem Einnah-

289 Vgl. auch Schneeweiss et al. 2002, S. 525.

290 Dührssen/Jorswiek 1965, S. 167f.

291 Jones/Vischi 1979.

292 Mumford et al. 1998, S. 78f.

293 Schlesinger et al. 1983, S. 424ff; Mumford et al. 1998, S. 82.

294 Slade et al. 2005, S. 963ff.

meverhalten um über 0,8 Prozentpunkte (von 7,9 auf 7,0 %) zurück, während sie bei solchen mit guter Compliance unverändert blieb. Weniger ausgeprägt war der Effekt auch bei der Sterblichkeit der wenig therapietreuen Patienten, die um 0,2 Prozentpunkte sank (von 3,4 auf 3,2 %). Nach Wiedereinführung der Rezeptgebühr stiegen beide Indikatoren erneut an.²⁹⁵

Selbstverständlich trifft ein Teil der Verantwortung auch die Behandler, die ihre Patienten nicht ausführlich genug über neu verschriebene Arzneimittel, die Dauer der Einnahme und mögliche unerwünschte Wirkungen aufklären.²⁹⁶ Immer wieder gibt es sowohl in Sozialversicherungs- als auch in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen, die prinzipiell universelle Sicherung und einen hohen Grad an Gerechtigkeit gewährleisten sollten, Hinweise auf die ungenügende Verschreibung evidenzbasierter Medikamente im Sinne einer generellen und sozial verstärkten Unterversorgung.²⁹⁷ Und das Gesundheits(versorgungs)system trägt unbestreitbar eine gewisse Bringschuld für die Bürger eines Landes und insbesondere für die Patienten.²⁹⁸ Doch zusätzlich spielen immer auch finanzielle Belastungen eine gewichtige Rolle bei der oftmals beklagten schlechten Compliance chronisch kranker Menschen.²⁹⁹ Dies belegt nachdrücklich eine aktuelle Studie des gemeinnützigen, nicht-kommerziellen Integrated Benefit Institute (IBI) in San Francisco, die dem Einnahmeverhalten von Arbeitnehmern mit rheumatoider Arthritis unter verschiedenen Krankenversicherungsbedingungen nachgingen. Dabei zeigte sich eine deutliche substanzabhängige Zuzahlungs-Einnahme-Beziehung: Sowohl bei rein schmerzlindernden als auch bei anti-rheumatischen Arzneimitteln eine deutliche Preiselastizität in Abhängigkeit von der Zuzahlungshöhe, die indes bei symptom-lindernden Medikamenten stärker ausgeprägt war: Eine Erhöhung der Zuzahlung um 20 US-\$ führt dazu, dass der Erwerb von Rheumamitteln um 35 % und der von schmerzlindernden Arzneien um 84 % sinkt.³⁰⁰

Mitte 2007 veröffentlichte das Journal of the American Medical Association (JAMA) eine Meta-Analyse von Studien über die Effekte von Medikamentenzuzahlungen. Bei der Auswertung von insgesamt 132 englischsprachigen PubMed-Artikeln, die dem Zusammenhang zwischen Kostendämpfungsmaßnahmen durch Medikamentenverschreibungen bzw. -zuzahlungen und den Outcome-Faktoren Arzneimittelverbrauch, Inanspruchnahme nicht-medikamentöser medizinischer Leistungen, Gesundheitsausgaben und gesundheitliche Folgeerscheinungen nachgingen. Dabei zeigte sich durchgehend, dass die Beteiligung der Patienten an den Arzneimittelkosten zu einem Rückgang der Medikationsraten, schlechterem Einnahmeverhalten und häufigeren Therapieabbrüchen führt. Pro 10%iger Steigerung der Eigenbeteiligung gehen die Arzneimittelausgaben für in Abhängigkeit von der Art der Medikamente und den Bedingungen der Patienten um 2-6 % zurück, wobei sich der

295 Atella et al. 2006, S. 888ff.

296 Tarn et al. 2006a, S. 1857ff; Wilson et al. 2007, S. 8f. Die mit hohen finanziellen Belastungen der Patienten verbundene neue Herausforderung an das Arzt-Patienten-Verhältnis verdient bisher zu wenig Beachtung (Gurwitz et al. 2003, S. 1114; Trude 2003; Alexander et al. 2003, S. 958; Lee et al. 2006, S. 2569; Schoen et al. 2007, S. 9f). Mangelnde Erfahrung, knappe Zeit und die Angst, dass dies den „Kunden“ unangenehm sein könnte, machen es den Behandlern schwer, ihre Patienten auf Arzneimittelzuzahlungen anzusprechen und ausführlich genug über neu verschriebene Arzneimittel, die Dauer der Einnahme und mögliche unerwünschten Wirkungen zu informieren (Gurwitz et al. 2003, S. 1112f; Tarn et al. 2006a, S. 1857ff). Hinzu kommt, dass Patientenaufklärung und –erziehung in der Regel mangelhaft honoriert sind (Goodman 2006; S. w541). Hinzu kommt, dass Ärzte oftmals die Zuzahlungsbedingungen ihrer Patienten gar nicht genau kennen und die finanzielle Belastung unterschätzen, wobei diese Auffassung durchaus mit der Einschätzung verbundensein kann, dass Patienten eigentlich gar nichts aus eigener Tasche zahlen sollten (Kasje et al. 2002, S. 1573ff). Abweichende Erfahrungen liegen aus Großbritannien vor, wo sich die GP's (Hausärzte) offenbar des Öfteren die Zuzahlungsproblematik gegenüber ihren Patienten anzusprechen und diesen bei der Suche nach geringerer finanzieller Belastung andere Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen scheinen (Schafheutle et al. 2002, S. 191f).

297 SVR 2003, S. 91, 205; Whincup et al. 2002, S. 27f; Ward et al. 2007, S. 5ff.

298 Holst 2007

299 Mojtabai/Olfson 2003, S. 224; Soumerai et al. 2006, S. 1831ff; Taira et al. 2006, S. 681.

300 Jinnett et al. 2007, S. 5f

Rückgang bei Deckelung der Kostenübernahme oder der Zahl der Rezepte gleichsinnig verhält wie bei direkter Kostenbeteiligung. Bei einigen chronischen Krankheiten wie Herzinsuffizienz, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Schizophrenie und vermutlich auch für Bronchialasthma führt ein Anheben der Medikamentenzuzahlungen zu erhöhter Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen wie Arztbesuchen und stationären Aufnahmen. Die Kostenübernahme für Arzneimittel, so schlussfolgern die Autoren, ist demnach ein entscheidender gesundheitswissenschaftlicher Ansatz zur Verbesserung der Behandlungsqualität und des Einnahmeverhaltens. Zwar führten Medikamentenzuzahlungen zu verringerter Einnahme, doch die mittel- und langfristigen Folgen auf die Gesundheit der Betroffenen seien bisher unklar.³⁰¹

12. Auswirkungen auf Prävention und Gesundheitsförderung

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund aktueller gesundheitspolitischer Debatten über eine Stärkung von Vorbeugung und Gesundheitsförderung kommt den Auswirkungen von Selbstbeteiligungen auf die Annahme von Präventions- und Promotionsangeboten wichtige Bedeutung zu. Insgesamt wirken Zuzahlungen ähnlich wie bei anderen medizinischen und medikamentösen Leistungen dämpfend auf die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen.³⁰² Dies bestätigt anders herum auch die Beobachtung, dass die Nutzung von Vorsorge- und Screening-Untersuchungen nach Aufhebung der Zuzahlungspflicht ansteigt³⁰³ und die finanzielle Absicherung derartiger Leistungen im Rahmen von Krankenversicherungen die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen ansteigen lässt.³⁰⁴

Häufig unterschätzen Experten und Entscheidungsträger die negativen Auswirkungen der durch Zuzahlungen verhinderten Prävention auf den Gesundheitszustand. So war in der RAND-Studie der Beobachtungszeitraum auf maximal fünf Jahre beschränkt und Studienteilnehmer von über 65 Jahren wurden ausgeschlossen.³⁰⁵ Die Auswirkungen einer Unterversorgung sind aber gerade bei präventiven Maßnahmen erst nach mehrjähriger Latenz zu erkennen und dürften sich somit weitgehend dem wissenschaftlichen Zugriff der RAND-Experten entzogen haben.³⁰⁶ So haben einige der gemessenen Gesundheitsparameter wie der Blutdruck selbst bei pathologischen Werten lange Zeit keinen subjektiv erkennbaren Krankheitswert und die Folgeerscheinungen zeigen sich erst nach langjährigem Vorlauf.³⁰⁷

Natürgemäß lassen sich die vordergründigen Einflüsse von Selbstbeteiligungen auf die Inanspruchnahme von Vorbeugemaßnahmen einfacher und kurzfristiger messen und beurteilen als komplexe und längerfristige Effekte. Neben direkten Auswirkungen von Zuzahlungen für Präventivangebote sind auch die präventionsbezogenen Folgen von Zuzahlungen für andere Gesundheitsleistungen und mögliche Überlagerungseffekte zu berücksichtigen. Nicht nur die unmittelbar dafür anfallenden Kosten verringern die Nutzung präventiver Angebote, sondern auch alle Formen von Zuzahlungen für Arztkontakte, in deren Rahmen diverse Vorsorgeleistungen erfolgen.³⁰⁸ Komplizierter wird es

301 Goldman et al. 2007, S. 64ff

302 Fischer et al. 1984, S. 1402f; Lurie et al. 1987, S. 803f; Manning et al. 1987b, S. 267; Solanki/Schauffler 1999, S. 131f; Hudman/O'Malley 2003, S. 1; Trude/Grossman 2003, S. 7; Crawford et al. 2004, S. 10.

303 Brook et al. 1983, S. 1429ff; Blustein 1995, S. 1139f; Rasell 1995, S. 1165.

304 Weinick et al. 1997, S. 187ff.

305 Rosian et al. 2002, S. III.

306 Richardson 1991, S. 24.

307 Bodenheimer 2005a, S. 851.

308 Solanki et al. 2000, S. 44.

zudem, wenn Vorbeugemaßnahmen zwar grundsätzlich zuzahlungsfrei sind, aber Ärzte Selbstbeteiligungen für andere Leistungen kassieren. Erfahrungen aus Deutschland zeigen seit Einführung der Praxisgebühr ein erhebliches Missbrauchspotenzial von Seiten der Leistungserbringer, das auf allgemeiner Unkenntnis der Patienten beruht und durch den Graubereich so genannter individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) zusätzlich verschleiert ist.³⁰⁹ Offenbar hält allein die Unkenntnis über anstehende Selbstbeteiligungen bzw. die Unsicherheit über finanzielle Belastungen zumindest Randgruppen von der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen wie Mammographien oder PAP-Abstrichen ab.³¹⁰

Vor diesem Hintergrund ist auch eine über 30 Jahre alte Erkenntnis aus Kalifornien relevant, dass die Einführung einer landläufig als „geringfügig“ einzuschätzenden Praxisgebühr von 1 US-Dollar pro Kontakt bei armen Patienten, die Anspruch auf Leistungen des Sozialhilfeprogramms California's MediCal hatten, die Nutzung ambulanter Hausarztangebote spürbar verringerte. Im Gegenzug mussten einige der betroffenen Patienten einige Monate später wegen Erkrankungen stationär aufgenommen werden, die bei rechtzeitiger ambulanter Behandlung vermeidbar gewesen wären.³¹¹ In direktem Bezug auf Vorbeuge- und Früherkennungsangebote zeigte die Inanspruchnahme von vier präventiven Maßnahmen (Mammographie-Screening, PAP-Abstrich, Blutdruckmessung und Präventionsberatung) bei über 10.000 Beschäftigten in den westlichen USA, dass die Kostenbeteiligung der Versicherten negative und signifikante indirekte Auswirkungen auf die Zahl der Präventionsberatungen, PAP-Abstriche und Mammographien hatte, während der Effekt auf die Früherkennungsuntersuchungen von hohem Blutdruck uneinheitlich war.³¹²

Im Bemühen um Eindämmung des weltweit zunehmenden Gesundheitsproblems der Fettleibigkeit sind erste Vorschläge aufgetaucht, die Menschen durch direkte Kostenbeteiligung zur Gewichtsreduktion zu drängen.³¹³ Die Vorstellung von „selbstverschuldeten“ Erkrankungen eignet sich zwar trefflich für populistische Debatten und politische Stimmungsmache und daraus abgeleitete Sanktionsmechanismen hätten sich beinahe auch in Deutschland in der letzten Gesundheitsreform (GKV-WSG) niedergeschlagen. Solange aber soziale und Umweltfaktoren erheblich größere messbare Auswirkungen auf die Gesundheit haben (s. S. 21, Anm. 85), entbehrt jede individuelle Bestrafungsstrategie einer seriösen Grundlage.

Ein wichtiger Präventionsansatz bietet sich im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung, wo der Verlust von Zahnschmelz in Folge von Karies und entzündliche Prozesse des Zahnfleisches im Vordergrund stehen. Karies betrifft etwa 99 % der Bevölkerung und ist damit als eine wirkliche Volkskrankheit anzusehen, die zudem bei Nicht-Behandlung unausweichlich bleibende oder gar fortschreitende Schäden verursacht. Eine Therapie ist nicht vom Laien durchführbar, und eine möglichst frühzeitige fachkundige Behandlung ist das effektivste Mittel zur Vermeidung erheblicher Folgeerscheinungen und -kosten.³¹⁴ Die Einführung der Praxisgebühr verringerte die Inanspruchnahme von Zahnarztbesuchen in den beiden ersten Quartalen 2004 um 13,1 bzw. 8,2 %. Diese Zu-

309 S. z.B. Zok 2005b; s. auch Tuff 2007.

310 Somkin et al. 2004, S. 919ff.

311 Roemer et al. 1975, S. 463f.

312 Solanki et al. 2000, S. 48. Bei der Unterscheidung nach Art der arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung fiel auf, dass der zuzahlungsinduzierte 5-9-prozentige bzw. 3-9-prozentige Rückgang von präventiven Beratungen bzw. von Gebärmutterhalsabstrichen sowohl bei Health Maintenance Organizations (HMO's) als auch bei Preferred Provider Organizations (PPO's) auftrat, während die um 3-9 % verringerte Inanspruchnahme von Mammographien nur bei PPO's zu beobachten war (Solanki/Schauffer 1999, S. 129ff; Solanki et al. 2000, S. 48f).

313 Bhattacharya/Sood 2005, S. 22.

314 Klingenberg 2005, S. 203.

zahlungsregelung ist als potenziell gefährlich einzuschätzen, weil sie gerade bei den am stärksten gefährdeten sozialen Gruppen eine Früherkennung und -behandlung erschwert.³¹⁵

Eine Verringerung der Inanspruchnahme durch Patientenzuzahlungen zeigte sich auch bei mittel- oder gar langfristigen Therapien im Sinne der Tertiärprophylaxe, deren Kosten-Nutzen-Relation für die Gruppe chronisch kranker Hochnutzer in Anbetracht der erwarteten Ausgaben relativ rasch positiv ausfällt.³¹⁶ Eine am RAND-Graduierten-Kolleg vorgelegte Arbeit untersuchte den Zusammenhang zwischen Zuzahlungshöhe und ambulanten Suchttherapien im Anschluss an Alkoholentgiftungsbehandlungen bei privat versicherten US-Amerikanern. Anzahl, Dauer und Intensität der Inanspruchnahme von Anschlusstherapien bei Alkoholkranken verhielten sich dabei umgekehrt proportional zur Zuzahlungshöhe.³¹⁷ Im übrigen sahen alle untersuchten Versicherungsverträge nur vergleichsweise geringe Kostenbeteiligungen der Patienten zwischen 0 und 30 US-\$ vor.³¹⁸ Somit bestätigt diese Untersuchung, dass selbst vergleichsweise geringfügige Eigenbeteiligungen negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme klinisch und epidemiologisch sinnvoller Gesundheitsleistungen haben.

13. Auswirkung auf die Notfallversorgung

Selbst bei dramatischen bzw. als dramatisch empfundenen Gesundheitsproblemen beeinflussen Selbstbeteiligungen die Nutzung und ziehen nachweislich unklare oder gar unerwünschte Folgen für die Gesundheit der Betroffenen und für die Gesamtausgaben nach sich. Untersuchungen aus den 80er Jahren belegen eine verringerte Nutzung ambulanter medizinischer Einrichtungen einschließlich der Erste-Hilfe-Stationen nach Einführung von Selbstbeteiligungen.³¹⁹ Offenbar sind die Beschwerden beispielsweise bei Herzinfarkten für die Betroffenen aber so schwerwiegend, dass sie üblicherweise zur raschen Vorstellung in einer Rettungsstelle führen. So erbrachte eine retrospektive Studie aus dem Staat Washington weder eine relevante Verzögerung der Behandlung von privat versicherten Patienten mit Symptomen eines akuten Myokardinfarkts noch eine Korrelation zwischen der Höhe der insgesamt geringen Zuzahlungen und der Dauer bis zum Behandlungsbeginn.³²⁰ Ebenso ließ eine retrospektive Analyse stationärer Aufnahmen keinen signifikanten Unterschied bei der Häufigkeit von als unnötig eingeschätzten Krankenhausbehandlungen zwischen Patienten mit Eigenanteil und mit vollständiger Kostenübernahme durch die Versicherung feststellen.³²¹

Vor allem in den USA gelten „überflüssige“ Behandlungen in Notfalleinrichtungen als erhebliche Ressourcenvergeudung und es gab wiederholte Versuche, die Nutzung von Rettungsstellen durch Gebühren einzugrenzen.³²² Eine retrospektive Untersuchung der Versichertendaten der größten HMO-Krankenversicherung Kaiser Permanente zeigte, dass nach einer Erhöhung der Zuzahlungen für Notfallbehandlungen von 5-10 auf 25-35 US-\$ die Nutzung von Rettungsstellen durch Versicherte um etwa 15 % zurückging. Eine unmittelbare Zunahme unerwünschter Konsequenzen von

315 *ibid.* S. 201f.

316 Diese Zusammenhänge sind im voranstehenden Kap. 11 ausführlich zur Sprache gekommen.

317 Stein 2003, S. 44.

318 Allein die Verringerung der höchsten Zuzahlungsbeträge hätte im Übrigen die Ausscheiderquote um nahezu 50 % verringert (Stein 2003, S. 44).

319 Newhouse et al. 1982; Cherkin et al. 1989; Simon et al. 1994; O'Grady et al. 1985.

320 Magid et al. 1997, S. 1726f.

321 Siu et al. 1986, S. 1263ff.

322 O'Grady et al. 1987, S. 488f; Markus et al. 1998, S. 11.

vermiedenen Notfallkontakten war dabei nicht nachweisbar, allerdings waren die Fallzahlen insgesamt zu gering, um eine Aussage über einen eventuellen Einfluss auf die Todesraten zu treffen.³²³ Ein vergleichbares Ergebnis zeigte auch die Analyse der Rettungsstellenbesuche und der klinischen Komplikationen von mehr als 2.250.000 privat und über 260.000 Medicare-Versicherten. Im Verlauf von drei Jahren (1999-2001) zeigte sich ein von der Zuzahlungshöhe abhängiger Rückgang der Erste-Hilfe-Besuche. Bei Selbstbeteiligungen zwischen 20 und 35 US-\$ suchten 12 und bei Zuzahlungen zwischen 50-100 US-\$ sogar 23 % weniger eine Rettungsstelle auf als bei kostenfreiem Zugang. Die Zahl der stationären Aufnahmen, der intensivmedizinischen Behandlungen und der Todesfälle stieg dabei nicht an, vielmehr ging die Zahl der Krankenhausbehandlungen bei geringeren Zuzahlungen um 4 und bei höheren um 10 % zurück.³²⁴

Die Höhe der Zuzahlungen für Notaufnahmen sind den Patienten vielfach nicht oder nur annähernd bekannt. Bei einer Befragung von knapp 700 erwachsenen Patienten eines integrierten Versorgungssystems in den USA, konnte nur jeder Dritte die Zuzahlungshöhe bei Rettungsstellenbesuchen angeben, während drei Viertel der Befragten die für Rezepte oder Arztbesuche fälligen Beträge genau kannten. Mehr als die Hälfte unterschätzten die Selbstbeteiligung bei Notfallbehandlungen um 20 US-\$ oder mehr. Trotzdem gab immerhin jeder Neunte an, wegen der Zuzahlungen den Besuch einer Rettungsstelle verschoben oder vermieden zu haben, wobei dieses Verhalten mit dem Umfang der anfallenden Kosten korrelierte.³²⁵

Schon bei einer früheren Befragung einer allerdings vergleichsweise kleinen Gruppe von Versicherten einer großen HMO in den USA zeigte sich, dass die große Mehrheit (82 %) für Erste-Hilfe-Kontakte aus eigener Tasche zuzahlen muss, aber nur jeder zweite Betroffene die Höhe der Selbstbeteiligung kannte. Fast jeder fünfte Befragte gab an, deswegen in den vorangegangenen 12 Monaten sein Verhalten geändert zu haben: jeweils 12 % suchten eine andere Versorgungseinrichtung auf oder nahmen telefonisch Kontakt zu einem Anbieter auf, während 9 % den Rettungsstellenbesuch hinauszögerten und 2 % gänzlich darauf verzichteten. Dabei bestand eine deutliche Korrelation zwischen der Zuzahlungshöhe und der veränderten Inanspruchnahme.³²⁶

Eine weitere Studie zeigt, dass Personen mit niedrigen und hohen Zuzahlungen bei leichteren Symptomen weniger Notfallbehandlungen in Anspruch nahmen als Versicherte mit vollständiger Kostenübernahme; allerdings senkten hohe Zuzahlungen auch die Wahrscheinlichkeit, bei schwerwiegenden Beschwerden eine Rettungsstelle aufzusuchen. Bei chronisch Kranken verringern Zuzahlungen unabhängig von ihrem Umfang die Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen sowohl bei leichteren als auch bei schwerwiegenden Symptomen. Eine Untersuchung von insgesamt 3.589 chronisch kranken Versicherten in den USA zeigte, dass die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen sowohl bei geringen als auch bei höheren Zuzahlungen sank, und zwar unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung bzw. des gesundheitlichen Problems. Eine genauere Analyse zeigte darüber hinaus, dass Versicherte mit hohen und geringen Eigenbeteiligungen bei leichteren Symptomen seltener ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen als Patienten mit voller Kostenübernahme. Bei schwerwiegenden Beschwerden war nur eine geringere Inanspruchnahme bei Versicherten mit hohen Selbstbeteiligungen zu beobachten, das Verhalten bei geringen und ohne Zuzahlungen war gleich. Insbesondere spürbare Zuzahlungen verringerten also die Inanspruchnahme unabhängig vom Schweregrad der Symptome. Während der vierjährigen Beobachtungszeit ließen sich bei der Gruppe der chronisch Kranken indes keine Auswirkungen auf den Gesundheitszustand erkennen.³²⁷

323 Selby et al. 1996, S. 635, 639f.

324 Hsu et al. 2006b, S. 1813ff.

325 Hsu et al. 2004, S. 293f.

326 Reed et al. 2005, S. 813f.

327 Wong et al. 2001, S. 1891f.

Ähnliche Effekte lassen sich erwartungsgemäß auch durch Indemnitätsregelungen mit hohen Eigenanteilen erzielen. Eine quasi-experimentelle Vergleichsstudie aus den USA zeigte, dass der Wechsel von arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherungsverträgen in solche mit absoluten Selbstbeteiligungen zwischen 500 und 2.000 US\$ für Individuen und 1.000 bis 4.000 US\$ für Familien die Nutzung von Rettungsstellen um etwa ein Zehntel verringerte. Bei der Auswertung von Krankenkassendaten war zu beobachten, dass die Menschen vornehmlich bei weniger schwerwiegenden Problemen und insbesondere bei wiederholten Behandlungen auf einen Besuch der Notfalleinrichtungen verzichteten.³²⁸ Während des kurzen Beobachtungszeitraums von durchschnittlich nicht einmal einem Jahr ließen sich keine adversen Effekte in Form erhöhter Krankenhausweisungen oder anderweitiger Komplikationen nachweisen.³²⁹ Allerdings erlaubt die Studie keinen Rückschluss auf die Höhe der jeweils anfallenden Eigenbeteiligung und erfasste nicht das verzögerte oder unterbliebene Aufsuchen von Rettungsstellen unter gegebenen gesundheitlichen Bedingungen.³³⁰

Aus den bisher vorliegenden Daten wird ersichtlich, dass Zuzahlungen auch vom Besuch der Notaufnahme und der Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen abschrecken. Vor allem, aber nicht nur hohe Zuzahlungen wirken auch bei schweren Symptomen, doch die Konsequenzen für die Gesundheit der Versicherten sind unzureichend untersucht. In Abhängigkeit von den jeweiligen Gegebenheiten und Erwartungen spielen auf der Nachfrageseite auch ganz andere Faktoren eine Rolle. So zeigte eine Erhebung an der Berliner Charité, dass zwar drei Viertel der Patienten aus subjektiv wahrgenommener gesundheitlicher Notwendigkeit, aber auch zwei Drittel aus Unkenntnis über medizinische Anlaufstellen ohne ärztliche Einweisung die Rettungsstelle aufsuchten.³³¹

14. Die Praxisgebühr in Deutschland

Seit der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2003 ist hierzulande grundsätzlich bei allen medizinischen Versorgungsleistungen eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 10 Euro fällig; die Mindestzuzahlung liegt bei 5 Euro, für geringere Kosten zahlen die Patienten den tatsächlichen Preis. Gut zwei Jahre nach Umsetzung des GMG in Deutschland lagen erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Erhöhung bestehender und vor allem zur Einführung neuer Zuzahlungsmodalitäten im Zuge des Anfang 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) in Deutschland vor. Gemäß der Prioritätensetzung in der öffentlichen Wahrnehmung und Berichterstattung stand dabei die Praxisgebühr im Mittelpunkt des Interesses. Seit dem 1.1.2004 müssen erwachsene GKV-Mitglieder für ambulante Arzt- und Zahnarztbesuche eine Gebühr von 10 € bezahlen, die grundsätzlich einmal im Quartal sowie bei Inanspruchnahme weiterer niedergelassener Ärzte ohne Überweisung fällig ist. Präventive Maßnahmen wie Schutzimpfungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sind von der Zuzahlungspflicht ausgenommen.³³²

Bei den vorliegenden Untersuchungen zu den Finanzierungs- und Steuerungseffekten der Praxisgebühr fällt auf den ersten Blick eine bemerkenswerte Widersprüchlichkeit auf. So zeigte eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) zum Ende des 1. Quartals 2004 überall

328 Wharam et al. 2007, S. 1097ff.

329 ibid. S. 1100f.

330 Grudzen/Brook 2007, S. 1126f.

331 Steffen et al. 2007, S. A1090/B971/C923.

332 Redaktionsbüro Gesundheit 2005, S. 2.

einen deutlichen sozialen Effekt,³³³ während eine gemeinsame Analyse des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) und der Technischen Universität Berlin (TU) für den gleichen Zeitraum keine einkommensabhängigen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten feststellen konnte.³³⁴

Die teilweise diskrepanten Unterschiede sind zum einen durch die unterschiedlichen zugrunde liegenden Datensätze und inkongruente Ansätze zu erklären. Zum anderen stellt sich bei eingehenderer Analyse heraus, dass die vorzeitige Analyse sehr kurzfristiger Wirkungen einige Studienergebnisse beeinflusst haben dürfte. Auf keinen Fall lieferten bis Anfang 2007 die vorliegenden Untersuchungen zur Praxisgebühr hinreichend valide und reliable Daten, um die Relevanz der vielfachen internationalen Beobachtungsergebnisse für den deutschen Kontext in Zweifel zu ziehen.

Sämtliche bisher vorliegenden Untersuchungen zur Praxisgebühr in Deutschland beruhen auf subjektiven Einschätzungen des Gesundheitszustands der Versicherten; auch sind die herangezogenen Datensätze von Versicherungen und Leistungserbringern (z.B. der Kassenärztlichen Vereinigungen) nicht kongruent und allgemeine Datenschutzbestimmungen erschweren die Zuordnung von Inanspruchnahmedaten auf einzelne Versicherte erheblich. Zudem basieren alle Einschätzungen entweder auf Stichproben- oder Panelbefragungen, bei denen soziale Randgruppen grundsätzlich ausgeschlossen sind. Die Auswirkungen der Praxisgebühr und anderer Zuzahlungserhöhungen auf Obdachlose, Drogenabhängige und andere Personen mit extrem hohem Gesundheitsrisiko entziehen sich somit dem Zugriff der Forschung, was eine systematische Unterbewertung der sozialen Auswirkungen erwarten lässt.³³⁵ Eine weitere grundsätzliche Beschränkung der Aussagekraft der deutschen Studien ergibt sich aus dem kurzen Beobachtungszeitraum und den Schwierigkeiten, mittel- und langfristige und systemische Auswirkungen neuer oder erhöhter Eigenbeteiligungen abzuschätzen.³³⁶ Die Auswirkungen der Zuzahlungsbedingungen auf die Inanspruchnahme sind sicherlich ein interessanter Ansatz, allerdings erlauben weder die Anzahl der Arztkontakte noch der Geldwert eingesparter Praxisbesuche einen Rückschluss auf die Sinnhaftigkeit der erzielten Steuerung oder gar auf erreichte Einsparungen.³³⁷

Eine Studie des WidO geht an Hand einer repräsentativen Stichprobe von 3.000 GKV-Versicherten der Frage nach möglichen Verhaltensänderungen durch die Praxisgebühr nach. Die Befragung er-

333 Während 8,2 Prozent der Befragten mit einem Netto-Haushaltseinkommen von mehr als 3.000 Euro angaben, den Arztbesuch aufgrund der Praxisgebühr verschoben zu haben, waren es in der Gruppe mit einem Einkommen unter 1.000 Euro 19,2 Prozent. Arbeitslose haben im Vergleich zum GKV-Durchschnitt Ende des Vorjahresquartals doppelt so häufig angegeben (20,9 %), dass sie wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichten oder ihn ins nächste Quartal verschoben haben (Zok 2005, S. 5).

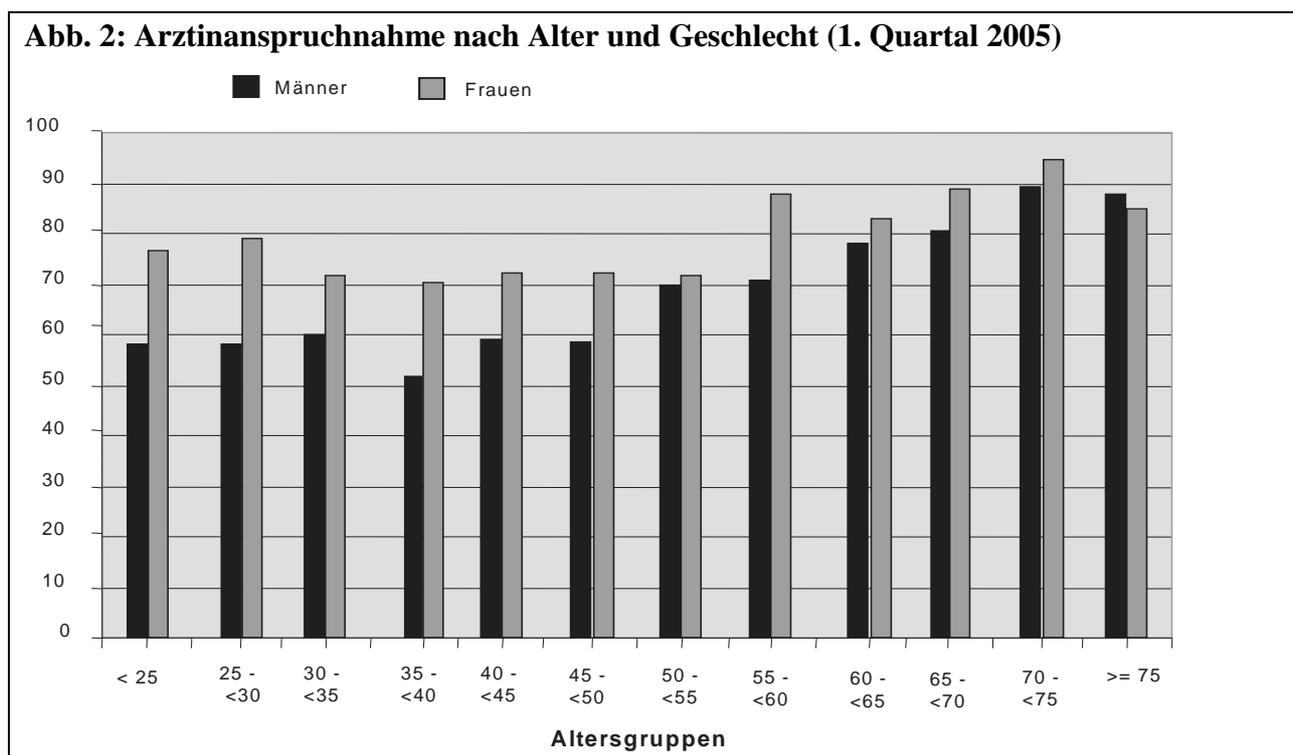
334 Zok 2005a, S. 5; Grabka et al. 2005, S. 5f.

335 Nach nicht systematisch erfassten Eindrücken von Mitarbeitern des Drogenpräventionsprojekts Fixpunkt e.V. in Berlin scheinen sich die anfangs ausgeprägt geschilderten negativen Auswirkungen der Praxisgebühr zumindest bei der Gruppe von einkommensschwachen Drogenabhängigen mittlerweile abgeschwächt zu haben, die in ärztlich gestützte Substitutionsprogramme eingeschrieben sind. Durch regelmäßige Besuche beim Substitutionsarzt und Ausgaben in Apotheken erreichen insbesondere die Hartz-IV-Empfänger relativ rasch die für chronisch Kranke geltende Befreiungsgrenze von 1 % des Jahreseinkommens und erfahren insbesondere durch die Praxis der Krankenkassen, niedrigere Befreiungssätze in das Folgejahr fortzuschreiben und vorausseilend anzuerkennen, die Zuzahlungen nicht mehr als unüberwindliche Hürde. Dies und vergleichbare Effekte sowie die Gewöhnung mögen dazu beigetragen haben, dass in einigen Befragungen nicht mehr erkennbar ist, dass Geringverdiener wegen der Praxisgebühr seltener zum Arzt gehen (vgl. Zok 2005, S. 5). Somit könnten erhöhte Eigenbeteiligungen dem klinisch umstrittenen Methadonprogramm unerwarteterweise zusätzliche positive Auswirkungen zukommen lassen (Befragung von Sozialarbeitern von Fixpunkt im April 2006).

336 Etliche Beispiele für die Diskrepanzen zwischen kurz- und mittel- bzw. langfristigen Wirkungen sind in den vorangehenden Kap. 9-13 dargestellt; vgl. z.B. insb. auch Hankin et al. 1980; Schneeweiss et al. 2002, S. 525; Schokkaert/van den Voorde 2005, S. S32; Gaynor et al. 2006; Shang 2005.

337 Näheres s. Kap. 8. 10-13 sowie 15.5-15.7.

folgte jeweils kurz nach dem Ende des ersten Quartals 2004 und 2005, also unmittelbar und gut ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG, und bezog sich auf die vorangehenden drei Monate. Der zweite Durchgang erfolgte hauptsächlich zur Identifizierung bzw. zum Ausschluss möglicher Verzerrungen in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Praxisgebühreinführung, die durch Vorzieh-Effekte, Übergangs- und Gewöhnungsprobleme entstanden sein könnten.³³⁸ Auffällig ist dabei die Beobachtung, dass drei Viertel der Befragten angaben, zwischen Januar und März in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein – ein im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung auffallend hoher Anteil.³³⁹ Auswertungen von ambulanten Arztbesuchen nach Geschlecht und Alter zeigen neben einem höheren Anteil bei Frauen im übrigen eine mit dem Alter stetig zunehmende Inanspruchnahme, die allerdings eine wesentliche geringere Steigerung der Selbstbeteiligungsbelastung durch die Praxisgebühr als durch Medikamentenzuzahlungen nahe legt.



Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK.³⁴⁰

Von dem Viertel der Befragten aus der Stichprobe, die im vorangegangenen Quartal keine Arztpraxis aufsuchten, führte nur eine Minderheit (6,5 % 2004 und 6,6 % 2005) die Praxisgebühr als Grund für den Verzicht an. Darüber hinaus gab annähernd jeder zehnte Versicherte im befragungsrelevanten Zeitraum leicht und jeder vierzehnte subjektiv schwer Erkrankte an, wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet oder ihn hinausgezögert zu haben. Der Gesamtanteil der Versicherten, die aufgrund der Praxisgebühr nicht oder erst im nächsten Quartal zum Arzt ging, lag im Mai 2005 bei 9,4 % und war damit gegenüber dem Vorjahr (11,7 %) rückläufig. Dabei war zwar der Anteil derer, die ihren Arztbesuch wegen der Praxisgebühr verschoben haben, in jeder Altersgruppe gesunken, aber das Ausmaß dieses Effekts nimmt mit dem Alter der Versicherten zu. Während bei den

338 Zok 2005a, S. 2.

339 Im direkten Vergleich zeigte sich bei der Inanspruchnahme Anfang 2005 eine Steigerung gegenüber dem 1. Quartal 2004: Während unmittelbar nach Einführung der Praxisgebühr 29,9 % der Befragten angaben, keinen Arztkontakt gehabt zu haben, lag dieser Anteil ein Jahr später nur noch bei 25,8 % (Zok 2005, S. 2).

340 Zok 2005a, S. 3.

unter 30-Jährigen 14,7 % gar nicht oder später ihren Arzt aufsuchen, lag dieser Anteil bei den über 65-Jährigen nur bei 5,4 %. Zudem bewirkt die Praxisgebühr bei Frauen häufiger eine Vermeidung oder Verzögerung eines Arztbesuches auf bei Männern (10,4 % gegenüber 8,2 %).³⁴¹

50,2 % der Befragten gaben an, Arztbesuche bzw. Behandlungsabläufe nach Möglichkeit innerhalb eines Quartals abzuschließen, um zusätzliche Praxisgebühren zu sparen. Aus dieser Beobachtung lässt sich allerdings nicht automatisch eine „vernünftige“ Steuerungswirkung der Praxisgebühr ableiten, solange man nicht beurteilen kann, ob eventuell vorzeitige Inanspruchnahme unnötige Leistungsausgaben verursacht, die quartalsadaptierte Beendigung einer Behandlung sinnvoll ist und andersherum das eventuelle Hinauszögern von Arztkontakten in ein neues Quartal keine vermeidbaren Komplikationen und Verschlechterungen mit konsekutiven Mehrausgaben verursacht.

Bemerkenswert erscheint das Ergebnis der WidO-Studie, die in der Anfangsphase nach Einführung des GMG beobachteten sozialen Effekte der Praxisgebühr und anderer Zuzahlungen sei bereits ein Jahr später nicht mehr feststellbar.³⁴² Nach dem ersten Quartal 2004 hatte noch fast jeder fünfte Versicherte mit einem Monatseinkommen unter 1.000 € (19,2 in dieser Gruppe) angegeben, aufgrund der Praxisgebühr einen Arztbesuch aufgeschoben zu haben, während dies bei weniger als einem von zwölf GKV-Mitgliedern mit einem Einkommen von 3.000 € der Fall war. Die sozioökonomischen Unterschiede hatten sich angeglichen, wobei insbesondere der deutliche Rückgang der Zuzahlungsbelastung für die Einkommensschwächsten und Arbeitslose für eine effektive Härtefallpraxis sprechen könnte.

Allerdings bestätigt eine andere Studie, deren aktuellste Daten aus demselben Zeitraum stammen, dieses Ergebnis nicht. Nach dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung gingen zwar ebenfalls die Gesamtzahl der Arztbesuche zurück und der Anteil der Überweisungen in die Höhe. Dabei verzichteten Angehörige der untersten Einkommensgruppe überdurchschnittlich häufig auf einen Arztbesuch (37 % gegenüber dem Durchschnitt von 28 % aller befragten Gutverdiener), während dies in den oberen sozialen Schichten geringer ausgeprägt war und diese eher zum Aufschieben der Konsultationen neigten.³⁴³ Der stärkste Rückgang der Arztbesuche war interessanterweise bei den unter 35-Jährigen festzustellen, während ältere Bürger offenbar weniger auf die Einführung der Praxisgebühr reagieren.³⁴⁴

Tabelle 3: Anteil der Befragten, die als Reaktion auf die Praxisgebühr Arztbesuche aufgeschoben, vermieden oder zusätzlich gemacht haben, nach Sozialschicht

Soziale Schicht	Aufgeschoben	Vermieden	Zusätzlich gemacht	Keine Angabe
Oberschicht	27,76	14,20	24,82	33,22
Obere Mittelschicht	26,79	17,11	23,70	32,40
Mittlere Mittelschicht	25,63	18,79	28,17	27,41
Untere Mittelschicht	28,92	20,28	23,63	27,16
Unterschicht	29,44	22,25	26,28	22,03

Quelle: Reiners/Schnee 2007 (N=6716, p=0,000).

341 Zok 2005a, S. 5f.

342 *ibid.*

343 Reiners/Schnee 2007.

344 Hesse/Schlette 2005, S. 5; dieser Befund deckt sich mit früheren und aktuellen Beobachtungen aus den USA, dass kränkere Personen bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen weniger auf Preisänderungen reagieren (Wedig 1988, S. 161; Newhouse 1993; Remler/Atherly 2003, S. 277f).

Gleichzeitig sank die Zahl der Versicherten, die überhaupt keine vertragsärztliche Behandlung in Anspruch nahmen, nach Einführung des GMG gegenüber dem Vergleichszeitraum vor der Reform (Frühjahr 2003, also deutlich vor Einführung der Praxisgebühr, und Frühjahr 2005, sprich mehr als zwölf Monate nach der Einführung),³⁴⁵ blieb allerdings zuletzt relativ konstant zwischen 2 und 3 Prozent.³⁴⁶ Die Fallzahl-Quote der Arztbesuche blieb im Gesamttrend relativ konstant, stieg aber vom Frühjahr 2003 zum Frühjahr 2005 insgesamt leicht um 0,2 %. Die Auswirkungen der Praxisgebühr waren dabei tendenziell stärker bei Besuchen ausgewählter Facharztgruppen und weniger bei Ärzten der Grundversorgung zu beobachten. Die aussagekräftigere Quote der gesamten Praxiskontakte sank hingegen nach einer anderen Untersuchung vom Frühjahr 2003 zum Frühjahr 2005 deutlicher und nahm um etwa 8 % ab. Der stärkste Rückgang war bei Internisten zu verzeichnen (- 7 %), gefolgt von Allgemeinärzten (- 5 %) und den Gynäkologen (- 3 %). Allerdings war hier bereits vorher ein rückläufiger Trend zu beobachten, da die Arztbesuche zwischen Herbst 2003 und Herbst 2004 nur um 5 % zurückgingen.³⁴⁷

Die Analyse der Praxiskontakte zeigt den bedenklichen Trend, dass gerade Personen mit schlechtem Gesundheitszustand ihre Arztkontakte zwischen Frühjahr 2003 und Frühjahr 2005 von etwa 23 auf 16 Besuche gesenkt hatten, während die entsprechende Quote bei Personen mit ausgezeichnetem Gesundheitszustand von etwa 5 auf 3 abnahm. Allerdings war in der letztgenannten Gruppe zwischen Herbst 2004 und Frühjahr 2005 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten, nur in der Gruppe mit schlechtem Gesundheitszustand hielt der Rückgang dauerhaft an.³⁴⁸ Im Widerspruch zu der anschließend kurz dargestellten DIW-TU-Studie gelangte der Gesundheitsmonitor zu dem Ergebnis, dass alle Versicherten ihre Praxisbesuche reduziert hatten und dieser Effekt bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand besonders deutlich ausgeprägt war. Das legt nicht nur die Vermutung nahe, dass hiervon auch wichtige Kontakte betroffen und relevante Folgekosten verursacht sein könnten.³⁴⁹ Vielmehr weist dieses Ergebnis eventuell auch darauf hin, dass die Regierung ihr Ziel, unerwünschte Zuzahlungswirkungen durch geeignete Härtefallregelungen aufzufangen, nicht vollständig erreicht hat.³⁵⁰ Auffällig ist nämlich auch, dass Arbeitslose und Alleinerziehende überdurchschnittlich auf Arztbesuche verzichteten oder sie verschoben (21 bzw. 18 % der Befragten).³⁵¹

345 In den Daten der Praxiskontakte ist ebenso wie bei anderen Analysen des Gesundheitsmonitors ein jahreszeitlicher Trend zu beobachten, der auf die zeitliche Dimension der Fragestellung zurückzuführen sein dürfte, da sich die Versicherten bei Befragungen im Frühjahr stärker an das Winterhalbjahr und bei Herbstbefragungen an das von weniger Erkrankungen bzw. Arztbesuchen gekennzeichnete Sommerhalbjahr erinnern. Vergleiche von Herbst 2003 und Herbst 2004 beziehungsweise Frühjahr 2004 und Frühjahr 2005 haben ebenfalls interessante Ergebnisse geliefert, die „reinste“ Praxisgebührwirkung ist allerdings bei Abgleich der Daten vom Frühjahr 2003 mit denen vom Frühjahr 2005 zu erwarten (Gebhardt 2005, S. 14).

346 Reiners/Schnee 2007.

347 Gebhardt 2005, S. 15f.

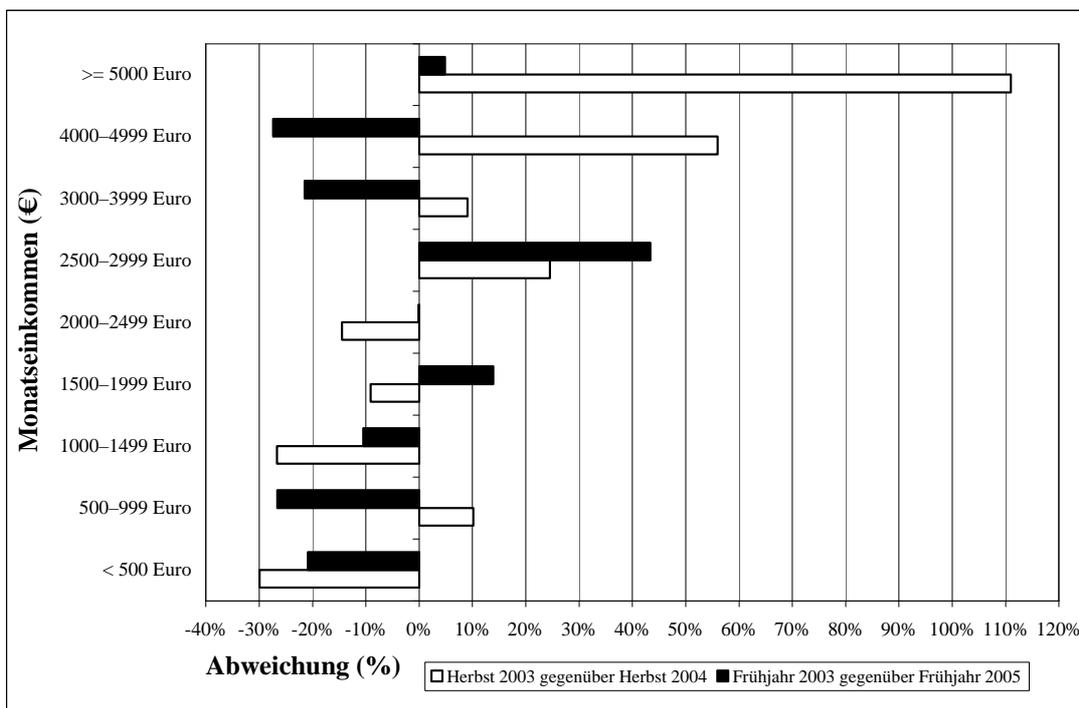
348 Gebhardt 2005, S. 20.

349 *ibid.* S. 23f.

350 *ibid.* S. 24.

351 *ibid.* S. 27.

Abb. 3: Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung nach Einkommen



Quelle: Gebhardt 2005, S. 24

Vor dem Hintergrund des Moral-Hazard-Theorems ist bei der Erhebung des Gesundheitsmonitors erstaunlich, dass vor allem Menschen mit einer hohen Anzahl von Arztbesuchen ihre Arztkontakte verringert haben. So stieg bei Personen mit bis zu vier Arztbesuchen pro Jahr die Zahl der Arztkontakte nach Einführung der Praxisgebühr sogar um bis zu zehn Prozent. Gleichzeitig war zu beobachten, dass die Zahl der Arztkontakte vor allem bei Personen weiter gesunken ist, die mindestens zehn Mal pro Jahr einen Arzt aufsuchen: Lag die durchschnittliche Häufigkeit der Praxiskontakte in dieser Gruppe im Frühjahr 2003 noch bei 28,9 pro Kopf, waren es im Frühjahr 2004 nur noch 25,4, um in den Frühjahren 2005 und 2006 weiter auf 23,8 bzw. 23,2 zu abzunehmen.³⁵² Eigentlich kann die Praxisgebühr bei den „Hochfrequentierern“ keine Wirkung auf das Moral-Hazard-Verhalten haben, vielmehr wäre demnach eigentlich ein Zuwachs an Arztkontakten zu erwarten. Da sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in jedem Quartal eine Praxis aufsuchen und somit die Praxisgebühr zumindest bis zur Befreiungsgrenze bezahlen müssen, bringt ihnen die Vermeidung zusätzlicher Arztkontakte innerhalb des Quartals keine Kostenersparnis. Die Praxisgebühr bietet für Personen mit einer hohen, zumeist wegen chronischer Leiden über das ganze Jahr gleichmäßig verteilten Zahl der Arztkontakte keinen ökonomischen Anreiz, seltener einen Arzt aufzusuchen. Als nutzenmaximierende *homines oeconomici* müssten diese Personen zu einer maximalen Inanspruchnahme tendieren, um die einmal gezahlte Gebühr auch optimal auszunutzen.³⁵³ Dafür sind sicherlich verschiedene Faktoren maßgeblich wie die mit der Einführung der Praxisgebühr einhergehende Erhöhung weiterer Zuzahlungen, die anhaltende Debatte über vermeintliche Übernutzung des Gesundheitswesens, allgemeine Unsicherheit bezüglich der Reformauswirkungen und vor allem die Überlagerung durch Auswirkungen

352 Reiners/Schnee 2007.

353 Gebhardt 2005, S. 17.

der fast zeitgleich erfolgten Honorierungsänderungen der niedergelassenen Ärzte mit Einführung von Praxisbudgets.³⁵⁴

In jedem Fall relativiert das gemessene Verhalten die ökonomische Theorie vom rationalen Nachfrager im Gesundheitswesen und belegt, dass andere Faktoren eine große Rolle spielen und wirtschaftstheoretisch abgeleitete Verhaltensweisen in den Hintergrund drängen können.³⁵⁵ Darüber hinaus ist fraglich, ob die dargestellten Änderungen wirklich auf die Einführung der Praxisgebühr zurückzuführen sind. Einiges spricht dafür, dass die Änderungen der Inanspruchnahme ambulanter Arztkonsultationen eher eine Folge der Verhaltensanpassung der niedergelassenen Ärzte an die fast gleichzeitig geänderten Vergütungs- und Budgetregelungen sind.³⁵⁶ Das bringt vermutlich auch ein anderer beobachteter Effekt im Anschluss an die Änderungen im Zuge des GMG zum Ausdruck. Die Zahl der Facharztbesuche ohne Überweisung durch einen Haus- oder Facharzt sank ab 2004 deutlich. Vorher hatten sich nur 55-59 Prozent der Patienten vor Aufsuchen eines Facharztes eine Überweisung vom Hausarzt besorgt, aber nach Einführung der Praxisgebühr stieg dieser Anteil bis 2006 sprunghaft auf 81 bis 85 Prozent an. Gewöhnungseffekte oder rückläufige Überweisungszahlen lassen sich bisher nicht beobachten, die Praxisgebühr scheint die Lotsenfunktion der Hausärzte zu stärken.³⁵⁷

Eine gemeinsame Studie von DIW und TU stellt bei der Auswertung des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) einen signifikanten Rückgang der ambulanten Arztbesuche um 0,24 bzw. 8,8 % zwischen 2003 und 2004 fest, wobei Personen mit gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand deutlich weniger zum niedergelassenen Arzt gingen als solche mit eingeschränkter oder schlechterer Gesundheit. Die Autoren kamen zu dem Schluss, die Praxisgebühr verringere vor allem unnötige Arztbesuche oder Mehrfachuntersuchungen, führe aber weder zu einem Rückgang medizinisch notwendiger Behandlungen noch zur Benachteiligung der Angehörigen niedriger sozialer Schichten.³⁵⁸ Dieser Befund steht allerdings in klarem Widerspruch zu internationalen Forschungsergebnissen, die in den vorangehenden Kapiteln ausführlich dargestellt sind.

In der Tat lässt eine genauere Analyse des Designs grundsätzliche konzeptionelle Schwächen der DIW-TU-Studie erkennen, angesichts derer die weit reichenden Schlussfolgerungen überzogen erscheinen. Der frühe Zeitpunkt der Umfrage legt den Verdacht auf eine geringe Trennschärfe nahe und erlaubt vor allem keine generelle Aussage über Steuerungseffekte von Zuzahlungen, die in der Regel erst nach hinreichender Vorlaufzeit zu bewerten sind.³⁵⁹ Zudem ist der implizierte Zusammenhang zwischen allgemeinem Gesundheitszustand im Jahr x und Notwendigkeit der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen im Jahr $x+1$ aus klinischer Perspektive fragwürdig. Die daraus abgeleitete Bewertung der „Berechtigung“ von Arztkontakten erscheint zu willkürlich, um daraus Rückschlüsse auf die Sinnhaftigkeit der Steuerungsfunktion abzuleiten.³⁶⁰ Zumal vermiedene Behandlungen keineswegs automatisch Einspareffekte erzeugen, sondern zu deutlich höhe-

354 Vgl. Reiners/Schnee 2007.

355 Stuart/Stockton 1973, S. 353, Fußnote 2; vgl. auch Kern/Kupsch 2002, S. 15 und M. Ginsburg 2006, S. w537f.

356 Vgl. Zuckerman et al. 2004, S. 379ff; Rice/Labelle 1989, S. 597; Creese/Kutzin 1995, S. 10; Schroeder/Cantor 1991, S. 1099; Richardson 1991, S. 16; Reiners/Schnee 2007.

357 Reiners/Schnee 2007.

358 Grabka et al. 2005, S. 7.

359 Siehe Fußnote 336.

360 Bereits die RAND-Studie hatte neben anderen Untersuchungen belegt, dass Zuzahlungen Menschen mit gutem Gesundheitsstatus gerade vom initialen Arztbesuch deutlich stärker abhalten als kränkere bzw. chronisch kranke Personen; erst bei den Folgebesuchen zeigten gesunde und kranke Versicherte ähnliche Nachfragereduktionen (Wedig 1988, S. 158ff; Newhouse 1993, S. 160ff).

ren Folgekosten führen können.³⁶¹ Und wenn Unterschichtangehörige die Nutzung medizinischer Leistungen nicht stärker verringern als der Bevölkerungsdurchschnitt, schließt dies keineswegs soziale Benachteiligung aus, wie es die Studie schlussfolgert.³⁶² Erhöhte Inanspruchnahme kann Ausdruck sozialer Benachteiligung sein und ein „normaler“ Rückgang ärmere Bürger im Vergleich zum realen Bedarf stärker treffen.

Eine 2005 veröffentlichte Studie geht erstmalig den Wirkungen absoluter Eigenbeteiligungen in der GKV in Deutschland nach, die freiwillig versicherte Mitglieder der Techniker Krankenkasse (TK) seit Anfang 2003 wählen können.³⁶³ Erfahrungen von insgesamt 10.155 eingeschriebenen Versicherten in drei Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen, dass die Zahl der Besuche bei niedergelassenen Ärzten bei freiwillig versicherten Mitgliedern nach den ersten 12 Monaten um 36,4 % und bei ihren Mitversicherten um 6,4 % zurückgingen, was bei ambulanten vertragsärztlichen Leistungen eine Kostenreduktion um 38-94 € und insgesamt eine Verringerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Wert von 137 € bedeutet.³⁶⁴ Allerdings erfasst diese Studie nur die freiwillig in der GKV versicherten Personen, also Besserverdienende, und von diesen nur eine winzige, fraglich repräsentative Stichprobe (0,15 ‰ aller GKV-Mitglieder), die sich als freiwillig Versicherte ohnehin partiell der solidarischen Finanzierung entziehen, da ihr Einkommen nur bis zur Einkommensbemessungsgrenze von zurzeit 3.562,50 € im Monat³⁶⁵ belastet ist. Dies hat große Bedeutung im Hinblick auf die postulierten Gewinne für die Gesamtheit der Versicherten, die trotz der asymmetrischen Belastungswirkung von absoluten Selbstbeteiligungen zu mehr „Solidarität“ führen soll.³⁶⁶

Grundsätzlich unterstellt die Studie eine Übernutzung der Gesundheitsversorgungsangebote und lässt wichtige empirische gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse unberücksichtigt. Entsprechend ermitteln die Autoren das Einspar- und Steuerungspotenzial von „Selbstbehalten“, ohne zwischen möglichen erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu unterscheiden. Der Verzicht auf Arztkontakte kann aber erhebliche Folgekosten mit sich bringen, welche die ermittelten Steuerungseffekte sogar dann konterkarieren können.³⁶¹ Bedenklich ist insbesondere die Kurzfristigkeit des ermittelten Steuerungseffekts, schließlich weisen internationale Untersuchungen deutliche Unterschiede zwischen dem ersten und Folgejahren nach Einführung von Eigenbeteiligungen nach.³⁶⁶ Eine derartige Veröffentlichung nach einer Laufzeit von (weniger als) einem Jahr ruft eher Zweifel an der Seriosität hervor als hilfreich zur wissenschaftlichen Debatte beizutragen.

15. Ungelöste Probleme

Das folgende Fazit vermittelt einen Überblick über die wichtigsten theoretischen und praktischen Widersprüche der Zuzahlungstheorie sowie die wesentlichen prinzipiellen Erkenntnisse über die

361 Die Kap. 10-13 liefern etliche Beispiele für diese ubiquitär zu beobachtende unerwünschte Wirkung von Selbstbeteiligungen, Kap. 15.6 und 15.7. fassen diesbezügliche Ergebnisse noch einmal zusammen. Die folgenden Literaturstellen seien wegen der Größe der Populationen oder Vielseitigkeit des Ansatzes an dieser Stelle noch einmal hervorgehoben: Soumerai et al. 1991, 1994 und 1997; Tamblin et al. 2001; OECD 2004b, S. 18; Goldman et al. 2004, 2006; Chandra et al. 2007.

362 Grabka et al. 2005, S. 5.

363 Für eine absolute Selbstbeteiligung von 300 € erhalten die Versicherten im „TK-Programm 240“ einen jährlichen Beitragsnachlass von 240 €, wobei jeder ambulanten Arztbesuch mit 20 € zu Buche schlägt.

364 Felder/Werblow 2006, S. 65, 71.

365 AOK-Mediendienst 2005.

366 Vgl. Pütz 2003, S. 39.

Auswirkungen von Direktzahlungen der Patienten. Diese Zusammenfassung legt noch einmal dar, warum bei der Anwendung von Zuzahlungen im Krankheitsfall die Risiken den zu erwartenden Nutzen vielfach überwiegen.

15.1 Patientenverhalten nicht operationalisierbar

Das einseitige Menschenbild des *homo oeconomicus* erklärt allenfalls einen geringen Teil des Verhaltens der „Verbraucher am Gesundheitsmarkt“. Die Annahme, alle Versicherten seien zu hundert Prozent rationale Nutzenmaximierer,³⁶⁷ deckt bei Weitem nicht alle Verhaltensmotivationen ab.³⁶⁸ Beweise dafür, dass sich die Menschen auf dem vollkommen unvollkommenen Gesundheitsmarkt vollkommen oder maßgeblich so verhalten, wie ihnen unendliche Formeln und Grafiken aus ökonomischen Elfenbeintürmen unterstellen, gibt es nicht.³⁶⁹ Bei der Praxisgebühr in Deutschland zeigen sich beispielsweise keine Mitnahmeeffekte, die für eine individuelle ökonomische Rationalität der GKV-Versicherten sprechen würden.³⁷⁰ Ebenso zeigen Untersuchungen aus den USA zu Beginn der 1990er Jahre, dass sich die Auswirkung von Zuzahlungen für Hausarztbesuche entgegen gängigen theoretischen Annahmen³⁷¹ bei verschiedenen Einkommensgruppen nicht nennenswert unterschieden.³⁷² Das mag man zwar auf den ersten Blick als Bestätigung für eine objektive, „rationale“ Steuerung ansehen, aber es stellt auf jeden Fall einige übliche Modellbetrachtungen über Kaufkraft, Grenznutzen und Prioritätensetzung in Frage.

Grundsätzlich zu kurz kommt auch die Frage, ob Moral-Hazard-Effekte bzw. „verborgene Aktionen“ von Personen mit Versicherungsschutz nicht auch erwünschte Wirkungen entfalten können,³⁷³ nämlich dann wenn eine Unternutzung des Versorgungsangebots vorliegt,³⁷⁴ was auch einigen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens von Belang ist.³⁷⁵ Wenig befriedigend sind die angebotenen Lösungsvorschläge für das Dilemma, dass subjektiv-rationales Verbraucherverhalten leider auch nicht immer mit der zunehmend geforderten Kosteneffektivität deckungsgleich ist. So zeigte eine Analyse in britischen Rettungsstellen, dass eine unmittelbar eingeleitete krankengymnastische Behandlung bei Weichteilverletzungen zwar mit spürbaren Selbstbeteiligungen, aber auch mit höherer Patientenzufriedenheit einherging, aber nicht mit einer früheren Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und somit nicht mit volkswirtschaftlichen Einsparungen.³⁷⁶ Im Zuge stärkerer direkter Laienwerbung für Arzneimittel dürfte dieses Problem tendenziell zunehmen, wenn Pharma-Werbung die „Konsumenten“ auch von unbewiesenen Vorzügen neuer Wirkstoffe überzeugen kann,³⁷⁷ hier Kosteneffektivität zu belegen, erfordert auf jeden Fall einen phantasievollen Umgang mit Modellen und Messgrößen.³⁷⁸

Insgesamt ist es faszinierend, mit welcher Unirritiertheit das Moral-Hazard-Theorem seit vier Jahrzehnten nicht nur die Gesundheitsökonomie, sondern die sozial- und entwicklungspolitische Debat-

367 Pauly 1968, 1983; Breyer et al. 2005; Pütz 2003, S. 28, Felder/Werblow 2006, S. 17f u.v.a.m..

368 Ginsburg 2006, S. w528f; Yegian 2006, S. w534.

369 Reiners 2006, S. 10ff.

370 Reiners/Schnee 2007; Vortrag von Bernard Braun, Universität Bremen, bei einer Anhörung der Bundestagsfraktion der Linkspartei im Deutschen Bundestag zum Thema „Praxisgebühr“ am 15.5.2006 in Berlin.

371 Siehe z.B. Stuart/Stockton 1973, S. 353, Fußnote 2.

372 Cherkin et al. 1992, S. 38f.

373 Vgl. Rice 2004, S. 134ff.

374 Zum Beispiel McGlynn et al. 2003.

375 SVR 2003b, S. 52, 218.

376 Richardson et al. 2005, S. 91f.

377 Kravitz et al. 2005, S. 1998f.

378 Ein gutes Beispiel hierfür lieferte Block 2007.

te dominiert hat. Auch die Beschwörung von „eindrucksvollen ökonomischen Untersuchungen“³⁷⁹ kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die empirische Evidenz – neben der Befragung ausgewählter ökonomischer Experten – vornehmlich auf die oberflächliche Betrachtung der in Kap. 8 ausführlich dargestellten Ergebnisse der RAND-Studie beschränkt. Die Moral-Hazard-Annahmen beruhen ausschließlich auf der gefühlten Wahrnehmung einer Übernutzung des Gesundheitswesens und der beobachteten Änderungen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unter verschiedenen Zuzahlungsbedingungen.³⁸⁰ Die daraus abgeleiteten Größen für die „Preiselastizität“ und vor allem die Einordnung als „leichtfertige“ Nutzung (*frivolous use*) oder gar verschwenderischen Verbrauch (*wasteful consumption*)³⁸¹ lassen jeden klinisch-epidemiologischen, sozioökonomischen oder sonstigen Einfluss auf das Nachfrageverhalten von Patienten unberücksichtigt.

Wenn die anfallenden Direktzahlungen der Patienten die Inanspruchnahme sowohl von evidenzbasiert sinnvollen als auch von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen einschränken (s. Kap. 9), dann ist der Rückschluss von der kostenabhängig veränderten Nutzung auf eine „ungerechtfertigte“ oder „leichtfertige“ Ausnutzung der Versicherungssituation unzulässig. Der durch Zuzahlungen bewirkte Verzicht auf medizinische Versorgungsleistungen korreliert nämlich überhaupt nicht mit deren klinisch-epidemiologischer Berechtigung und Sinnhaftigkeit. Die entscheidende wissenschaftliche Fragestellung wäre vielmehr die, nach welchen Kriterien sich bemessen lässt, ob die Nutzung einer Gesundheitsleistung durch Versicherte als berechtigte Inanspruchnahme oder als Ausdruck des Moral Hazard zu werten ist. Doch diese Frage ist bisher nicht nur unbeantwortet geblieben, sondern die Verfechter des „moralischen Risikos“ sind ihr bisher erfolgreich ausgewichen.³⁸² In der weltweiten Renaissance des Neo-Positivismus, wo es der neoklassischen Ideologie erfolgreich gelungen ist, Sozial- und andere Politiker ständig unter empirische Nachweispflicht für Selbstverständlichkeiten zu stellen, überrascht der völlige Mangel an klinischen, epidemiologischen, psychologischen, soziologischen oder auch ökonomischen Indikatoren für die objektive Messung des Moral-Hazard-Verhaltens.

15.2 Anbieterinduzierte Nachfrage

Kostenbeteiligungen für Patienten ignorieren die realen Machtverhältnisse im Versorgungssystem. Die kostenträchtigen Entscheidungen trifft nicht der Patient, sondern der Arzt.³⁸³ Es ist hinlänglich nachgewiesen, dass die Gestaltung des Honorarsystems die Leistungserbringung der Ärzte wesentlich bestimmt.³⁸⁴ Ärzte und Krankenhäuser reagieren auf verringerte Einnahmen – sei es durch Verlust von „Punktwerten“ pro Leistung oder durch verminderte oder aufgehobene Zuzahlungen der

379 Bei Schulenburg (2007, S. 14), heißt es zu Selbstbeteiligungen: „Empirische Untersuchungen zeigen eindrucksvoll, dass Selbstbeteiligungen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nachhaltig einschränken und ein wirkungsvolles Mittel gegen die sogenannte angebotsinduzierte Nachfrage der Leistungserbringung sind.“

380 Manning und Marquis (1996, S. 610) definieren Moral Hazard als Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Folge abnehmender Direktzahlungen der Patienten, deren Kosten eine Krankenversicherung übernimmt: „Cost sharing decreases the out-of-pocket price paid by the patient, which increases the amount of medical care demanded (moral hazard).“ Dass dieser Effekt wegen im Vergleich zu einer Unternutzung durch nicht versicherte Bürger auch Ausdruck medizinischen Bedarfs und nicht leichtfertiger Inanspruchnahme sein kann, kommt in diesem Ansatz nicht vor.

Das Gleiche gilt übrigens auch für die Annahme des *ex-ante moral hazard*, das im Zusammenhang mit Patientendirektzahlungen keine bedeutende Rolle spielt, aber ohnehin bisher einen empirischen Nachweis schuldig geblieben ist.

381 Moise/Jacobzone 2003, S. 20.

382 Vgl. Wagstaff/Pradhan 2005, S. 1.

383 Steinbach et al. 2004, S. 2f; Deber et al. 2001, S. 1417ff.

384 Vgl. Pfaff 1985, S. 273f; Zuckerman et al. 2004, S. 379ff.

Patienten – in der Regel durch Induktion der Nachfrage nach ihren Dienstleistungen³⁸⁵ oder durch anderweitige Änderungen ihres Anbieterverhaltens,³⁸⁶ um Einkommensverluste zu vermeiden.³⁸⁷ Die Menge der erbrachten Leistungen ist also primär das Ergebnis der Honorierung und Budgetierung und nicht des Nachfrageverhaltens der Versicherten.³⁸⁸ Vor diesem Hintergrund erscheint die Regulierung der ärztlichen Entscheidungen für die Kontrolle der Gesundheitsausgaben erheblich erfolgversprechender als die zusätzliche Belastung der Patienten durch Gebühren und Eigenanteile.

Patientenzuzahlungen verschärfen das Problem der angebotsinduzierten Nachfragesteigerung und mindern die Effizienz des Gesamtsystems.³⁸⁹ So führte die Beschränkung der Kostenübernahme für Arzneimittel bei älteren Medicaid-Versicherten im US-Bundesstaat New Hampshire auf maximal zwei Produkte nicht nur zu einem 35-prozentigen Rückgang der Medikamenteneinnahme, sondern auch zu einer signifikanten Steigerung der Einweisung in Pflegeheime.³⁹⁰ Nach Abschaffung dieser Beschränkung war dieser Effekt, dessen Kosten die potenziellen Einsparungen klar überschritten, vollständig reversibel.³⁹¹ Aufschlussreich sind auch Erkenntnisse aus Kanada, die dem Verhalten von älteren Rheumapatienten unter wechselnden Arzneimittelzuzahlungsbedingungen zwischen 1997 und 2000 nachgingen. Dabei zeigte sich, dass Selbstbeteiligungen zwar zu einem Rückgang der Rezepteinlösungen führten, aber gerade in Zeiten höher Medikamentenzuzahlungen die Zahl der ambulanten Arztbesuche signifikant und die der stationären Einweisungen ebenfalls tendenziell stieg.³⁹² Dieses Ergebnis bestätigt die Beobachtung, dass Krankenhausbehandlungen und vor allem Arztbesuche Ausweichreaktionen bei neuen oder steigenden Rezeptgebühren sein können, was den intendierten Einsparungseffekt erheblich in Frage stellt.³⁹³ Untersuchungen der Wirkung von Zuzahlungen müssen immer auch das Anbieterverhalten berücksichtigen, wenn sie Anspruch auf empirische Evidenz erheben wollen. So dürften die Effekte der Praxisgebühr in Deutschland zumindest teilweise eher auf die nahezu zeitgleich erfolgte Änderung der Ärztehonorierung mit Einführung von Budgets zurückzuführen.³⁹⁴

15.3 Kostendämpfung Fehlanzeige

Die Gesundheitspolitik und vor allem die Gesundheitsökonomie überschätzen fast regelhaft das Potenzial von Kostenbeteiligungen als Instrument der Kostendämpfung ganz erheblich.³⁹⁵ So wirken diese zumeist nur auf den Erstkontakt mit dem Versorgungssystem und auf einfachere, preisgünstige Leistungen. Die wirklich kostenintensiven Maßnahmen, wie stationäre Aufnahmen, Operationen, medikamentöse, Chemo- oder Strahlentherapie hängen nahezu ausschließlich von der Indikationsstellung durch das medizinische Fachpersonal ab.³⁹⁶ Demgegenüber sind die Risiken einer partiellen

385 Rice/Labelle 1989, S. 597; Creese/Kutzin 1995, S. 10.

386 Beck/Horne 1980, S. 794f; Schroeder/Cantor 1991, S. 1099; Richardson 1991, S. 16.

387 Die Einführung von Zuzahlungen bei einer Betriebskrankenkasse für Bergleute in Pennsylvania verursachte zwar einen Rückgang der krankheitsbezogenen Ausgaben für die Bergarbeiter um 10 %, doch insgesamt stiegen die durchschnittlichen Kosten pro Krankheitsepisode für alle Patienten im Einzugsgebiet um 17 % an. Ebenso gingen die ambulanten Arztkonsultationen der Bergleute um 4 % zurück, während die Sprechstundenbesuche der übrigen Bevölkerung um 11 % zunahmen (Fahs 1992, S. 35, 41f).

388 Bodenheimer 2005a, S. 851.

389 Vgl. Arhin-Tenkorang 2000, S. 13f.

390 Soumerai/Ross-Degnan 1991, S. 1975.

391 Soumerai et al. 1991, S. 1075, 1076.

392 Anis et al. 2005, S. 1337ff.

393 Anis et al. 2005, S. 1339. Vgl. auch Tamblyn et al. 2003.

394 Pfaff 1985, S. 273f; Reiners/Schnee 2007.

395 Manning et al. 1987b, S. 269; Saltman/Figuera 1996, S. 17; ; Zuvekas/Cohen 2007, S. 256.

396 Stoddart et al. 1993, S. 7; Deber 2000, S. 37; Neuman/Rice 2003, S. 5.

Unterversorgung nicht zu vernachlässigen,³⁹⁷ und nicht selten übersteigen die Folgekosten verzögerter Interventionen die Einsparungen.³⁹⁸ Das Festhalten an Kostenbeteiligungen für Patienten wirkt angesichts dieser Bilanz eher pseudo-religiös als evidenzbasiert.³⁹⁹

Kaum jemand fordert ernsthaft eine angemessene Belastung der Hochnutzer des Gesundheitswesens. In Folge der fortschreitenden medizinisch-technologischen Entwicklung ist seit Mitte des 20. Jahrhunderts eine Zunahme der Konzentration der Gesundheitsausgaben auf immer kleinere Bevölkerungsanteile zu beobachten. So belegten schon US-Studien Ende der 80er Jahre, dass auf die Hälfte der US-Bürger nicht mehr als 4 % der Gesundheitsausgaben entfallen, aber mehr als 50 % auf ein Zwanzigstel der Bevölkerung und knapp 30 % allein auf 1 % der Hochnutzer.⁴⁰⁰ Die „gesunde“ Bevölkerungshälfte verbrauchte 1987 nur noch 3 % der gesamten Gesundheitsausgaben der USA, während 41 % auf die 2 % entfielen, die das System am meisten in Anspruch nehmen mussten.⁴⁰¹ Jüngere Untersuchungen aus den USA zeigen sogar, dass auf 70 % der Bevölkerung nur 7 %, aber auf die kränksten 5 % mehr als 50 % der Ausgaben entfallen. Die Ungleichverteilung der Gesundheitsausgaben hat sich in den USA in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten auf ihrem hohen Niveau stabilisiert.⁴⁰²

Ähnliche Verteilungen zeigten sich ebenfalls schon seit Jahrzehnten in Frankreich, wo sich 1970 zwei Fünftel der Gesundheitsausgaben auf 2 % der Bürger konzentrierten und die gesündere Bevölkerungshälfte nicht mehr als 1 % der Kosten verursachte.⁴⁰³ Für die Bundesrepublik Deutschland zeigt die Ausgabenverteilung eine vergleichbare Schieflage: Während auch hierzulande die Hälfte der GKV-Versicherten nur 1 % der Leistungsausgaben verursachen, entfallen vier Fünftel der Ausgaben auf ein Zehntel, knapp 50 % auf ein Vierzigstel und nicht weniger als 20 % auf 5 Promille der Versicherten.⁴⁰⁴

Diese in allen Industrieländern anzutreffende ungleiche Verteilung der finanziellen Krankheitslast über die Bevölkerung ist für die Zuzahlungsdiskussion von grundlegender Bedeutung.⁴⁰⁵ Rein rechnerisch ist das Potenzial zur Verringerung der gesellschaftlichen Gesundheitsausgaben überaus gering,⁴⁰⁶ so lange Zuzahlungen überwiegend bei den Niedrignutzern ansetzen. Die unterstellten Finanzierungs- und Steuerungseffekte von Selbstbeteiligungen wären – zumindest theoretisch – viel stärker zu erwarten, wenn sie jene „Nutzer“ beträfen, welche die höchsten Kosten verursachen. Allerdings sind Eigenbeteiligungen für die Hoch- und Höchstnutzer des Gesundheitswesens in den meisten Gesellschaften nicht nur ethisch überaus problematisch, sondern es fehlt auch bisher hinreichende Evidenz, dass Selbstbeteiligungen zu Ausgabensenkungen für diese Patientengruppe führen.⁴⁰⁷ Zudem konkurrieren sie mit anderen Ansätzen zur Kostendämpfung, insbesondere den Di-

397 Siehe die Abschnitte 10-13.

398 Beck 1974, S. 139f; Beck/Horne 1980, S. 793ff; Roemer et al. 1975; Evans 1993a, 1995; Fraser-Institute 1999; Tamblyn et al. 2001; OECD 2004c, S. 18.

399 Schroeder/Cantor 1991, S. 1099; Evans et al. 1997, S. 43; Drèze 2001, S. 14.

400 Berk et al. 1988, S. 51

401 Berk/Monheit 1992, S. 146f

402 Berk/Monheit 2001, S. 12f

403 Berk/Monheit 1988, S. 53

404 GEK 2003. In den USA lagen die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben für die „gesunde“ Bevölkerungshälfte bei 122 US-\$ pro Jahr, während sich die teuersten Fälle im Durchschnitt auf 56.459 \$ pro Person beliefen (Berk/Monheit 2001, S. 13). Eine gesetzliche Krankenkasse in Deutschland kam auf jährliche Pro-Kopf-Ausgaben von 70 € für die gesündere Hälfte ihrer Versicherten, während das kostenintensivste halbe Prozent der Versicherten Ausgaben von mehr als 21.074 € pro Jahr und Person verursachten (GEK 2003, S. 6f).

405 Bodenheimer 2005a, S. 851.

406 Siehe. Hajen 2004, S. 10.

407 Bodenheimer 2005b, S. 1001.

sease-Management-Programmen, die mittlerweile auch in der deutschen GKV Anwendung finden und auf eine kostengünstigere weil bessere und effizientere Versorgung gerade der Hochnutzer abzielen.

Neben den unvermeidlichen Folgen der demografischen, epidemiologischen und vor allem technologischen Entwicklung⁴⁰⁸ erweisen sich im internationalen Vergleich vor allem die folgenden Faktoren als Kosten treibend: ein hohes allgemeines Preisniveau sowie hohe Gebühren für medizinische Leistungen⁴⁰⁹, hohe Verwaltungskosten⁴¹⁰, Effizienzverluste durch überschüssige Kapazitäten und Unternutzung⁴¹¹ und die Intensität der Nutzung medizinischer Einrichtungen⁴¹². Schon die Autoren der RAND-Studie kamen zu der Einschätzung, dass sich die Ausgaben für das Gesundheitswesen durch die Struktur des Finanzierungs- und Krankenversicherungssystems insgesamt nur in geringem Umfang (ca. 10 %) beeinflussen lässt.⁴¹³

In den reichen Industriestaaten zeigt sich eine gewisse Korrelation von Direktzahlungen und hohen Gesundheitsausgaben.⁴¹⁴ Eine Erklärung könnte sein, dass die Gesetzgeber auf das hohe Ausgaben-niveau mit Kostenbeteiligungen reagieren. Mindestens genauso plausibel ist aber auch, dass die Privatisierung der Kosten zu einem Kontrollverlust der Politik führt. Je stärker die soziale Absicherung privatwirtschaftlich organisiert ist und je mehr die Gesundheitsversorgung außerhalb öffentlicher oder zumindest regulierten Versicherungsverträge erfolgt, desto größer wird der Spielraum der Leistungserbringer, ihre Gewinne zu Lasten der verhandlungsschwachen Patienten zu erhöhen. Von den Nutzern der Gesundheitseinrichtungen zu entrichtende Gebühren dienen zur Aufstockung budgetierter oder anderweitig gedeckelter Honorareinnahmen. Die Verlagerung von Kosten auf die Patienten entlastet die Kostenträger, erhöht die Einnahmen der Anbieter von Gesundheitsleistungen und umgeht zudem die bei anderen Reformeingriffen unumgänglichen politischen Konflikte mit den Leistungserbringern. Es kommt zu einer zunehmenden Verlagerung der Kosten auf die schwächsten gesundheitspolitischen Akteure, die Patienten, zu Gunsten der Anbieter.⁴¹⁵

15.4 Diskriminierung Armer und Alter

Ohnehin ist eine relevante Einnahmeerhöhung durch Zuzahlungen im Krankheitsfall nur durch hohe und subjektiv spürbare Selbstbeteiligungen zu erzielen.⁴¹⁶ Je größer die Belastung der Einzelnen bei Nutzung der medizinischen Versorgungseinrichtungen, desto ausgeprägter sind allerdings die unvermeidlichen sozial benachteiligenden Konsequenzen für ärmere Bevölkerungsgruppen und kranke Mitbürger.⁴¹⁷ Kostenbeteiligungen wirken nämlich insbesondere bei Vertretern niedriger Einkommensschichten als Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen, weil hier die Kaufkraft geringer ist.⁴¹⁸ Da bei diesem Teil der Bevölkerung aber zugleich der Versorgungsbedarf höher ist,⁴¹⁹ und

408 Ginsburg 2004, S. 1591.

409 Redelmeier/Fuchs 1993, S. 776ff; Fuchs/Hahn 1990, S. 888f.

410 Woolhandler/Himmelstein 1991, S. 769f; Woolhandler et al. 1993, S. 401, 403; Woolhandler et al. 2003, S. 772f.

411 Redelmeier/Fuchs 1993, S. 774f; McGlynn et al. 2004, S. 2638ff.

412 Rouleau et al. 1993, S. 783f.

413 Manning et al. 1987b, S. 269.

414 Rasell 1995, S. 1265; WHO 2000.

415 Barer et al. 1998, S. 20.

416 Vgl. Kern/Kupsch 2002, S. 15.

417 Vgl. Stuart/Stockton 1983, S. 383; Rosian 2002, S. 169, 171; Trude/Grossman 2003, S. 5f; Nink/Schröder 2004, S. 168.

418 Zum Beispiel Beck 1974, S. 136f; Whitehead et al. 2001; Dixon/Mossialos 2001; Burström 2002; Waitzkin 2003; Deppe 2003; Holst et al. 2004, S. 280; Ku/Wachino 2005; Ku/Broadus 2005.

419 Doorslaer et al. 2002, S. 237f.

mehr Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, werden Gebühren häufiger fällig und Selbstbehalte schneller zur Kostenfalle. Das Ergebnis ist eine teilweise Umkehrung des Risikoausgleiches zwischen Gesunden und Kranken⁴²⁰ und läuft einer Grundidee der sozialen Absicherung gegen Krankheitsrisiken zuwider.⁴²¹ Das zunehmende soziale Gefälle bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgungsleistungen, das sich in den letzten zwei Jahrzehnten in den USA beobachten ließ,⁴²² ist sicherlich auch auf die üblichen und vor allem bei Medicaid kontinuierlich steigenden Eigenbeteiligungen für Zahnbehandlungen zurückzuführen.⁴²³ Vergleichbare Entwicklungen sind im Übrigen auch in Dänemark und somit in einem nordeuropäischen Land mit vergleichsweise geringen sozialen Unterschieden nachweisbar.⁴²⁴

Bei alten Menschen ist dieser Effekt besonders augenfällig, da hier Altersarmut und chronifizierte Leiden aufeinander treffen.⁴²⁵ Zum einen reduzieren Kostenbeteiligungen der Patienten die Fähigkeit der Sozialsysteme, sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen auszugleichen. Vor diesem Hintergrund haben viele Länder Schutzmaßnahmen für vulnerable Gruppen eingerichtet, die nie alle sozialen Härten ausschließen oder auffangen können, deren Wirksamkeit recht unterschiedlich ausfällt und die immer mit teils erheblichem organisatorischen Aufwand verbunden sind. Zum anderen wirken sie hemmend auf die beiden erwünschten Effekte, denn verringern sie die direkten Einnahmen des Kostenträgers (zumindest solange keine Gegenfinanzierung aus anderer Quelle stattfindet) und zumindest für die befreiten Gruppen auch den postulierten Steuerungseffekt.⁴²⁶

15.5 Transaktionskosten

Die Einführung, Erhebung, Abrechnung und Kontrolle von Eigenbeteiligungen im Krankheitsfall ist mit einem nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand verbunden, der jedoch bei den üblichen Modellrechnungen und vielfach auch bei den Evaluierungen regelmäßig unbeachtet bleibt. Dabei dürften die Erhebung von Zuzahlungen und vor allem die Einführung von Befreiungsregelungen vielfach beitragsrelevant sein und somit einen Teil des unterstellten Gewinns aus Mehreinnahmen und Ausgabeneinsparungen aufbrauchen.⁴²⁷ Außerdem darf man nicht übersehen, dass jede verwaltungstechnische Vorschrift ihre Schwächen hat. In der Praxis wird ein variabler Teil der Unterstützungsberechtigten ausgegrenzt. Gute Beispiele hierfür sind die nicht in Anspruch genommene Sozialhilfe in Deutschland⁴²⁸ und die unzuverlässige Zuweisung der als „Prämienverbilligung“ bezeichneten Krankenkassenzuschüsse für Geringverdiener in der Schweiz.⁴²⁹

420 Ziniel 2004, S. 44.

421 Grootendorst et al. 1997, S. 388ff.

422 Manski et al. 2001, S. 658, 661.

423 Ku/Broaddus 2005, S. 3; Ku/Wachino 2005, S. 2.

424 Vgl. Schwarz 1996.

425 Zum Beispiel Beck/Horne 1980; Dixon/Mossialos 2001; Tamblyn 2001; Kawabata et al. 2002; Burström 2002; Robinson 2002; Applegate 2002; Benner et al. 2002; Lee et al. 2006; Chandra et al. 2007.

426 Vgl. Langer et al. 2006, S. 21f

427 Deppe 1987, S. 100; Schachenhofer 1997, S. 151; O'Brien et al. 2000, S. 37ff; Akal/Harvey 2001, S. 19. Das lässt sich auch nicht dadurch ändern, dass der Gesetzgeber oder die Krankenkassen einen erheblichen Teil des bürokratischen Mehraufwands auf andere Stakeholder im Gesundheitswesen verlagert, wie dies z.B. bei der Praxisgebühr in Deutschland der Fall ist, wo die Verantwortung für das Eintreiben dieser Zuzahlung allein bei den niedergelassenen Ärzten liegt; auch wenn deren Verwaltungsaufwand zurzeit für die Kassen neutral bleibt, erfolgt zweifellos irgendeine Form von Kompensation.

428 Deppe 1987, S. 109.

429 Gerlinger 2003, S. 19.

In den Niederlanden haben seit den frühen 1980er Jahren verschiedene Regierungen immer wieder Versuche gestartet, Zuzahlungen in der akutmedizinischen Versorgung zu verankern. Die allermeisten erwiesen sich als wenig erfolgreich und endeten schon kurz nach ihrer Einführung.⁴³⁰ Sowohl die Einführung geringfügiger fixer Medikamentenzuzahlungen von ca. 1 € pro Rezept als auch niedriger anteiliger Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln in den 1990er Jahren sollten jegliche negativen Auswirkungen vermeiden, doch erwiesen sich die erzielten Einnahmen als unzureichend, um die entstandenen Verwaltungskosten aufzufangen.⁴³¹ So führten die Niederlande 1997 eine 20-prozentige Praxisgebühr ein, doch es stellten sich weder der erhoffte Finanzierungs- noch der erwartete Steuerungseffekt ein, so dass auch diese Form der Zuzahlung bereits nach drei Jahren ihr Ende fand.⁴³² Insgesamt ist zu beachten, dass die Einschätzung von Zuzahlungen als „geringfügig“ allenfalls bei kurzen Behandlungsepisoden gerechtfertigt ist, aber selbst niedrige Eigenbeteiligungen bei lang anhaltenden oder dauerhaften Therapien aber sehr wohl eine nennenswerte finanzielle Belastung der Betroffenen darstellen.⁴³³

15.6 Missachtung des medizinischen Bedarfs

Der Ansatz vieler Ökonomen und Politiker, die Gesundheitsausgaben über das Nachfrageverhalten der Patienten zu regulieren, missachtet die Relevanz klinischer Diagnosen in ganz grundsätzlicher Weise. Zuzahlungen, die angebliche Bagatellfälle aus dem Versorgungssystem heraus halten sollen, führen zu laienhaften Selbstdiagnosen⁴³⁴ und zur Selbstmedikation.⁴³⁵ In dem Maße, wie es zu einer Rückverlagerung der Diagnostik auf die Laien kommt, kann es darüber hinaus zu Über-, Unter- und Fehlversorgung kommen.⁴³⁶ Inzwischen ist hinlänglich bekannt und vielfach belegt, dass die verschiedenen Formen der Kostenbeteiligung von Patienten sowohl überflüssige als auch medizinisch indizierte Interventionen verhindern.⁴³⁷ Bisher ist es in keinem Bereich der (para-)medizinischen Versorgung gelungen, mit Eigenbeteiligungen zuverlässig und sicher zwischen „sinnvollen“ und „ungerechtfertigten“ Leistungen unterscheiden und die gewünschten Effekte auf die „leichtfertige“ Inanspruchnahme zu beschränken.⁴³⁸ Die angestrebte und vielfach auch erzielte Senkung der Nutzung durch Zuzahlungen wirkt sich auf indizierte und hoch-effiziente ebenso aus wie auf unangebrachte oder kaum wirksame Maßnahmen aus.⁴³⁹

Über Nutzergebühren eine Senkung der Nachfrage nach vermeintlich ungerechtfertigten Leistungen zu erreichen, setzte nämlich bei den Nutzern des Gesundheitswesens so weit gehende medizinische Kenntnisse voraus, wie sie eigentlich nur medizinisches Fachpersonal haben kann.⁴⁴⁰ Es liegt auf der Hand, dass derartige Vorkenntnisse in der Bevölkerung nicht vorauszusetzen sind, sonst wäre

430 Maarse 2004, S. 4.

431 de Wolf et al. 2005, S. 362.

432 Probst 2004, S. 23.

433 Moise/Jacobzone 2003, S. 20.

434 Padula 1992, S. 24.

435 Vgl. auch Zok 2006.

436 Das Beispiel starker Kopfschmerz zeigt das Risiko der laienhaften Selbstdiagnose. Dieses Symptom kann nämlich auch auf ernsthafte Krankheitsbilder wie Migräne, Hirnblutung oder Grippe hindeuten.

437 M. Shapiro et al. 1989, S. 1646f; Halton 2000, S. 4; Crawford et al. 2004, S. 28.

438 Stoddart et al. 1993, S. 9; Evans 2002, S. 26; Wong 2001, S. 1892.

439 Lohr et al. 1986a, S. S36; Siu et al. 1986, S. 1259; Richardson 1991, S. 23; Evans et al. 1993d, S. 2, 9; Barer et al. 1993a, S. 15, 31; Stoddart et al. 1993, S. 20; Rasell 1995, S. 1165; Deber 2000, S. 39; Kephart et al. 2003; Braithwaite/Rosen 2007, S. 603f.

440 Ein Minimum an klinischem Sachverstand zeigt die Absurdität der Eigenverantwortlichkeitsideologie, schließlich kann ein Symptom wie starker Kopfschmerz Ausdruck so unterschiedlicher Krankheitsbilder wie Migräne, Hirnblutung oder Grippe sein.

das Leistungsangebot medizinischer Experten überflüssig. Untersuchungen zu Verständnis und Allgemeinwissen der Bevölkerung über relevante Krankheiten zeigen denn auch trotz ausgeprägter medialer Behandlung einen sehr ernüchternden Kenntnisstand bei den Bürgern.⁴⁴¹ Für eine „rationale“ Entscheidung müssten Patienten erstens die Höhe der jeweils anfallenden Eigenbeteiligung im Voraus einschätzen und zweitens die Folgen von Behandlung und Nicht-Behandlung gegeneinander abwägen können.⁴⁴² Da dies üblicherweise nicht gegeben ist, können Eigenbeteiligungen die Erwartungen gar nicht erfüllen, mit hinreichender Treffsicherheit zwischen „gerechtfertigter“ und „leichtfertiger“ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu unterscheiden, schließlich führen sie sowohl bei leichten als auch bei schweren Symptomen zur signifikant verringerten Nutzung medizinischer Versorgungsangebote.⁴⁴³

Des Weiteren kann die aufgrund anfallender Direktzahlungen häufig zu beobachtende Hinauszögerung der Behandlung zu einer Verschlimmerung des Leidens führen und den Aufwand der medizinischen Intervention erhöhen.⁴⁴⁴ Verzögerte oder vermiedene Behandlungen erzeugen keineswegs automatisch die erwünschten Einspareffekte, sondern können zu deutlich höheren Folgekosten führen.⁴⁴⁵ Kürzlich veröffentlichte Ergebnisse bestätigen den lange gehegten Verdacht,⁴⁴⁶ dass verzögerte Behandlung in Gesundheitseinrichtungen für Mitglieder der Krankenversicherung von US-Militärangehörigen im Ruhestand (Veteran Affairs) die Mortalität steigert: Wer länger als einen Monat auf seinen Behandlungstermin warten muss, dessen Mortalität ist im nachfolgenden halben Jahr signifikant höher als schneller behandelte ambulante Patienten.⁴⁴⁷ Kostenbeteiligungen, die den medizinischen-klinischen Bedarf auch auf individueller Ebene adäquat berücksichtigen, existieren bisher nicht.

15.7 Unterschätzte externe Effekte

Da der generell und weltweit zu beobachtende Anstieg der Gesundheitsausgaben wesentlich stärker durch Angebots- als durch Nachfrageinduktion erfolgt⁴⁴⁸, ist es – wie gezeigt – keineswegs überraschend, dass die direkte Beteiligung von Patienten an den Gesundheitskosten als nachfragerseitiges Instrument kaum zu relevanten Ausgabensenkungen und zur Kostendämpfung beiträgt.⁴⁴⁹ Vielmehr senken Selbstbeteiligungen gerade bei der Gruppe der chronisch Kranken in unerwünschter Weise die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und gefährden damit die Qualität der klinischen Versorgung bei gleichzeitiger konsekutiver Kostensteigerung.⁴⁵⁰ Die Anwendung der Eigenbeteiligungsideologie auf chronisch Kranke bringt einen immanenten Widerspruch zwischen Finanzierungs- und Steuerungsfunktion von Zuzahlungen zum Vorschein: Gerade bei der Population, bei der die höchsten Ausgaben anfallen und somit potenziell auch die größten Einsparungen bzw. Einnahmen zu erzielen wären, widerspricht die „Kostenbeteiligung“ dem Ansatz, über Zuzahlungen die „unnötige“ Nutzung von Gesundheitsleistungen einzudämmen. Hinzu kommt, dass die Beteiligung

441 Bachmann et al 2007.

442 Neuman/Rice 2003, S. 5f; Ahmed et al. 2005, S. 393; vgl. auch Goodman 2006, S. w542f.

443 M. Shapiro et al. 1989, S. 1646f.

444 Zum Beispiel Chandra et al. 2007.

445 S. z.B. Soumerai et al. 1991, 1994 und 1997; Tamblyn et al. 2001; OECD 2004b, S. 18; Goldman et al. 2004, 2006; Chandra et al. 2007 u.v.a.m.

446 Kenagy et al. 1999, S. 664.

447 Prentice/Pizer 2007, S. 656f.

448 Saltman/Figuera 1996, S. 17.

449 Creese 1997, S. 202.

450 Chernew et al. 2006, S. 153f

dieser Patienten an den Kosten für ihre Behandlung gänzlich unerwünschte, kontraproduktive Steuerungswirkungen mit sich bringt.

Nicht jeder eingesparte Arztbesuch ist notwendigerweise ein Gewinn, und nicht jedes eingesparte Medikament muss sich auch tatsächlich auf der Habenseite der Krankenversicherung niederschlagen. Der primär ökonomische und vor allem betriebswirtschaftliche Blick auf Gesundheitsfinanzierung im Allgemeinen und Patientenzuzahlungen im Speziellen hat auch in Deutschland dazu geführt, dass sich die simplizistische Vorstellung durchsetzen konnte, jede eingesparte Gesundheitsleistung führe automatisch zu Ausgabensenkungen. Geht die Inanspruchnahme der von Zuzahlungen betroffenen Gesundheitsleistungen zurück, gilt dies gemeinhin als Nachweis für die Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen. Diese Annahme berücksichtigt allerdings weder klinische noch epidemiologische Zusammenhänge noch externe Effekte.⁴⁵¹ Die dringend gebotene Unterscheidung zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen, die ja gerade für die Umrechnung eingesparter Leistungen auf Kostenersparnis unerlässlich wäre, fehlt in den meisten vorliegenden Studien ebenso wie in der politischen Debatte.

Insgesamt ist der zu erwartende Einfluss von Eigenbeteiligungen auf die generelle Kostenentwicklung günstigstenfalls zu vernachlässigen – sei es durch Verringerung der anfallenden Kostenersatzung für erfolgte Behandlungen oder durch Rückgang der Zahl erbrachter Gesundheitsleistungen.⁴⁵² Vielfach verursachen die unerwünschten Wirkungen deutlich höhere Ausgaben als Einnahmen und Ersparnisse zusammen und widerlegen eindrücklich die vielfach von Zuzahlungen erwarteten Kostendämpfungswirkungen. Schließlich gehen die unerwünschten Wirkungen weit über die Ebene der Kostenträger hinaus und betreffen die gesellschaftliche wie die wirtschaftliche Teilhabe der Individuen. Kostenbedingte Therapieabbrüche in Folge von Selbstbeteiligungen führen nicht nur zu einem schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit chronischen Erkrankungen und zu vermehrtem Bedarf an prinzipiell vermeidbaren Komplikationen und Behandlungen,⁴⁵³ sondern auch zu erhöhter Arbeitsunfähigkeit und Produktivitätseinbußen im Arbeitsleben.⁴⁵⁴ Damit gefährden Zuzahlungen im Krankheitsfall letztlich die Güte und Zuverlässigkeit der sozialen Absicherung gegen Krankheitsfolgen, die alle Industrienationen zumindest vom Anspruch her verwirklichen wollen.

15.8 Entsolidarisierung

Direktzahlungen der Patienten reduzieren den sozialkompensatorischen Effekt von Krankenversicherungen bzw. staatlichen Sicherungssystemen. Sie unterminieren das Funktionieren solidarischer Versichertengemeinschaften, die auf überschaubarer Vorausfinanzierung an Stelle unkalkulierbarer Kosten im Akutfall basieren und sich gegenüber allen anderen Finanzierungsformen als überlegen erwiesen haben.⁴⁵⁵ Dafür spricht auch die Beobachtung, dass *user charges* insbesondere in armen Ländern den einkommenssichernden Wirkungen (sozialer) Krankenversicherungen⁴⁵⁶ und in reichen Gesellschaften den etablierten Mechanismen des Solidarprinzips zuwiderlaufen, deren Effekte

451 Neueren Erkenntnissen zu Folge kann eine qualitativ hochwertige Primärversorgung nicht nur die Patientenzufriedenheit steigern, sondern auch den Bedarf an weiterführenden und insbesondere an stationären Behandlungen verringern (s. Carlsen et al. 2007, S. 21ff). Dies kann als indirekte Bestätigung für die potenziell negativen Folgen eingesparter Arztbesuche gelten, denn der Zugang zu qualitativ guter Versorgung ist zwar nicht garantiert, setzt aber in jedem Fall einen Arztkontakt voraus.

452 Rasell 1997, S. 1167.

453 Soumerai/Ross-Degnan 1991, S. 1074f; Soumerai et al. 1994; Slade et al. 2005; Atella et al. 2006

454 Jinnett et al. 2007.

455 WHO 2000a, S. 35f; Eichler/Lewis o.J., S. 3; OECD 2003, S. 46; Kephardt et al. 2003.

456 Vgl. z.B. Dong et al. 1999, S. 51ff; Tseng et al. 2003, S. 223f.

teilweise konterkarieren können und die soziale Ungerechtigkeit und Ungleichheit verstärken.⁴⁵⁷ Die unmittelbare Beteiligung der Patienten an den Versorgungskosten mag zwar finanzielle Zugangsbarrieren für Krankenversicherungen senken, sie hat aber auf jeden Fall negativen Einfluss auf die Qualität des Versicherungsschutzes⁴⁵⁸ wie auf den Zugang zu qualitativ hoch stehender medizinischer Behandlung.⁴⁵⁹ Dies ist besonders leicht nachvollziehbar, wenn die Eigenanteile einen hohen Prozentsatz der Behandlungskosten ausmachen, wie dies in verschiedenen Versicherungsverträgen in den USA und flächendeckend beispielsweise in Südkorea der Fall ist,⁴⁶⁰ und Zuzahlungsbeiträge ein erhebliches Ausmaß annehmen, was unter den reichen Industrieländern in Japan die größte Rolle spielt, wo stationäre Behandlungen die Patienten leicht mehrere tausend Euro kosten können.⁴⁶¹

Die These vieler Ökonomen, dass Zuzahlungen die Gesundheitssysteme gerechter machten, weil sie Verschwendung eindämmten und dadurch die Akzeptanz solidarischer Krankenversicherungen stabilisierten scheint zunehmend widerlegt. Vielmehr verlieren die Versicherten vor dem Hintergrund immer neuer Kostenbeteiligungen das Vertrauen in den Solidarausgleich.⁴⁶² Aller Rhetorik zum Trotz: Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen führen keineswegs zu finanziell besser tragbaren Gesundheitssystemen.⁴⁶³ Vielmehr verbessern sie die Lage der Gesunden und der Bessergestellten zu Lasten der Kranken und der Ärmeren.⁴⁶⁴ Eine Verschreibung der bitteren Zuzahlungsmedizin ist allenfalls dann gerechtfertigt, wenn alle anderen gesundheitspolitischen Interventionsmöglichkeiten in Betracht gezogen und ausgeschöpft sind.⁴⁶⁵ Der geringe und allenfalls hypothetische Nutzen steigender Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen rechtfertigt weder die Risiken fehlender Akzeptanz der sozialen Sicherung noch die Gefahr mittel- oder langfristiger Kostensteigerungen.⁴⁶⁶

457 Stuart/Stockton 1973, S. 344; Deppe 1987, S. 109; Richardson 1991, S. 22; Arhin-Tenkorang 2001, S. 11f, 38; Deppe 2003; Gericke et al. 2003, S. 24, und 2004; Knappe 2003, S. 236; Ziniel 2004, S. 33; CEPAL 2006, S. 88f; Gruber 2006, S. 1.

458 Grootendorst et al. 1997 S. 390ff; Holst 2004, S. 43, 226; Holst et al. 2004, S. 280; Chernenew et al. 2006, S. 153f.

459 Eisenberg/Power 2000, S. 2102.

460 Yang/Holst 2006, S. 161.

461 Tu et al. 2003, S. 242f.

462 Vgl. dazu Wasem 1999, S. 74; Böcken et al. 2000, S. 125f; Marstedt 2002, S. 120f; Sachverständigenrat 2003a, S. 17; 2003b, S. 55ff; WHO 2005, S. 138f.

463 CHSRF 2001, S. 2

464 Deppe 2003

465 Creese 1997, S. 203

466 Müller et al. 2003, S. 6

16. Literaturverzeichnis

- Advisory Council for the Concerted Action in Health Care (ACCAHC) (2003). Health Care Finance, User Orientation and Quality. Report 2003, Summary. Bonn (<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/sogu03/03eng/engl03.pdf>).
- Afonso, Nelia; Nassif, George; Aranha, Anil; DeLor, Bonnie; Cardozo, Lavoisier (2006). Low-density Lipoprotein Cholesterol Goal Attainment Among High-risk Patients: Does a Combined Intervention Targeting Patients and Providers Work? *Am J Manag Care* 12 (10), S. 589- 594 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06octAfonso589to594.pdf).
- Ahlamaa-Tuompo, Jaana; Linna, Miika; Kekomäki, Martti (1998). Impact of user charges and socio-economic environment on visits to paediatric trauma unit in Finland. *Scand J Pub Health* 26 (4), S. 265-269 (<http://sjp.sagepub.com/cgi/reprint/26/4/265>).
- Ahlamaa-Tuompo, Jaana; Linna, Miika; Kekomäki, Martti (1998). User charges and the demand for acute paediatric traumatology services. *Pub Health* 112 (5), S. 327-329.
- Ahlamaa-Tuompo, Jaana (1999). The Effect of User Charges and Socio-Demographic Environment on Paediatric Trauma Hospitalisation in Helsinki in 1989-1994. *Eur J Epidem* 15 (2), S. 133-139 (<http://www.springerlink.com/content/r88752270210180g/fulltext.pdf>).
- Alan, Sule; Crossley, Thomas; Grootendorst, Paul; Veall, Michael (2002a). Out-of-Pocket Prescription Drug Expenditures and Public Prescription Drug Programs. Research Institute for Quantitative Studies in Economics and Population, Research Report No. 379, McMaster University Hamilton, L8S 4M4 (<http://socserv2.mcmaster.ca/qsep/p/qsep379.pdf>).
- Alan, Sule; Crossley, Thomas; Grootendorst, Paul; Veall, Michael (2002b). The effects of drug subsidies on out-of-pocket prescription drug expenditures by seniors: regional evidence from Canada. *J H Econ* 21 (5), S. 805–826.
- Alan, Sule; Crossley, Thomas; Grootendorst, Paul; Veall, Michael (2003). Out-of-Pocket Prescription Drug Expenditures and Public Prescription Drug Programs. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit/Institute for the Study of Labor, IZA Discussion Paper No. 695, Bonn (<http://opus.zbw-kiel.de/volltexte/2003/290/pdf/dp695.pdf>; <http://socserv.mcmaster.ca/rdc/RDCwp1.pdf>).
- Alber, Jens (2002). Besser als sein Ruf. Der Sozialstaat als erfolgreiches Modell. WZB-Mitteilungen 98. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin (http://www.wz-berlin.de/publikation/pdf/wm98/WM98_24-28.pdf).
- Alevizos, Alevizos; Mihas, Constantinos; Mariolis, Anargiros (2007). The Effects of Cost Sharing on Statin Adherence. *Am J Man Care* 13 (8), S. e2-e3 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07AUG_WebLtrToEd.pdf).
- Alexander, Caleb; Tseng, Chien-Weng (2004). Six strategies to identify and assist patients burdened by out-of-pocket prescription costs. *Clevel Clin J Med* 71 (5), S. 433-437 (<http://home.uchicago.edu/~galexand/Alexander504.pdf>).
- Alexander, Caleb; Casalino, Laurence; Meltzer, David (2003). Patient-physician communication about out-of-pocket costs. *JAMA* 290 (7), S. 953-958 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/290/7/953.pdf>).
- Alexander, Caleb; Casalino, Laurence; Meltzer, David (2005). Physician Strategies to Reduce Patients' Out-of-pocket Prescription Costs. *Arch Intern Med* 165 (6), S. 633-636 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/reprint/165/6/633>).
- Altman, Drew (2004). The New Medicare Prescription-Drug Legislation. *N Engl J Med* 350 (1), S. 9-10 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/350/1/9.pdf>).
- Anderson, Ronald; Bozzette, Samuel; Shapiro, Martin; St. Clair, Patricia; Morton, Sally; Crystal, Stephen; Goldman, Dana; Wenter, Neil; Gifford, Allen; Leibowitz, Arleen; Asch, Steven; Berry, Sandra; Nakazono, Terry; Heslin, Kevin; Cunningham, Willam; and the HCSUSConsortium (2000). Access of Vulnerable Groups to Antiretroviral Therapy Among Persons in Care for HIV in the United States. *H Serv Res* 35 (2), S. 389-416 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089126&blobtype=pdf>).

- Andersson, Karolina; Petzold, Max-Gustav; Sonesson, Christian; Lonnroth, Knut; Carlsten, Anders (2006). Do policy changes in the pharmaceutical reimbursement schedule affect drug expenditures?: Interrupted time series analysis of cost, volume and cost per volume trends in Sweden 1986-2002. *H Pol* 79 (2-3), S. 231-243.
- Anell, Anders; Svensson, Marianne (1999). User charges in health care: the Swedish case. *World Health Organization, Geneva, Eurohealth* 5 (3), S. 25-26
(http://www.euro.who.int/document/obs/EuroHealth5_3.pdf).
- Anis, Aslam; Guh, Daphne; Wang, Xiao-hua (2001). A dog's breakfast: prescription drug coverage varies widely across Canada. *Med Care* 39 (4), S. 315-326.
- Anis, Alsam; Guh, Daphne; Lacaille, Diane; Marra, Carlo; Rashidi, Amir; Li, Xin; Esdaile, John (2005). When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions. *CMAJ* 173(11), S. 1335-1340
(<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1283500&blobtype=pdf>).
- AOK Mediendienst – Presseservice Gesundheit (2002). Gesundheitspolitiker streiten sich um einen Selbstbehalt für Versicherte – Was ist das eigentlich, Herr Dr. Jacobs? *psg thema Ausgabe* 5, S. 15-16. Bonn, 13.9.2002.
- AOK-Mediendienst (2005). Von A(rztbesuch) bis Z(uzahlung): Das gilt 2006. Pressestelle des AOK-Bundesverbandes, Bonn.
- Applegate, William (2002). Elderly Patients' Adherence to Statin Therapy. *JAMA* 288 (4), S. 495-497
(<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/288/4/495>).
- Arhin-Tenkorang, Dyna (2000). Mobilizing Resources for Health: The Case of User Fees Revisited. *CMH Working Paper Series, Paper N^o WG3:6*. Washington D.C.
(http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper6.pdf).
- Arrow, Kenneth (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev* 53 (5), S. 941-973 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28196312%2953%3A5%3C941%3AUATWEO%3E2.0.CO%3B2-C>).
- Arzneimittelbrief (2007). Ein Vorbericht des IQWiG zur Hypertoniebehandlung: Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener Antihypertensiva als Therapie der ersten Wahl. *Der Arzneimittelbrief* 41 (4), S. 27-29 (<http://www.arzneimittelbrief.de/anfang/Artikel.aspx?J=2007&S=27>;
http://www.arzneimittelbrief.de/anfang/DER_ARZNEIMITTELBRIEF.aspx?J=2007&S=27).
- Ashley, John; LeBow, Robert; Pero, Robert (2001). Health for All 101. Policy Resolution # 01-01(I), American College of Preventive Medicine, Washington DC (http://www.acpm.org/res_0101I.htm).
- Ashley, John; LeBow, Robert; Pero, Robert (2002). Health for All. Policy Resolution # 03-02(A), American College of Preventive Medicine, Washington DC (http://www.acpm.org/res_0302A.pdf).
- Asplin, Brent; Rhodes, Karin; Levy, Helen; Lurie, Nicole; Crain, Lauren; Carlin, Bradley; Kellermann, Arthur (2005). Insurance Status and Access to Urgent Ambulatory Care Follow-up Appointments. *JAMA* 294 (10), S. 1248-1254 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/294/10/1248>).
- Atella, Vincenzo; Peracchi, Franco; Depalo, Domenico; Rossetti, Claudio (2006). Drug compliance, copayment and health outcomes: evidence from a panel of Italian patients. *H Econ* 15 (9), S. 875-892
(<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112664983/PDFSTART>;
http://www.rand.org/labor/adp_pdfs/2006_peracchi.pdf).
- Augurzky, Boris; Bauer, Thomas; Schaffner, Sandra (2006). Copayments in the German Health System – Does it work? *RWI Discussion paper No. 43*, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen/IZA Discussion Paper 2292, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (Institute for the Study of Labor), Bonn (<http://ftp.iza.org/dp2290.pdf#search=%22Augurzky%20Bauer%20Schaffner%20Copayments%22>;
http://www.rwi-es-sen.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PUBLIKATIONEN/RWIDP/RWI_DP043/DP_06_043.PDF#search=%22Augurzky%20Bauer%20Schaffner%20Copayments%22;

http://www.iza.org/index_html?lang=en&mainframe=http%3A//www.iza.org/en/webcontent/personnel/photos/index_html%3Fkey%3D271&topSelect=personnel&subSelect=fellows).

Avorn, Jerry; Monette, Johanne; Lacour, Anne; Bohn, Ronda; Monane, Mark; Mogun, Helen; LeLorier, Jacques (1998). Persistence of use of lipid-lowering medications: a cross-national study. *JAMA* 279 (18), S.1458-1462 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/279/18/1458>).

Avorn, Jerry (2006). Part “D” for “Defective” – The Medicare Drug-Benefit Chaos. *N Engl J Med* 354 (13), S. 1339-1341 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/354/13/1339.pdf>).

Babazono, Akira; Ogawa, Takanori; Babazono, Tsuneko; Hamada, Hirohisa; Tsuda, Toshihide; Aoyama, Hideyasu (1991). The Effect of a Cost Sharing Provision in Japan. *Fam Pract* 8 (3), S. 247-252 (<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/8/3/247>).

Babazono, Akira; Tsuda, Toshihide; Yamamoto, Eiji; Mino, Yoshio; Une, Hiroshi; Hillman, Alan (2003). Effects of an Increase in Patient Copayments on Medical Service Demands of the Insured in Japan. *Int J Techn Ass Health Care* 19 (3), S. 465-475 (Abstract: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=176027>).

Babisch, Wolfgang (2000). Traffic Noise and Cardiovascular Disease: Epidemiological Review and Synthesis. *Noise and Health* 2 (8), S. 9-32 (Abstract: <http://www.ingentaconnect.com/content/nrn/nh/2000/00000002/00000008/art00002;jsessionid=1q93dj106gw7v.alice>).

Bachmann, Lucas; Gutzwiller, Florian; Puhan, Milo; Steurer, Johann; Steurer-Stey, Claudia; Gigerenzer, Gerd (2007). Do citizens have minimum medical knowledge? – A survey. *BMC Medicine* 5 (14) (<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/5/14>).

Bae, Seung-in; Paltiel, David; Fuhlbrigge, Anne; Weiss, Scott; Kuntz, Karen (2007). Modeling the Potential Impact of a Prescription Drug Copayment Increase on the Adult Asthmatic Medicaid Population. *Value in Health* 11 (1), S. 110-118 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1524-4733.2007.00219.x>).

Baker, Judy; van der Gaag, Jacques (1993). Equity in health care and health care financing: evidence from five developing countries. In: van Doorslaer, Eddy; Wagstaff, Adam; Rutton, Frans. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford University Press, Oxford.

Bakker, Frank; van Vliet, René (1995). The introduction of deductibles for prescription drugs in a national health insurance: compulsory or voluntary? *H Pol* 31 (1), S. 53–65.

Baldwin, Arthur; Mulkey, Marian; Kagan, Matthew (2005). *The Price of Illness: Cost Sharing and Health Plan Benefits*. Issue Brief Sept. 2005, California Healthcare Foundation, Oakland (<http://www.chcf.org/documents/insurance/ThePriceofIllnessConsumerCostSharing.pdf>).

Bankrate.com (2005). Health insurance terms and definitions. (<http://www.bankrate.com/nscre/news/insur/20020709a.asp#b>).

Barer, Morris; Bhatia, Vandha; Stoddart, Greg; Evans, Robert (1993a). User Charges, Snares and Delusions: Another look at the literature. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93. 14D. Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-14D.pdf>).

Barer, Morris; Bhatia, Vandha; Stoddart, Greg; Evans, Robert (1993b). The Remarkable Tenacity of User Charges: A Concise History of the Participation, Positions and Rationales of Canadian Interest Groups over “Direct Patient Participation” in Health Care Financing. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93. 15D. Calgary. (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-15D.pdf>).

Barer, Morris; Evans, Robert; Hertzman, Clyde; Johri, Mira (1998). Lies, Damned Lies, and Health Care Zombies: Discredited Ideas That Will Not Die. HPI Discussion Paper No. 10, The University of Texas – Houston Health Science Center (HPRU 98:5D) (www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru98-05D.pdf).

Barnett, Barbara (1998). FHI – Do Client Fees Help or Hurt? Family Health International, Durham (http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v18_2/NW182ch2.htm).

Barry, Michael; Tilson, Lesley; Ryan, Máirín (2004). Pricing and reimbursement of drugs in Ireland. *Eur J H Econ* 5 (2), S. 190–194 (<http://www.springerlink.com/content/t2fuflk8np1w55yw/fulltext.pdf>).

- Batnia, Vandha; Stoddart, Greg; Barer, Morris; Evans, Robert (1993). *User Charges in Health Care: A Bibliography*. Health Policy Research Unit, University of British Columbia, Vancouver.
- Baume, Elaine; Juárez, Mercedes; Standing, Hillary (2000). *Gender and Health Equity Resource Folder*. Institute of Development Studies, Universität Sussex, Brighton.
(<http://www.ids.ac.uk/bridge/Reports/geneqfolder.pdf>)
- Beck, Ralf (1974). The effects of Co-Payment on the Poor. *J Hum Res* 9 (1), S. 129-142
(<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-166X%28197424%299%3A1%3C129%3ATEOCOT%3E2.0.CO%3B2-S>).
- Beck, Ralf; Horne, John (1980). Utilization of publicly insured public services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Med Care* 18 (8), S. 787-806 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-4367%28197603%2943%3A1%3C73%3AECARAE%3E2.0.CO%3B2-0>).
- Becker, Karolin; Zweifel, Peter (2005). *Cost Sharing in Health Insurance: An Instrument for Risk Selection?* Working Paper No. 0513, Sozialökonomisches Institut (Socioeconomic Institute), Universität Zürich
(<http://www soi.unizh.ch/research/wp/wp0513.pdf>).
- Beer, François-Joachim; Beer-Poitevin, Françoise (1980). Die Selbstbeteiligung in der französischen Krankenversicherung. In: *Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie*, S. 75-78.
- Benítez-Silva, Hugo; Buchinsky, Moshe; Chan, Hiu Man; Cheidvasser, Sofia; Rust, John (2004). How Large is the Bias in Self-Reported Disability? *J Appl Econ* 19 (6), S. 649–670
(<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/109799429/PDFSTART>).
- Benner, Joshua; Glynn, Robert; Mogun, Helen; Neumann, Peter; Weinstein, Milton; Avorn, Jerry (2002). Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA* 288 (4), S. 455-461
(<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/288/4/455>).
- Bentur, Netta; Gross, Revital; Resnitzki, Shirley; Brammli-Greenberg, Shuli (2004). The Effect of Co-Payments on the Accessibility of Primary Health Services for Stroke Patients. *Soc Sec: J Welfare and Int Soc Sec Studies* 66, S. 63-75.
- Berié, Hermann; Braeseke, Grit; Fink, Ulf; Völker, Ingrid (2005). *Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes*. WISO – Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH, Berlin (http://www.wiso-gruppe.de/download/wiso_gutachten_200509.pdf).
- Berk, Mark; Monheit, Alan; Hagan, Michael (1988). How the U.S. Spent Its Health Care Dollar: 1929–1980. *H Aff Fall* 1988, S. 46–60 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/7/4/46>).
- Berk, Mark; Monheit, Alan (1992). The Concentration of Health Expenditures: An Update. *H Aff Winter* 1992, S. 145–149 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/11/4/145>).
- Berk, Mark; Monheit, Alan (2001). The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited. *H Aff* 20 (2), S. 9-18 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/20/2/9>).
- Berki, S.E. (1986). A Look At Catastrophic Medical Expenses And The Poor. *H Aff* 5 (4), S. 138- 145
(<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/5/4/138>).
- Berlemann, M., A. Karmann (1998). Moral Hazard im Gesundheitswesen – Ein Beispiel aus der Kieferorthopädie. *Zeitschr Wirtsch Sozialwiss (ZWS)*, Bd. 118, S. 573-595.
- Bhattacharya, Jayanta; Neeraj, Sood (2005). *Health Insurance and the Obesity Externality*. NBER Working Paper No. W11529, Washington DC
(http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=776017#PaperDownload).
- BIG – Die Direktkrankenkasse (2004). *Presseportal: forsa-Umfrage lässt keine Rückschlüsse auf Wahlab-sicht zu*. Dortmund (<http://www.presseportal.de/story.htx?nr=532722>).
- Birch, Stephen (1986). Relationship between increasing prescription charges and consumption in groups not exempt from charges. *J R Coll Gen Pract* 36 (285), S. 154-156
(<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?iid=138912>).
- Birch, Stephen (1989). Health care charges: lessons from the U.K.. *H Pol* 13 (2), S. 145-157.

- Birch, Steven (2004). Charging the patient to save the system? Like bailing water with a sieve. *CMAJ/JAMC* 170 (12), S. 1812-1813 (<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/12/1812>).
- Birkett, Donald; Mitchell, Andrew; McManus, Peter (2001). A Cost-Effectiveness Approach To Drug Subsidy And Pricing In Australia. *H Aff* 20 (3), S. 104-114 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/20/3/104>).
- Bitrán, Ricardo; Giedion, Ursula (2003). Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. Social Safety Net Primer Series, Worldbank, Washington ([http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/\\$FILE/0308.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/$FILE/0308.pdf)).
- Blais, Lucie; Couture, Julie; Rahme, Elham; LeLorier, Jacques (1997). Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments du Québec sur la consommation de médicaments chez les aînés. *L'Actualité Médicale*, Association des Médecins de langue française du Canada, Montreal (Abstract: <http://www.sqgeriatrie.org/pdf/BULLETTIN-MARS-2000.pdf>).
- Blais, Lucie; Boucher, Jean-Marc; Couture, Julie; Rahme, Elham; LeLorier, Jacques (1999). Impact of the Quebec cost sharing drug insurance plan on the monthly dispensed prescriptions of 4 classes of medications among elderly. Abstract presented at Canadian Association for Population Therapeutics Annual Conference, Halifax. *Pharmacoepidem Drug Safety* 8 (S2), S. S79-S196 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/63001476/PDFSTART>).
- Blais, Lucie; Boucher, Jean-Marc; Couture, Julie; Rahme, Elham; LeLorier, Jacques (2001). Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among elderly. *J Am Ger Soc* 49 (4), S. 410-414 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1532-5415.2001.49084.x>).
- Blais, Lucie; Couture, Julie; Rahme, Elham; LeLorier, Jacques (2003). Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance. *H Pol* 64 (2), S. 163-172.
- Blendon, Robert; Leitman, Robert; Morrison, Ian; Donelan, Karen (1990). Satisfaction with Health Systems in Ten Nations. *H Aff* 9 (2), S. 185-192 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/9/2/185>).
- Blendon, Robert; Schoen, Cathy; DesRoches, Catherine; Osborn, Robin; Scoles, Kimberly; Zapert, Kinga (2002). Inequities In Health Care: A Five-Country Survey. *H Aff* 21 (3), S. 182-191 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/21/3/182.pdf>).
- Block, Adam (2007). Costs and Benefits of Direct-to-Consumer Advertising: The Case of Depression. *Pharmacoecon* 25 (6), S. 511-521 (Abstract: <http://pharmacoeconomics.adisonline.com/pt/re/phe/abstract.00019053-200725060-00006.htm>).
- Bloom, Gerald (1997). Primary Health Care Meets the Market: Lessons from China and Vietnam. Institute for Development Studies (IDS), Working Paper 53, Brighton, ISBN 1 85864 119 5 (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp53.pdf>).
- Bloom, Bernard (2001). Another Theory About Healthcare Expenditures and Inflation Refuted by the Facts. *Am J Manag Care* 7 (7), S. 740-741 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC2001julBloom740_741.pdf).
- Blustein, Jan (1995). Medicare Coverage, Supplemental Insurance, and the Use of Mammography by Older Women. *N Engl J Med* 332 (17), S. 1138-1143 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/332/17/1138.pdf>).
- Blumenthal, David (2006a). Employer-Sponsored Health Insurance in the United States – Origins and Implications. *N Engl J Med* 355 (1), S. 82-88 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/355/1/82.pdf>).
- Blumenthal, David (2006b). Employer-Sponsored Insurance – Riding the Health Care Tiger. *N Engl J Med* 355 (2), S. 195-202 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/355/2/195.pdf>).
- Blustein, Jan (2000). Drug coverage and drug purchases by Medicare beneficiaries with hypertension. *H Aff* 19 (2), S. 219-230 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/2/219>).
- Bodenheimer, Thomas (2001). Affordable Prescriptions for the Elderly. *JAMA* 286 (14), S. 1762-1763 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/286/14/1762>).
- Bodenheimer, Thomas (2005). High and Rising Health Care Costs. Part 1: Seeking an Explanation. *Ann Int Med* 142 (10), S. 847-854 (<http://www.annals.org/cgi/reprint/142/10/847.pdf>).

- Bodenheimer, Thomas (2005). High and Rising Health Care Costs. Part 3: The Role of Health Care Providers. *Ann Intern Med* 142 (12), S. 996-1002 (http://www.annals.org/cgi/reprint/142/12_Part_1/996.pdf).
- Böcken, Jan; Butzlaff, Martin; Esche, Andreas (Hrsg.) (2000). Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh (<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F0A-1EB3E760/stiftung/515.pdf>).
- Boos-Nünning, Ursula; Lauterbach, Karl; Karsten, Rudolf; Weisskirchen, Gerd (2004). Mut zur Veränderung. Innovation und Chancengleichheit durch eine integrierte Bildungs-, Gesundheits- und Familienpolitik. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn (<http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PRESSE/PRESSEARCHIV/2004/PUBLIKATIONEN2004/INNOVATIONUNDCHANCENGLEICHHEIT.PDF>).
- Bozette, Frank; Joce, Geoffrey; McCaffrey, Daniel; Leibowitz, Arleen; Morton, Sally; Berry, Sandra; Rastegar, Afshin; Timberlake, David; Shapiro, Martin; Goldman, Dana (2001). Expenditures for the Care of HIV-Infected Patients in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 344 (11), S. 817-823 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/344/11/817.pdf>).
- Braam, Tamara (2005). The impact of health sector financing reforms on sexual and reproductive health services in Africa. University of the Witwatersrand, Johannesburg; Ravindran, Sundari; de Pinho, Helen (Eds.). The right reform? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health. Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand (<http://www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/docs/AFRICAFINANCE.pdf>).
- Braithwaite, Scott; Rosen, Allison (2007). Linking Cost Sharing to Value: An Unrivaled Yet Unrealized Public Health Opportunity. *Ann Intern Med* 146 (8), S. 602-605 (<http://www.annals.org/cgi/reprint/146/8/602.pdf>).
- Brammli-Greenberg, Shuli (2003). Co-Payments for Health-Plan Services. Health Policy Division, JDC-Brookdale Institute, Jerusalem.
- Brauer, Michael; Hoek, Gerard; van Vliet, Patricia; Meliefste, Kees; Fischer, Paul; Wijga, Alet; Koopman, Laurens; Neijens, Herman; Gerritsen, Jorrit; Kerkhof, Marjan; Heinrich, Joachim; Bellander, Tom; Brunekreef, Bert (2002). Air Pollution from Traffic and the Development of Respiratory Infections and Asthmatic and Allergic Symptoms in Children. *Am J Respir Crit Care Med* 166 (8). S. 1092-1098 (<http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/reprint/166/8/1092.pdf>).
- Brett, Allan (2007). Two-Tiered Health Care: A Problematic Double Standard. *Arch Intern Med* 167 (5), S. 430-432 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/reprint/167/5/430>).
- Breyer, Friedrich (1984). Moral Hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag. Eine Übersicht. *Zeitschr ges Staatswiss* 140, S. 288-307 (http://www.digizeitschriften.de/no_cache/home/jkdigitoools/loader/?tx_jkDigiTools_pi1%5BIDDOC%5D=154908).
- Breyer, Friedrich (1991). Distribution effects of coinsurance options in social health insurance systems. In: López-Casasnovas, Guillem (ed). Incentives in health systems. Springer, Berlin Heidelberg New York.
- Breyer, Friedrich; Haufler, Andreas (2000). Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution. *Int Tax Publ Fin* 7 (4-5), S. 445-461 (http://www-cgi.uni-regensburg.de/Fakultaeten/WiWi/Wiegard/start/de/lehre/2002-2003/seminar/Health_care_reform.pdf).
- Breyer, Friedrich; Haufler, Andreas (2000). Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution. DIW Discussion Paper No. 205, Berlin (<http://opus.zbw-kiel.de/volltexte/2003/222/pdf/dp205.pdf>).
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Matthias (2005). Gesundheitsökonomik. 5. Auflage. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.
- Briesacher, Becky; Kamal-Bahl, Sachim; Hochberg, Marc; Orwig, Denise; Kahler, Kristjan (2004). Three-tiered-copayment drug coverage and use of nonsteroid anti-inflammatory drugs. *Arch Int Med* 164 (15), S. 1679-1684 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/reprint/164/15/1679>).
- Briesacher, Becky; Stuart, Bruce; Ren, Xiaoqiang; Doshi, Jalpa; Wrobel, Marian (2005). Medicare beneficiaries and the impact of gaining prescription drug coverage on inpatient and physician spending. *H Serv Res*

- 40 (5, Part1), P. 1279-1296 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2005.00432.x>; http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_5_40/ai_n15874887).
- Brixner, Diana; Joish, Vijay; Oderda, Gary; Avey, Steven; Hanson, Douglas; Cannon, Eric (2007). Effects of Benefit Design Change Across 5 Disease States. *Am J Man Care* 13 (6, Part 2), S. 370-376 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07junPrt2_Brixner370to76.pdf).
- Brodsky, David (1987). The Correlates of Cost-Conscious Behavior Among Elderly Consumers of Health Care Services. *J Appl Geront* 6 (1), S. 25-38 (<http://jag.sagepub.com/cgi/reprint/6/1/25>).
- Brook, Robert; Ware, John; Rogers, William; Keeler, Emmett; Davies, Allyson; Donald, Cathy; Goldberg, George (1983). Does free care improve adults health? Results from a randomized controlled trial. *N Engl J Med* 309 (23), S. 1426-1434 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/309/23/1426>).
- Brook, Robert (1989). Practice guidelines and practicing medicine. Are they compatible? *JAMA* 262 (21), S. 3027-3030 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/262/21/3027>).
- Brooks, Robert (1980). Der Selbstbehalt in der österreichischen Sozialversicherung. In: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, S. 58-60.
- Büchi, Martin; Bachmann, Lucas; Fischer, Joachim; Peltenburg, Michael; Steurer, Johann (2000). Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. *Schweizerische Ärztezeitung* 81 (49), S. 2776-2780 (<http://www.saez.ch/pdf/2000/2000-49/2000-49-1017.PDF>).
- Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH) (1999a). BAH-Bevölkerungsbefragung: 62 Prozent der Bundesbürger betreiben regelmäßig Selbstmedikation. Das Freie Medikament 1-3/99 (<http://www.bah-bonn.de/forum/publikationen/dfm/dfm1-3-99.htm#BAH-Bev%60kerungsbefragung>).
- Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH) (1999b). Der Selbstmedikationsmarkt 1998. Das Freie Medikament 1-3/99 (<http://www.bah-bonn.de/forum/publikationen/dfm/dfm1-3-99.htm#BAH-Bev%60kerungsbefragung>).
- Buntin, Melinda; Damberg, Cheryl; Haviland, Amelia; Kapur, Kanika; Lurie, Nicole; McDevitt, Roland; Marquis, Susan (2006). Consumer-Directed Health Care: Early Evidence About Effects On Cost And Quality. *H Aff* 25 (6), pp. W516-W530 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w516>).
- Burström, Bo (2002). Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *H Pol* 62 (2), S. 117-129.
- Burström, Bo (2004). User charges in Sweden. *European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer* 6 (3), S. 5-6 (http://www.euro.who.int/document/Obs/EuroObserver6_3.pdf).
- Busch, Susan; Barry, Colleen; Vegso, Sally; Sindelar, Jody; Cullen, Mark (2006). Effects Of A Cost-Sharing Exemption On Use Of Preventive Services At One Large Employer. *H Aff* 25 (6), S. 1529-1536 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/25/6/1529>).
- Busse, Reinhard; Riesberg, Annette (2004). Health Care Systems in Transition. Germany. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen (http://www.healthpolicymonitor.org/Downloads/HiT_Germany_2005.pdf).
- Busse, Reinhard; Schlette, Sophia (Hrsg.) (2004). Gesundheitspolitik in Industrieländern. Ausgabe 2. Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik und Alter, Arzneimittelpolitik, Fachkräfteentwicklung. Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh. ISBN 3-89204-767-7 (<http://www.wm.tu-berlin.de/~mig/papers/index.html>).
- Busse, Reinhard; Schlette, Sophia (2005). Gesundheitspolitik in Industrieländern. Ausgabe 4. Im Blickpunkt: Zugang, Primärversorgung, Organisationsreform. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh (http://www.healthpolicymonitor.org/Downloads/Gesundheitspolitik_in_Industrielaendern_Ausgabe_4.pdf;jsessionid=0DD454B3CBD59FED2F2ECA72FEDB7BA0).
- Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Henke, Klaus-Dirk (2005). Regulation of pharmaceutical markets in Germany: improving efficiency and controlling expenditures? *Int J H Plan Mgmt* 20 (4), S. 329-349 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112140375/PDFSTART>).
- Butler, Robert (2001). Old and Poor in America. Issue Brief, International Longevity Center, New York (www.ilcusa.org/lib/pdf/brief_001.pdf).

Canadian Alliance Grassroots (2002). Doctors Want More Private Care. Belleville/Ontario (<http://www.canadiangrassroots.ca/sections.php?op=printpage&artid=38>).

Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) (2001). Myth: User fees stop waste and ensure better use of the healthcare system. Myth busters. (<http://www.chrsf.ca>).

Cannon, Christopher; Braunwald, Eugene; McCabe, Carolyn; Rader, Daniel; Rouleau, Jean; Belder, Rene; Joyal, Steven; Hill, Karen; Pfeffer, Marc; Skene, Allan (2004). Intensive versus Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 350 (15), S. 1495–1504 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/350/15/1495.pdf>).

Carlsen, Frederick; Grytten, Jostein; Kjellvik, Julie; Skau, Irene (2007). Better primary physician services lead to fewer hospital admissions. *Eur J Health Econ* 8 (1), S. 17–24 (<http://www.springerlink.com/content/9030485k85884r54/fulltext.pdf>).

Carlson, Matthew; DeVoe, Jennifer; Wright, Bill (2006). Short-Term Impacts of Coverage Loss in a Medicaid Population: Early Results From a Prospective Cohort Study of the Oregon Health Plan. *Ann Fam Med* 4 (5), S. 391-398 (<http://www.annfammed.org/cgi/reprint/4/5/391>).

Carroll, Margaret; Lacher, David; Sorlie, Paul; Cleeman, James; Gordon, David; Wolz, Michael; Grundy, Scott; Johnson, Clifford (2005). Trends in Serum Lipids and Lipoproteins of Adults, 1960–2002. *JAMA* 294 (14), S. 1773-1781 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/294/14/1773>).

Chandra, Amitabh; Gruber, Jonathan; McKnight, Robin (2007). Patient Cost-Sharing, Hospitalization Offsets, and the Design of Optimal Health Insurance for the Elderly. Working Paper 12972, National Bureau of Economic Research, Cambridge (<http://www.nber.org/papers/w12972>).

Chauhan, Anoop; Chatterjee, Anwesh; Johnston, Sebastian (2005). Acute Respiratory Infections. In: Krzyzanowski, Michael, Kuna-Dibbert, Birgit, Schneider, Jürgen: S. 44-69.

Chen, Meei-shia; Mastilica, Miroslav (1998). Health care reform in Croatia: for better or for worse? *Am J Publ H* 88 (8), S. 1156-1160 (<http://www.ajph.org/cgi/reprint/88/8/1156>).

Cherkin, Daniel; Grothaus, Louis; Wagner, Edward (1989). The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization. *Med Care* 27 (11), S. 1036-1045.

Cherkin, Daniel; Grothaus, Louis; Wagner, Edward (1992). Is magnitude of co-payment effect related to income? Using census data for health services research. *Soc Sci Med* 34 (1), S. 33-41.

Chernew, Michael; Encinosa, William; Hirth, Richard (2000). Optimal health insurance: the case of observable, severe illness. *J H Econ* 19 (5), S. 585-609.

Chernew, Michael; Smith, Dean; Kirking, Duane; Fendrick, Mark (2001). Decomposing Pharmaceutical Cost Growth in Different Types of Health Plans. *Am J Manag Care* 7 (7), S. 667 -673 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC2001julCHERNEW667_673.pdf).

Chernew, Michael; Rosen, Allison; Fendrick, Mark (2006). Rising Out-of-pocket Costs in Disease Management Programs. *Am J Manag Care* 12 (3), S. 150-154 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06mar_Chernew150to54.pdf).

Chernew, Michael; Rosen, Allison; Fendrick, Mark (2007). Value-based Insurance Design. *H Aff* 26 (2), S. w195-w203 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/26/2/w195>; <http://www.sph.umich.edu/vbidcenter/pdfs/w195Chernew.pdf>).

Chewning, Betty (2006). The healthy adherer and the placebo effect. *BMJ* 333 (7557), S. 18-19 (http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint_abr/333/7557/18.pdf).

Choe, Hae Mi; Stevenson, James; Streetman, Daniel; Heisler, Michele; Standiford, Connie; Piette, John (2007). Impact of Patient Financial Incentives on Participation and Outcomes in a Statin Pill-splitting Program. *Am J Man Care* 13 (6, Part 1), S. 298-304 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC07_junPrt1Choe298to304.pdf).

Choudhry, Niteesh; Avorn, Jerry; Antman, Elliott; Schneeweiss, Sebastian; Shrank, William (2007). Should Patients Receive Secondary Prevention Medications For Free After A Myocardial Infarction? An Economic Analysis. *H Aff* 26 (1), S. 186-194 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/26/1/186>).

- Chubon, Sandra; Schulz, Richard; Lingle Jr., Earle; Coster-Schulz, Marcia (1994). Too Many Medications, Too Little Money: How Do Patients Cope? *Public Health Nursing* 11 (6), S. 412–415 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1446.1994.tb00207.x>).
- Ciechanowski, Paul; Katon, Wayne; Russo, Joan (2000). Depression and Diabetes: Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs. *Arch Intern Med* 160 (21), S. 3278-3285 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/160/21/3278>).
- Clade, Harald; Merten, Martina (2004). Direktbeteiligung: Deutschland liegt auf einem Mittelplatz. *Dt Ärztbl* 101 (34-35), S. A-2288 / B-1920 / C-1848 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=43081>).
- Claxton, Gary; Gil, Isadora; Finder, Benjamin; Holve, Erin; Gabel, Jon; Pickreign, Jeremy; Whitmore, Heidi; Hawkins, Samantha; Fahlman, Cheryl (2004). Employer Health Benefits: 2004 Annual Survey. Henry Kaiser Family Foundation; Health Research and Education Trust, Menlo Park/Chicago, ISBN 0-87258-812-2 (<http://www.kff.org/insurance/7148/upload/2004-Employer-Health-Benefits-Survey-Full-Report.pdf>).
- Claxton, Gary; Gil, Isadora; Finder, Benjamin; Gabel, Jon; Pickreign, Jeremy; Whitmore, Heidi; Hawkins, Samantha (2005). Employer Health Benefits: 2005 Summary of Findings: 2005 Henry Kaiser Family Foundation/Health Research and Education Trust, Menlo Park/Chicago, ISBN 1-55648-329-5 (<http://www.kff.org/insurance/7315/upload/7315.pdf>).
- Cole, Alexander; Norman, Heather; Weatherby, Lisa; Walker, Alexander (2006). Drug Copayment and Adherence in Chronic Heart Failure: Effect on Cost and Outcomes. *Pharmacotherapy* 26 (8), S. 1157-1164 (<http://www.atypon-link.com/PPI/doi/pdf/10.1592/phco.26.8.1157>).
- Coleman, Eric; Smith, Jodi; Raha, Devbani; Min, Sung-joon (2006). Posthospital Medication Discrepancies. Prevalence and Contributing Factors. *Arch Int Med* 165 (18), S. 1842-1847 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/166/17/1802>).
- Collins, David; Quick, Jonathan; Musau, Stephen; Kraushaar Daniel (1996). Health Financing Reform in Kenya: The Fall and Rise of Cost Sharing, 1989-94. Management Sciences for Health, Boston.
- Colombo, Francesca; Tapay, Nicole (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Paper 15 (<http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>).
- Contoyannis, Paul; Hurley, Jeremiah; Grootendorst, Paul; Jeon, Sung-Hee; Tamblyn, Robyn (2005). Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada. *H Econ* 14 (9), S. 909-923 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/111081767/PDFSTART>).
- Coombs, John; Cornish, Laura; Hiller, Paula; Smith, Dean (2002). Compliance and Refill Pattern Behavior With HMG-CoA Reductase Inhibitors After Acute Myocardial Infarction. *Manag Care Interface* 15 (1), S. 54-58, 60 (<http://www.medicomint.com/Search/SubjectDetails.asp?SUBJECT=Compliance+and+Refill+Pattern+Behavior+With+HMG%2DCoA+Reductase+Inhibitors+After+Acute+Myocardial+Infarction>).
- Cooper, Michael; Culyer, Anthony (Eds.) (1973). *Health Economics*. Penguin Books, Hammonds-worth/Baltimore/Rongwood.
- Coulson, Edward; Terza, Joseph; Neslusan, Cheryl; Stuart, Bruce (1995). Estimating the Moral-Hazard Effect of Supplemental Medical Insurance in the Demand for Prescription Drugs by the Elderly. *Am Econ Rev* 85 (2) [Papers and Proceedings of the Hundredth and Seventh Annual Meeting of the American Economic Association Washington, DC, January 6-8, 1995], S. 122-126 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28199505%2985%3A2%3C122%3AETMEOS%3E2.0.CO%3B2-Z>).
- Council of the European Union (2007). Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2007. EU Council, Brussels (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st06/st06694.en07.pdf>).
- Cox, Emily; Jernigan, Cindy; Coons, Stephen; Draugalis, JoLaine (2001). Medicare Beneficiaries' Management of Capped Prescription Benefits. *Med Care* 39 (3), S. 296-301 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0025-7079%28200103%2939%3A3%3C296%3AMBMOCP%3E2.0.CO%3B2>).

- Crawford, Steven; Ramsey, Christian; Splinter, Garth (2004). It's Health Care, Not Welfare. Final Report Submitted to The Oklahoma Health Care Authority. Health Care Not Welfare Project Team, Primary Care Health Policy Division, Department of Family & Preventive Medicine, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City (<http://www.statecoverage.net/hrsa/ok.pdf>; <http://www.statecoverage.net/statereports/ok8.pdf>).
- Creese, Andrew (1997). User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity. *BMJ* 315 (7102), S. 202-203 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7102/202>).
- Cross, Margaretann (2003). Will New Benefit Design Harm Some Patients? *Managed Care* Dec 2003 (<http://www.managedcaremag.com/archives/0312/0312.outcomes.html>).
- Crown, William; Berndt, Ernst; Baser, Onur; Finkelstein, Stan; Witt, Whitney (2003). Benefit Plan Design and Prescription Drug Utilization Among Asthmatics: Do Patient Copayments Matter? National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper 10738, Cambridge (<http://www.nber.org/papers/w10062.pdf>).
- Crown, William; Berndt, Ernst; Baser, Onur; Finkelstein, Stan; Witt, Whitney; Maguire, Jonathan; Haver, Kenan (2004). Benefit plan design and prescription drug utilization among asthmatics: do patient copayments matter? *Front H Pol Res* 7 (1), S. 95-127 (<http://www.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1053&context=fhpep>; <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=117&sid=da9961f6-3fe4-488c-8627-b1f1f3f2e18e%40sessionmgr9>).
- Crystal, Stephen; Johnson, Richard; Harman, Jeffrey; Sambamoorthi, Usha; Kumar, Rizie (2000). Out-of-pocket health care costs among older Americans. *J Gerontol B Psychol* 55 (1), S. 51-62 (<http://psychsoc.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/55/1/S51>).
- Currie, Gillian; Nielson, Norma (1999). Models for Funding Prescription Drug Program. Working Paper No. 2002-16, Research Report to the Institute of Health Economics, Edmonton (<http://www.ihe.ca/publications/papers/pdf/1999-05paper.pdf>).
- Davidson, Stephen; Connelly, John; Blim, Don; Strain, James; Taylor, Doyl (1980). Consumer Cost-Sharing as a Means to Reduce Health Care Costs. *Pediatrics* 65 (1), S. 168-170 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/65/1/168>).
- Cutler, David (2001). Health Care and the Public Sector. Paper prepared for the Handbook of Public Economics, Harvard University and NBER, Boston (http://post.economics.harvard.edu/faculty/dcutler/papers/cutler_handbook_chapter_3-12-01.pdf).
- Davis, Karen (2004). Consumer Directed Health Care: Will It Improve Health System Performance? *H Serv Res* 39 (4 part 2), S. 1219-1233 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2004.00284.x>; <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1361064&blobtype=pdf>).
- Davis, Karen; Schoen, Cathy; Schoenbaum, Stephen; Audet, Anne-Marie; Doty, Michelle; Holmgren, Alyssa; Kriss, Jennifer (2006). Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens. The Commonwealth Fund, New York (http://www.cmwf.org/usr_doc/Davis_mirrormirror_915.pdf).
- Dawson, Diane (1999). Why charge patients if there are better ways to contain costs, encourage efficiency and reach for equity? *Eurohealth* 5 (3). Geneva: World Health Organization, S. 29-31 (http://www.euro.who.int/document/obs/EuroHealth5_3.pdf).
- Deber, Raisa; Kraetschmer, Nancy; Irvine, Jane (1996). What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Int Med* 156 (13), S. 1414-1420 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/reprint/156/13/1414>).
- Deber, Raisa (2000). Getting what we pay for: Myths and Realities about Financing Canada's Health Care System. Background Paper Prepared for the Dialogue on Health Reform. Department of Health Administration, University of Toronto.
- Deber, Raisa; Forget, Evelyn; Roos, Leslie (2004). Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence. *H Pol* 70 (1), S. 49-66.
- de Lemos, James; Blazing, Michael; Wiviott, Stephen; Lewis, Eldrin; Fox, Keith; White, Harvey; Rouleau, Jean-Lucien; Pedersen, Terje; Gardner, Laura; Mukherjee, Robin; Ramsey, Karen; Palmisano, Joanne; Bil-

- heimer, David; Pfeffer, Marc; Califf, Robert; Braunwald, Eugene for the A to Z Investigators (2004). Early intensive vs a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes: phase Z of the A to Z trial. *JAMA* 292 (11), S. 1307-1316 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/292/11/1307>).
- Delesie, Lucas (1985). Cost-sharing and the patient's choice of provider: M. Susan Marquis Rand Corporation, Health Insurance Experiment Series, Santa Monica, California, 1984. *H Pol* 5 (1), S. 86.
- Delnoij, Diana; Groenewegen, Peter; Roos, C.; Hutten, Jack; Friele, Roland (2000). Die Zuzahlungsregelungen im niederländischen Krankenkassengesetz: eine Evaluation der Effekte. *Gesundheitswesen* 62 (1), S. 39-44 (<http://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/gesu/doi/10.1055/s-2000-10311.pdf>).
- Deppe, Hans-Ulrich (1987). *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar*. Edition suhrkamp, Bd. 391, 1. Auflage, Frankfurt.
- Deppe, Hans-Ulrich (2002). *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt.
- Deppe, Hans-Ulrich (2003). *Weil du arm bist, musst du früher sterben". Die Folgen der Agenda 2010 für die Gesundheitspolitik*. InformationsDienst (ID), Ausgabe 152/26. Glienicke/Nordbahn (<http://www.berlinvonunten.net/texte/ivc24-id152-deppe.htm>).
- Deutsche Bank Research (o.J.). *Wieviel Marktwirtschaft verträgt das Gesundheitswesen?* Frankfurt (http://www.dbresearch.com/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD0000000000047007.pdf).
- Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV e.V.) (2004). *Verarmung und Verzicht auf medizinische Versorgung. Erste Ergebnisse einer Befragung über die Gesundheitskosten von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Leverkusen.
- Dezhi, Yu (1992). *Changes in Health Care Financing and Health Status: The Case of China in the 1980s*. Innocenti Occasional Papers EPS Nr. 34. Florenz.
- Dixon, Anna; Mossialos, Elias (2001). *Funding Health Care in Europe: Recent Experiences*. Health Care UK, King's Fund.
- Dixon, Anna; Mossialos, Elias (Eds.) (2002). *Health Care Systems in eight countries: trends and challenges*. The European Observatory on Health Care Systems. London. ISBN 0 7530 1548 X (http://www.hm-treasury.gov.uk/media/70855/observatory_report.pdf).
- Dixon, Anna; McDaid, David; Healey, Andrew; Knapp, Martin (2002a). *Financing Mental Health: Equity and Efficiency Concerns for Low and Middle Income Countries*. LSE Health and Social Care, London School of Economics, London (<http://www.mentalhealth-econ.org/Documents/dp1734%20WHO%20financing%20MH9%20ro.doc>).
- Dixon, Anna; Langenbrunner, Jack; Mossialos, Elias (2002b). *Facing the Challenges of Health Care Financing*. Background Paper for USAID Conference: Ten Years of Health System Transition in Central and Eastern Europe and Eurasia, 29.-31.7.2002, Washington. (<http://www.eurasiahealthtransitionconference.org/Healthfinancing.pdf>).
- Dockery, Douglas; Stone, Peter (2007). Cardiovascular Risks from Fine Particulate Air Pollution. *N Engl J Med* 356 (5), S. 511-513 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/356/5/511.pdf>).
- Docteur, Elizabeth; Oxley, Howard (2003). *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. OECD Health Working Paper 9, OECD, Paris (<http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>); [http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/b64eaf1a3e9cf262c1256df300536279/\\$FILE/JT00155489.DOC](http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/b64eaf1a3e9cf262c1256df300536279/$FILE/JT00155489.DOC)).
- Donaldson, Cam, Gerard, Karen, Mitton, Craig, Jan, Stephen and Wiseman, Virginia (2004). *Economics of health care financing: the visible hand*. Zweite Ausgabe, Basingstoke, Palgrave Macmillan (<http://www.palgrave.com/pdfs/0333984315.pdf>).
- Dong, Hengjin; Bogg, Lennart; Wang, Keli; Rehnberg, Clas; Diwan, Vinod (1999). A description of outpatient drug use in rural China: evidence of differences due to insurance coverage. *Int. J. H Plan Mgmt* 14 (1), S. 41-56 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/45002108/PDFSTART>).
- Donges, Juergen; Eekhoff, Wolfgang; Möschel, Wernhard; Neumann, Manfred; Sievert, Olaf (2002). *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*. Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft,

- Bd. 39. Frankfurt. ISBN 3-89015-086-1 (http://www.insm.de/Downloads/PDF_-_Dateien/Publikationen_Kostenlose_Downloads/Stiftung_Marktwirtschaft/kk39.pdf).
- Dor, Avi; Encinosa, William (2004). Does Cost Sharing Affect Compliance? The Case of Prescription Drugs. Working Paper 10738, National Bureau of Economic Research, Cambridge (<http://www.nber.org/papers/w10738>).
- Dow, William (1997). Health Care Prices, Health and Labor Outcomes: Experimental Evidence, RAND (unveröffentlicht). WHO 1999, S. 10.
- Dow, William; Gertler, Paul; Schoeni, Robert; Strauss, John; Thomas, Duncan (2000). Health care prices, health and labor outcomes: Experimental evidence. RAND, Santa Monica (<http://www-personal.umich.edu/~bschoeni/irms2.pdf>).
- Downs, John; Clearfield, Michael; Weis, Stephen; Whitney, Edwin; Shapiro, Deborah; Beere, Polly; Langendorfer, Alexandra; Stein, Evan; Kruyer, William; Gotto, Antonio Jr for the AFCAPS/TexCAPS Research Group (1998). Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. Air Force/Texas coronary atherosclerosis prevention study. JAMA 279 (20), S. 1615–22 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/279/20/1615>).
- Drèze, Jacques (2001). Loss reduction and implicit deductibles in Medical Insurance. Université Catholique, Louvain (<http://www.core.ucl.ac.be/services/psfiles/dp02/dp2002-5>).
- Drummond, Michael; Jönsson, Bengt (2003). Moving Beyond the Drug Budget Silo Mentality in Europe. Value in Health 6 (s1), S. S74-S77 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1524-4733.6.s1.8.x>).
- Dührssen, Annemarie; Jorswiek, Eberhard (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung (An empirical and statistical inquiry into the therapeutic potential of psychoanalytic treatment) Der Nervenarzt 36 (4), S. 166–169 [Nachdruck in Zsch psychosom Med 44, S. 311-318].
- Dunn, Jeffrey; Cannon, Eric; Mitchell, Matthew; Curtiss, Frederic (2006). Utilization and drug cost outcomes of a step-therapy edit for generic antidepressants in an HMO in an integrated health system. J Manag Care Pharm 12 (4) S. 294-302 (http://www.amcp.org/data/jmcp/May06_Journal.pdf).
- Dustan, Harriet; Caplan, Louis; Curry, Charles; de Leon, Antonio; Douglas, Frank; Frishman, William; Hill, Martha; Washington, Reginald; Steigerwalt, Susan; Shulman, Neil (1992). Report of the Task Force on the Availability of Cardiovascular Drugs to the Medically Indigent. Circ 85 (2), S. 849–860 (<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/85/2/849>).
- Eichner, Matthew (1998). The Demand for Medical Care: What People Pay does Matter. Am Econ Rev 88 (2), S. 117-121 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28199805%2988%3A2%3C117%3ATDFMCW%3E2.0.CO%3B2-0>).
- Eisenberg; John; Power, Elaine (2000). Transforming Insurance Coverage Into Quality Health Care. Voltage Drops From Potential to Delivered Quality. JAMA 284 (16), S. 2100-2107. (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/284/16/2100>).
- Elliott, Catherine (1991). Implications of Uncollectibles for Hospitalization Coinsurance Rates. J Risk Insur 58 (4), S. 616-641+644-645 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-4367%28199112%2958%3A4%3C616%3AIOUFHC%3E2.0.CO%3B2-7>).
- Elliott, Rachel; Majumdar, Sumit; Gillick, Muriel; Soumerai, Stephen (2005). Medicare Drug Benefit: Benefits and Consequences for the Poor and the Disabled. N Engl J Med 353 (26), S. 2739-2741 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/26/2739.pdf>).
- Elliott, Paul; Shaddick, Gavin; Wakefield, Jonathan; de Hoogh, Cornelis; Briggs, David (2007). Long-term associations of outdoor air pollution with mortality in Great Britain. Thorax 62 (12), S. 1088-1094 (<http://thorax.bmj.com/cgi/content/full/62/12/1088>).
- Ellis, Jeffrey; Erickson, Steven; Stevenson, James; Bernstein, Steven; Stiles, Renee; Fendrick, Mark (2004). Suboptimal Statin Adherence and Discontinuation in Primary and Secondary Prevention Populations Should We Target Patients with the Most to Gain? J Gen Int Med 19 (6), S. 638-645 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1497.2004.30516.x>).

- Ellis, Randall (1986). Rational Behavior in the Presence of Coverage Ceilings and Deductibles. *RAND J Econ* 17 (2), S. 158-175 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0741-6261%28198622%2917%3A2%3C158%3ARBITPO%3E2.0.CO%3B2-9>).
- Ellis, Randall; McGuire, Thomas (1986). Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *J H Econ* 5 (2), S. 129-151.
- Elofsson, Stig; Uden, Anna-Lena; Krakau, Ingvar. (1998). Patient charges – A Hindrance to Financially and Psychosocially Disadvantaged Groups Seeking Care. *Soc Sc Med* 46 (10), S. 1375-1380.
- Ensor, Tim; Duran-Moreno, Antonio (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. Saltman, Busse, Mossialos 2002, S. 106-124 (<http://www.who.dk/document/OBS/REBC05.pdf>).
- Enthoven, Alain (2004). Perspective: Market Forces And Efficient Health Care Systems. *H Aff* 23 (2), S. 25-27 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/2/25>).
- Entwistle, Vikki (2004). Trust and shared decision-making: an emerging research agenda. *H Expect* 7 (4), S. 271–273 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1369-7625.2004.00304.x>).
- Erlinger, Rainer (2006). Unärztliche Käuflichkeit. Heil- oder Marktkräfte? Das Gesundheitswesen ohne Halt. *Süddeutsche Zeitung* 244, 23.10.2006.
- Ernst, Michael; Kelly, Michael; Hoehns, James; Swegle, John; Buys, Lucinda; Logemann, Craig; Ford, Julie; Kautzman, Holli; Sorofman, Bernard; Pretorius, Richard (2000). Prescription Medication Costs. A Study of Physician Familiarity. *Fam Med* 9, S. 1002-1007 (<http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/9/10/1002>).
- Esposito, Domenico (2002). You Get What you *Copay* For. The Influence of Patient Copayment on the Demand for Drugs within a Therapeutic Class: The Case of Statins. Universität Kalifornien, Santa Barbara (<http://www.econ.ucsb.edu/papers/wp16-021.pdf>).
- Ettelt, Stefanie; Nolte, Ellen; Mays, Nicholas; Thomson, Sarah; McKee, Martin; and the International Healthcare Comparisons Network (2006). Policy brief. Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies/World Health Organization, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/Document/E89259.pdf>).
- Evans, Robert; Barer, Morris; Stoddart, Greg (1993a). The truth about user fees. *Policy Options* 14 (8), S. 4-9.
- Evans, Robert; Barer, Morris; Stoddart, Greg; Bhatia, Vandha (1993b). Who are the Zombie Masters, and what do they want? Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93. 13D. Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-13D.pdf>).
- Evans, Robert; Barer, Morris; Stoddart, Greg; Bhatia, Vandha (1993c). It's not the Money, it's the Principle: Why User Charges for some services and not Others? Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93. 16D. Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-16D.pdf>).
- Evans, Robert; Barer, Morris; Stoddart, Greg (1993d). Charging Peter to Pay Paul: Accounting for the Financial Effects of User Charges. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93. 17D. Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-17D.pdf>).
- Evans, Robert; Barer, Morris; Lewis, Steven; Rachlis, Michael; Stoddart, Greg (1995). User fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back (Or, What's Health Got to Do With It?). *Can J Aging* 14 (2), S. 360-390.
- Evans, Robert; Barer, Morris; Lewis, Steven; Rachlis, Michael; Stoddart, Greg (2000). Private Highway, One-Way-Street: The Deklein and Fall of Canadian Medicare? University of British Columbia, Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru00-3D.pdf>).
- Evans, Robert (1997). Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. *J H Polit Pol Law* 22 (2), S. 427-465 (<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/22/2/427>; <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=117&sid=b703f69b-1851-4b45-892a-d3bc2e69e4b9%40sessionmgr9>).
- Evans, Robert (2000). Canada. Reconsidering the Role of Competition in Health Care Markets. *J H Polit Pol Law* 25 (5), S. 889-897 (<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/25/5/889>; http://muse.jhu.edu/journals/journal_of_health_politics_policy_and_law/v025/25.5evans.pdf);

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=113&sid=b703f69b-1851-4b45-892a-d3bc2e69e4b9%40sessionmgr9>).

Evans, Robert (2002). Raising the Money: Options, Consequences, and Objectives for Financing Health Care in Canada. University of British Columbia, Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion Paper No 27, ISBN 0-662-32791-8 (http://collection.nlc-bnc.ca/100/200/301/pco-bcp/commissions-ef/future_health_care-ef/discussion_paper-e/no27/27_e.pdf).

Fahs, Marianne (1992). Physician response to the United Mine Worker's cost sharing program: the otherside of the coin. *H Serv Res* 27 (1), S. 25-45
([http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1069862&blobtype=pdf](http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1069862&blobtype=pdf;);;
<http://www.encyclopedia.com/doc/1G1-12414799.html>).

Fairman, Kathleen; Motheral, Brenda; Teitelbaum, Fred (2001). Effects of Employee Salary and Chronic Disease on Response to a Drug Co-Payment Increase. Office of Research and Development, Tucson
(<http://www.express-scripts.com/ourcompany/news/outcomesresearch/onlinepublications/studyfolder4/copaymentIncrease.pdf>).

Kathleen Fairman, Brenda Motheral Rochelle Henderson, (2003). Retrospective, long-term follow-up study of the effect of a three-tier prescription drug copayment system on pharmaceutical and other medical utilization and costs. *Clin Ther* 25 (12), S. 3147-3161.

Families USA (2001). Research Shows the Negative Impact of Out-of-Pocket Costs on Low-Income People. The Voice for Health Care Consumers, Washington DC (www.familiesusa.org/site/DocServer/6_Cost_sharing.pdf?docID=584).

Families USA (2003a). State Budget Cuts: Increased Premiums and Cost-Sharing. The Voice for Health Care Consumers, Washington DC (www.familiesusa.org/site/DocServer/4a_IncreasedCostSharing.pdf?docID=616).

Families USA (2003b). Prescription Drug Cost-Sharing and Low-Income People: Five Good Reasons to Keep It Minimal. Health Policy Memo, Washington DC
(http://www.familiesusa.org/assets/pdfs/Rx_Cost_Sharing9d2b.pdf).

Farmer, Andrew; Wade, Alisha; Goyder, Elizabeth; Yudkin, Patricia; French, David; Craven, Anthea; Holman, Rury; Kinmonth, Ann-Louise; Andrew, Neil (2007). Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. *BMJ* 335 (7611), S. 132-139 (<http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7611/132>).

Federman, Alex; Adams, Alyce; Ross-Degnan, Dennis; Soumerai, Stephen; Ayanian, John (2001). Supplemental Insurance and Use of Effective Cardiovascular Drugs Among Elderly Medicare Beneficiaries with Coronary Heart Disease. *JAMA* 286 (14), S. 1732-1739 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/286/14/1732>).

Federman, Alex (2004). Don't Ask, Don't Tell. The Status of Doctor-Patient Communication About Health Care Costs. *Arch Int Med* 164 (16), S. 1723-1724 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/164/16/1723>).

Federman, Alex; Vladeck, Bruce; Siu Albert (2005). Avoidance Of Health Care Services Because Of Cost: Impact Of The Medicare Savings Program. *H Aff* 24 (1), S. 263-270
(<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/24/1/263>).

Federman, Alex; Halm, Ethan; Zhu, Carolyn; Hochman, Tsivia; Siu, Albert (2006). Association of Income and Prescription Drug Coverage With Generic Medication Use Among Older Adults With Hypertension. *Am J Manag Care* 12 (10), S. 611-618 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_Federman_611to619.pdf).

Felder, Stefan; Werblow, Andreas (2001). Der Einfluss von Zuzahlungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Empirische Evidenz aus der Schweiz. *Gesundheitswesen* 63, A74.

Felder, Stefan; Werblow, Andreas (2006). Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Das Selbstbehaltsmodell der Techniker Krankenkasse. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden Baden.

Feldman, Roger; Sloan, Frank (1989). Pepl from Feldman and Sloan. *J H Polit Pol Law* 14 (3), S. 621-625
(<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/14/3/621>).

- Feldman, Roger; Dowd, Bryan (1991). A New Estimate of the Welfare Loss of Excess Health Insurance. *Am Econ Rev* 81 (1), S. 297-301 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28199103%2981%3A1%3C297%3AANEOTW%3E2.0.CO%3B2-E>).
- Feldman, Roger; Morrisey, M. (1990). Health Economics: A Report on the Field. *J H Polit Pol Law* 15 (3), S. 627-646 (<http://jhppl.dukejournals.org/cgi/reprint/15/3/627>;).
- Feldstein, Martin (1970). The Rising Price of Physician's Services. *Rev Econ Stat* 52 (2), S. 121-133 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0034-6535%28197005%2952%3A2%3C121%3ATRPOPS%3E2.0.CO%3B2-S>).
- Feldstein, Martin (1973). The Welfare Loss of Excess Health Insurance. *J Pol Econ* 81 (2, Part 1), S. 251-280 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-3808%28197303%2F04%2981%3A2%3C251%3ATWLOEH%3E2.0.CO%3B2-1>).
- Fendrick, Mark; Smith, Dean; Chernew, Michael; Shah, Sonali (2001). A Benefit-Based Copay for Prescription Drugs: Patient Contribution Based on Total Benefits, Not Drug Acquisition Cost. *Am J Man Care* 7 (9), S. 861-867 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC2001sepFendrick861_867.pdf).
- Fendrick, Mark; Chernew, Michael (2006). Value-based Insurance Design: A “Clinically Sensitive” Approach to Preserve Quality of Care and Contain Costs. *Am J Manag Care* 12 (1), S. 18-20 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06janFendrickEdit18to20.pdf).
- Fendrick, Mark; Chernew, Michael (2007). “Fiscally Responsible, Clinically Sensitive” Cost Sharing: Contain Costs While Preserving Quality. *Am J Man Care* 13 (6, Part 2), S. 325-327 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07junPrt2FendrickIntro325.pdf).
- Fink, Ulf (2002). *Gesundheitsreform 2003*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Finkelstein, Amy (2004). The Aggregate Effects of Health Insurance: Evidence from the Introduction of Medicare. Harvard University and NBER (www2.gsb.columbia.edu/divisions/finance/seminars/micro/fall_04/Finkelstein.pdf).
- Finkelstein, Joel (2004). Firms embrace cost-sharing; sick pay most. *Government & Medicine*. AMNews Jan. 2004 (<http://www.ama-assn.org/amednews/2004/01/12/gvsc0112.htm>).
- Finkelstein, Murray; Jerrett, Michael; DeLuca, Patrick; Finkelstein, Norm; Verma, Dave; Chapman, Kenneth; Sears, Malcolm (2003). Relation between income, air pollution and mortality: a cohort study. *CMAJ* 169 (5), S. 397-402 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/169/5/397>).
- Fischer, Pamela; Strobino, Donna; Pinckney, Carole (1984). Utilization of child health clinics following introduction of a copayment. *Am J Pub H* 74 (12), S. 1401-1403 (<http://www.ajph.org/cgi/reprint/74/12/1401>).
- Fortess, Eric; Stephen Soumerai, Thomas McLaughlin, Ross-Degnan, Dennis (2001). Utilization of Essential Medications by Vulnerable Older People After a Drug Benefit Cap: Importance of Mental Disorders, Chronic Pain, and Practice Setting. *J Am Geriatr Soc* 49 (6), S. 793-797 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1532-5415.2001.49158.x>).
- Foxman, Betsy; Valdez, Robert; Lohr, Kathleen, Goldberg, George; Newhouse, Joseph; Brook, Robert (1987). The Effect Of Cost Sharing On The Use Of Antibiotics In Ambulatory Care: Results From A Population-Based Randomized Controlled Trial. *J Chron Dis* 40 (5), S. 429-439.
- Frank, Richard (2001). Prescription Drug Prices: Why Do Some Pay More Than Others? *H Aff* 20 (2), S. 115-128 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/20/2/115.pdf>).
- Fraser-Institute (1999). The Empirical Evidence. Vancouver (http://oldfraser.lexi.net/publications/critical_issues/1998/msa/evidence.html)
- Fraser-Institute (2002). Which Countries Other than Canada Don't have CostSharing? A Look at Co-insurance and Co-payments. *Canadian Health Care* Aug. 2002, S. 14-21 (<http://www.fraserinstitute.ca/admin/books/chapterfiles/Part%202-pages14-21.pdf>).
- Freiman, Mark (1984). Cost Sharing Lessons from the Private Sector. *H Aff* 3 (4), S. 85-93 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/3/4/85.pdf>).

- French, Eric; Bailey Jones, John (2004). On the Distribution and Dynamics of Health Care Costs. *J Appl Econometrics* 19 (6), S. 705-721 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/109799428/PDFSTART>; <http://qed.econ.queensu.ca/jae/2004-v19.6/french-jones/>; www.albany.edu/~jbjones/healc32.pdf).
- Frerich, Johannes; Frey, Matzin (1996). *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland Bd. 1, 2. Aufl.*, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München. (S. 208).
- Fuchs, Victor; Hahn, Jim (1990). How does Canada do it? A comparison of expenditures for physicians' services in the United States and Canada. *N Engl J Med* 323 (13), S. 884-890 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/323/13/884>).
- Fuchs, Victor (1996). Economics, Values and Health Care Reform. *Am Econ Rev* 86 (1), S. 1-23 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28199603%2986%3A1%3C1%3AEVAHCR%3E2.0.CO%3B2-L>).
- Fuchs, Victor (2002). What's ahead for Health Insurance in the United States? *N Engl J Med* 346 (23), S. 1822-1824 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/346/23/1822.pdf>).
- Gabel, Jon; Lo Sasso, Anthony; Rice Thomas (2002a). Consumer-Driven Health Plans: Are They More Than Talk Now? *H Aff, Web Excl*, S. w2 395-W407 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w2.395v1>).
- Gabel, Jon; Levitt, Larry; Holve, Erin; Pickreign, Jeremy; Whitmore, Heidi; Dhont, Kelley; Hawkins, Samantha; Rowland, Diane (2002b). Jobbased health benefits in 2002: some important trends. *H Aff* 21 (5), S. 143-151 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/21/5/143>).
- Gabel, Jon; Claxton, Gary; Holve, Erin; Pickreign, Jeremy; Whitmore, Heidi; Dhont, Kelley; Hawkins, Samantha; Rowland, Diane (2003). Health Benefits In 2003: Premiums Reach Thirteen-Year High As Employers Adopt New Forms of Cost Sharing. *H Aff* 22 (5), S. 117-126 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/22/5/117>).
- Galbraith, Alison; Wong, Sabrina; Kim, Sue; Newacheck, Paul (2005). Out-of-pocket financial burden for low-income families with children: socioeconomic disparities and effects of insurance. *H Serv Res* 40 (6), S. 1722-1736 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1475-6773.2005.00421.x>; http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_6_40/ai_n16015023).
- Garber, Alan (2004). Cost-Effectiveness And Evidence Evaluation As Criteria For Coverage Policy. *H Aff – Web Excl*, S. w4 284-296 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.284v1>).
- Garfield, Sarah; Smith, Felicity; Francis, Sally-Anne; Chalmers, Colin (2007). Can patients' preferences for involvement in decision-making regarding the use of medicines be predicted? *Pat Educ Counsel* 66 (3) 361–367.
- Garrison, Lou; Towse, Adrian (2003). The Drug Budget Silo Mentality in Europe: An Overview. *Value in Health* 6 (s1), S. S1-S9 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1524-4733.6.s1.1.x>).
- Gaynor, Martin; Li, Jian; Vogt, William (2005a). Is Drug coverage A Free Lunch? Cross-price Elasticities and the Design of Prescription Drug Benefits. PERC Applied Microeconomics, Department of Economics, Texas A&M University, College Station (<http://econweb.tamu.edu/workshops/PERC%20Applied%20Microeconomics/William%20B.%20Vogt.pdf>).
- Gaynor, Martin; Li, Jian; Vogt, William (2005b). Is Drug coverage A Free Lunch?: Cross-price Elasticities and the Design of Prescription Drug Benefits. Working Paper 12758, National Bureau of Economic Research, Cambridge (<http://www.nber.org/papers/w12758>).
- Gebhardt, Birte (2005). Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit – eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten. In: Boecken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie; Amhof, Robert (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2005. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 11-31.
- Gehring, Ulrike; Heinrich, Joachim; Kramer, Ursula; Grote, Veit; Hochadel, Matthias; Sugiri, Dorothea; Kraft, Martin; Rauchfuss, Knut; Eberwein, Hans-Georg; Wichmann, Hans-Erich (2006). Long-Term Exposure to Ambient Air Pollution and Cardiopulmonary Mortality in Women. *Epidemiology* 17 (5), S. 545-551.

- Geißler, Ulich (1980). Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen. In: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, S. 37–57.
- Gemmill, Marin; Costa-Font, Joan; McGuire, Alistair (2007). In search of a corrected prescription drug Elasticity estimate: a meta-regression approach. *H Econ* 16 (6), S. 627-643 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/114069729/PDFSTART>).
- Geoffard, Pierre-Yves (2000). Dépenses de santé: l'hypothèse d' „aléa moral“. *Économie et Prévision* 142, S. 123-135. ISSN 02494744.
- Gericke, Christian; Wismar, Matthias; Busse, Reinhard (2003). Cost-sharing in the German Health Care System. Department of Health Care Management. Technische Universität Berlin/European Observatory on Health Care Systems. Berlin (<http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp04-2004.pdf>).
- Gericke, Christian; Wismar, Matthias; Busse, Reinhard (2004). Finanzielle Selbstbeteiligung der Patienten in Deutschland – Kaum empirische Evidenz. *Gesundheitswesen* 66 (8/9), (Abstract: <http://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2004-833802>).
- Gerken, Lüder; Raddatz, Guido (2002). Deutschland im Reformstau. 3 Maßnahmenkataloge der Stiftung Marktwirtschaft. Argumente zu Marktwirtschaft und Politik 69, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin (http://www.insm.de/Downloads/PDF_-_Dateien/Publikationen_Kostenlose_Downloads/Stiftung_Marktwirtschaft/argument69.pdf).
- Gerlinger, Thomas (2002). Gesundheitspolitik unter SPD und Bündnis 90/Die Grünen – eine Zwischenbilanz zu Beginn der 2. Legislaturperiode. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 37, Berlin. S. 119-147.
- Gerlinger, Thomas (2003). Verlagern statt Sparen. Die Folgen der Schweizer Gesundheitsreform von 1996. *WZB-Mitteilungen* 101, Berlin, S. 11-16.
- Gerlinger, Thomas (2003). Besserung in Sicht? Anmerkungen zur Gesundheitsreform 2003. *WZB-Mitteilungen* 101, Berlin (<http://www.wz-berlin.de/publikation/pdf/wm101/7.pdf>).
- Gerlinger, Thomas (2003). Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996. Wissenschaftszentrum Berlin, WZB Papers 2003-301, ISSN 0948 048X (<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2003/i03-301.pdf>).
- Gibson, Teresa; McLaughlin, Catherine; Smith, Dean (2001). Cost-Sharing for Prescription Drugs. *JAMA* 285 (18), S. 2328 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/18/2328>).
- Gibson, Teresa; McLaughlin, Catherine; Smith, Dean (2005a). A Copayment Increase for Prescription Drugs: The Long-Term and Short-Term Effects on Use and Expenditures. *Inquiry* 42 (3), S. 293–310 (http://www.inquiryjournalonline.org/inqronline/?request=acl-login&request_type=get-pdf&file=i0046-9580-042-03-0293.pdf).
- Gibson, Teresa; Ozminowski, Ronald; Goetzl, Ron (2005b). The Effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence. *Am J Manag Care* 11 (11), S. 730-740 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC05Nov_Gibson730to740.pdf; <http://www.ajmc.com/Article.cfm?Menu=1&ID=3027>).
- Gibson, Teresa; Mark, Tami; McGuigan, Kimberly; Axelsen, Kirsten; Wang, Shaohung (2006a). The Effects of Prescription Drug Copayments on Statin Adherence. *Am J Manag Care* 12 (9), S. 509-517 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06sepGibson509to517.pdf).
- Gibson, Teresa; Mark, Tami; Axelsen, Kirsten; Baser, Onur; Rublee, Dale; McGuigan, Kimberly (2006b). Impact of statin copayments on adherence and medical care utilization and expenditures, *Am J Manag Care* 12 (12 Spec. Issue), S. SP11–SP19 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06DecspeclGibsonSP11.pdf).
- Gilman, Boyd; Kautter, John (2007). Consumer Response to Dual Incentives Under Multitiered Prescription Drug Formularies. *Am J Man Care* 13 (6, Part 2), S. 353-359 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07junPrt2Gilman353to59.pdf).
- Ginsburg, Paul (2001). Danger Signs Ahead. Presidents Essay, 2000 Annual Report: Analyzing the changing health system: the path taken and the road beyond. Center for Studying Health System Change, Washington DC (<http://www.hschange.org/CONTENT/452/452.pdf>).

- Ginsburg, Paul (2002). Rough Seas Ahead for Purchasers and Consumers. Presidents Essay, 2001 Annual Report: Navigating a Changing Health System: Mapping Today's Markets for Policy Makers. Center for Studying Health System Change, Washington DC (<http://www.hschange.org/CONTENT/335/335.pdf>).
- Ginsburg, Paul (2004). Election 2004. Controlling Health Care Costs. N Engl J Med 351 (16), S 1591-1593 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/351/16/1591.pdf>).
- Ginsburg, Marjorie (2006). Rearranging The Deck Chairs. H Aff Web Excl 25 (6), S. w537-w539 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w537>).
- Gmündner Ersatzkasse (GEK) (2003). Gesundheitsreport 2003. Ergebnisse der Auswertungen zum Schwerpunktthema "Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem". Gemünden (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/zusatz.asp?id=36754>).
- Goldman, Dana; Smith, James (2001). Methodological biases in estimating the burden of out-of-pocket expenses. H Serv Res 35 (6), S. 1357-1365 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089195&blobtype=pdf>).
- Goldman, Dana; Zissimopoulos, Julie (2003). High Out-Of-Pocket Health Care Spending By The Elderly. H Aff 22 (3), S. 194-202 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/22/3/194>).
- Goldman, Dana; Joyce, Geoffrey; Escarce, José; Pace, Jennifer; Solomon, Mathew; Laouri, Marianne; Landsman, Pamela; Teutsch, Steven (2004). Pharmacy benefits and the Use of Drugs by the Chronically Ill. JAMA 291 (19), S. 2344-2350 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/19/2344>).
- Goldman, Dana; Joyce, Geoffrey; Karaca-Mandic Pinar (2006a). Varying Pharmacy Benefits With Clinical Status: The Case of Cholesterol-lowering Therapy. Am J Manag Care 12 (1), S. 21-28 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06janGoldman21to28.pdf).
- Goldman, Dana; Joyce, Geoffrey; Karaca-Mandic, Pinar (2006b). Cutting Drug Co-Payments for Sicker Patients on Cholesterol-Lowering Drugs Could Save a Billion Dollars Every Year. RAND Health Fact Sheet (http://www.rand.org/pubs/research_briefs/2006/RAND_RB9169.pdf).
- Goldman, Dana; Joyce, Geoffrey; Zheng, Yuhui (2007). Increase in Prescription Drug Cost Sharing Associated With Lower Rates of Drug Treatment, Adherence. JAMA 298 (1), S. 61-69 (<http://pubs.ama-assn.org/cgi/reprint/298/1/61.pdf>).
- Goldstein, Mary; Lavori, Philip; Coleman, Robert; Advani, Aneel; Hoffman, Brian (2005). Improving Adherence to Guidelines for Hypertension Drug Prescribing: Cluster-randomized Controlled Trial of General Versus Patient-specific Recommendations. Am J Manag Care 11 (11), S. 677-668 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC05Nov_Goldstein677to685.pdf).
- Goodman, John (2006). What Is Consumer-Directed Health Care?. H Aff 25 (6), Web Excl, S. w540-w543 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w540>).
- Gottlieb, Scott (2000). Medical Bills Account for 40 % of Bankruptcies. BMJ 320 (7243), S. 1295 (bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/320/7243/1295/b.pdf).
- Grabka, Markus (2004). Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – Methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie. Dissertation, Fakultät VIII – Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin (http://edocs.tu-berlin.de/diss/2004/grabka_markus.pdf).
- Grabka, Markus; Schreyögg, Jonas; Busse, Reinhard (2005). Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz - eine empirische Analyse. DIW Diskussionspapier 506, Berlin (<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp506.pdf>).
- Greenwald, Howard (1986). Cost Containment and Initiation of Care for Cancer in a Medicare-Eligible Population. Pub Admin Rev 46 (6), S. 651-656 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0033-3352%28198611%2F12%2946%3A6%3C651%3ACCAIOC%3E2.0.CO%3B2-M>).
- Greenwald, Howard (1987). HMO membership, copayment, and initiation of care for cancer: a study of working adults. Am J Pub H 77 (4), S. 461-466 (<http://www.ajph.org/cgi/reprint/77/4/461>).

- Grembowski, David; Conrad, Douglas; Milgrom, Peter (1987). Dental Care Demand Among Children with Dental Insurance. *H Serv Res* 21 (6), S. 755-775 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1068988&blobtype=pdf>).
- Greß, Stephan (2000). Allokative und distributive Effekte regulierten Wettbewerbs in sozialen Krankenversicherungssystemen "Wirtschaftstheoretische Fundierung, tatsächliche Auswirkungen und Implementationsprobleme am Beispiel der Niederlande". Dissertation am Fachbereich: Wirtschaftswissenschaft, Universität Bremen (http://elib.suub.uni-bremen.de/publications/dissertations/E-Diss115_Gress_S2001.PDF; http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=962847291&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=962847291.pdf).
- Greß, Stefan; Niebuhr, Dea; Wasem, Jürgen (2005). Marktzugang und Preisbildung auf Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen (<http://www.uni-essen.de/fb5/pdf/142.pdf>).
- Gross, David; Alecxih, Lisa; Gibson, Mary; Corea, John; Caplan, Craig; Brangan, Normandy (1999). Out-of-pocket health spending by poor and near-poor elderly Medicare beneficiaries. *H Serv Res* 34(1 Pt 2), S. 241–254 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1088998&blobtype=pdf>).
- Gross, Revital; Brammli-Greenberg, Shuli; Rosen, Bruce (2005). Copayment evaluation: Impact on access and equity. The Myers-JDC-Brookdale Institute/Bertelsmann-Stiftung – Health Policy Monitor, Jerusalem/Gütersloh (<http://www.healthpolicymonitor.org/result.pdf>).
- Grootendorst, Paul; O'Brien, Bernie; Anderson, Geoffrey (1997). On Becoming 65 in Ontario: Effects of Drug Plan Eligibility on Use of Prescription Medicines. *Med Care* 35 (4), S. 386-398, 1997.
- Grootendorst, Paul (2002). Beneficiary cost sharing under Canadian provincial prescription drug benefit programs: history and assessment. *Can J Clin Pharmacol* 9 (2), S. 79–99 (http://www.pulsus.com/members/clin-pha/09_02/Pdf/groo_ed.pdf).
- Grootendorst, Paul; Marshall, John; Holbrook, Anne; Dolovich, Lisa; O'Brien, Bernie; Levy, Adrian (2005). The impact of reference pricing of nonsteroidal anti-inflammatory agents on the use and costs of analgesic drugs. *H Serv Res* 40 (5 p1), S. 1297-1317 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2005.00420.x>; http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_5_40/ai_n15874894).
- Gruber, Jonathan (2006). The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond. The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington DC (<http://www.kff.org/insurance/upload/7566.pdf>).
- Grudzen, Corita; Brook, Robert (2007). High-Deductible Health Plans and Emergency Department Use. *JAMA* 297 (10), S. 1126-1127 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/297/10/1126>).
- Gurwitz, Jerry; Field, Terry; Harrold, Leslie; Rothschild, Jeffrey; Debellis, Kristin; Seger, Andrew; Cadoret, Cynthia; Fish, Leslie; Garber, Lawrence; Kelleher, Michael; Bates, David (2003). Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. *JAMA* 289 (9), S. 1107-1116 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/289/9/1107>).
- Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald (2000). Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln.
- Hajen, Leonhard (2004). Steuerung über Preise erfordert Stewardship. Working Papers on Economic Governance, Arbeitspapier für Staatswissenschaft Nr. 08, Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik, Hamburg (http://www.hwp-hamburg.de/fach/fg_vwl/DozentInnen/heise/Materials/WP_StaatsWiss/08-Stewardship.pdf).
- Hall, Charles Jr. (1966). Deductibles in Health Insurance: An Evaluation. *J Risk Ins* 33 (2), S. 253-263 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-4367%28196606%2933%3A2%3C253%3ADIHIAE%3E2.0.CO%3B2-K>).
- Halton Social Planning Council & Volunteer Centre, Ontario (<http://www.haltonspcvc.on.ca/dispatch/cd0403.htm>).

- Han, Xiaoshu (2007). Measuring the Welfare Cost of Mandatory Employer-provided Health Insurance. Department of Economics, University of Texas at Austin (<http://www.eco.utexas.edu/~xshan/papers/chap3policy.pdf>).
- Hankin, Janet; Steinwachs, Donald; Elkes, Charmian (1980). The impact on utilization of a copayment increase for ambulatory psychiatric care. *Med Care* 18 (8), S. 807-815 ([http://links.jstor.org/sici?sici=0025-7079\(198008\)18%3A8%3C807%3ATIIOUA%3E2.0.CO%3B2-N](http://links.jstor.org/sici?sici=0025-7079(198008)18%3A8%3C807%3ATIIOUA%3E2.0.CO%3B2-N)).
- Hardee, James; Platt, Frederic; Kasper, Ilene (2005). Discussing Health Care Costs with Patients. An Opportunity for Empathic Communication. *J Gen Int Med* 20 (7), S. 666 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1497.2005.0125.x>).
- Harris, Brian; Stergachis Andy; Ried, Douglas (1990). The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization. *Med Care* 28 (10), S. 907-917.
- Harris, Brittany; West, Donna; Johnson, Jill; Hong, Song-Hee; Stowe, Cindy (2004). Effects on the cost and utilization of proton pump inhibitors from adding over-the counter omeprazole to drug benefit coverage in a state employee health plan. *J Manag Care Pharm* 10 (5), S. 449-455 (http://www.amcp.org/data/jmcp/2004_V10_I5.pdf).
- Häusler, Bertram; Berger, Ursula; Mast, Oliver; Thefeld, Wolfgang (2005). Risk and potential risk reduction in diabetes type 2 patients in Germany. *Eur J H Econ* 6 (2), S. 152-158 (<http://www.springerlink.com/content/x1hq878494582717/fulltext.pdf>).
- Hauff von, Michael; Sauer, Leonore (2003). Die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive. In: Siegfried Blasche, Michael von Hauff (Hg.), S. 93-115.
- Hauser, Heinz (1984). Verstärkung der Selbstbeteiligung in der Schweiz: Alternativen, Auswirkungen und politische Aussichten einer Realisierung. In: Oberender, Peter, S. 99-121.
- Hay, Phil; Jackson, Stevan (2002). *Education and Health*. The World Bank, Washington DC.
- Hay, Joel; Leahy, Michael (2005). Cost and Utilization Impacts of Oral Antihistamines in the California Medi-Cal Program. *Value in Health* 8 (4), S. 506-516 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1524-4733.2005.00042.x>).
- Hayek, Friedrich von (1945). The Use of Knowledge by Society. *Am Econ Rev* 35 (4), S. 519-534.
- Haynes, Brian; McDonald, Heather; Garg, Amit (2002). Helping Patients Follow Prescribed Treatment: Clinical Applications. *JAMA* 288 (22), S 2880-2883 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/288/22/2880>).
- Health Policy Consensus Group (2003). *Step by Step Reform*. Civitas: The Institute for the Study of Civil Society, London (<http://www.civitas.org.uk/pdf/hpcgMain.pdf>).
- Hearst, Norman; Blas, Erik (2001). Learning from Experience: research on health sector reform in the developing world. *H Pol Plan* 16 (Suppl. 2), S. 1-3 (http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/suppl_2/1).
- Hecht, Robert; Overholt, Catherine; Holmberg, Hopkin (1993). Improving the implementation of cost recovery for health: lessons from Zimbabwe. *H Pol* 25 (3), S. 213-242.
- Hefford, Martin; Crampton, Peter; Foley, Jon (2005). Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment. *H Pol* 72 (1), S. 9-23.
- Hehner, Steffen; Wettke, Jürgen (2003). Perspektiven für Apotheken in Deutschland. *McKinsey Health* 2, S. 6-19 (http://www.mckinsey.de/downloads/kompetenz/healthcare/Health2_03_Apotheken_Perspektiven.pdf).
- Heisler, Michele; Langa Kenneth; Eby, Elizabeth; Fendrick, Mark; Kabeto, Mohammed; Piette, John (2004). The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *Med Care* 42 (7), S. 626-634.
- Heller, Simon (2007). Self monitoring of blood glucose in type 2 diabetes. Clinicians should Stopp patients doing this if it has no benefit. *BMJ* 335 (7611), S. 105-106 (<http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7611/105>).
- Helms, Jay; Newhouse, Joseph; Phelps, Charles (1978). Copayments and Demand for Medical Care: The California Medicaid Experience. *Bell J Econ* 9 (1), S. 192-208 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0361-915X%28197821%299%3A1%3C192%3ACADPMC%3E2.0.CO%3B2-H>; <http://www.rand.org/pubs/reports/2005/R2167.pdf>).

- Henke, Klaus-Dirk; Borchardt, Katja; Schreyögg, Jonas; Farhauer, Oliver (2002). Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Kapitaldeckung. Blaue Reihe 2002-05, Berliner Zentrum Public Health, Berlin (http://bsph.charite.de/stuff/Blaue_Liste/2002-05_ger.pdf).
- Henke, Klaus-Dirk; Schreyögg, Jonas (2004). Towards sustainable health care systems. Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands. A comparative study. International Social Security Association, Genf. ISBN 92-843-1166-7 (<http://www.wm.tu-berlin.de/~mig/papers/index.html>).
- Henry Kaiser Family Foundation (2003). Medicaid and the uninsured. Key facts, Kaiser commission, Washington DC (http://www.medi-calredesign.org/pdf/elig_Kaiser_fact_sheet_on_cost-sharing.pdf).
- Hesse, Sebastian; Schlette, Sophia (2005). User charges for physician visits. Health Policy Monitor, Survey 6, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh (http://www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms/Survey_Details/User_charges_for_physician_visits.html?content_id=251&language=en).
- Hibbard, Judith; Weeks, Edward (1988). Consumers in a Competition-Based Cost Containment Environment. J Pub H Pol 9 (2), S. 233-249 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0197-5897%28198822%299%3A2%3C233%3ACIACCC%3E2.0.CO%3B2-X>).
- Hibbard, Judy (2003). Engaging Health Care Consumers to Improve the Quality of Care. Med Care 41 (1, supplement), S. I61-70.
- Hillman, Alan; Pauly, Mark; Escarce, José; Ripley, Kimberly; Gaynor, Martin; Clouse, Jon; Ross, Richard (1999). Financial Incentives And Drug Spending In Managed Care. H Aff 18 (2), S. 189-200 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/18/2/189>).
- Himmelstein, David; Warren, Elizabeth; Thorne, Deborah; Woolhandler, Steffie (2005). Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy. H Aff Web Excl 24 (1), S. w5 63-73 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.63v1>).
- Himmelstein, David; Woolhandler, Steffie (2005). Hope And Hype: Predicting The Impact Of Electronic Medical Records. H Aff 24 (5), S. 1121-1123 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/24/5/1121>).
- Hitiris, Theodore (2004). Prescription Charges In The United Kingdom: A Critical Review. Discussion Papers in Economics No. 2000/04, Department of Economics and Related Studies, University of York, York (<http://www.york.ac.uk/depts/econ/dp/0004.pdf>).
- Hjertqvist, Johan (2002). User Fees For Health Care In Sweden. A two-tier threat or a tool for solidarity? Swedish Healthcare in Transition, an AIMS Health Care Commentary, Atlantic Institute for Market Studies (AIMS), Halifax (<http://www.aims.ca/library/newsletter6.pdf>).
- Ho, Michael; Spertus, John; Masoudi, Frederick; Reid, Kimberly; Peterson, Eric; Magid, David; Krumholz, Harlan; Rumsfeld, John (Ho et al. 2006a). Impact of Medication Therapy Discontinuation on Mortality After Myocardial Infarction. Arch Intern Med 166 (17), S. 1842-1847 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/166/17/1842>).
- Ho, Michael; Rumsfeld, John; Masoudi, Frederick; McClure, David; Plomondon, Mary; Steiner, John; Magid, David (Ho et al. 2006b). Effect of Medication Nonadherence on Hospitalization and Mortality Among Patients With Diabetes Mellitus. Arch Intern Med 166 (17), S. 1836-1841 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/166/17/1836>).
- Hodgkin, Dominic; Horgan, Constance; Garnick, Deborah; Merrick, Elizabeth (2003). Cost Sharing for Substance Abuse and Mental Health Services in Managed Care Plans. Med Care Res Rev 3 (60), S. 101-116 (<http://mcr.sagepub.com/cgi/reprint/60/1/101>).
- Hoel, Michael (2005). Concerns for Equity and the Optimal Co-Payments for Publicly Provided Health Care. CESIFO Working Paper No. 1620, Category 1: Public Finance, University of Oslo/Ifo-Institut München (http://www.cesifo.de/pls/guestci/download/CESifo%20Working%20Papers%202005/CESifo%20Working%20Papers%20December%202005/cesifo1_wp1620.pdf).

- Hoffman, Sharona (2003). Unmanaged Care: Towards Moral Fairness in Health Care Coverage. *Indiana Law Journal* 78 (2), S. 659-721 (<http://www.law.indiana.edu/ilj/volumes/v78/no2/hoffman.pdf>).
- Hoffmann, Barbara; Moebus, Susanne; Möhlenkamp, Stefan; Stang, Andreas; Lehmann, Nils; Dragano, Nico; Schmermund, Axel; Memmesheimer, Michael; Mann, Klaus; Erbel, Raimund; Jöckel, Karl-Heinz; Heinz Nixdorf Recall Study Investigative Group (2007). Residential Exposure to Traffic Is Associated With Coronary Atherosclerosis. *Circ* 116 (5), S. 489-496 (<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/116/5/489>).
- Hohmann, Jürgen (1998). Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand. Verlag Hans Huber. Bern.
- Höhn, Werner (1986). Selbstbeteiligung – Nicht nur ein gesundheitsökonomisches, sondern auch ein gesundheitspolitisches Thema. *Mensch, Medizin, Gesellschaft* 11 (1), S. 23-31.
- Holgate, Stephen (2005). Mechanisms by which Air Pollution Injures the Child's Respiratory System. In: Krzyzanowski, Michael, Kuna-Dibbert, Birgit; Schneider, Jürgen: S. 29-43.
- Holst, Jens (2001). Krankenversicherungen in Chile. Ein Modell für andere Länder? Hans-Jacobs-Verlag, Lage.
- Holst, Jens (2004). Gesundheitswesen in Chile. Selektion und soziale Ausgrenzung. VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/Main. ISBN 3-88864-387-2.
- Holst, Jens (2004). Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Arbeitspapier Nr. 24-2004, Institut für Medizinische Soziologie, Wolfgang-von-Goethe-Universität, Frankfurt (http://www.kgu.de/zgw/medsoz/ArbPap%5CHolst_Modalit_24.pdf; <http://www.gtz.de/de/dokumente/de-eigenbeteiligung-gesundheitswesen.pdf>).
- Holst, Jens; Laaser, Ulrich (2003). Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. *Dt Ärztebl* 100 (51-52), S. 3358-3361 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=39869>).
- Holst, Jens; Laaser, Ulrich; Hohmann, Jürgen (2004). Chilean health insurance system: a source of inequity and selective social insecurity. *J Publ H* 12, 4, S. 271-282 (www.springerlink.com/index/M416VUG85EWXGYNQ.pdf; <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-004-0026-5>).
- Holst, Jens (2006). Gesundheitsfinanzierung: Risikomischung und soziale Gerechtigkeit. In: Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Laaser, Ulrich. *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 135-149.
- Holst, Jens (2007). Therapietreue: „Auch eine Bringschuld des Versorgungssystems“. *Dt Ärztebl* 104 (15), S. A-996-998/B-886-888/C-843-845 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=55242>).
- Hong, Song, Shepherd, Marvin (1996). Outpatient prescription drug use by children enrolled in five drug benefit plans. *Clin Therapeut* 18 (3), S. 528-545.
- Horev, Tuvia; Babad Yair (2005). Healthcare reform implementation: stakeholders and their roles – the Israeli experience. *H Pol* 71 (1), S. 1-21.
- Horgan, Constance; Levy Merrick, Elizabeth; Garnick, Deborah; Hodgkin, Dominic; Cenczyk, Robert; Lusenhop, William; Bhalotra Sarita (2003). The Provision of Mental Health Services in Managed Care Organizations. Special Report, US Department of Health and Human Services. Rockville, MD (<http://media.shs.net/ken/pdf/sma03-3797/sma03-3797.pdf>).
- Horn, Susan; Sharkey, Phoebe; Gassaway, Julie (1996a). Managed Care Outcomes Project: Study Design, Baseline Patient characteristics, and Outcome Measure. *Am J Man Care* 2 (3), S. 237-247 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC1996MarHorn237_247.pdf).
- Horn, Susan; Sharkey, Phoebe; Tracy, Diane; Horn, Corinne; James, Blair; Goodwin, Frederick (1996b). Intended and Unintended Consequences of HMO Cost-Containment Strategies: Results from the Managed Care Outcomes Project. *Am J Man Care* 2 (3), S. 253-264 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC1996MarHorn253_264.pdf; <http://www.npcnow.org/resources/PDFs/P7.PDF>).

- Horn, Susan; Sharkey, Phoebe; Philips-Harris, Cheryl (1998). Formulary Limitations and the Elderly: Results from the Managed Care Outcomes Project. *Am J Man Care* 4 (8), S. 1105-1113 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC1998AugHorn1105_1113.pdf).
- Hsu, John; Reed, Mary; Brand, Richard; Fireman, Bruce; Newhouse, Joseph; Selby, Joseph (2004). Cost sharing: Patient knowledge and effects on seeking emergency department care. *Med Care* 42 (3), S. 290-296.
- Hsu, John; Price, Mary; Huang, Jie; Brand, Richard; Fung, Vicki; Hui, Rita; Fireman, Bruce; Newhouse, Joseph; Selby, Joseph (2006a). Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits. *N Engl J Med* 354 (22), S. 2349-2359 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/354/22/2349.pdf>).
- Hsu, John; Price, Mary; Brand, Richard; Ray, Thomas; Fireman, Bruce; Newhouse, Joseph; Selby, Joseph (2006b). Cost-Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study. *H Serv Res* 41 (5), S. 1801-1820 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2006.00562.x>).
- Hsu, John; Reed, Mary; Fireman, Bruce; Selby, Joseph (2002). Emergency Department Cost-Sharing: Patient Awareness and Delayed Access. *Abstr Acad H Serv Res Health Policy Meet* 19, S. 17 (<http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/102273702.html>).
- Hulten, Eddie; Jackson, Jeffrey; Douglas, Kevin; George, Susan; Villines, Todd (2006). The Effect of Early, Intensive Statin Therapy on Acute Coronary Syndrome. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Intern Med* 166 (17), S. 1814-1821 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/166/17/1814>).
- Hunterlink Customer Support. Sydney (http://users.hunterlink.net.au/~ddhrg/econ/moral_hazard.html#6).
- Hummels, Thomas; Jäckers, Andreas (2003). Prozentuale Zuzahlungen bei Arzneimitteln. Ein Weg zu mehr Transparenz und Wettbewerb im Arzneimittelmarkt – Das Konzept des Deutschen Generika-Verbandes. Teil 1. *Pharm Ind* 65 (4), S. 298-301.
- Huskamp, Haiden; Rosenthal, Meredith; Frank, Richard; Newhouse, Joseph (2000). The Medicare prescription drug benefit: How will the game be played. *H Aff* 19 (2), S. 8-23 (<http://www.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/2/8>).
- Huskamp, Haiden; Epstein, Arnold; Blumenthal, David (2003a). The Impact Of A National Prescription Drug Formulary On Prices, Market Share, And Spending: Lessons For Medicare? *H Aff* 22 (3), S. 149-158 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/22/3/149>).
- Huskamp, Haiden; Deverka, Patricia; Epstein, Arnold; Epstein, Robert; McGuigan, Kimberly; Frank, Richard (2003b). The Effect of Incentive-Based Formularies on Prescription-Drug Utilization and Spending. *N Engl J Med* 349 (23), S. 2224-2232 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/349/23/2224.pdf>).
- Huskamp, Haiden; Deverka, Patricia; Epstein, Arnold; Epstein, Robert; McGuigan, Kimberly; Muriel, Anna; Frank, Richard (2005). Impact of 3-Tier Formularies on Drug Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Arch Gen Psych* 62 (4), S. 435 – 441 (<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/62/4/435>).
- Huskamp, Haiden; Deverka, Patricia; Landrum, Mary Beth; Epstein, Robert; McGuigan, Kimberly (2007). The Effect of Three-Tier Formulary Adoption on Medication Continuation and Spending among Elderly Retirees. *H Serv Res* 42 (5), S. 1926-1942 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1475-6773.2007.00722.x>).
- Huttin, Christine (1994). The use of prescription charges. *H Pol* 27 (1), S. 53-73.
- Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) (o.J.). Eigeninitiative und Solidarität. Der zukunftssichere Sozialstaat. Themenheft Nr. 5, Köln (http://www.insm.de/Downloads/PDF_-_Dateien/Publikationen/Kostenlose_Downloads/Soziales_Themenheft5.pdf).
- Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (1980). Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen. Bestandsaufnahme – Materialien – Denkanstöße. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Irvine, Benedict; Green, David (2003). International Medical Outcomes: How Does the UK Compare? Civitas (Institute for the Study of Civil Society), London (<http://www.civitas.org.uk/pdf/hpcgOutcomes.pdf>).

- Jackevicius, Cynthia; Mamdani, Muhammad; Tu, Jack (2002). Adherence With Statin Therapy in Elderly Patients With and Without Acute Coronary Syndromes. *JAMA* 288 (4), S. 462-467 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/288/4/462>).
- Jakobs, Klaus; Langer, Bernhard; Pfaff, Anita; Pfaff, Martin (2003). Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn (wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_fes_bv_vs_kp_1104.pdf).
- Jemai, Nadia; Thomson, Sarah; Mossialos, Elias (2004). An overview of cost sharing for health services in the European Union. *Euro Observer* 6 (3) (http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver6_3.pdf).
- Jessen, Jens (1999). Selbstbeteiligung: Noch nicht ausgereizt. *Dt. Ärztebl* 96 (15), S. B-738 – 738 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=16587>).
- Jinnett, Kimberly; Parry, Thomas; Lu, Yifan (2007). A Broader Reach for Pharmacy Plan Design. The Disability Effects of Cost Shifting. Integrated Benefit Institute, San Francisco (<http://www.ibiweb.org/publications/download/637>).
- Johnson, Richard; Penner, Rudolph (2004). Will Health Care Costs Erode Retirement Security? Issue Brief 23, Center for Retirement Research Boston College (www.bc.edu/centers/crr/issues/ib_23.pdf).
- Johnson, Richard; Goodman, Michael; Hornbrook, Mark; Eldredge Michael (1997). The Effect of Increased Prescription Drug Cost-Sharing on Medical Care Utilization and Expenses of Elderly Health Maintenance Organization Members. *Med Care* 35 (11), S. 1119-1131.
- Jones, Kenneth; Vischi, Thomas (1979). Impact of alcohol, drug abuse and mental health treatment on medical care utilization. A Review of the Research Literature. *Med Care* 17 (Dec suppl), S. i-ii+iv-vi+1-82 ([http://links.jstor.org/sici?sici=0025-7079\(197912\)17%3A12%3Ci%3AIOADAA%3E2.0.CO%3B2-2](http://links.jstor.org/sici?sici=0025-7079(197912)17%3A12%3Ci%3AIOADAA%3E2.0.CO%3B2-2)).
- Jones, David; Kroenke, Kurt; Landry, Frank; Tomich, David; Ferrel, Richard (1996). Cost savings using a stepped-care prescribing protocol for nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *JAMA* 275 (12), S. 926-930 (Abstract: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/275/12/926>).
- Joseph, Hyman (1972). Hospital Insurance and Moral Hazard. *J Hum Res* 7 (2), S. 152-161 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-166X%28197221%297%3A2%3C152%3AHIAMH%3E2.0.CO%3B2-T>).
- Joyce, Geoffrey; Escarce, José; Solomon, Mathew; Goldman, Dana (2002). Employer Drug Benefit Plans and Spending on Prescription Drugs. *JAMA* 288 (14), S. 1733-1739 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/288/14/1733>).
- Jung, Ki-Taig (1998). Influence of the Introduction of a Per-Visit Copayment on Health Care Use and Expenditures: The Korean Experience. *J Risk Insur* 65 (1), S. 33-56 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-4367%28199803%2965%3A1%3C33%3AIOTIOA%3E2.0.CO%3B2-%23>).
- Kaczmarek, Stephen (1999). A Quantitative Analysis of Factors Affecting Formulary Compliance in Prescription Drug Card Programs. Fellowship Credit Research Paper 99-1; S. 215-250 (<http://www.soa.org/library/research/actuarial-research-clearing-house/2000-09/2000/arch-2/arch00v29.pdf>).
- Kaelble, Hartmut; Schmid, Günther (Hrsg.) (2004). Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat. Jahrbuch 2004, Wissenschaftszentrum Berlin.
- Kaiser, Arvid (2003). Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung. Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU. Arbeitspapiere für Staatswissenschaften/Working Papers on Economic Governance, Universität für Wirtschaft und Politik, Hamburg (http://www.hwp-hamburg.de/fach/fg_vwl/DozentInnen/heise/Materials/WP_StaatsWiss/06-GesundhVersorgg.pdf).
- Kamal-Bahl, Sachin; Briesacher, Becky (/2004). How Do Incentive-Based Formularies Influence Drug Selection And Spending For Hypertension? *H Aff* 23 (1), S. 1227-236 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/1/227>).
- Karter, Andrew; Stevens, Mark; Herman, William, Ettner, Susan; Marrero, David; Engelgau, Michael Curb, David; Brown, Arleen (2003). Out-of-Pocket Costs and Diabetes Preventive Services. *Diab Care* 26 (8), S. 2294-2299 (<http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/26/8/2294>).

- Karter, Andrew; Parker, Melissa; Moffet, Howard; Ahmed, Aameena; Chan, James; Spence, Michele; Selby, Joe; Ettner, Susan (2007). Effect of Cost-sharing Changes on Self-monitoring of Blood Glucose. *Am J Man Care* 13 (7), S. 408-416 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07julyKarter_408to416.pdf).
- Kasje, Willeke; Timmer, J. W.; Boendermaker, Peter; Haaijer-Ruskamp, Flora (2002). Dutch GPs' perceptions: the influence of out-of-pocket costs on prescribing. *Soc Sci Med* 55 (9), S. 1571-1578.
- Katz, David (2001). A Solution for Rising Drug Costs. Employers may start to move away from fixed co-payments. CFO Publishing Corporation, New York (<http://www.cfo.com/article.cfm/2991456?f=related>).
- Katz, Michael; Rosen, Richard (1994). *Microeconomics*. 2. Ausg., McGraw-Hill, Irwin, Illinios. ISBN 0-256-17176-9.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1997). Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt a. M.
- Kaufmann, Stephan (2004). Der Problemlöser. *Berliner Zeitung* 6.3.2004, S. M04/05 (<http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2004/0306/magazin/0002/>).
- Keeler, Emmett; Newhouse, Joseph; Phelps, Charles (1974). Deductibles and the Demand for Medical Services. The Theory of the Consumer Facing a Variable Price Schedule Under Uncertainty. R1514 OEO NC, Rand Corporation, Santa Monica (<http://www.rand.org/pubs/reports/2005/R1514.pdf>).
- Keeler, Emmett; Brook, Robert; Goldberg, George; Kamberg, Caren; Newhouse, Joseph (1985). How free care reduced hypertension in the health insurance experiment. *JAMA* 254 (14), S. 1926-1931 (Abstract: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/254/14/1926>).
- Keeler, Emmett; Sloss, Elizabeth; Brook, Robert; Operskalski, Belinda; Goldberg, George; Newhouse, Joseph (1987). Effects of Cost Sharing on Physiological Health, Health Practices, and Worry. *H Serv Res* 22 (3), S. 279-306 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1065439&blobtype=pdf>).
- Kenagy, John; Berwick, Donald; Shore, Miles (1999). Service Quality in Health Care. *JAMA* 281 (7), S. 661-665 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/281/7/661>).
- Kennedy, Jae; Erb, Christopher (2002). Prescription Noncompliance due to Cost Among Adults With Disabilities in the United States. *Am J Publ H* 92 (7), S. 1120-1124 (<http://www.ajph.org/cgi/reprint/92/7/1120>).
- Kephart, George; Skedgel, Chris; Sketris, Ingrid; Grootendorst, Paul; Hoar, John; Sommers, Emily (2003). The Effect of Changes in Co-payment and Premium Policies on the Use of Prescription Drugs in the Nova Scotia Seniors' Pharmacare Program. CHRSF/FCRSS, Ottawa (http://www.chrsf.ca/final_research/ogc/kephart_e.php).
- Kephart, George; Skedgel, Chris; Sketris, Ingrid; Grootendorst, Paul; Hoar, John (2007). Effect of Copayments on Drug Use in the Presence of Annual Payment Limits. *Am J Man Care* 13 (6, Part 2), S. 328-334 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC07junPrt2_Kephart328to34.pdf).
- Kern, Axel; Kupsch, Stephan (2002). Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen und die Neubestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Was bringt ein Blick über die Grenzen? Arbeitspapier 217, Wirtschaftswissenschaftliches Institut, Universität Augsburg (<http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/217.pdf>).
- Kleinke, JD. (2000). Just what the HMO ordered: the paradox of increasing drug costs. *H Aff* 19 (2), S. 78-91 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/2/78>).
- Kleinke, J.D. (2004a). Re-Naming And Re-Gaming: Medicare's Doomed Attempt To Reform Reimbursement For Injectable Drugs. *H Aff Web Excl* 23 (6), S. w4 561-571 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.561v1>).
- Kleinke, J.D. (2004b). Access Versus Excess: Value-Based Cost Sharing For Prescription Drugs. *Health Aff* 23 (1), S. 34-47 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/1/34>).
- Klingenberger, David (2005). Steuerungs- und Verteilungswirkungen der Praxisgebühr im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung – eine Kosten-Nutzen-Analyse. *Das Gesundheitswesen* 67, S. 196-203 (<http://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/gesu/doi/10.1055/s-2005-857957.pdf>).

Klose, Joachim; Schellschmidt, Henner (2001). Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick. WIdO-Materialien 45, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.

Knappe, Eckhard; Fritz, Wilhelm (1984). Direktbeteiligung im Gesundheitswesen – Steuerungswirkungen des Selbstbehalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Knappe, Eckhard (2003). Selbstbeteiligung der Patienten als Finanzierungs- und Steuerungsinstrument. In: Albring, Manfred; Wille, Eberhard (Hrsg.) (2003). Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmeschwäche und Koordinierungsproblemen. Verlag Peter Lang, Frankfurt/M., Berlin, Bern, Brüssel, New York, Oxford, Wien

Kozyrskyj, Anita; Mustard, Cameron; Cheang, Mary; Simons, Estelle (2001). Income-based drug benefit policy: impact on receipt of inhaled corticosteroid prescriptions by Manitoba children with asthma. CMAJ 165 (7), S. 897-902 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/165/7/897>).

Kraft, Kornelius; Schulenburg, Matthias Graf von der (1984). Einige empirische Ergebnisse zur Beurteilung der Wirkungen von Selbstbeteiligungsregelungen in der Krankenversicherung. In: Oberender, Peter, S. 123-147.

Kravitz, Richard; Epstein, Ronald; Feldman, Mitchell; Franz, Carol; Azari, Rahman; Wilkes, Michael; Hinton, Ladson; Franks, Peter (2005). Influence of Patients' Requests for Direct-to-Consumer Advertised Antidepressants: A Randomized Controlled Trial. JAMA 293 (16), S. 1995-2002 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/293/16/1995>).

Krohmal, Benjamin; Emanuel, Ezekiel (2007). Access and Ability to Pay: The Ethics of a Tiered Health Care System. Arch Intern Med 167 (5), S. 433-437 (<http://pubs.ama-assn.org/media/controlled/archinte/pdf/433.pdf>).

Krzyzanowski, Michael, Kuna-Dibbert, Birgit, Schneider, Jürgen (eds.) (2005). Effects of air pollution on children's health and development – a review of the evidence. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/E86575>).

Ku, Leighton (2003). Charging the Poor more for Health Care: Cost-Sharing in Medicaid. Center on Budget and Policy Priorities. Washington DC (<http://www.cbpp.org/5-7-03health.pdf>).

Ku, Leighton; Broaddus, Mathew (2005). Out-of-Pocket Medical Expenses for Medicaid Beneficiaries are Substantial and Growing. Center on Budget and Policy Priorities, Washington DC (<http://www.cbpp.org/5-31-05health.pdf>).

Ku, Leighton; Wachino, Victoria (2005). The Effect of Increased Cost-Sharing in Medicaid: A Summary of Research Findings. Center on Budget and Policy Priorities, Washington DC (<http://www.cbpp.org/5-31-05health2.pdf>).

Kühn, Hagen (2006). Der Ethikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung? In: Hagemann, Ulrich; Simon, Ingeborg (Hg.), Pharmazie im Gesundheitswesen heute, Berlin Reihe: Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin: 11-31 (<http://www.wz-berlin.de/ars/ph/download/ethikbetriebmedizin.pdf>).

Kupor, Scott; Liu, Yong-chuan; Lee, Jungwoo; Yoshikawa, Aki (1995). The Effect of Copayments and Income on the Utilization of Medical Care By Subscribers to Japan's National Health Insurance System. Int J H Serv 25 (2), S. 295-312 (Abstract: <http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,9,11;journal,50,147;linkingpublicationresults,1:300313,1>).

Kurth, Ann; Bielinski, Lori; Graap, Kris; Conniff, John; Connell, Frederick (2001). Reproductive and Sexual Health Benefits in Private Health Insurance Plans in Washington State. Fam Plan Perspect 33 (4), S. 153-160, 179 (<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3315301.html>; <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3315301.pdf>).

Laaser, Ulrich; Holst, Jens (2004). Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Frankfurter Rundschau Nr. 5/2, 60. Jg., 7.1.2004, S. 9.

- Laditka, Sarah; Mastanduno, Melanie; Laditka, James (2001). Health Care Use of Individuals With Diabetes in an Employer-Based Insurance Population. *Arch Intern Med* 161 (10), S. 1301-1308 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/161/10/1301>).
- Lago, Ronald; Aspling, Deborah; Westert, Gert (2005). Current and Future Developments in Managed Care in the United States and Implications for Europe. *H Res Pol Syst* 3 (4) (<http://www.health-policy-systems.com/content/3/1/4>).
- Lamiraud, Karine; Geoffard, Pierre-Yves (2007). Therapeutic Non-Adherence: A Rational Behavior Revealing Patient Preferences? *H Econ* 16 (11), pp. 1185-1205 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/114122877/PDFSTART>).
- Landon, Bruce; Rosenthal, Meredith; Normand, Sharon-Lise; Spettell, Claire; Lessler, Adam; Underwood, Howard; Newhouse, Joseph (2007). Incentive Formulary and Changes in Prescription Drug Spending. *Am J Man Care* 13 (6, Part 2), S. 360-369 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07junPrt2_Landon360to369.pdf).
- Langa, Kenneth; Fendrick, Mark; Chernew, Michael; Kabeto, Mohammed; Paisley, Kerry; Hayman, James (2004). Out-of-Pocket Health-Care Expenditures among Older Americans with Cancer. *Value in Health* 7 (2), S. 186-194 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1524-4733.2004.72334.x>).
- Langer, Bernhard; Pfaff, Anita; Kern, Axel Olaf (2006). Steuerung des GKV-Arzneimittelmarktes – Auswirkungen von Selbstbeteiligungen und Härtefallregelungen. *Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe*, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Augsburg (<http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/285.pdf>).
- LaRosa John; Grundy, Scott; Waters, David; Shear, Charles; Barter, Philip; Fruchart, Jean-Charles; Gotto, Antonio; Greten, Heiner; Kastelein, John; Shepherd, James; Wenger, Nanette (2005). Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med* 352 (14), S. 1425–1435 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/352/14/1425.pdf>).
- Laufs, Ulrich; Hamm, Christian; Böhm, Michael (2006). Übersicht: Statintherapie bei koronarer Herzkrankheit (Statin treatment in coronary heart disease). *Dt Ärztebl* 103 (41), 13.10.2006, S. A-2714 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=53060>; Literatur: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/lit.asp?id=53060>).
- Laurent, Olivier; Bard, Denis; Filleul, Laurent; Segala, Claire (2007). Effect of socioeconomic status on the relationship between atmospheric pollution and mortality. *J Epid Comm H* 61 (8), S. 665-675 (<http://jech.bmj.com/cgi/reprint/61/8/665>).
- Lauterbach, Karl; Gandjour, Afschin; Schnell, Gerald (2000). Zuzahlungen bei Arzneimitteln. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität Köln (<http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/stellungnahme/zuzahlungen/sld001.htm>).
- Leader, Shelah; Yang, Harry; DeVincenzo, John; Jacobson, Phillip; Marcin, James; Murray, Dennis (2003). Time and Out-of-Pocket Costs Associated with Respiratory Syncytial Virus Hospitalization of Infants. *Value in Health* 6 (2), S. 100-106 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1046/j.1524-4733.2003.00220.x>).
- Lee, Thomas; Zapert, Kinga (2005). Do High-Deductible Health Plans Threaten Quality of Care? *N Engl J Med* 353 (12), S. 1202-1204 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/12/1202.pdf>).
- Lee, Peter; Hoo, Emma (2006). Beyond Consumer-Driven Health Care: Purchasers' Expectations of all Plans. *H Aff* 25 (6), S. W544-W548 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w544>).
- Lee, Jeannie; Grace, Karen; Taylor, Allen (2006). Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 296 (21), S. 2563-2571 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/296/21/2563>).
- Leibowitz, Arleen; Manning, Willard; Newhouse, Joseph (1983). The Demand for Prescription of Drug as a Function of Cost Sharing. *Soc Sci Med* 21 (10), S. 1063-1069.
- Leibowitz, Arleen; Manning, Jr, Willard; Keeler, Emmett; Duan, Naihua; Lohr, Kathleen; Newhouse, Joseph (1985). Effect of Cost-Sharing on the Use of Medical Services by Children: Interim Results from a

- Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 75 (5), S. 942-951 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/75/5/942>).
- Leslie, Douglas; Rosenheck, Robert (1999). Shifting to Outpatient Care? Mental Health Care Use and Cost Under Private Insurance. *Am. J. Psychiatry* 156 (8), S. 1250–1257.
- Levaggi, Laura; Levaggi, Rosella (2005). Optimal copayment strategies in a public health care system. SSRN Working Paper, New York (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=734923#PaperDownload).
- Levinson, Wendy; Kao, Audiey; Kuby, Alma; Thisted, Ronald (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of patient preferences. *J Gen Intern Med* 20 (6), S. 531–535 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x>).
- Levit, Katherine; Cowan, Cathy; Lazenby, Helen; Sensenig, Arthur; McDonnell, Patricia; Stiller, Jean; Martin, Anne (2000). Health spending in 1998: signals of change. The Health Accounts Team. *H Aff* 19 (1), S. 124-132 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/1/124>).
- Lewis, Steven (1998). Still here, still flawed, still wrong: the case against the case for taxing the sick. *CMAJ/JAMC* 159 (5), S. 497-499 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/159/5/497.pdf>).
- Lexchin, Joel (1992). Prescribing and Drug Costs in the Province of Ontario. *Int J H Serv* 22 (3), S. 471-487 (Abstract: <http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,8,13;journal,61,147;linkingpublicationresults,1:300313,1>).
- Lexchin, Joel; Grootendorst, Paul (2002). The effects of prescription drug user fees on drug and health services use and health status: A review of evidence. Draft. Universität Toronto (<http://www.thecem.net/Downloads/draft.pdf>).
- Lexchin, Joel; Grootendorst, Paul (2004). Effects of Prescription Drug User Fees on Drug and Health Services Use and on Health Status in Vulnerable Populations: A Systematic Review of the Evidence. *Int J H Serv* 34 (1), S. 101-122 (<http://baywood.metapress.com/media/m5uc84pnp4qukf91h1k/contributions/4/m/3/e/4m3el0yfw1tdekg0.pdf>).
- Liang, Su-Ying; Phillips, Kathryn; Tye, Sherilyn; Haas, Jennifer; Sakowski, Julie (2004). Does Patient Cost Sharing Matter? Its Impact on Recommended Versus Controversial Cancer Screening Services. *Am J Manag Care* 10 (2), S. 99-107 (<http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC2004febLiang99-107.pdf>).
- LIPID Study Group (The Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease) (1998). Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 339 (19), S. 1349–57 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/339/19/1349.pdf>).
- Lloyd-Sherlock, Peter (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Soc Sc Med* 51 (6), S. 887-895.
- Lo Sasso, Anthony; Lyons, John (2004). The Sensitivity of Substance Abuse Treatment Intensity to Copayment Levels. *J Behav H Serv Res* 31 (1), S. 50-65.
- Lohr, Kathleen; Brook, Robert; Kamberg, Caren; Goldberg, George; Leibowitz, Arleen; Keeseey, Joan; Reboussin, David; Newhouse, Joseph (1986a). Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment: Diagnosis- and Service-specific Analyses in a Randomised Controlled Trial. *Med Care* 24 (Suppl. 9), S. S1-S87 (<http://www.rand.org/pubs/reports/2006/R3469.pdf>).
- Lohr, Kathleen; Kamberg, Caren; Keeler, Emmett; Goldberg, George; Calabro, Thomas; Brook, Robert (1986b). Chronic Disease in a General Adult Population: Findings from The RAND Health Insurance Experiment. *West J Med* 145 (4), S. 537-545 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1307010&blobtype=pdf>).
- López-Bastida, Julio; Mossialos, Elias (2000). Pharmaceutical Expenditure in Spain: Cost and Control. *Int J H Serv* 30 (3), S. 597-616 (<http://baywood.metapress.com/media/h07c757ywk0vvh95hh1k/contributions/y/l/3/j/y13jqk9b0nmqkvmk.pdf>).

- Lostao, Lourdes; Regidor, Enrique; Geyer, Siegfried; Aïach, Pierre (2007). Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Soc Sci Med* 65 (2), S. 367-376.
- Lostao, Lourdes; Regidor, Enrique; Geyer, Siegfried; Aïach, Pierre (2007). Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. *J Epidemiol Comm Health* 61 (5), S. 416-420 (<http://jech.bmj.com/cgi/reprint/61/5/416>).
- Lundberg, Lars, Johannesson, Maj-Britt; Isacson, Dag; Borgquist L. (1998). Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *H Pol* 44 (2), S. 123-134.
- Lurie, Nicole; Manning, Willard; Peterson, Chris; Goldberg, George; Phelps, Charles; Lillard, Lee (1987). Preventive care: do we practice what we preach? *Am J Publ H* 77 (7), S. 801-804 (Abstract: <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/77/7/801>).
- Lurie, Nicole; Kamberg, Caren; Brook, Robert; Keeler, Emmett; Newhouse, Joseph (1989). Ho free care improved vision in the health insurance experiment. *Am J Public Health* 79 (5), S. 640-642 (<http://www.ajph.org/cgi/content/cgi/reprint/79/5/640>).
- Maarse, Hans (2004). User charges in The Netherlands. *European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer* 6 (3), S. 4-5 (http://www.euro.who.int/document/Obs/EuroObserver6_3.pdf).
- Jones, David; Kroenke, Kurt; Landry, Frank; Tomich, David; Ferrel, Richard (1996). Cost savings using a stepped-care prescribing protocol for nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *JAMA* 275 (12), S. 926-930 (Abstract: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/275/12/926>).
- Mabasa, Vincent; Ma, Johnny (2006). Effect of a therapeutic maximum allowable cost (MAC) program on the cost and utilization of proton pump inhibitors in an employersponsored drug plan in Canada. *J Manag Care Pharm* 12 (5), S. 371-376 (http://www.amcp.org/data/jmcp/June_06JMCP.pdf).
- Magee, Mike (2005). Tiered Cost Sharing: What Does It Mean for Hospital Use? *Health Politics, Pfizer Medical Humanities Initiative, New York* (http://www.healthpolitics.com/media/prog_58/transcript_prog_58.pdf).
- Mager, Douglas; Cox, Emily (2007). Relationship Between Generic and Preferred-brand Prescription Copayment Differentials and Generic Fill Rate. *Am J Man Care* 13 (6, Part 2), S. 347-352 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07junPrt2Mager347to52.pdf).
- Magid, David; Koepsell, Thomas; Every, Nathan; Martin, Jenny; Siscovick, David; Wagner, Edward; Weaver, Douglas (1997). Absence of Association between Insurance Copayments and Delays in Seeking Emergency Care among Patients with Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 336 (24), S. 1722-1729 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/336/24/1722.pdf>).
- Maio, Vittorio; Pizzi, Laura; Roumm, Adam; Clarke, Janice; Goldfarb, Neil; Nash, David; Chess, David (2005). Pharmacy Utilization and the Medicare Modernization Act. *Milb Quart* 83 (1), S. 101-130 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.0887-378X.2005.00337.x>).
- Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (2005). Staatshaushalt, Wachstum, Demographie. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn (http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/STABSABTEILUNG/MANAGERKREIS/THESEN_STAATSHAUSHALT_WACHSTUM.PDF).
- Manning, Willard Jr.; Phelps, Charles (1979). The Demand for Dental Care. *Bell J Econ* 10 (2), S. 503-525 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0361-915X%28197923%2910%3A2%3C503%3ATDFDC%3E2.0.CO%3B2-I>).
- Manning, Willard; Bailit, Benjamin; Newhouse, Joseph (1985). The demand for dental care: evidence from a randomized trial in health insurance. *J Am Dent Assoc* 110 (6), S. 895-902 (Abstract: <http://jada.ada.org/cgi/content/abstract/110/6/895?ck=nck>).
- Manning, William; Wells, Kenneth; Duan, Naihua; Newhouse, Joseph; Ware, John (1986). How cost sharing affects the use of ambulatory mental health services. *JAMA* 256 (14), S.1930-1934 (Abstract: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/256/14/1930>).
- Manning, Willard; Newhouse, Joseph; Duan, Naihua; Keeler, Emmett; Leibowitz, Arleen; Marquis, Susan (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a randomized experiment. *Am*

- Econ Rev 77 (3), S. 251-277 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28198706%2977%3A3%3C251%3AHIATDF%3E2.0.CO%3B2-S>).
- Manning, Willard; Marquis, Susan (1996). Health insurance: The tradeoff between risk pooling and moral hazard. *J H Econ* 15 (5), S. 609-639.
- Manning, Willard; Marquis, Susan (2001). Health insurance: tradeoffs revisited. *J H Econ* 20 (2), S. 289-293.
- Manski, Richard; Moeller, John; Maas, William (2001). Dental services. An analysis of utilization over 20 years. *J Am Dent Ass* 131 (5), S. 655-664 (<http://jada.ada.org/cgi/reprint/132/5/655>).
- Markus, Anne; Rosenbaum, Sara; Dylan, Roby (1998). CHIP, Health Insurance Premiums and Cost-Sharing: Lessons from the Literature. Health Resources and Services Administration Department of Health and Human Services, Medical Center, George Washington University, Washington DC (http://www.gwhealthpolicy.org/downloads/cost_sharing_litreview_overview.pdf).
- Marmor, Theodore; Mashaw Jerry; Harvey, Philipp (Eds) (1990). *America's Misunderstood Welfare State. Persisting Myths, Enduring Realities*. Basic Books, Calgary.
- Marmot, Michael (2001). Inequalities in Health. *N Engl J Med* 345 (2), S. 134-136 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/345/2/134.pdf>; <http://www.mindfully.org/Health/Inequalities-In-Health-Marmot.htm>).
- Marmot, Michael (2003). Self esteem and health. *BMJ* 327 (7415), S. 574-575 (<http://bmj.com/cgi/content/full/327/7415/574>).
- Marmot, Michael (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365 (9464), S. 1099-1104 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673605711466/fulltext>; <http://www.upenn.edu/ldi/paper-marmot-one.pdf>).
- Marmot, Michael (2006). Health in an Unequal World. *Lancet* 368 (9552), S. 2081-2094 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673604168335/fulltext>).
- Marquis, Susan (1985). Cost-sharing and provider choice. *J H Econ* 4 (2), S. 137-157.
- Marstedt, Gerd (2002). Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV. Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor*, Bertelsmannstiftung Gütersloh, S. 112-129.
- Mastilica, Miroslav; Božikov, Jadranka; Štampar, Andrija (1999). Out-of-Pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity. *Croat Med J* 40 (2), S. 152-159 (www.cmj.hr/1999/40/2/10234056.htm).
- Mastilica Miroslav; Babić-Bosanac, Sanja (2002). Citizens' views on health insurance in Croatia. *Croatian Med J* 43 (4), S. 417-424 (<http://www.cmj.hr/2002/43/4/12187519.pdf>).
- Mastilica, Miroslav; Kusec, Sanja (2005). Croatian healthcare system in transition, from the perspective of users. *BMJ* 331 (7510), S. 223-226 (<http://bmj.com/cgi/content/full/331/7510/223>).
- Matsumoto, Katsuaki (2003). Erfahrung mit der japanischen Pflegeversicherung. Informationsdienst / Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. – GVG, Köln (http://www.gvg-koeln.de//dokumente/deutsch/164/ID_294.pdf&name=ID_294.pdf&quelle=http://www.gvg-koeln.de/deutsch/publikationen.html).
- Maus, Josef (2005). Praxisgebühren: Draufgezahlt. *Dt. Ärztebl* 102 (9), S. A537 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=45639>).
- McArdle, Frank; Neuman, Patricia; Kitchman, Michelle; Kirland, Kerry; Yamamoto, Dale (2004). Large Firms' Retiree Health Benefits Before Medicare Reform: 2003 Survey Results. *H Aff, Web Excl*, S. w4 7-19 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.7v1>).
- McDevitt, Roland; Gabel, Jon; Gandolfo, Laura; Lore, Ryan; Pickreign, Jeremy (2007). Financial Protection Afforded by Employer-Sponsored Health Insurance: Current Plan Designs and High-Deductible Health Plans. *Med Care Res Rev* 64 (2), S. 212-228 (<http://mcr.sagepub.com/cgi/reprint/64/2/212>).
- McDonald, Heather; Garg, Amit; Haynes, Brian (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA* 288 (22), S. 2868-2879 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/288/22/2868>).

McGlynn, Elisabeth; Asch, Steven; Adams, John; Keeseey, Joan; Hicks, Jennifer; de Cristofaro, Alison; Kerr, Eve (2003). The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med* 348 (26), S. 2635-2645 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/348/26/2635.pdf>).

Mckinstry, Brian (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 321(7265), S. 867–871 (<http://www.bmj.com/cgi/reprint/321/7265/867>).

McManus, Peter; Donnelly, Neil; Henry, David; Hall, Wayne; Primrose, John; Lindner, Julie (1996). Prescription Drug Utilization Following Patient Co-Payment Changes in Australia. *Pharmacoepidem Drug Safety* 5 (6), S. 385-392 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/23832/PDFSTART>).

McNeill, Dwight (2004). Do Consumer-Directed Health Benefits Favor The Young And Healthy? *H Aff* 23 (1), S. 186-193 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/1/186>).

MEDPAC (Medicare Payment Advisory Commission) (2000). Medicare beneficiaries and prescription drug coverage. Report to the Congress: Selected Medicare Issues June 2000 (http://www.medpac.gov/publications/congressional_reports/Jun00%20Ch1.pdf).

MEDPAC (Medicare Payment Advisory Commission) (2004). Benefit Design and Cost Sharing in Medicare Advantage Plans. Report to the Congress (http://www.medpac.gov/publications/congressional_reports/Dec04_CostSharing.pdf).

Meessen, Bruno; Zhenzhong, Zhang; van Damme Wim; Devadasan, Narayanan; Criel, Bart; Bloom, Gerald (2003). Editorial: Iatrogenic poverty. *Trop Med Int H* 8 (7), S. 581-584 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1046/j.1365-3156.2003.01081.x>).

Meiners, Frank (2003a). DAK-Gesundheitsbarometer 10/03: Gesundheitsreform (Forsa-Studie). DAK Presse Server, Hamburg (<http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sblArchiv/988037DCD1F4BA74C1256D32002E6648?open>).

Meiners, Frank (2003b). DAK-Umfrage – jeder Zweite meint: Der Hausarzt ist der Erste. *Der Hausarzt* 14/03, S. 23 (<http://www.medizin-online.de/cda/DisplayContent.do?cid=104075&fid=107664&type=pdf>).

Mielck, Andreas (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle.

Miller, Tony (2006). Getting On The Soapbox: Views Of An Innovator In Consumer-Directed Care. *H Aff* 25 (6), S. w549–w551 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w549v1/DC1>).

Miller, Kristin; Siscovick, David; Sheppard, Lianne; Shepherd, Kristen; Sullivan, Jeffrey; Anderson, Garnet; Kaufman, Joel (2007). Long-Term Exposure to Air Pollution and Incidence of Cardiovascular Events in Women. *N Engl J Med* 356 (5), S. 447-458 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/356/5/447.pdf>).

Milstein, Arnold; Chassin, Mark (2004). Pro & Con: does patient cost sharing lead to better care? (Opinion). *Intern Med News* 37, S. 13.

Moise, Pierre; Jacobzone, Stéphane, and the ARD-IHD Experts Group (2003). OECD Study of Cross-National Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Ischaemic Heart Disease. OECD Health Working Paper No. 3, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Employment, Labour and Social Affairs Committee, OECD, Paris (<http://www.oecd.org/dataoecd/30/56/2511003.pdf>; [http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/3dce6d82b533cf6ec125685d005300b4/c3949eecb0ba78cec1256d10004aaa95/\\$FILE/JT00143165.PDF](http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/3dce6d82b533cf6ec125685d005300b4/c3949eecb0ba78cec1256d10004aaa95/$FILE/JT00143165.PDF)).

Mojtabai, Ramin; Olfson Mark (2003). Medication Costs, Adherence, And Health Outcomes Among Medicare Beneficiaries. *H Aff* 22 (4), S. 220-229 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/22/4/220>).

Montenegro-Torres, Fernando; Engelhardt, Timothy; Thamer, Mae; Anderson, Gerard (2001). Are Fortune 100 companies responsive to chronically ill workers? *H Aff* 20 (4), S. 209-219 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/20/4/209>).

Moran, John; Simon, Kosali (2005). Income and the Use of Prescription Drugs by the Elderly: Evidence from the Notch Cohorts. Department of Economics and Center for Policy Research, Syracuse University/ Department of Policy Analysis and Management, Cornell University, Ithaka (<http://academics.hamilton.edu/economics/home/moran.simon.pdf#search=%22%22International%20Longevity%20Center%22%20%22Merck%20Company%20Foundation%22%22>).

- Mossialos, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep; Kutzin, Joe (Hrsg.) (2002). Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, Open University Press (<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).
- Mossialos, Elias; Oliver, Adam (2005). An overview of pharmaceutical policy in four countries: France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom. *Int J H Plan Mgmt* 20 (4), S. 291–306 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112140373/PDFSTART>).
- Motheral, Brenda; Fairman, Kathleen (2001). Effect of a Three-Tier Prescription Copay on Pharmaceutical and Other Medical Utilization. *Med Care* 39 (12), S. 1293-1304.
- Müller, Edda; Stolterfoht, Barbara; Trauernicht, Gitta; Wiesehegel, Klaus (2003). Solidarisch, leistungsfähig und gerecht. Wege zur Förderung von Solidarität und Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung. Diskussionspapier für die Kommission zur Sicherung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin (<http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Publikationen/Ruerup-Bericht/diskussionspapiere-1,property=pdf,bereich=bmas,sprache=de,rwb=true.pdf>); <http://pdf.bmas.bund.de/bmas/temp/diskussionspapiere2d12cproperty3dpdf2cbereich3dbmas2csprache3dde2crwb3dtrue2epdf/parse.php?d=0001>).
- Müller, Joachim (1984). GKV-Finanzierung über Zwecksteuern? *Mensch, Medizin, Gesellschaft* 9 (4), S. 260-265.
- Mullins, Daniel (2003). Rising copayments and the kinked demand curve. *Clin Ther* 25 (12), S. 3144-3146.
- Mullins, Daniel; Palumbo, Francis; Saba, Mojdeh (2007). Formulary Tier Placement for Commonly Prescribed Branded Drugs: Benchmarking and Creation of a Preferred Placement Index. *Am J Man Care* 13 (6, Part 2), S. 377-384 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07junPrt2_Mullins377to84.pdf).
- Mumford, Emily; Schlesinger, Herbert; Glass, Gene; Patrick, Cathleen; Cuerdon, Timothy (1998). A New Look at Evidence About Reduced Cost of Medical Utilization Following Mental Health Treatment. *J Psychother Pract Res* 7 (1), S. 67-86 (<http://jppr.psychiatryonline.org/cgi/reprint/7/1/65.pdf>).
- Mundinger, Mary; Thomas, Edwidge; Smolowitz, Janice; Honig, Judy (2004). Essential Health Care: Affordable for All? *Nursing Economics* 22 (5), S. 239-244 (<http://www.medscape.com/viewarticle/492824>).
- Musil, Antje (2003). Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine agency-theoretische Betrachtung. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Nair, Kavita; Wolfe, Pamela; Valuck, Robert; McCollum, Marianne; Ganther, Julie; Lewis, Sonya (2003). Effects of a 3-tier pharmacy benefit design on the prescription purchasing behavior of individuals with chronic disease. *J Manag Care Pharm* 9 (2), S. 123-133 (http://www.amcp.org/data/jmcp/2003_V9_I2.pdf).
- Nakatani, Hiroki; Kondo, Takefumi (2003). Characteristics of a medical care program for specific diseases in Japan in an era of changing cost-sharing. *H Pol* 64 (3), S. 377-389.
- Nelson, Alan; Reeder, Claiborne; Dickson, Michael (1984). The effect of a Medicaid drug copayment program on the utilization and cost of prescription services. *Med Care* 22 (8), S. 724-736.
- Neukirch, Benno (2004). Zuzahlung – Verbesserung der Ressourcenallokation. *Dt Ärztebl* 101 (11), S. A702 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=40970>).
- Neuman, Patricia; Rice, Thomas (2003). Medicare Cost-Sharing: Implications for Beneficiaries. Statement Prepared for Hearing on Medicare Cost-Sharing and Medigap, Committee on Ways and Means, Subcommittee on Health, The United States House of Representatives. Washington DC (<http://waysandmeans.house.gov/hearings.asp?formmode=view&id=338>); <http://www.kff.org/medicare/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=14375>).
- Newbrander, William; Sacca, Stephen (1996). Cost Sharing and Access to Health Care for the Poor: Equity Experiences in Tanzania. World Bank, Human Development 31057, Washington DC (<http://www1.worldbank.org/devoutreach/march04/article.asp?id=237>).
- Newbrander, William; Collins, David; Gilson, Lucy (eds) (2001). User fees for health services: guidelines for protecting the poor. Management Sciences for Health, King Printing Company, Boston. ISBN 0-913723-80-0.

- Newhouse, Joseph; Taylos, Vincent (1970). *Medical Costs, Health Insurance, and Public Policy*. RAND Corporation, Santa Monica.
- Newhouse, Joseph; Rolph, John; Mori, Bryant; Murphy, Maureen (1978). *An Estimate of the Impact of Deductibles on the Demand for Medical Care Services*. RAND Corporation, Santa Monica. ISBN 0-8330-0065-9.
- Newhouse, Joseph; Manning, Willard; Morris, Carl; Orr, Larry; Duan, Naihua; Keeler, Emmett; Leibowitz, Arleen; Marquis, Kent; Marquis, Susan; Phelps, Charles; Brook, Robert (1981). Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 305 (25), S. 1501-1507 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/305/25/1501>).
- Newhouse, Joseph; Manning, Willard; Morris, Carl; Orr, Larry; Duan, Naihua; Keeler, Emmett; Leibowitz, Arleen; Marquis, Kent; Marquis, Susan; Phelps, Charles; Brook, Robert (1982). *Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance R-2847-HHS*. Health Insurance Experiment Series, Rand Corporation, Santa Monica.
- Newhouse, Joseph (1992). Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *J Econ Persp* 6 (3), S. 3-21 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0895-3309%28199222%296%3A3%3C3%3AMCCHMW%3E2.0.CO%3B2-M>).
- Newhouse, Joseph (1993). *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. A RAND study. RAND, The Insurance Experiment Group/Harvard University Press, Cambridge. ISBN 0-674-31846-3/ 0-674-31914-1.
- Newhouse, Joseph (2004a). How Much Should Medicare Pay for Drugs? *H Aff* 23 (1), S. 89-102 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/1/89>).
- Newhouse, Joseph (2004a). Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment. *H Aff* 23 (6), S. 107-113 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/6/107>).
- Nichols, Len; Ginsburg, Paul; Berenson, Robert; Christianson, Jon; Hurley, Robert (2004). Are Market Forces Strong Enough To Deliver Efficient Health Care Systems? Confidence Is Waning. *H Aff* 23 (2), S. 8-21 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/2/8>).
- Nink, Katrin; Schröder, Helmut (2004a). *Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2003*. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (2004). *Arzneiverordnungsreport 2004. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Springer Verlag, Berlin, S. 137-175.
- Nink, Katrin; Schröder, Helmut (2004b). *Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht*. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (2004). *Arzneiverordnungsreport 2004. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Springer Verlag, Berlin, S. 1099-1111.
- Nissen, Steven; Tuzcu, Murat; Schoenhagen, Paul; Brown, Greg; Ganz, Peter; Vogel, Robert; Crowe, Tim; Howard, Gail; Cooper, Christopher; Brodie, Bruce; Grines, Cindy; DeMaria, Anthony (2004). Effect of intensive compared with moderate lipid-lowering therapy on progression of coronary atherosclerosis: a randomized controlled trial. *JAMA* 291 (3), S. 1071–1080 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/9/1071>).
- Nixon, John; Ulmann, Philippe (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes. Evidence and caveats for a causal link. *Eur J H Econ* 7 (1), S. 7-18 (<http://www.springerlink.com/content/y00147rq18r72p77/fulltext.pdf>).
- Normand, Charles; Busse, Reinhard (2002). Social health insurance (SHI) financing. In: Mossialos, Elias; Dixon, Anne; Figueras, Josep; Kutzin, Joseph (Eds). *Funding Health Care: Options for Europe*, pp. 59–79. Buckingham: Open University Press (<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).
- Norwegian Board of Health (2003). *Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway*. Report 8/2002. ISSN 1503-4798 (http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2002/quality_health_care_role_government_supervision_monitoring_norway_rapport_082002.pdf).
- Nowack, Nicolas (2004). Zuzahlungen: Sozialhilfeempfänger in Heimen überfordert. *Dt Ärztebl* 101 (3), S. C70 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=40100>).
- Nuijten, Mark; Szende, Agota; Kosa, Jozsef; Mogyorosy, Zsolt; Kramberger, Boris; Nemecek, Karel; Tomek, Dominik; Oreskovic, Stjepan; Laskowska, Monika (2003). *Health care reform in six Central European*

- countries. A focus on health economic requirements in the drug pricing and reimbursement processes. *Eur J H Econ* 4 (4), S. 286–291 (<http://www.springerlink.com/content/rapdf9xpnqc7ge6h/fulltext.pdf>).
- Nyman, John (1999a). The value of health insurance: the access motive. *J H Econ* 18 (2), S. 141-152.
- Nyman, John (1999b). The economics of moral hazard revisited. *J H Econ* 18 (6), S. 811-824.
- Nyman, John (2003). *Health Insurance Theory: The Case of the Vanishing Welfare Gain*. Division of Health Services Research and Policy, University of Minnesota, Minneapolis (<http://www.econ.umn.edu/workingpapers/Nyman319.pdf>).
- Nyman, John (2004). Is ‘Moral Hazard’ Inefficient? The Policy Implications Of A New Theory. *H Aff* 23 (5), S. 194-199 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/5/194>).
- Nyman, John (2006). *Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain*. University of Minnesota, Minneapolis (<http://www.econ.ucsb.edu/seminar/papers/f06/nyman.pdf>).
- Oberender, Peter (1984). *Gesundheitswesen im Wandel*. Reihe Gesundheitsökonomie und Sozialrecht Bd. 2, Verlag René F. Wilfer, Spardorf.
- Oberlander, Jonathan (2003). *The Political Life of Medicare*. The University of Chicago Press, Chicago/London. ISBN 0-226-61595-2.
- O’Brien, Mary Jo; Archdeacon, Meghan; Barrett, Midge; Crow, Sarah; Janicki, Sarah; Rousseau, David; Williams, Claudia (2000). *State Experiences With Cost-Sharing Mechanisms in Children’s Health Insurance Expansions*. The Commonwealth Fund, New York (http://www.cmwf.org/usr_doc/lewin_cost_fr_385.pdf).
- O’Connor, Patrick (2006). Improving Medication Adherence. Challenges for Physicians, Payers, and Policy Makers. *Arch Int Med* 165 (18), S. 1802-1804 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/166/17/1802>).
- Office of Technology Assessment (OTA) (1993). *Benefit Design in Health Care Reform: Patient Cost-Sharing*. Congress of the United States, Princeton (www.wws.princeton.edu/cgi-bin/byte-serv.prl/~ota/disk1/1993/9310/9310.PDF).
- O’Grady, Kevin; Manning, Willard; Newhouse, Joseph; Brook, Robert (1985). The Impact of Cost Sharing on Emergency Department Use. *N Engl J Med* 313 (8), S. 484-490 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/305/25/1501>).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2004a). *Towards High-Performing Health Systems*. The OECD Health Project, Paris (<http://skylla.wz-berlin.de/fulltext/buch-vt/2004/DD-90483.pdf>).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2004b). *Towards High-Performing Health Systems*. Summary Report. The OECD Health Project, Paris (<http://www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf>).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2004c). *Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen*. Kurzbericht. OECD Gesundheitsprojekt, Paris (<http://www.oecd.org/dataoecd/7/56/31785622.pdf>).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2004d). *OECD Economic Survey of Canada 2004: Institutional Changes to Health Care System*. OECD, Paris (<http://www.oecd.org/dataoecd/41/63/33851206.pdf>).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2005). *Health at a Glance*. The OECD Health Project, Paris (https://www.oecd.org/secure/pdfDocument/0,2834,en_21571361_33622309_35630037_1_1_1_1,00.pdf).
- Osende, Julio; Ruiz-Ortega, Marta; Blanco-Colio, Luis Miguel; Egido, Jesus (2004). Statins to prevent cardiovascular events in hypertensive patients. The ASCOT-LLA study. *Nephrol Dial Transplant* 19 (3), S. 528-531 (<http://ndt.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/3/528>).
- O’Shea, Sofie (2004). User charges in Ireland. *European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer* 6 (3), S. 6-7 (http://www.euro.who.int/document/Obs/EuroObserver6_3.pdf).
- Osterkamp, Rigmarg (2003a). *German Public Health Insurance: Higher Co-payments and Everybody is Better off – the Case for Differentiated Co-payment Rates*. Ifo Diskussionsbeiträge, ifo-Institut für Wirtschaftsforschung

- schung, München (http://gemini.econ.umd.edu/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=IIPF59&paper_id=97).
- Osterkamp, Rigmar (2003b). Public health insurance. Pareto-efficient allocative improvements through differentiated copayment rates. *Eur J H Econ* 4 (2), S. 79-84 (<http://springerlink.metapress.com/content/91ckpkb0urdeqphg/fulltext.pdf>).
- Östlin, Piroška (2005). What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), World Health Organization, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>).
- Ozminkowski, Ronald; Marder, William; Hawkins, Kevin; Wang, Shaohung; Stallings, Sarah; Finkelstein, Stan; Sinsky, Anthony; Wierz, David (2004). The use of disease-modifying new drugs for multiple sclerosis treatment in private-sector health plans. *Clin Ther* 26 (8), S. 1341-1354.
- Padula, Cynthia (1992). Self-Care and the Elderly: Review and Implications. *Pub Health Nurs* 9 (1), S. 22-28 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1446.1992.tb00068.x>).
- Parakh, Kapil; Bush, David; Ziegelstein, Roy; Thombs, Brett; Fauerbach, James (2007). Mortality and Adherence to Pharmacotherapy After Acute Myocardial Infarction. *JAMA* 297 (17), S. 1877 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/297/17/1877>).
- Parente, Stephen; Feldman, Roger; Christianson, Jon (2004a). Employee Choice of Consumer-Driven Health Insurance in a Multiplan, Multiproduct Setting. *H Serv Res* 39 (4 Part 2), S. 1091-1112 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2004.00275.x>; <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1361055&blobtype=pdf>).
- Parente, Stephen; Feldman, Roger; Christianson, Jon (2004b). Evaluation of the Effect of a Consumer-Driven Health Plan on Medical Care Expenditures and Utilization. *H Serv Res* 39 (4 Part 2), S. 1189-1209 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2004.00282.x>; <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1361062&blobtype=pdf>).
- Paris, Valérie (2005). Pharmaceutical regulation in France 1980-2003. *Int J H Plan Mgmt* 20 (4), S. 307-328 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112140374/PDFSTART>).
- Pauly, Mark (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *Am Econ Rev* 58 (3-1), S. 531-537 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28196806%2958%3A3%3C531%3AATEOMHC%3E2.0.CO%3B2-A>).
- Pauly, Mark (1983). More on moral hazard. *J H Econ* 2 (1), S. 81-86.
- Pauly, Mark (1986). Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy. *J Econ Lit* 24 (2), S. 629-675 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-0515%28198606%2924%3A2%3C629%3ATHIAMF%3E2.0.CO%3B2-4>).
- Pauly, Mark (1997). Who Was That Straw Man Anyway? A Comment on Evans and Rice. *J H Polit Pol Law* 22 (2), S. 467-473 (<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/22/2/467>; <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=117&sid=9cdebcd-bc06d-47bf-92dc-a6184db93386%40sessionmgr107>).
- Pauly, Mark (2002). Can Insurance Cause Medical Care Spending to Grow too Rapidly? *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 71 (4), S. 468-476 (http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/vierteljahrshefte/docs/papers/v_02_4_9.pdf).
- Pauly, Mark; Scott Ramsey, (1999). Would you like suspenders to go with that belt? An analysis of optimal combinations of cost sharing and managed care. *J H Econ* 18 (4), S. 443-458.
- Pauly, Mark; Blavin, Fredric (2007). Value Based Cost Sharing Meets the Theory of Moral Hazard: Medical Effectiveness in Insurance Benefits Design. NBER Working Paper No. 13044, Washington DC (<http://www.nber.org/papers/w13044>).
- Pavcnik, Nina (2002). Do Pharmaceutical Prices Respond to Potential Patient Out-of-Pocket Expenses? *RAND J Econ* 33 (3), S. 469-487 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0741-6261%28200223%2933%3A3%3C469%3ADPPRTP%3E2.0.CO%3B2-6>).

- Pedan, Alexander; Varasteh, Laleh; Schneeweiss, Sebastian (2007). Analysis of Factors Associated With Statin Adherence in a Hierarchical Model Considering Physician, Pharmacy, Patient, and Prescription Characteristics. *J Man Care Pharm* 13 (6), S. 487-496 (<http://www.amcp.org/data/jmcp/pages%20487-96.pdf>).
- Petermann, Franz (2004). Non-Compliance: Merkmale, Kosten und Konsequenzen. *Managed Care Zeitschrift* 4, S. 30-32 (<http://www.forummanagedcare.ch/archiv/2004/4/14-non-compliance.neu.pdf>).
- Petty, François (1998). Un français de quatre renonce aux soins faute d'argent. *Impact Quotidien* 2, 2.April.1998.
- Pfaff, Anita; Langer, Bernhard; Mamberer, Florian; Freund, Florian; Kern, Axel; Pfaff, Martin (2003). Zahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen. *Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Beitrag Nr. 253*, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg/Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES) (<http://opus.zbw-kiel.de/volltexte/2004/1411/pdf/253.pdf>).
- Pfaff, Anita; Langer, Bernhard; Freund, Florian (2005). Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämie – Vergleich der Reformoptionen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Beitrag Nr. 277*, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg (<http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/277.pdf>).
- Pfaff, Martin (1985). Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig "sozial tragbar" und "kostendämpfend" sein? *Sozialer Fortschritt* 34 (12), S. 272-276.
- Phelps, Charles; Newhouse, Joseph (1972). Effect of Co-insurance: A Multivariate Analysis. *Soc Sec Bull* 35 (6), S. 20-28.
- Piette, John; Heisler, Michele; Wagner, Todd (2004). Cost-Related Medication Underuse. Do Patients With Chronic Illnesses Tell Their Doctors? *Arch Intern Med* 164 S. 1749-1755 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/164/16/1749>).
- Piette, John; Heisler, Michele; Wagner, Todd (2004). Problems Paying Out-of-Pocket Medication Costs Among Older Adults With Diabetes. *Diab Care* 27 (2), S. 384-391 (<http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/27/2/384>).
- Piette, John (2005). Medication Cost-Sharing: Helping Chronically Ill Patients Cope. *Med Care* 43 (10), S. 947-950.
- Pilote, Louise; Beck, Christine; Hughues, Richard; Eisenberg, Marc (2002). The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients. *CAMJ* 167 (3), S. 246-252 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/167/3/246>).
- Poisaal, John; Chulis, George (2000). Medicare beneficiaries and drug coverage. *H Aff* 19 (2), S. 248-256 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/2/248>).
- Poisaal, John; Murray, Laureen (2001). Growing differences between Medicare beneficiaries with and without drug coverage. *H Aff* 20 (2), S. 74-85 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/20/2/74>).
- Prada, Gabriela; Roberts, Glen; Vail, Stephen; Andersen, Malcolm; Down, Erin; Fooks, Cathy; Howatson, Al; Grimes, Kelly; Morgan, Steve; Parent, Karen; Sinclair, Duncan; Thompson, Vivian; Yalnizyan, Armine (2004). Understand Health Care Cost Drivers and Escalators. *Health, Health Care and Wellness, Report March 2004*, The Conference Board of Canada, Ottawa (www.conferenceboard.ca).
- Prentice, Julia; Pizer, Steven (2007). Delayed Access to Health Care and Mortality. *H Serv Res* 42 (2), S. 644-662 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1475-6773.2006.00626.x>).
- Probst, Josef (2004). Selbstbehalt – Sozialer und gesundheitspolitischer Widerspruch. In: Wurzer et al. 2004, S. 21-30.
- Provost Peters, Christie (2004). Fundamentals of the Prescription Drug Market. NHPF Background Paper, National Health Policy Forum, George Washington University, Washington DC (http://www.nhpf.org/pdfs_bp/BP_RxIndustry_08-24-04.pdf).
- Pütz, Claudia (2003). Selbstbehalttarife für die gesetzliche Krankenversicherung. 1. Aufl., Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden. ISBN 3-8329-0187-6.

- Redelmeier, Donald; Fuchs, Victor (1993). Hospital expenditures in the United States and Canada. *N Engl J Med* 328 (11), S. 772-778 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/328/11/772>).
- Reed, Mary; Fung, Vicky; Brand, Richard; Fireman, Bruce; Newhouse, Joseph; Selby, Joseph; Hsu, John (2005). Care-seeking behavior in response to emergency department copayments. *Med Care* 43 (8), S. 810-816.
- Reggler, Jonathan (1998). User fees would both yield money and encourage more responsible use of NHS. *BMJ* 316 (7124), S. 70 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/316/7124/70/a>).
- Reichelt, Herbert (1985). Sozial tragbare Selbstbeteiligung oder statistische Artefakte? *Sozialer Fortschritt* 34 (12), S. 265-271.
- Reichelt, Herbert (1994). *Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung im Arzneimittelmarkt* Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Reichmann, Gerhard; Sommersguter-Reichmann, Margit (2004). Co-payments in the Austrian social health insurance system. Analysing patient behaviour and patient's views of the effects of co-payments. *H Pol* 67 (1), S. 75-92.
- Reiners, Hartmut (2006). *Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen*. WZB Discussion Paper, Berlin, ISSN 1860-8884 (<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2006/i06-305.pdf>).
- Reiners, Hartmut; Schnee, Melanie (2007). Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung? Die Praxisgebühr – ein Kernstück des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG). In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert. *Gesundheitsmonitor 2007*, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, S. 133-154.
- Reinhardt, Uwe (1989). Economists in Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop? *Am Econ Rev* 79 (2), S. 337-342 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28198905%2979%3A2%3C337%3AEIHCSO%3E2.0.CO%3B2-S>).
- Reinhardt, Uwe (2001). Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market? *J H Polit Pol Law* 26 (5), S. 967-992 (<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/26/5/967>;
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=115&sid=b703f69b-1851-4b45-892a-d3bc2e69e4b9%40sessionmgr9>).
- Remler, Dahlia; Atherly, Adam (2003). Health status and heterogeneity of cost-sharing responsiveness: how do sick people respond to cost-sharing? *H Econ* 12 (4), S. 269-280 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/99015409/PDFSTART>).
- Reuveni, Haim; Sheizaf, Boaz; Elhayany, Asher; Sherf, Michael; Limoni, Yehuda; Scharff, S.; Peled, Ronit (2002). The effect of drug co-payment policy on the purchase of prescription drugs for children with infections in the community. *H Pol* 62 (1), S. 1-13.
- Rice, Thomas (1997). Can Markets Give Us the Health System We Want? *J H Polit Pol Law* 22 (2), S. 381-426 (<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/22/2/383>;
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=115&sid=b703f69b-1851-4b45-892a-d3bc2e69e4b9%40sessionmgr9>).
- Rice, Thomas; Labelle, Roberta (1989). Do physicians induce demand for medical services? *J H Polit Pol Law* 14 (3), S. 587-600 (<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/14/3/587>).
- Rice, Thomas; Thorpe, Keneth (1993). Income-related Cost Sharing in Health Insurance. *H Aff* 12 (1), S. 21-39 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/1/21>).
- Rice, Thomas (2004). *Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung*. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn.
- Rice, Thomas; Matsuoka, Karen (2004). Book Review: *The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors*. *Med Care Res Rev* 61 (4), S. 415-452 (<http://mcr.sagepub.com/cgi/reprint/61/4/415>).
- Richardson, Jeff (1991). *The Effects of Consumer Co-payments in Medical Care*. National Health Strategy Background Paper N^o 5. Australian Government, Calgary (<http://www.health.gov.au/archive/nhs/documents/nhs6.pdf>).

- Richardson, Jeff (2005). Priorities of health policy: cost shifting or population health. *Austr N Zeal H Pol* 2 (1) (<http://www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/1>).
- Rieser, Sabine (2004). GKV-Modernisierungsgesetz: Praxisgebühr im Praxistest. *Dt Ärztebl* 101 (3), S. A-79/B-69/C-69 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=40099>).
- Robbins, Brett (2005). Patients with Chronic Illnesses Underuse Medications Because of Cost. *American Association of Pediatrics, AAP Grand Rounds* 13 (1), S. 6 (<http://aapgrandrounds.aappublications.org/cgi/reprint/13/1/6>).
- Robinson, James (2002). Renewed Emphasis On Consumer Cost Sharing In Health Insurance Benefit Design. *H Aff, Web Excl*, S. W2 139-154 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w2.139v1>; <http://www.chcf.org/documents/insurance/HAMarch2002Robinson.pdf>).
- Robinson, James (2003). Hospital Tiers In Health Insurance: Balancing Consumer Choice With Financial Incentives. *H Aff, Web Excl*, S. w3 135-146 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.135v1>).
- Robinson, James (2004). Reinvention of Health Insurance in the Consumer Era. *JAMA* 291 (15), S. 1880-1886 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/15/1880.pdf>).
- Robinson, Ray (1999). Perspectives on Cost Sharing. *Eurohealth* 5 (3). Geneva: World Health Organization, S. 24 (http://www.euro.who.int/document/obs/EuroHealth5_3.pdf).
- Robinson, Ray (2002). User charges for health care. In: Mossialos, Elias; Dixon, Anne; Figueras, Josep; Kutzin, Joseph (Eds). *Funding Health Care: Options for Europe*, pp. 161–183 (<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).
- Roblin, Douglas; Platt, Richard; Goodman, Michael; Hsu, John; Nelson, Winnie; Smith, David; Andrade, Susan; Soumerai, Stephen (2005). Effect of Increased Cost-Sharing on Oral Hypoglycemic Use in Five Managed Care Organizations: How Much Is Too Much? *Med Care* 43 (10), S. 951-959.
- Roddy, Paul; Wallen, John; Meyers, Sanford (1986). Cost sharing and use of health services. The United Mine Workers of America Health Plan. *Med Care* 24 (9), S. 873–876 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0025-7079%28198609%2924%3A9%3C873%3ACSAUOH%3E2.0.CO%3B2-2>).
- Rodwin, Victor; Le Pen, Claude (2004). Health Care Reform in France – The Birth of State-Led Managed Care. *N Engl J Med* 351 (22), S. 2259-2262 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/351/22/2259.pdf>).
- Roemer, Milton; Hopkins, Carl; Carr, Lockwood; Gartside, Foline (1975). Copayments for Ambulatory Care: Penny-Wise and Pound-Foolish. *Med Care* 13 (6), S. 457-466.
- Roos, Noralou; Forget, Evelyn; Walld, Randy; MacWilliam, Leonard (2004). Does universal comprehensive insurance encourage unnecessary use? Evidence from Manitoba says “no”. *CMAJ* 170 (21), S. 209–214 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/170/2/209>).
- Ros, Corina; Groenewegen, Peter; Delnoij, Diana (2000). All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. *H Pol* 52 (1), S. 1-13.
- Rosen, Bruce (2003). In: Thomson, Sarah; Mossialos, Elias (Ed.). *Health care systems in transition: Israel*. European Observatory on Health Care Systems, 5 (1), Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/E81826.pdf>).
- Rosen, Bruce; Gross, Revital; Brammli-Greenberg, Shuli; Feldman, Roger; Manning, Willard; Zwanziger, Jack (2003). Co-Payments for Physician Visits: How Large is the Burden and Who Bears Its Brunt? Presentation IHEA, JDC-Brookdale Institute Jerusalem.
- Rosen, Allison; Hamel, Mary Beth; Weinstein, Milton; Cutler, David; Fendrick, Mark; Vijan, Sandeep (2005). Cost-Effectiveness of Full Medicare Coverage of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors for Beneficiaries with Diabetes. *Ann Intern Med* 143 (2), S. 89-99 (<http://www.annals.org/cgi/reprint/143/2/89.pdf>).
- Rosenthal, Meredith; Milstein, Arnold (2004). Awakening Consumer Stewardship of Health Benefits: Prevalence and Differentiation of New Health Plan Models. *H Serv Res* 39 (4, Part 2), S. 1055–1070 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2004.00273.x>; <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1361053&blobtype=pdf>).

- Rosian, Ingrid; Mildschuh, Stephan; Vogler, Sabine; Winkler, Petra (2002). Selbstbeteiligung. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien.
- Ross, Murray (2006). Consumer-Directed Health Care: It's Not Whether The Glass Is Half-Empty, But Why. *H Aff* 25 (6), S. w552–w554 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w552>).
- Rothman, Max (1992). Cost-Sharing and the Future of Fees for Service for Frail Elders in State Programs. *J Appl Geront* 11 (4), S. 441-456 (<http://jag.sagepub.com/cgi/reprint/11/4/441>).
- Rouleau, Jean; Moye, Lemuel; Pfeffer, Marc; Arnold, Malcolm; Bernstein, Victoria; Cuddy, Thomas; Dagenais, Gilles; Geltman, Edward; Goldman, Steven; Gordon, David; Hamm, Peggy; Klein, Marc; Lamas, Gervasio; McCans, John; McEwan, Patricia; Menapace, Francis; Parker, John; Sestier, François; Sussex, Bruce; Braunwald, Eugene (1993). A comparison of management patterns after acute myocardial infarction in Canada and the United States. *N Engl J Med* 328 (11), S. 779-784 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/328/11/779>).
- Rubin, Robert; Mendelson, Daniel (1995). A framework for cost sharing policy analysis. Mattison, Nancy (Hrsg.) (1995). *Sharing the costs of health: A multi-country perspective*. Pharmaceutical Partners for Better Health. Basel.
- Ruf, Thomas (1982). Zur Selbstbeteiligung der Versicherten. Eine Studie zu ihren Grenzen und Möglichkeiten. PKV-Dokumentation 8, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln.
- Saaddine, Jinan; Cadwell, Betsy; Gregg, Edward; Engelgau, Michael; Vinicor, Frank; Imperatore, Giuseppina; Narayan, Venkat (2006). Improvements in Diabetes Processes of Care and Intermediate Outcomes: United States, 1988–2002. *Ann Int Med* 144 (7), S. 465-474 (<http://www.annals.org/cgi/content/full/144/7/465>).
- Sachs, Jeffrey (Ed.) (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Developing*. WHO, Genf (<http://www.cmhealth.org>, <http://www.un.org/esa/coordination/ecosoc/docs/RT.K.MacroeconomicsHealth.pdf>).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2003a). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I, II, Kurzfassung (<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>) (SVR 2003a)
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2003b). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Nomos Verlag, Baden-Baden 2003, ISBN - 3-8329-0408-5.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2003c). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Nomos Verlag, Baden-Baden, ISBN - 3-8329-0409-3 (SVR 2003c).
- Sacks, Frank; Pfeffer, Marc; Moye, Lemuel; Rouleau, Jean; Rutherford, John; Cole, Thomas; Brown, Lisa; Warnica, Wayne; Arnold, Malcolm; Chuan-Chuan, Wun; Davis, Barry; Braunwald, Eugene (1996). The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med* 335 (14), S. 1001-1009 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/335/14/1001.pdf>).
- Saltman, Richard; Figueras, Josep (1996). *European Health Care Reforms. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Saltman, Richard; Figueras, Josep (1998). *Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms*. *H Aff* 17 (2), S. 85-108 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/17/2/85>).
- Saltman, Richard; Busse, Reinhard; Mossialos, Elias (2002). *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Open University Press, Buckingham. (<http://www.who.dk/document/OBS/REBC01.pdf> - .../REBC11.pdf).
- Saltman, Richard (2002). *The Western European Experience with Health Care Reform*. World Health Organisation, Regionalbüro Europa, Kopenhagen (http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021223_2).

- Sapelli, Claudio; Vial, Bernadita (1998). Utilización de prestaciones de salud en Chile: ¿Es diferente entre grupos de ingreso? Cuadernos de Trabajo N^o 106, S. 343-382 (http://www.economia.puc.cl/index/paginas_profesor.asp?id_subsecciones=117&id_seccion=4&id_profesor=19&id_pagina=64).
- Sapelli, Claudio; Torche, Arístides (1998). El Seguro Previsional de Salud: Determinantes de la Elección entre Seguro Público y Privado, 1990-1994. Cuadernos de Economía 35 (106), S. 383-406. Santiago.
- Sapelli, Claudio; Vial, Bernadita (2001). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. Documento de Trabajo N^o 195, Instituto de Economía, Pápstliche Katholische Universität Chile, Santiago (http://www.economia.puc.cl/index/paginas_profesor.asp?id_subsecciones=117&id_seccion=4&id_profesor=19&id_pagina=64); http://www.economia.puc.cl/index/detalle_publica.asp?id_publicacion=928&id_subsecciones=123&id_seccion=3).
- Sapelli, Claudio; Vial, Bernadita (2003). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. J H Econ 22 (3), S. 459-476.
- Sari, Nazi, Langenbrunner, John; Lewis, Maureen (2000). Affording Out-of-Pocket Payments for Health Care Services: Evidence from Kazakhstan. Euroheath 6 (2), Special Spring 2000. Geneva: World Health Organization, S. 37-39 (<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol6no2.pdf>).
- Sari, Nazmi; Langenbrunner, John (2001). Consumer out-of-pocket spending for pharmaceuticals in Kazakhstan: implications for sectoral reform. H Pol Plan 16 (4), S. 428-434 (<http://dcc2.bumc.bu.edu/richardl/DPI02/Additional%20Mats/Richard/Kazhak%20Pharms.pdf>).
- Saver, Barry; Doescher, Mark; Jackson, Elizabeth; Fishman, Paul (2004). Seniors with Chronic Health Conditions and Prescription Drugs: Benefits, Wealth, and Health. Value in Health 7 (2), S. 133-143 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1524-4733.2004.72325.x>).
- Sax, Philip (2001). Changes in Drug Economy in Israel's Health Maintenance Organizations in the Wake of the National Health Insurance Law. Isr Med Ass J 3 (8), S. 605-609 (<http://www.ima.org.il/imag/ar01aug-13.pdf>).
- Schachenhofer, Barbara (1997). Gesundheitsbewußtsein versus Selbstbeteiligung. Über die Notwendigkeit einer Bewußtseinsenerweiterung hinsichtlich unserer Gesundheit. Schriften der Johannes-Kepler-Universität Linz, Reihe B – Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Nr. 23. Universitätsverlag Rudolf Trauner, Linz.
- Schaffenberger, Eva (1989). Der Spitalskostenbeitrag. Einhebungspraxis, Soziale Aspekte und Akzeptanz. Sozialwissenschaftliche Abteilung, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien. Wien.
- Schafheutle, Ellen; Hassell, Karen; Noyce, Peter; Weiss, Marjorie (2002). Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. H Soc Care Comm 10 (3), S. 187-195 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2524.2002.00356.x>).
- Schauffler, Helen Halpin; McMenamin, Sara (2001). Assessing PPO Performance on Prevention and Population Health. Med Care Res Rev 12 (58), S. 112-136 (http://mcr.sagepub.com/cgi/reprint/58/suppl_1/112).
- Schellhorn, Martin (2001). The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits. H Econ 10 (5), S. 441-456 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/85005213/PDFSTART>).
- Schellhorn, Martin (2002). Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (4), S. 411-426 (http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/vierteljahreshefte/docs/papers/v_02_4_2.pdf).
- Schlender, Michael (2005). Kosteneffektivität und Ressourcenallokation: Gibt es einen normativen Anspruch der Gesundheitsökonomie? In: Kick, Hermes Andreas; Taupitz, Jochen: Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. LIT-Verlag, Münster (http://www.michaelschlender.com/ofnote/docs/Schlender-Normativer_Anspruch-2005.pdf).
- Schlesinger, Herbert; Mumford, Emily; Glass, Gene; Patrick, Cathleen; Sharfstein, Steven (1983). Mental health treatment and medical care utilization in a fee-for-service system: outpatient mental health treatment

following the onset of a chronic disease. *Am J Pub H* 73 (4), S. 422-429 (<http://www.ajph.org/cgi/reprint/73/4/422>).

Schmid, Heinz (1980). Selbstbeteiligung in der Schweizerischen Krankenversicherung. In: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, S. 61-66.

Schneeweiss, Sebastian; Schöffski, Oliver; Selke, Gisbert (1998). What is Germany's experience on reference based drug pricing and the etiology of adverse health outcomes or substitution? *H Pol* 44 (3), S. 253-260.

Schneeweiss, Sebastian; Maclure, Malcolm; Walker, Alexander; Grootendorst, Paul; Soumerai, Stephen (2001). On the evaluation of drug benefits policy changes with longitudinal claims data: the policy maker's versus the clinician's perspective. *H Pol* 55 (2), S. 97-109.

Schneeweiss, Sebastian; Walker, Alexander; Lynn, Robert; Maclure, Malcolm; Dormuth, Colin; Soumerai, Stephen (2002a). Outcomes of Reference Pricing for Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitors. *N Engl J Med* 346 (11), S. 822-829 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/346/11/822.pdf>).

Schneeweiss, Sebastian; Maclure, Malcolm; Soumerai, Stephen (2002b). Prescription duration after drug copay changes in older people: Methodological aspects. *J Am Ger Soc* 50 (3), S. 521-525 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1532-5415.2002.50120.x>).

Schneeweiss, Sebastian; Patrick, Amanda; Maclure, Malcolm; Dormuth, Colin; Glynn, Robert (2007). Adherence to Statin Therapy Under Drug Cost Sharing in Patients With and Without Acute Myocardial Infarction: A Population-Based Natural Experiment. *Circ* 115 (16), S. 2128-2135 (<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/115/16/2128>).

Schneider, Markus (1988). Möglichkeiten und Auswirkungen der Förderung der Zahnprophylaxe und Zahnerhaltung durch Bonussysteme, Materialienreihe Bd. 5, Institut der Deutschen Zahnärzte (IZK), Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Schneider, Pia; Hanson, Kara (2006). Horizontal equity in utilisation of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda. *H Econ* 15 (1), S. 19-31 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/111089543/PDFSTART>).

Schnell, Gerald (2002). Zuzahlung für Arzneimittel. Josef Eul Verlag, Lohmar/Köln. ISBN 3-89012-960-9.

Schoen, Cathy; Osborn, Robin; Huynh, Phuong Trang; Doty, Michelle; Zapert, Kinga; Peugh, Jordon; Davis, Karen (2005). Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. *H Aff Web Excl* 24 (6), S. W5 509-525 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.509>).

Schoen, Cathy; Doty, Michelle (2004). Inequities in Access to Medical Care in Five Countries. Pub. #733, The Commonwealth Fund, New York / *H Pol* 67 (3), S. 309-22 (http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/733_Schoen_Doty_inequities_ITL.pdf?section=4039).

Schreyer, Christoph; Maibach, Markus; Sutter, Daniel; Doll, Claus; Bickel, Peter (2007). Externe Kosten des Verkehrs in Deutschland, Aufdatierung 2005. Schlussbericht, INFRAS, Zürich (Kurzfassung: http://www.allianz-pro-schiene.de/cms/upload/pdf-Dateien/Publikationen/070300_Externe-Kosten_Management_Summary.pdf).

Schroeder, Steven; Cantor, Joel (1991). On Squeezing Balloons: Cost Control Fails. *N Engl J Med* 325 (15), S. 1099-1100.

Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (1984a). Möglichkeiten und Probleme der Steuerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 9 (4), S. 251-259.

Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (1984b). Economic Aspects of Cost-Sharing in Medical Insurance. A Theoretical and Empirical Investigation. In: Eimeren, W. van; Engelbrecht, R., Flaggle Ch. D. (Hrsg.). Third International Conference on System Science in Health Care. Springer Berlin, S. 1278-1281.

Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (1984c). Deregulation of Statutory Health Insurance. The Effects of Increased Cost-Sharing Arrangements. Forschungsbericht, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin.

- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (1984d). Deregulation of Statutory Health Insurance. The Effects of Increased Cost-Sharing Arrangements. Forschungsbericht, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (1987). Selbstbeteiligung. Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen. Schriften zur angewandten Wirtschaftsforschung Nr. 51, Mohr-Verlag, Tübingen.
- Schulenburg, Matthias Graf von der (2007). Leuchttürme einer rationalen Gesundheitspolitik. Institut für Versicherungsbetriebslehre, Leibniz Universität Hannover (<http://www.ivbl.uni-hannover.de/~ivbl/forschung/material/Leuchttuerme2.pdf>).
- Schulenburg, Johann-Matthias von der; Frommknecht, Heinrich (1984). Versicherungsschutz und Selbstbeteiligung in der Individualversicherung aus der Sicht der ökonomischen Theorie. Formen der Selbstbeteiligung in der Personenversicherung. Erfahrungen und Perspektiven. Frankfurter Vorträge zum Versicherungswesen Nr. 9, Verlagsgesellschaft Versicherungswirtschaft, Karlsruhe.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der; Wieland, Klaus (1984). Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung. Rhein Ärztebl (13), S. 630-634.
- Schultz, Jennifer; O'Donnell, John; McDonough, Ken; Sasane, Rahul; Meyer, Jay (2005). Determinants of compliance with statin therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal attainment in a managed care population. *Am J Manag Care* 11 (5), S.306-312 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC05May_Schultz306to312.pdf).
- Schwartz, Gregory; Olsson, Anders; Ezekowitz, Michael; Ganz, Peter; Oliver, Michael; Waters, David; Zeher, Andreas; Chaitman, Bernard; Leslie, Sally; Stern, Theresa for the Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering Study Investigators (2001). Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 285 (13), S. 1711–1718 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/13/1711>).
- Schwarz, Eli (1996). Changes in Utilization and Cost Sharing within the Danish Health Insurance Dental Program 1975-90. *Acta Odontol Scand* 54 (1), S. 29-35.
- Schwartz, Gregory; Olsson, Anders; Ezekowitz, Michael; Ganz, Peter; Oliver, Michael; Waters, David; Zeher, Andreas; Chaitman, Bernard; Leslie, Sally; Stern, Theresa for the Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering Study Investigators (2001). Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 285 (13), S. 1711–1718 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/13/1711>).
- Schwermann, Tim; Greiner, Wolfgang; Schulenburg, J.M. Graf v.d. (2003). Using Disease Management and Market Reforms to Address the Adverse Economic Effects of Drug Budgets and Price and Reimbursement Regulations in Germany. *Value in Health* 6 (s1), S. S20–S30 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1524-4733.6.s1.3.x>).
- Scitovsky, Anne; Snyder, Nelda (1972). The effects of coinsurance on the use of physician services. *Social Security Bulletin* 35 (6), S. 3-19.
- Selby, Joseph; Fireman, Bruce; Swain, Bix (1996). Effect of Copayment on Use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization. *N Engl J Med* 334 (10), S. 635-640 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/334/10/635.pdf>).
- Selby, Joseph (1997). Cost Sharing in the Emergency Department — Is It Safe? Is It Needed? *N Engl J Med* 336 (24), S: 1750-1751 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/24/1750>).
- Selby, Jow; Fireman, Bruce; Swain, Bix (1996). Effect of a Copayment on Use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization. *N Engl J Med* 334 (10), S. 635-641 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/334/10/635.pdf>).
- Sen, Amartya (1982). Choice, Welfare, and Measurement. Basil Blackwell, Oxford.
- Shang, Baoping (2005). The Cost and Health Effects of Prescription Drug Coverage and Utilization in the Medicare Population. Dissertation, Pardee RAND Graduate School (www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/2005/RAND_RGSD197.pdf).
- Shapiro, Martin; Ware John, Sherbourne, Cathy (1986). Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms: results of a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 104 (4), S. 246-51.

- Shapiro, Martin; Hayward, Rodney; Freeman, Howard; Sudman, Seymour; Corey, Christopher (1989). Out-of-pocket payments and use of care for serious and minor symptoms. Results of a national survey. *Arch Int Med* 149 (7), S. 1645-1648 (Abstract: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/149/7/1645>).
- Shapiro, Martin, Morton, Sally, McCaffrey, Daniel; Senterfitt, Walton; Fleishman, John; Perlman, Judith Athey; Leslie; Keesey, Joan; Goldman, Dana; Berry, Sandra; Bozzette, Samuel (2000). Access to HIV Care: Initial Results from the HIV Cost and Services Utilization Study.
- Shapiro, Robert (2003). Premium Blend. Why is it so difficult to provide universal health care? *Slate*, *The Dismail Science* (<http://www.slate.com/id/2082988/>).
- Sharkey, Joseph; Ory, Marcia; Browne, Barry (2005). Determinants of Self-Management Strategies to Reduce Out-of-Pocket Prescription Medication Expense in Homebound Older people. *J Am Ger Soc* 53 (4), S. 666-674 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1532-5415.2005.53217.x>).
- Shea, Dennis; Terza, Joseph; Stuart, Bruce; Briesacher, Becky (2007). Estimating the Effects of Prescription Drug Coverage for Medicare Beneficiaries. *H Serv Res* 42 (3p1), S. 933–949 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1475-6773.2006.00659.x>).
- Sheehan, Pete (2006). Charities helping seniors navigate rivers of bureaucratic paperwork. *Long Island Catholic* 45 (18) (<http://www.licatholic.org/archive/072606/Charities%20Helping%20Seniors.htm>).
- Shekelle, Paul; Rogers, William; Newhouse, Joseph (1996). The Effect of Cost Sharing on the Use of Chiropractic Services. *Med Care* 34 (9), S. 863-872.
- Shen, Yu-Chu; McFeeters, Joshua (2006). Out-of-Pocket Health Spending Between Low- and Higher-Income Populations: Who is at Risk of Having High Expenses and High Burdens? *Med Care* 44 (3), S. 200-209.
- Shepherd, James; Cobbe, Stuart; Ford, Ian; Isles, Christopher; Lorimer, Ross; Macfarlane, Peter; McKillop, James; Packard, Christopher (1995). Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. *N Engl J Med* 333 (20), S.1301-1307 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/333/20/1301.pdf>).
- Shih, Ya-chen (1999). Effect of insurance on Prescription Drug Use by ESRD beneficiaries. *H Care Finan Rev* 20 (3), S. 39-54 (<http://www.cms.hhs.gov/review/99Spring/99Springpg39.pdf>)
- Shrank, William (2004). Effect of Incentive-Based Formularies on Drug Utilization and Spending. *N Engl J Med* 350 (10), S. 1057 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/350/10/1057.pdf>).
- Shrank, William; Joseph, George; Choudhry, Niteesh; Young, Henry; Ettner, Susan; Glassman, Peter; Asch, Steven; Kravitz, Richard (2006). Physicians' Perceptions of Relevant Prescription Drug Costs: Do Costs to the Individual Patient or to the Population Matter Most? *Am J Manag Care* 12 (10), S. 545-551 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06sepShrank545to551.pdf).
- Silverman, Ed (2006). Copayments: Too much, not yet Enough? *Biotechnology Healthcare* April 2006, S. 21-26 (<http://www.biotechnologyhealthcare.com/journal/fulltext/3/2/BH0302020.pdf>).
- Simon, Gregory; Korff, Michael von; Durham, Mary (1994). Predictors of outpatient mental health utilization by primary health care patients in a health maintenance organization. *Am J Psych* 151 (6), S. 908-913 (<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/151/6/908>).
- Simon, Gregory; Grothaus, Louis; Durham, Mary; Korff, Michael von; Pabiniak, Chester (1996). Impact of visit copayments on outpatient mental health utilization by members of a health maintenance organization. *Am J Psych* 153 (3), S. 331-338 (<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/153/3/331>).
- Simonet, Daniel (2005). Where does the US experience of managed care currently stand? *Int J H Plan Mgmt* 20 (2), S. 137-157 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/110528954/PDFSTART>).
- Simpson, Scot; Eurich, Dean; Majumdar, Sumit; Padwal, Rajdeep Tsuyuki, Ross; Varney, Janice; Johnson Jeffrey (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 333 (7557), S. 15-18 (http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint_abr/333/7557/15.pdf).
- Simpson, Ross (2006). Challenges for Improving Medication Adherence. *JAMA* 296 (21), S. 2614-2615 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/296/21/2614>).

Sipkoff, Martin (2004). Not So Much of a Reach: Let Sick Pay Less for Drugs. *Man Care* 13 (10), S. 22-24 (<http://www.managedcaremag.com/archives/0410/0410.benefitbased.html>).

Siu, Albert; Sonnenberg, Frank; Manning, Willard; Goldberg, George; Bloomfield, Ellyn; Newhouse, Joseph; Brook Robert (1986). Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* 315 (18), S. 1259-1266 (Abstract: <http://171.66.123.143/cgi/content/abstract/315/20/1259>).

Skinner, Brett (2002). Improving Canadian Health Care. Better Ways to finance Medicare. Health Care Reform, Background Paper No. 12, Atlantic Institute for Medical Studies (<http://www.aims.ca/Publications/improving/improving.pdf>).

Slade, Eric; Salkever, David; Rosenheck, Robert; Swanson, Jeffrey; Swartz, Marvin; Shern, David; Gallucci, Gerard; Harding, Courtenay; Palmer, Liisa; Russo, Patricia (2005). Cost-Sharing Requirements and Access to Mental Health Care Among Medicare Enrollees With Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 56:960-966 (<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/56/8/960>).

Smith, Cynthia; Cowan, Cathy; Sensenig, Art; Catlin, Aaron; Health Accounts Team (2005). Health Spending Growth Slows In 2003. *H Aff* 24 (1), S. 185-194 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/24/1/185>).

Smith, Dennis (1993). The effects of co-payments and generic substitution on the use and costs of prescription drugs. *Inquiry* 30 (2), S. 189-198.

Smith, Peter; Witter, Sophie (2001). Risk Pooling in Health Care Finance. Report Prepared für the World-bank Workshop „Resource Allocation and Purchasing in health: Value for Money, Reaching the Poor.“ University of York, York/Washington D.C. (<http://www.york.ac.uk/inst/che/pooling.pdf>).

Smith, Peter (2005). User charges and priority setting in health care: balancing equity and efficiency. *J H Econ* 24 (5), S. 1018-1029.

Smith-Conway, Karen; Kutinova, Andrea (2006). Maternal health: does prenatal care make a difference?. *H Econ* 15 (5), S. 461–488 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112471134/PDFSTART>).

Smithson, Paul; Asamoah-Baah, A; Mills, Anne (1997). The case of the health sector in Ghana. The Role of Government in Adjusting Economies Research Programme, Paper 26, Development Administration Group, University of Birmingham (http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role_of_gov/workingpapers/paper26.htm).

Sokol, Michael; McGuigan, Kimberly; Verbrugge, Robert; Epstein, Robert (2005). Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. *Med Care* 43 (6), S. 521-530.

Solanki, Geetesh; Schaffler, Helen (1999). Cost-sharing and the utilization of clinical preventive services. *Am J Prev Med* 17 (2), S. 127-133 (<http://www.ajpm-online.net/article/PIIS0749379799000574/pdf>; http://chpps.berkeley.edu/publications/Schaffler%20papers/Cost_Sharing_&_Utilization.pdf).

Solanki, Geetesh; Schaffler, Helen; Miller, Leonard (2000). The Direct and Indirect Effects of Cost-Sharing on the Use of Preventive Services. *H Serv Res* 6 (1), S. 44–55 (http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_6_34/ai_59629770).

Solomon, Matthew (2005). The Effect of Cost-Sharing on the Utilization of Prescription Drugs for Chronically Ill Patients. Dissertation, Pardee RAND Graduate School (PRGS), Santa Monica (https://rand.org/pubs/rgs_dissertations/2005/RAND_RGSD193.pdf).

Somkin, Carol; McPhee, Stephen; Nguyen, Tung; Stewart, Susan; Shema, Sarah; Nguyen, Bang; Pasick, Rena (2004). The Effect of Access and Satisfaction on Regular Mammogram and Papanicolaou Test Screening in a Multiethnic Population. *Med Care* 42 (9), S. 914-926.

Soumerai, Stephen; Ross-Degnan, Dennis; Avorn, Jerry; McLaughlin, Thomas; Choodnovskiy, Igor (1991). Effects of Medicaid Drug-Payment. Limits on Admission to Hospitals and Nursing Homes. *N Engl J Med* 325 (15), S. 1072-1077 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/325/15/1072>).

Soumerai, Stephen; McLaughlin, Thomas; Ross-Degnan, Dennis; Casteris, Christina; Bollini, Paola (1994). Effects of Limiting Medicaid Drug-Re-impbursement Benefits on the Use of Psychotropic Agents and Acute Mental Health Services by Patients with Schizophrenia. *N Engl J Med* 331 (10), S. 650-655 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/331/10/650>).

- Soumerai, Steven; McLaughlin, Thomas; Spiegelman, Donna; Hertzmark, Ellen; Thibault, George; Goldman, Lee (1997). Adverse Outcomes of Underuse of β -Blockers in Elderly Survivors of Acute Myocardial Infarction. *JAMA* 277 (2), S. 115-121 (Abstract: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/277/2/115>).
- Soumerai, Stephen; Ross-Degnan, Dennis (1999). Inadequate Prescription-Drug Coverage for Medicare Enrollees — A Call to Action. *N Engl J Med* 340 (9), S. 722-728 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/340/9/722>).
- Soumerai, Stephen (2004). Benefits And Risks Of Increasing Restrictions On Access To Costly Drugs In Medicaid. *H Aff* 23 (1), S. 135-146 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/1/135>).
- Soumerai, Stephen; Pierre-Jacques, Marsha; Zhang, Fang; Ross-Degnan, Dennis; Adams, Alyce; Gurwitz, Jerry; Adler, Gerald; Safran, Dana (2006). Cost-Related Medication Nonadherence Among Elderly and Disabled Medicare Beneficiaries. A National Survey 1 Year Before the Medicare Drug Benefit. *Arch Intern Med* 166 (17), S. 1829-1835 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/166/17/1829>).
- Spiegel online (2006a). Gesundheit: Arbeitgeber fordern Fünf-Euro-Gebühr pro Arztbesuch. 8.5.2006, Hamburg (www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,414937,00.html).
- Spiegel online (2006b). Gesundheit: Haushalte bezahlen 14 Prozent der Kosten selbst. 16.8.2006, Hamburg (www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,432018,00.html).
- Standing, Hillary (1997). Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *H Pol Plan* 12 (1), S. 1-18 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/12/1/1>).
- Standing, Hillary (2000a). Gender Impacts of Health Reforms – The Current State of Policy and Implementation. Institute of Development Studies, Universität Sussex, Brighton. Beitrag zum ALAMES-Treffen 3.-7. Juli 2000 in Havanna (<http://www.eldis.org/cache/DOC8307.pdf>).
- Standing, Hillary (2000b). Gender Impacts of Health Reforms – The Current State of Policy and Implementation. *Women's Health Journal* 3-4, Latin American and Caribbean Women's Health Network, Santiago (http://www.reddesalud.org/english/datos/ftp/standing_eng.pdf).
- Standing, Hillary (2004). Understanding the 'demand side' in service delivery. Definitions, frameworks and tools from the health sector. Issues Paper Private Sector, DFID Health Systems Resource Centre, London (http://www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/Issues_papers/private-sector/Standing.pdf).
- Starfield, Barbara; Dutton, Diana (1985). Care, Costs, and Health: Reactions to and Reinterpretation of the Rand Findings. *Pediatrics* 76 (4), S. 614-621 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/76/4/614>).
- Stanton, Bonita; Clemens, John (1989). User Fees for Health Care in Developing Countries: a Case Study of Bangladesh. *Soc Sc Med* 29 (10), S. 1199-1205.
- Stanton, Mark; Rutherford, Margaret (2002). Reducing costs in the health care system: learning from what has been done. Research in Action, Issue 9. AHRQ Pub. No. 02-0046, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD) (www.ahrq.gov/research/costsria.pdf).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006). Datenreport 2006. Schriftenreihe Band 544, Bundeszentrale für Politische Bildung, Köln (<http://www.wz-berlin.de/wzb/pdf/dr06/datenreport-2006.pdf>).
- Ståhl, Ingemar (1980). Kostenbeteiligung im Schwedischen Gesundheitswesen. In: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, S. 67-74.
- Steinbrook, Robert (2002). The Prescription-Drug Problem. *N Engl J Med* 346 (11), S. 790 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/346/11/790.pdf>).
- Steinbrook, Robert (2004). The Cost of Admission – Tiered Copayments for Hospital Use. *N Engl J Med* 350 (25), S.2539-2542 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/350/25/2539.pdf>).
- Steffen, Wolfgang; Tempka, Almut; Klute, Gesine (2007). Falsche Patientenreize in der Ersten Hilfe der Krankenhäuser (Unhelpful incentives in hospital emergency departments). *Dt Ärztebl* 104 (16), S. A-1088-1091/B-969-972/C-921-924 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=55340>).
- Stein, Bradley (2003). Drug and Alcohol Treatment Services Among Privately Insured Individuals in Managed Behavioral Health Care. RAND Graduate School, Santa Monica (<http://www.rand.org/publications/RGSD/RGSD170/RGSD170.pdf>).

- Steinbach, Kerstin; Oorschot, Birgitt van; Anselm, Rainer; Leppert, Karena; Schweitzer, Susanne; Hausmann, Christopher; Köhler, Norbert. (2004). Patienten als Partner: Wer soll entscheiden? Dt Ärztebl 101 (41), S. A-2741 / B-2309 / C-2216 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/ao.asp?id=43750>; Online-Langfassung 08.10.2004: (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=43699>; www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0403).
- Steinman, Michael; Sands, Laura; Covinsky, Kenneth (2001). Self-restriction of Medications Due to Cost in Seniors without Prescription Coverage. *J Gen Intern Med* 16, S. 793-799 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1525-1497.2001.10412.x?cookieSet=1>).
- Stiggelbout, Anne; Kiebert, Gwendoline (1997). Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making. *Can Med Assoc J* 157 (4), S. 383–389 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1243812&blobtype=pdf>).
- Stoddart, Greg; Barer, Morris; Evans, Robert; Bhatia, Vandha (1993). Why Not Users Charges? The real issues. HPRU, 93. 12D, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Vancouver (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-12D.pdf>).
- Stone, Erin; Morton, Sally; Hulscher, Marlies; Maglione, Margaret; Roth, Elizabeth; Grimshaw, Jeremy; Mittman, Brian; Rubenstein, Lisa; Rubenstein, Laurence; Shekelle, Paul (2002). Interventions That Increase Use of Adult Immunization and Cancer Screening Services: A Meta-Analysis. *Ann Int Med* 136, S. 641-651 (<http://www.annals.org/cgi/reprint/136/9/641.pdf>).
- Street, Andrew; Jones, Andrew; Furuta, Aya (1999). Cost-sharing and pharmaceutical utilisation and expenditure in Russia. *J H Econ* 18 (4) pp. 459-472.
- Strunk, Bradley; Ginsburg, Paul; Gabel, Jon (2002). Tracking Health Care Costs: Growth Accelerates Again In 2001. *H Aff, Web Excl*, S. w2 299-310 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w2.299v1>).
- Stuart, Bruce; Stockton, Ronald (1973). Control over the Utilization of Medical Services. *Milbank Mem Fund Quarterly. Health and Society* 51 (3), S. 341-394 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0160-1997%28197322%2951%3A3%3C341%3ACOTUOM%3E2.0.CO%3B2-1>).
- Stuart, Bruce; Grana, James (1995). Are prescribed and over-the-counter medicines economic substitutes? A study of the effects of health insurance on medicine choices by the elderly. *Med Care* 33 (5), S. 487-501.
- Stuart, Bruce; Grana, James (1998). Ability to Pay and the Decision to Medicate. *Med Care* 36 (2), S. 202-211.
- Stuart, Bruce; Grana, James (1999). Who bears the burden of Medicaid drug copayment policies? *H Aff* 18 (2), S. 201-212 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/18/2/201>).
- Stuart, Bruce; Briesacher, Becky (2002). Medication Decisions – Right and Wrong. *Med Care Res Rev* 6 (59), S. 123-145 (<http://mcr.sagepub.com/cgi/reprint/59/2/123>).
- Su, Tin Tin; Pokhrel, Subhash; Gbangou, Adjima; Flessa, Steffen (2006). Determinants of household health expenditure on western institutional health care. *Eur J H Econ* 7 (3), pp. 199-207 (<http://www.springerlink.com/content/050870g56x414583/fulltext.pdf>).
- Sugden, Robert (1993). Welfare, Resources and Capabilities.: A review of Inequality Reexamined by Amartya Sen. *J Econ Lit* 31, S. 1947-1962 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-0515%28199312%2931%3A4%3C1947%3AWRACAR%3E2.0.CO%3B2-C>).
- Suk Danik, Jacqueline; Rifai, Nader; Buring, Julie; Ridker, Paul (2006). Lipoprotein(a), Measured With an Assay Independent of Apolipoprotein(a) Isoform Size, and Risk of Future Cardiovascular Events Among Initially Healthy Women. *JAMA* 296 (11), S. 1363-1370 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/296/11/1363>).
- Szilagyi, Peter; Humiston, Sharon; Shone, Laura Pollard; Kolasa, Maureen; Rodewald, Lance (2000). Decline in physician referrals to health department clinics for immunizations: The role of vaccine financing. *Am J Prev Med* 18 (4), S. 318-324.
- Taira, Deborah; Wong, Ken; Frech-Tamas, Feride; Chung, Richard (2006). Copayment Level and Compliance With Antihypertensive Medication: Analysis and Policy Implications for Managed Care. *Am J Man Care* 12 (11), S. 678-683 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06novTaira678to683.pdf).

- Tamblyn, Robyn; Laprise, Rejean; Hanley, James; Abrahamowicz, Michael; Scott, Susan; Mayo, Nancy; Hurley, Jerry; Grad, Roland; Latimer, Eric; Perreault, Robert; McLeod, Peter; Huang, Allen; Larochelle, Pierre; Mallet, Louise (2001). Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. *JAMA* 285 (4), S. 421-429 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/4/421>).
- Tanner, Michael (1995). What's Wrong With the Present System. In: Arnett, Grace-Marie. Empowering Health Care Consumers Through Tax Reform, Chapter 2. University of Michigan Press/Galen-Institute, Flint/Alexandria (<http://www.galen.org/bookcontent.asp?p=6#10>).
- Tanner, Michael (1995). Medical Savings Accounts: Answering the Critics. Cato Policy Analysis No. 228, Cato Institute, Washington DC (<http://www.cato.org/pubs/pas/pa228.html>).
- Tarn, Derjung; Heritage, John; Paterniti, Debora; Hays, Ron; Kravitz, Richard; Wenger, Neil (2006a). Physician Communication When Prescribing New Medications. *Arch Intern Med* 166 (17), S. 1855-1862 (<http://pubs.ama-assn.org/media/controlled/archinte/pdf/1855.pdf>).
- Tarn, Derjung; Paterniti, Debora; Heritage, John; Hays, Ron; Kravitz, Richard; Wenger, Neil (2006b). Physician Communication About the Cost and Acquisition of Newly Prescribed Medications. *Am J Man Care* 12 (11), S. 657-664 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_06novTarn657to664.pdf).
- Tatar, Mehtap; Özgen, Hacer; Sahin, Bayram; Belli, Paolo; Berman, Peter (2007). Informal Payments In The Health Sector: A Case Study From Turkey. *H Aff* 26 (4), S. 1029-1039 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/26/4/1029>).
- Taylor, Humphrey; Leitman, Robert (Eds.) (2001). Out-of-Pocket Costs are a Substantial Barrier to Prescription Drug Compliance. HarrisInteractive, Health Care News 1 (32) (http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/Hi_HealthCareNews2001Vol1_iss32.pdf).
- Taylor, Humphrey; Leitman, Robert (Eds.) (2002). Higher out-of-pocket costs cause massive non-compliance in the use of prescription drugs, and this is likely to grow. Harris Interactive, Health Care News 2 (22) (December 6, 2002) (http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/Hi_HealthCareNews2002Vol2_Iss22.pdf).
- Tervonen-Gonçalves, Leena; Jehto, Juhani (2004). Transfer of Health for All policy – What, how and in which direction? A two-case study. *H Res Pol Syst* 2 (8) (<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-2-8.pdf>).
- The Coalition for Health and Education Rights (CHER) (2002). User fees: the right to education and health denied. A policy brief for the UN Special Session on Children, CHER, New York (http://www.campaignforeducation.org/resources/May2002/CHER_Fees0502.pdf).
- The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group (2005). Intensive Diabetes Treatment and Cardiovascular Disease in Patients with Type 1 Diabetes. *N Engl J Med* 353 (25), S. 2643-2653 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/25/2643.pdf>).
- The Economist (1995). An Insurers Worst Nightmare. *The Economist* 336, S. 66.
- Thiebaud, Patrick; Patel, Bimal; Nichol, Michael (2007). The demand for statin: the effect of copay on utilization and compliance. *H Econ* 17 (1), S. 83.97 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/114282002/PDFSTART>).
- Thomas, Cindy; Wallack, Stanley; Lee, Sue; Ritter, Grant (2002). Impact Of Health Plan Design And Management On Retirees' Prescription Drug Use And Spending, 2001. *H Aff, Web Excl*, S. w2 408-419 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w2.408v1>).
- Thorpe, Kenneth (2006). Cost sharing, caps on benefits, and the chronically ill – a policy mismatch. *N Engl J Med* 354 (22), S. 2385-2386 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/354/22/2385.pdf>).
- Thomas, Merlin; Mann, Jim (1998). Increased thrombotic vascular events after change of statin. *Lancet* 352 (9143), S. 1830-1831.
- Topol, Eric (2004). Intensive Statin Therapy — A Sea Change in Cardiovascular Prevention. *N Engl J Med* 350 (15), S. 1562-1564 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/350/15/1562.pdf>).

- Torrey, Barbara; Jacobs, Eva (1993). More Than Loose Change: Household Health Spending In The United States And Canada. *H Aff* 12 (1), S. 126-131 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/1/126>).
- Towse, Adrian (1999). Could charging patients fill the cash gap in Europe's health care systems? *Eurohealth* 5 (3). Geneva: World Health Organization, S. 27-28 (http://www.euro.who.int/document/obs/EuroHealth5_3.pdf).
- Traynor, Kate (2002). Drug costs for 2003 may rise 20%. *American Society of Health-System Pharmacists*, Bethesda (www.safemedication.com/meds/ShowArticle.cfm?id=3188).
- Tretter, Felix; Erbas, Beate; Sonntag, Gert (2003). *Ökonomie der Sucht und Suchttherapie*. Pabst Science Publishers, Lengerich. ISBN 3-89967-100-7.
- Tretter, Felix (2005). Krankes Gesundheitswesen und die Reformen. *Dt. Ärztebl* 102 (9), S. 446-447 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=45666>).
- Trude, Sally; Christianson, Jon; Lesser, Cara; Watts, Carolyn; Benoit, Andrea (2002). Employer-Sponsored Health Insurance: Pressing Problems, Incremental Changes. *H Aff* 21 (1), S. 66-75 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/21/1/66f>).
- Trude, Sally (2003). Patient Cost Sharing: How Much is Too Much? Issue Brief No. 72, Center for Studying Health System Change, Washington DC (<http://hschange.org/CONTENT/630/>).
- Trude, Sally, Grossman, Joy (2004). Patient cost-sharing innovations: promises and pitfalls. Issue Brief Report No. 75, Center for Studying Health System Change, Washington DC (<http://www.hschange.com/CONTENT/643/643.pdf>).
- Tscheulin, Dieter; Helmig, Bernd (2001). On the acceptability of excess models in the German statutory health insurance (GKV). *Freiburger Betriebswirtschaftliche Diskussionsbeiträge* Nr. 39/01, Freiburg im Breisgau. ISBN 3-931416-32-1.
- Tseng, Chien-Wen; Brook, Robert; Keeler, Emmett; Mangione, Carol (2003). Impact of an Annual Dollar Limit or „Cap“ on Prescription Drug Benefits for Medicare Patients. *JAMA* 290 (8), S. 222-227 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/290/2/222.pdf>).
- Tseng, Chien-Wen; Brook, Robert; Keeler, Emmett; Steers, Neil; Mangione, Carol (2004). Cost-Lowering Strategies Used by Medicare Beneficiaries Who Exceed Drug Benefit Caps and Have a Gap in Drug Coverage. *JAMA* 292 (8), S. 952-960. (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/292/8/952.pdf>).
- Tu, Ha; May, Jessica (2007). Self-Pay Markets In Health Care: Consumer Nirvana Or Caveat Emptor? *Market Watch*, *H Aff*, Web Excl, S. w2 217-226 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.26.2.w217v1>).
- Tu, Feng; Anan, Makato; Kiyohara, Yukata; Okada, Yasushi; Nobutomo, Koichi (2003). Analysis of hospital charges for ischemic stroke in Fukuoka, Japan. *H Pol* 66 (3), S. 239-246.
- Tu, Jack; Gong, Yanyan (2003). Trends in Treatment and Outcomes for Acute Stroke Patients in Ontario, 1992-1998. *Arch Int Med* 163 (3), S. 293-297 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/163/3/293>).
- Tu, Shin-Ping; Taplin, Stephen; Barlow, William; Boyko, Edward (1999). Breast cancer screening by Asian-American women in a managed care environment. *Am J Prev Med* 17 (1), S. 55-61.
- Tuffs, Annette (2007). German doctors accused of boosting pay by offering patients “unnecessary extras”. *BMJ* 335 (7611), S. 116 (<http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7611/114-a>).
- Tye, Sherilyn; Phillips, Kathryn; Liang, Su-Ying; Haas, Jennifer (2004). Moving beyond the Typologies of Managed Care: The Example of Health Plan Predictors of Screening Mammography. *H Serv Res* 39 (1), S. 179-206 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2004.00221.x>).
- USA Today/Kaiser Family Foundation/Harvard School of Public Health (2006). National Survey of Households Affected by Cancer. Kaiser Family Foundation, Washington DC (<http://www.kff.org/kaiserpolls/pomr112006pkg.cfm>; Summary: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7591.pdf>).
- Valdez, Burciaga; Brook, Robert; Rogers, William; Ware, John Jr; Keeler, Emmett; Sherbourne, Cathy; Lohr, Kathleen; Goldberg, George; Camp, Patricia; Newhouse, Joseph (1985). Consequences of Cost-

Sharing for Children's Health. *Pediatrics* 75 (5), S. 952-961
(<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/75/5/952>).

van Beusekom, Ineke; Tönshoff, Silke; de Vries, Han; Spreng, Connor; Keeler, Emmett (2004). Possibility or Utopia? Consumer Choice in Health Care: A Literature Review. Technical Report, RAND Europe/Bertelsmann-Stiftung, Santa Monica/Gütersloh
(http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2005/RAND_TR105.pdf).

van de Voorde, Carine; van Doorslaer, Eddy; Schokkaert, Erik (2001). Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *H Econ* 10, S. 457-471
(<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/85005211/PDFSTART>).

van Doorslaer, Eddy; Wagstaff Adam (1992). Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons. *J H Econ* 11 (4), S. 389-411.

van Doorslaer, Eddy; Wagstaff, Adam; van der Burg, Hattem; Christiansen, Terkel; Citoni, Guido; Biase, Rita di, Gerdtham, Ulf; Gerfin, Mike; Gross, Lorna; Häkinnen, Unto; John, Jürgen; Johnson, Paul; Klavus, Jan; Lachaud, Claire; Lauritsen, Jørgen; Leu, Robert; Nolan, Brian; Pereira, João, Propper, Carol; Puffer, Frank, Rochaix, Lise; Schellhorn, Martin; Sundberg, Gun; Winkelhake, Olaf (1999). The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *J H Econ* 18 (3), S. 291-313.

van Doorslaer, Eddy; Wagstaff, Adam; van der Burg, Hattem; Terkel; Christiansen; de Graeve, Diana; Duchesne, Inge; Gerdtham Ulf; Gerfin, Michael; Geurts, Jose; Gross, Lorna (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J H Econ* 19 (5), S. 553-84.

van Doorslaer, Eddy; Koolman, Xander; Puffer, Frank (2002). Equity in the Use of Physicians Visits in OECD Countries: Has Equal Treatment for Equal Need Been Achieved. In: OECD (Hrsg.) (2002). *Measuring Up: Improving health systems performance in OECD countries*, Chapter 11, S. 225-248. OECD, Paris, (<http://www.econ.ubc.ca/evans/384physic.pdf>).

van Doorslaer, Eddy; O'Donnell, Owen; Rannan-Eliya, Ravi; Somanathan, Aparnaa, et al. (2005). Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. Working Paper No. 2, EQUITAP Project, Colombo/Rotterdam/Dhaka (<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP2.pdf>).

van Vliet, Jan (2004). Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data. *Int J H Care Fin Econ* 4 (4), S. 283-305
(<http://www.springerlink.com/content/n22ux27j932168r3/fulltext.pdf>).

Vardy, Daniel; Freud, Tami; Shvartzman, Pesach; Sherf, Michael; Spilberg, Ofer; Goldfarb, Dan; Mor-Yosef, Shlomo (2006). Introducing Co-payment for Consultant Specialist Services. *Isr Med Ass J* 8 (8), S. 558-562 (<http://www.ima.org.il/imaj/ar06aug-9.pdf>).

Vogel, Rüdiger; Häßner, Konrad (Hrsg.) (1999). *Selbstbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen. Sachstand, Ausblick und internationaler Vergleich*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York.

Vogt, Albrecht; Bonzel, Tassilo; Harmjan, Dietrich; von Leitner, Enz-Rüdiger; Pfafferott, Conrad; Engel, Hans-Jürgen; Niederer, Walter; Schuster, Peter; Glunz, Hans-Georg; Neuhaus, Karl-Ludwig für die Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte (ALKK) study group (1997). PTCA registry of German community hospitals. *Eur Heart J* 18 (7), S. 1110-1114
(<http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/7/1110>).

Voss, Jens-Uwe; Hassauer, Martin (2004). Vorbeugender Gesundheitsschutz durch Mobilisierung der Minderungspotentiale bei Straßenverkehrslärm und Luftschadstoffen. Teilprojekt „Risikoberechnung zum Einfluss verkehrsbedingter Luftschadstoffe und Straßenverkehrslärm auf die Gesundheit exponierter Personen“. Endbericht: Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
(http://www.apug.nrw.de/pdf/minderungspotential2_verkehr.pdf).

Wagstaff, Adam; Doorslaer, Eddy van (1992). Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons. *J H Econ* 11 (4), S. 361-387.

Wagstaff, Adam; Doorslaer, Eddy van; Burg, Hattem van den; Calonge, Samuel; Christiansen, Terkel; Citoni, Guido; Gerdtham, Ulf; Gerfin, Michael; Gross, Lorna; Häkinnen, Unto; Johnson, Paul; John, Jürgen; Klavus, Jan; Lachaud, Claire; Lauritsen, Jørgen; Leu, Robert; Nolan, Brian; Perán, Encarna; Pereira, João; Propper, Carol; Puffer, Frank; Rochaix, Lise; Rodríguez, Marisol; Schellhorn, Martin; Sundberg, Gun;

- Winkelhake, Olaf (1999). Equity in the Finance of health Care: some further International Comparisons. *J H Econ* 18 (3), pp. 263-290.
- Wagstaff, Adam; Doorslaer, Eddy van (2001). Paying for Health Care: Quantifying Fairness, Catastrophe, and Impoverishment, with Applications to Vietnam, 1993-98. Policy Research Working Paper Series 2715, World Bank, Washington (http://econ.worldbank.org/files/2601_wps2715.pdf).
- Wagstaff, Adam; Pradhan, Menno (2005). Health Insurance Impacts on Health and Nonmedical Consumption in a Developing Country. WPS 3565, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/04/19/000012009_20050419132636/Rendered/PDF/wps3563.pdf).
- Wallen, John; Roddy, Paul; Fahs, Michael (1982). Cost Sharing, Mental Health Benefits, and Physical Complaints in Retired Miners and Their Families. American Public Health Association, Washington DC.
- Wallen, Jacqueline; Roddy, Pamela; Meyers, Samuel (1986). Male-female differences in mental health visits under cost-sharing. *H Serv Res* 21 (2, Part 2), S. 341-350 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1068955&blobtype=pdf>).
- Walley, Tom (1998). Prescription charges: change overdue? Britain can learn from systems of copayments based on drugs' effectiveness. *BMJ* 317 (7157), S. 487-488 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7157/487>).
- Walley, Tom; Mrazek, Monique; Mossialos, Elias (2005). Regulating pharmaceutical markets: improving efficiency and controlling costs in the UK. *Int J H Plan Mgmt* 20 (4), S. 375-398 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112140377/PDFSTART>).
- Wanless, Derek (2001). Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. HM Treasury, London (<http://www.hm-treasury.gov.uk>).
- Wanless, Derek (2002). Securing our Health Future: Taking a Long Term View. HM Treasury, London (<http://www.hm-treasury.gov.uk/wanless>).
- Ward, Paul; Noyce, Peter; St. Leger, Antony (2007). How equitable are GP practice prescribing rates for statins?: an ecological study in four primary care trusts in North West England. *Int J Equ H* 6 (2), doi:10.1186/1475-9276-6-2 (<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-6-2.pdf>).
- Wasem, Jürgen (1999). Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen in der Bevölkerung. Janssen-Cilag GmbH, Neuss.
- Waters, Hugh; Morlock, Laura; Hatt, Laurel (2004). Quality-based purchasing in health care. *Int J H Plan Mgmt* 19 (4), S. 365-381 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/109855894/PDFSTART>).
- Wedig, Gerald (1988). Health status and the demand for Health: results on price elasticities. *J H Econ* 7 (2), S. 151-163.
- Wedig, Gerard; Mitchell, Janet; Cromwell, Jerry (1989). Can Price Controls Induce Optimal Physician Behavior? *J H Polit Pol Law* 14 (3), S. 601- 620 (<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/14/3/601>).
- Wehkamp, Karl-Heinz (2004). Ethik der Heilberufe: Brücke zwischen Qualität und Ökonomie. *Dt Ärztebl* 101 (36), S. A-2374 / B-1995 / C-1923 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=43184>).
- Wei, Li; Wang, Jixian; Thompson, Philip; Wong, Suzanne; Struthers, Allan; MacDonald, Thomas (2002). Adherence to statin treatment and readmission of patients after myocardial infarction: a six year follow up study. *Heart* 88 (3), S. 229-233 (<http://heart.bmjournals.com/cgi/reprint/88/3/229>).
- Weinick, Robin; Beauregard, Karen (1997). Women's Use of Preventive Screening Services: A Comparison of HMO versus Fee-for-Service Enrollees. *Med Care Res Rev* 6 (54), S. 176-199 (<http://mcr.sagepub.com/cgi/reprint/54/2/176>).
- Weinick, Robin; Byron, Sepheen; Bierman, Arlene (2005). Who can't pay for health care? *J Gen Int Med* 20 (6), S. 504-509 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1490134&blobtype=pdf>; <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1497.2005.0087.x>).
- Weissman, Joel (2005). The Trouble with Uncompensated Hospital Care. *N Engl J Med* 352 (12), S. 1171-1173 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/341/16/1227>).

- Wells, Rebecca; Banaszak-Holl, Jane (2000). A critical review of recent US market level health care strategy literature. *Soc Sc Med* 51 (5), S. 639-656.
- Wells, Kenneth; Manning, Willard; Duan, Naihua; Newhouse, Joseph; Ware, John (1987). Cost-Sharing and the Use of General Medical Physicians for Outpatient Mental Health Care. *H Serv Res* 22 (1), S. 1-17 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1065420&blobtype=pdf>).
- Werblow, Andreas (2002). Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 71 (4), S. 427-436.
- Werblow, Andreas; Felder, Stefan (2003). Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz. *Schmoller's Jahrbuch* 123, S. 235-264. Duncker & Humblot, Berlin.
- West, Donna; Johnson, Jill; Hong, Song-Hee (2006). A 30-month evaluation of the effects on the cost and utilization of proton pump inhibitors from adding omeprazole OTC to drug benefit coverage in a state employee health plan. *J Manag Care Pharm* 12 (1), S. 25-32 (<http://www.amcp.org/data/jmcp/JanFebjournal06.pdf.pdf>).
- Wharam, Frank; Landon, Bruce; Galbraith, Alison; Kleinman, Ken; Soumerai, Stephen; Ross-Degnan, Dennis (2007). Emergency Department Use and Subsequent Hospitalizations Among Members of a High-Deductible Health Plan. *JAMA* 297 (10), S. 1093-1102 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/297/10/1093>).
- Wheeler, Benedict; Ben-Shlomo, Yoav (2005). Environmental equity, air quality, socioeconomic status, and respiratory health: a linkage analysis of routine data from the Health Survey for England. *J Epid Comm H* 59 (11), S. 948-954 (<http://jech.bmj.com/cgi/reprint/59/11/948>).
- White, Jeffrey; Chang, Eunice; Leslie, Scott; Gilderman, Alex; Berenbeim, David; Dezii, Christopher; Melikian, Caron (2002). Patient adherence with HMG reductase inhibitor therapy among users of two types of prescription services. *J Manag Care Pharm* 8 (3), S.186-191 (<http://www.amcp.org/data/jmcp/Research-186-191.pdf>).
- Whitehead, Margaret; Evandrou, Maria; Haglund, Bengt; Diederrichsen, Finn (1997). As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ* 315 (7114), S. 1006-1009 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7114/1006>).
- Whitehead, Margaret; Dahlgren, Göran; Evans, Timothy (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 358 (9284), S. 833-836 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014067360105975X/fulltext>; http://www.deza.ch/ressources/product_22_es_1242.pdf; <http://www.healthp.org/article.php?sid=64&mode=thread&order=0&thold=0>).
- Wickizer, Thomas; Schulman, Beryl; Schwartz, Sheryl; Drylie, Diana (1998). Occupational health Services Project. Final Report. Department of Health Services, University of Washington (www.lni.wa.gov/ClaimsIns/Files/Providers/ohs/Historical/OhsProjectFinalRpt.pdf).
- Wilkinson, Richard; Marmot, Michael (2003a). *Social Determinants of Health: The Facts*. 2. Edition, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen. ISBN 92 890 3370 3 (<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>).
- Wilkinson, Richard; Marmot, Michael (2004b). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. 2. Ausgabe, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen. ISBN 92 890 3370 3 (<http://www.euro.who.int/document/e81384g.pdf>).
- Williams, Flora; Hagler, Amy; Martin, Marshall; Pritchard, Mary; Bailey, William (1991). Predictors of Out-of-Pocket Medical Expenditures in Low-Income Households. *J Fam Econ* 12 (1), S. 43-62 (<http://www.springerlink.de/content/m367n7851h727062/fulltext.pdf>).
- Williams, Robert (1996). The Costs of Visits to Emergency Departments. *N Engl J Med* 334 (10), S. 642-646 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/334/10/642.pdf>).
- Willison, Donald; Miktorowicz, Mary; Grootendorst, Paul; O'Brien, Bernie; Leven, Mitchell; Deber, Raisa; Hurley, Jeremiah (2001). International Experience with Pharmaceutical Policy: Common Challenges and Lessons for Canada. Research Working Paper 01-08, Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University, Hamilton (<http://www.chepa.org/research/01-08.pdf>).

- Wilson, Marcia; Levi, Jeffrey; Owen, Aimee (2002). Mitigating Financial Risk with HIV/AIDS Patients. Center for Health Services Research and Policy. Washington DC (<http://www.gwumc.edu/sphhs/healthpolicy/chsrp/downloads/MitigatingHIV.pdf>).
- Wilson, Ira; Rogers, William; Chang, Hong; Safran, Dana (2005). Cost-related skipping of medications and other treatments among Medicare beneficiaries between 1998 and 2000. *J Gen Int Med* 20 (8), S. 715-720 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1497.2005.0128.x>; <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1490185&blobtype=pdf>).
- Wilson, Ira; Schoen, Cathy; Neuman, Patricia; Kitchman Strollo, Michelle; Rogers, William; Chang, Hong; Safran, Dana (2007). Physician–Patient Communication About Prescription Medication. Nonadherence: A 50-State Study of America’s Seniors. *J Gen Int Med* 22 (1), S 6–12 (<http://www.springerlink.com/content/f88n482w643p1477/fulltext.pdf>; <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1824770&blobtype=pdf>).
- Windeler, Jürgen (2006). Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin. *G+G Wissenschaft* 2/2006, S. 17-27. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn (http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs2_0406.pdf).
- Winkelmann, Rainer (2004). Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits – evidence from a natural experiment. *H Econ* 13 (11), S. 1081-1089 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/107628897/PDFSTART>).
- Winkelmann, Rainer (2004). Health Care Reform and the Number of Doctor Visits – An Econometric Analysis. *J Appl Econ* 19 (4), S. 455–472 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/109581132/PDFSTART>).
- Wolf, Peter de; Brouwer, Werner; Rutten, Frans; (2005). Regulating the Dutch pharmaceutical market: improving efficiency or controlling costs? *Int J H Plan Mgmt* 20 (4), S. 351-374 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112140376/PDFSTART>).
- Wong, Mitchell; Andersen, Ronald; Sherbourne, Cathy; Hays, Ron; Shapiro, Martin (2001). Effects of Cost Sharing on Care Seeking and Health Status: Results From the Medical Outcomes Study. *Am J Pub H* 91 (11), S. 1889-1894 (<http://www.ajph.org/cgi/reprint/91/11/1889>).
- Woolhandler, Steffie; Himmelstein, David; Lewontin, James (1993). Administrative Costs in U.S. Hospitals. *N Engl J Med* 329 (5), S. 400-403 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/329/5/400>).
- Woolhandler, Steffie; Himmelstein, David (1997). Costs of Care and Administration at For-Profit and Other Hospitals in the United States. *N Engl J Med* 336 (11), S. 769-774 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/336/11/769.pdf>).
- Woolhandler, Steffie; Campbell, Terry; Himmelstein, David (2003). Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *N Engl J Med* 349 (8), S. 768-775 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/349/8/768.pdf>).
- World Health Organisation (1996). European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.
- World Health Organisation (2004). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz. Regionalbüro für Europa, Kopenhagen (http://www.cvl-a.tum.de/Download/WHO_Ottawa.pdf).
- Wortley, Pascale; Levy, Paul; Quick, Linda; Shoemaker, Trevor; Dahlke, Melissa; Evans, Brian; Burke, Brian; Schwartz, Benjamin (2007). Predictors of Smallpox Vaccination Among Healthcare Workers and Other First Responders. *Am J Prev Med* 32 (6), S. 538-541.
- Wurzer, Alfred; Robinig, Roswitha; Rodler, Josef (2004). Selbstbehalte. Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe. Kärntner Gebietskrankenkasse, Klagenfurt.
- Xu, Ke; Evans, David; Kawabata, Kei; Zeramdini, Riadh; Klavus, Jan; Murray, Christopher (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362 (9378), S. 111–117 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603138615/fulltext>; http://www.who.int/health_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf).

- Xu, Ke; Evans, David; Kadama, Patrick; Nabyonga, Juliet; Ogwang Ogwal, Peter; Aguilar, Ana M. (2005). The elimination of user fees in Uganda: impact on utilization and catastrophic health expenditures. WHO, Genf (http://www.who.int/health_financing/The%20elimination%20of%20user%20fees%20in%20Uganda%2020DP.05.4.pdf); http://www.who.int/health_financing/Understanding%20the%20impact%20of%20eliminating%20user%20fees.pdf).
- Yang, Zhou, Gilleskie, Donna; Norton, Edward (2004). Prescription Drugs, Medical Care, And Health Outcomes: A Model of Elderly Health Dynamics. NBER Working Paper 10964, National Bureau for Economic Research, Washington DC (<http://www.nber.org/papers/w10964>).
- Yang, Zhou; Olomu, Ade; Corser, William; Rovner, David; Holmes-Rovner, Margaret (2006). Outpatient Medication Use and Health Outcomes in Post-Acute Coronary Syndrome Patients. *Am J Manag Care* 12 (10), S. 581-587 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC06_Yang581to587.pdf).
- Yegian, Mathews (2006). Coordinated Care In A 'Consumer-Driven' Health System. *H Aff* 25 (6), S. w531-w536 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w531v1/DC1>).
- Zahnforum (2004). Gesundheitsreform bringt Einsparungen bei Patienten ärgern sich über Zuzahlungen. Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Freiburg (http://www.zahnforum.de/zf/zf.nsf/ContentByKey/6B0D49708F17F722C1256E4D002EADBB?open&WDT=Print_Standard_PA&DL=Print).
- Zeber, John; Grazier, Kyle; Valenstein, Marcia; Blow, Frederic; Lantz, Paula (2007). Effect of a Medication Copayment Increase in Veterans With Schizophrenia. *Am J Man Care* 13 (6, Part 2), S. 335-346 (http://www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC_07junPrt2_Zeber_335to46.pdf).
- Zeckhauser, Richard (1970). Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff Between Risk Spreading and Appropriate Incentives. *J Econ Theory* 2 (1), S. 10-26.
- Zentner, Annette; Busse, Reinhard (2004). Das Ausland in aller Munde: Eine systematische Analyse zum Einfluss anderer Gesundheitssysteme auf die deutsche Reformdebatte. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 9-10/2004, S. 24-34 (<http://www.wm.tu-berlin.de/~mig/papers/index.html>).
- Zimmermann, Gerd (2004). Praxisgebühr seit dem 1.1.2004. Verwaltungstechnischer Schwachsinn!. *Der Hausarzt* 1/04, S. 1 (<http://www.hausarzt-online.de/sys/pdf.php?rubrik=ha&url=0104/01.pdf>; <http://www.medizin-online.de/cda/DisplayContent.do?cid=103475&fid=107664&type=pdf>).
- Zimmermann, Gerd (2005). Budgetkontrollen verhindern? Kassen regeln pauschale Zuzahlung selbst. *Der Hausarzt* 3/05, S. 1 (<http://www.hausarzt-online.de/sys/pdf.php?rubrik=ha&url=0104/01.pdf>; <http://www.medizin-online.de/cda/DisplayContent.do?cid=149616&fid=107664&type=pdf>).
- Ziniel, Georg (2004). Finanzielle Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen. In: Wurzer et al. 2004, S. 31-47.
- Zok, Klaus (2005a). Das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. *Wido-Monitor* 2 (2), S. 1-7, (http://wido.de/uploads/media/wido_mon_praxisgeb_3108.pdf).
- Zok, Klaus; Schuldzinski, Wolfgang (2005b). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis – Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn
- Zok, Klaus (2006). Arzneimittelmarkt: Selbstmedikation im Fokus. *WiDO-Monitor* 3 (1), S. 1-7 (http://wido.de/uploads/media/wido_mon_selbstmed_0506.pdf).
- Zuckerman, Stephen; McFeeters, Joshua; Cunningham, Peter; Nichols, Len (2004). Trends: Changes In Medicaid Physician Fees, 1998-2003: Implications For Physician Participation. *H Aff Web Excl* 23 (3), S. w4 372-384 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.374v1>).
- Zurn, Pascal; Dal Poz, Mario; Stilwell, Barbara; Adams, Orvill (2002). Imbalances in the health workforce. Briefing paper. WHO, Genf (http://www.who.int/hrh/documents/en/imbalance_briefing.pdf).
- Zuvekas, Samuel; Cohen, Joel (2007). Prescription Drugs And The Changing Concentration Of Health Care Expenditures. *H Aff* 26 (1), S. 249-257 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/26/1/249>).

Zweifel, Peter (1987). Bonus systems in health insurance: a microeconomic analysis. *H Pol* 7 (2), S. 273-288.