

Arbeitspapier Nr. 24 / 2004

**Modalitäten und Effekte  
von Zuzahlungen  
im Gesundheitswesen**

Jens Holst \*

\* Dr. med., Internist, MPH, freier Mitarbeiter des GTZ-Kompetenzfeldes "Soziale Sicherung",  
Lehrbeauftragter

**Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main  
Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin  
Institut für Medizinische Soziologie  
Januar 2004**



## Inhaltsverzeichnis

0. Abstract	4
1. Theoretische und konzeptionelle Grundlagen	6
2. Praxis und Wirkung von Zuzahlungen in Entwicklungsländern	10
3. Erfahrungen mit Zuzahlungen in Industrieländern	20
4. Gesamtbewertung von Zuzahlungen im Krankheitsfall	30
5. Literaturverzeichnis	38

## **0. Abstract**

*As an important element of shifting costs from public to private expenditure, during the last two decades user charges have increasingly become a mechanism to mobilize resources for health care. International donors like World Bank, IWF and later on WTO have been promoting privatisation of health care systems, including private financing via user fees, as a one element of overwhelming international trends in market-oriented economic reforms which are sweeping around the world. The theoretical background for "cost sharing" was underpinned by the hypothesis that price elasticity for health care demand would allow additional revenue from out-of-pocket co-payments. By controlling patient's moral hazard and reducing the "frivolous" consumption of "unnecessary" health care services, user charges were expected to reduce the overall costs and contribute to a more rational use of scarce resources.*

*In the meanwhile, a relevant number of developing as well as industrialized countries have experienced mainly undesired effects of user fees in health care. As long as out-of-pocket payments are unrelated to income, they are regressive and create additional barriers to access to health by the poor and the sick. There is broad evidence that user fees increase inequalities in access to health care and that the poor are most sensitive to financial burdens of health care. User charges have not only failed to achieve the expected efficiency gains and resource allocation improvements. Above all, they have contributed to relevant welfare losses for low-income consumers and to impoverishment of households due to health problems.*

*Recently, defenders of private financing of health care have focussed the discussion on the right waivers and exemptions in order to avoid the negative effects on the poor and the less healthy members of the society. While exemptions tend to be easier to implement according to public health priorities, waivers should focus on socio-economic groups rather than on individuals and rely on a minimum level administration of public administration. As in most countries in Africa, Asia and Latin America, cost sharing mechanisms have shown an obvious lack of effective collection systems, not surprisingly most of these attempts have not been successful, some were even counterproductive, and it is too early to evaluate definitely the very few promising examples.*

*In many rich countries of the northern hemisphere the application of co-payments for health care services is increasing as an additional financial income source. In spite of a bigger social balance of user charges and their regressive nature, they tend to discriminate against the less wealthy and against the lower income groups. Waiver systems use to protect the poorest and chronically ill, but they at the same time income charged on patients. And there*

*is widespread evidence that user fees are unable to differentiate between the demand for “necessary” and “unnecessary” services.*

*Most international organisations are now considering out-of-pocket payments the second or even third best solution to solve resource problems. In order to implement fair and socially balanced health financing mechanisms, any kind of prepayment scheme and risk pooling is preferable to direct billing and cost sharing. Fairness of risk protection in health requires the highest possible separation between billing and utilization. Health system planners should have in mind that charging the user of health care services even tends to be contradictory and antagonistic to collective and social security schemes.*

## 1. Theoretische und konzeptionelle Grundlagen

In zunehmendem Maße bestimmen Fragen der Nachhaltigkeit und Ressourcenknappheit sowie die Forderung nach stärkerer „Eigenverantwortung“<sup>1</sup> und vor allem finanzieller Beteiligung von PatientInnen die Diskussionen über die Zukunft der Gesundheitssysteme. Im Unterschied zu anderen Weltregionen haben Direktzahlungen der VerbraucherInnen in den Sozialsystemen der meisten westeuropäischen Länder traditionell nur eine untergeordnete Rolle gespielt und beschränkten sich vornehmlich auf Zuzahlungen zu Arzneimitteln (Saltman/Figueras 1996, S. 16; Creese 1997, S. 202). Die wichtigsten Ausnahmen von dieser Regel stellen allerdings Belgien und Frankreich dar, wo die gesetzlichen Krankenversicherungen bereits heute relevante Zuzahlungen verlangen. Im Zuge der aktuellen Reformdebatten halten Nutzergebühren nun auch in anderen europäischen Ländern vermehrt Einzug (Dixon/Mossialos 2001, S. 75; Witter 2002, S. 8). In Form von Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen sollen sie in den industrialisierten Wohlfahrtsstaaten das Gesundheitswesen finanziell entlasten und gleichzeitig den Konsum medizinischer Leistungen reduzieren.

Traditionell stellten in den heutigen Industrieländern Direktzahlungen die übliche Honorierung der zumeist privat erbrachten Behandlungen dar, bevor Sozialversicherungs- oder staatliche Gesundheitssysteme die Finanzierung einer allmählich ausgeweiteten Palette von medizinischen Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip übernahmen. In den Entwicklungsländern besteht das Selbstzahlungsprinzip hingegen vielfach bis heute im Privatsektor und teilweise auch in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen fort, die allerdings zumeist den großen Bevölkerungsanteil der Armen und Mittellosen von der Zahlungspflicht ausnehmen.<sup>2</sup> Und seit zwei Jahrzehnten sind vielerorts zumindest partielle Selbstzahlungen zunehmend

---

<sup>1</sup> Die Fokussierung auf die individuelle Verantwortlichkeit der BürgerInnen, die einer grundsätzlichen Kritik am beschützenden Sozialstaat entstammt und insbesondere mit dem ökonomischen Denken in Anreizstrukturen im Einklang steht, ist aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht hochgradig problematisch. Zum einen ist hinlänglich bekannt, dass der Gesundheitszustand eines Individuums nicht unerheblich von der sozioökonomischen Lebenssituation abhängt, und zum anderen sind viele patho- bzw. salutogenetische Faktoren eben nicht ausschließlich individuell, sondern in hohem Maße sozial determiniert. Hinzu kommen die immer klareren Hinweise auf eine genetische Ätiologie vieler vermeintlich „individuell verschuldeter“ Pathologien. Aufschlussreich in dieser stark ideologisch geprägten Diskussion ist insbesondere die Tatsache, dass sich viele AnhängerInnen einer stärkeren „Eigenverantwortlichkeit“ unter den neoliberalen „ModernisiererInnen“ finden, die sich mit dem Argument einer potenziellen besseren zukünftigen Behandelbarkeit zurzeit nicht ausreichend therapierbarer, genetisch Erkrankten für die Genforschung stark machen.

<sup>2</sup> Auf dem lateinamerikanischen Subkontinent bestehen unterschiedliche Bestimmungen und praktische Umsetzungen. In zentralamerikanischen Staaten wie Guatemala und El Salvador garantiert die Verfassung allen BürgerInnen kostenfreien Zugang zu medizinischer Behandlung, so dass Nutzergebühren allenfalls unter der Hand kassiert werden dürfen und die öffentliche Debatte darüber zu erheblichen innenpolitischen Kontroversen führt. In Argentinien und Paraguay hingegen müssen die PatientInnen in Einrichtungen der öffentlichen Hand bzw. der öffentlichen VersicherungsträgerInnen aus eigener Tasche einen Teil der Kosten beisteuern, sofern sie nicht aufgrund ihrer prekären ökonomischen Lage von der Zuzahlungspflicht befreit sind. Eine umfangreiche Darstellung von Befreiungs- und Ausnahmeregelungen in Bezug auf Zuzahlungen findet sich in Bitrán/Giedion 2003).

eine Komponente der Finanzierung öffentlicher LeistungserbringerInnen geworden (Bennett/Gilson 2001, S. 5).

Unter Nutzergebühren versteht man sämtliche Zahlungen, die PatientInnen nach vorgegebenen Tarifsätzen aus der eigenen Tasche direkt an die LeistungserbringerInnen abführen müssen.<sup>3</sup> Im Unterschied zu anderen privaten Abgaben im Gesundheitswesen zeichnen sich Nutzergebühren dadurch aus, dass sie regelhaft dann anfallen, wenn die VerbraucherInnen medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Diese Art der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen fällt also immer mit dem Zeitpunkt des Bedarfs bzw. der Bedürftigkeit an derartigen Dienstleistungen zusammen, was Nutzergebühren wesentlich stärker Marktmechanismen unterwirft als jedwede Form von Vorauszahlungen (Arhin-Tenkorang 2000, S. 5). Prinzipiell sind diese Direktzahlungen nicht durch eine Pflicht- oder freiwillige Krankenversicherung abgesichert<sup>4</sup> und auch nicht im Rahmen der Hilfeleistung auf Gegenseitigkeit umzulegen.<sup>5</sup> Relativ weit verbreitet sind derartige Zuzahlungen bei Medikamenten (Willison et al. 2001, S. 24f) sowie anderen Heil- und Hilfsmitteln, doch können sie die LeistungserbringerInnen grundsätzlich auch für Sprechstundenbesuche, für Krankenhaustage bzw. für jede einzelne diagnostische und therapeutische Leistung,<sup>6</sup> für Krankheitsepisoden (Stierle 1998, S. 1) oder, wie in den jüngsten Reformvorschlägen in Deutschland vorgesehen, für die generelle Nutzung in einem bestimmten Zeitraum erheben.

---

<sup>3</sup> In der internationalen Literatur finden sich für derartige Nutzergebühren die Begriffe „*cost sharing*“, „*user fees*“ oder „*user charges*“. Der vorliegende Artikel beschränkt sich auf die Betrachtung von direkten Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen (Irvine/Green 2003, S. 33). Nicht berücksichtigt bleiben „indirekte Eigenanteile“, die dadurch fällig werden, dass die Krankenkasse bestimmte Behandlungsleistungen sowie vor allem Arzneimittel – sei es durch die Verpflichtung zu Generika oder durch Positivlisten – nicht mehr trägt. Nach Auffassung des Autors ist diese Problematik in erster Linie im Zusammenhang mit Fragen der Effektivität bzw. Effizienz, von Rationalisierung und „impliziter“ Rationierung zu diskutieren. Zumal die Intention dieser Vermengung auch aufgrund ihrer Herkunft recht durchsichtig ist, stammt der Vorschlag doch aus dem Umfeld der Pharma-Industrie (Rubin/Mendelson 1995).

<sup>4</sup> Allerdings bestehen in einigen Ländern Zusatzversicherungen für die Zuzahlungsbelastung im Krankheitsfall, so zum Beispiel in Frankreich (Hohmann 1998, S. 104, 111; s. auch Fußnote 23), in zunehmendem Maße in Belgien und nicht zuletzt in Chile (Holst 2001, S. 100; Bitrán/Almarza 1997, S. 37), wobei dort im Unterschied zu den genannten europäischen Ländern keinerlei Bindung an das Einkommen besteht.

<sup>5</sup> Gerade in den ärmeren Entwicklungsländern bestehen, ebenso wie im Europa der frühen Neuzeit, wichtige informelle Strukturen der Hilfe auf Gegenseitigkeit, innerhalb von Familienclans, Dorfgemeinschaften, Stammesverbänden und anderen gesellschaftlichen Gruppierungen. Der Begriff der Gegenseitigkeit findet sich in den französischen und belgischen „*Mutuelles*“ ebenso wie in den „*Mutualités*“ genannten Klein- oder Regionalversicherungen im westlichen Afrika (s. Huber et al. 2003) sowie in den „*Mutualidades*“, den Betriebs- oder Innungskrankenkassen in Argentinien, wieder.

<sup>6</sup> Das Prinzip der Zuzahlungen für jede einzelne Leistung war lange Zeit im chilenischen Gesundheitswesen weit verbreitet und liegt daher mit Ausnahme der wenigen Krankenkassenverträge, die fixe Selbstbeteiligungen vorsehen, auch den Berechnungen in der vorliegenden Studie zugrunde. Die Einführung der mehrfach erwähnten Zusatzversicherung gegen katastrophische Krankheiten (s. Kap. 3.4 und 5.2.2) hat dieses Prinzip mittlerweile zusätzlich aufgeweicht, da nunmehr bei etlichen komplexen Gesundheitsleistungen eine Höchstgrenze für die Summe der Einzelzuzahlungen im Umfang von zwei Monateinkommen besteht.

Die internationale Fachliteratur gibt üblicherweise die folgenden vier Formen von Direktzahlungen der PatientInnen an: Grundtarife (*flat fees*), Festbeträge (*charge per service/per package*) oder prozentuale Anteile (*co-insurance*) pro Einzelleistung bzw. Leistungspaket, Selbstbeteiligung (*deductible*) sowie Aufpreis zum Kassentarif (*balance billing/extra billing*) (Irvine/Green 2003, S. 33; Skinner 2002, S. 14; Halton 2000, S. 1f). Weitgehend unbeachtet bleibt indes die Festlegung einer Versicherungssummenbegrenzung bzw. einer Deckungsobergrenze (*maximum service limit*), die in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern im Zusammenhang mit der anteiligen Kostenübernahme (*percentage coverage*) verbreitet ist. Überschreitet dabei der in Anspruch genommene Leistungsumfang das maximale Finanzvolumen, muss der/die PatientIn für sämtliche darüber hinaus anfallende Kosten aufkommen. So wandten nicht zuletzt die chilenischen ISAPREs während der ersten zwei Jahrzehnte ihrer Tätigkeit vielfach solche jährlichen Obergrenzen für bestimmte Leistungen bzw. Leistungsgruppen an (Holst 2001, S. 98f). Diese Regelung betraf in erster Linie ambulante oder teilstationäre Behandlungen und hatte vor allem bei langwierigen oder chronischen und insbesondere bei psychiatrischen Krankheiten einen teilweise extrem geringen Versicherungsschutz zur Folge.

Aus der Perspektive der Versicherungsökonomie stehen den Assekuranzunternehmen zur finanztechnischen Kontrolle des *moral hazard* auf Seiten der PatientInnen prinzipiell drei Mechanismen zur Verfügung: Festgelegte Eigenanteile, die der Versicherte auf jeden Fall aufbringen muss, bevor ein entschädigungsfähiger Schadensfall vorliegt, (fixe oder proportionale) Zuzahlungen für die in Anspruch genommenen Leistungen und definierte Deckungsobergrenzen. Katz und Rosen (1994, S. 596) definieren Selbstbeteiligung als „Festlegung in einer Versicherungspolice, nach der VersicherungsnehmerInnen für die anfänglichen Schäden bis zu einer bestimmten, definierten Grenze selber aufkommen müssen“. Und unter Zuzahlung verstehen dieselben AutorInnen die „Bestimmung in einer Versicherungspolice, nach der die Versicherten bei den anfallenden Honoraren einen gewissen Prozentsatz der Schadensrechnung übernimmt“ (ibid.). Deckungsobergrenzen entstehen durch die Beschränkung des Versicherungsumfangs auf eine Höchstgrenze und stellen insofern eine Art „Selbstbeteiligung“ bzw. *deductible* für den Versicherer dar.

Für VersicherungstheoretikerInnen steht die Frage im Vordergrund, welche Maßnahme ein Assekuranzunternehmen zum Schutz vor dem *moral hazard* der VersicherungsnehmerInnen ergreifen soll. Eine allgemeingültige Antwort gibt es nicht, die Sinnhaftigkeit der Strategien hängt von der jeweiligen Lage ab. Die ökonomische Lehre rät den VersichererInnen dann in erster Linie zu Selbstbeteiligungen, wenn eine Tendenz zur exzessiven Ausnutzung der versicherten Leistungen mit der möglichen Folge von wirtschaftlichen Verlusten besteht. Demnach vermindern derartige Eigenanteile bis zu einer bestimmten Höhe die Ausgaben der Versicherung auf zwei unterschiedlichen Wegen: Sie reduzieren zum einen die betriebsbe-



dingten Ausgaben und zum anderen die Verwaltungskosten, die für die Bearbeitung geringer Schadenfälle anfallen. Des Weiteren gehen BefürworterInnen von Selbstbeteiligungen davon aus, dass sie die Versicherten zu größerer Sorgfalt und Vorsicht bei der Inanspruchnahme der versicherten Leistungen veranlassen und damit den Verbrauch an „überflüssigen“ Behandlungen senken (The Economist 1995, S. 66). Schlägt das viel zitierte Konsumentenverhalten in Form des *moral hazard* hingegen auf der Ausgabenseite zu Buche, sollte eine Krankenkasse Zuzahlungen zu den in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen einführen. Um den vermeintlichen Informationsvorsprung der VersicherungsnehmerInnen zu neutralisieren, müssen die Eigenanteile mit den Kosten korrelieren, die jede/r Versicherte/r verursacht. Demnach sollten sich entweder die Häufigkeit der Inanspruchnahme oder die Komplexität bzw. der Preis der in Anspruch genommenen Leistungen auf die Höhe der Eigenbeteiligung auswirken, um für die KundInnen einer Krankenversicherung einen wirklichen Anreiz zu schaffen, den eigenen Verlust und damit auch die Ausgaben der Kasse möglichst gering zu halten (vgl. Hunterlink 2003).

Weniger technokratische versicherungsmathematische Ansätze beziehen indes auch soziologische und sozioökonomische Überlegungen sowie die volkswirtschaftliche Verteilung der Finanzierungslast eines Gesundheitssystems in ihre Berechnungen ein. Aus Sicht der VerbraucherInnen hängen die subjektiv erfahrbaren Auswirkungen von Zuzahlungen grundsätzlich von zwei Variablen ab: der Höhe des Einkommens und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Bei einer Verlagerung der Gesundheitsfinanzierung von kollektiven (Steuern, Sozialversicherung) auf private erkrankungsabhängige Ausgaben in Form von Zuzahlungen profitieren Gutverdienende und Gesunde, während die unteren Einkommensgruppen und kranke Menschen Einbußen erleiden (Creese/Kutzin 1995, S. 3). Bei Wohlhabenden mit eingeschränktem Gesundheitszustand und bei gesunden Armen sind die Effekte zwiespältig und können sich gegenseitig aufheben (Evans et al. 1993d, S. 14).

Obwohl AnhängerInnen von *user fees* den Selbstbeteiligungen und insbesondere den anteiligen Zuzahlungen zunächst eine steuernde Funktion zuschreiben, verfolgen Nutzergebühren mehr oder weniger explizit das Ziel, mehr Geld ins Gesundheitssystem bringen. In der Praxis steht aber nicht die Kostendämpfung durch Eindämmung der Nutzung medizinischer Leistungen im Vordergrund. Wichtiger als die postulierten ordnungspolitischen Effekte ist die unmittelbare Erhöhung der finanziellen Mittel durch Patientenzuzahlungen (ILO/PAHO 1999, S. 4). Die Funktion der Ressourcenschaffung kam den Nutzergebühren auch in erster Linie in den armen Ländern des Südens zu, deren öffentliche Gesundheitssysteme chronisch unterfinanziert sind. Gefördert durch die entsprechende langjährige Weltbankpolitik und mit Unterstützung von USAID, UNICEF und OECD fanden Eigenbeteiligungen von NutzerInnen der Gesundheitseinrichtungen vor allem Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre in Entwicklungsländern Eingang in die sozialpolitischen Reformen und Umstrukturierungen (Arhin-

Tenkorang 2000, S. 3, Stierle 1998, S. 22; Okma 2002, S. 3; Bitrán/Giedion 2003, S. 3). Die Einführung von Zuzahlungen der NutzerInnen sozialer Einrichtungen war Bestandteil der Strukturanpassungsprogramme des Internationalen Währungsfonds und der Weltbank.<sup>7</sup> Dabei bildete die Knüpfung der Kreditvergabe an die Steigerung der privaten Finanzierung öffentlicher Dienste war ein überaus effektives Druckmittel zur Durchsetzung dieser Politik (Whitehead et al. 2001, S. 833).

## 2. Praxis und Wirkung von Zuzahlungen in Entwicklungsländern

Bereits in der Deklaration von Alma-Ata aus dem Jahr 1978 war die Forderung enthalten, bei der Bereitstellung der primären Gesundheitsversorgung (*primary health care*) die betroffenen Kommunen und Gemeinschaften an der Finanzierung zu beteiligen. Vor dem Hintergrund der chronischen und in Folge der Verschuldungskrise zunehmenden Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen der Entwicklungsländer förderte die Weltbank ab Mitte der 80er Jahre mit ihrer *Agenda for Reform* offen die Beteiligung der VerbraucherInnen an der Finanzierung ihrer Versorgung (Akin et al. 1987; Bitrán/Giedion 2003, S. 3). Zehn Jahre nach Alma-Ata entstand bei einem Treffen der afrikanischen GesundheitsministerInnen in der Hauptstadt Malis die so genannte Bamako-Initiative, deren erklärtes Ziel die Verbesserung der Zugänglichkeit und Qualität von Gesundheitseinrichtungen durch die Beteiligung der BürgerInnen an der Finanzierung war (Arhin-Tenkorang 2000, S. 3). Dazu gehörte die Einführung von Zuzahlungen auf lokaler oder Distriktebene und in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen, die zuerst in Ghana, Zaïre, Swasiland und Lesotho Anwendung fanden (Creese 1991, S. 310). Darüber hinaus förderten internationale Entwicklungsagenturen die Implementierung von Nutzergebühren im Zusammenhang mit Reformen der Sozialsysteme, die auf eine Verbesserung von Effizienz und Gerechtigkeit (*equity*) abzielten. Vergleichsweise bescheidene Zuzahlungen in der öffentlichen Versorgungsstruktur sollten gerade die einkommensschwache Bevölkerung von den vergleichsweise hohen Kosten der Behandlung in privaten Einrichtungen entlasten. Denn aufgrund der schlechten Versorgungsqualität staatlicher Krankenhäuser und Gesundheitsposten bevorzugten selbst die Ärmsten trotz hoher Kosten vielerorts PrivatbieterInnen (Bitrán/Giedion 2003, S. 4)

In Verbindung mit strukturellen Anpassungsprozessen sollte die Einführung von Direktzahlungen der VerbraucherInnen private Ressourcen in die Finanzierung der zumeist defizitären öffentlichen Gesundheitsversorgung einbeziehen oder diese sogar zu einer wesentlichen Säule des Sozialbudgets machen, um die finanzielle Grundlage der Gesundheitssysteme in

---

<sup>7</sup> Eine wichtige Rolle kam dabei einem Politikstrategiepapier der Weltbank aus dem Jahr 1987 zu: Akin et al. (1987). Financing Health Services in developing countries: an agenda for reform. Weltbank, Washington (Whitehead et al. 2001, S. 833; Dixon et al. 2002a, S. 5).

den armen Ländern durch Stärkung privater Elemente zu verbessern (Knowles 1996, S. 7, 32). Dabei setzten die Weltbank und andere BefürworterInnen von Eigenbeteiligungen im Gesundheitswesen die externen Folgen kurativer Dienstleistungen und die administrativen Kosten der Gebühreneinzahlung in den Entwicklungsländern prinzipiell niedrig an. Daraus folgerten sie, dass sich die steigenden Ressourcen positiv auf Effizienz und Zugangsgerechtigkeit auswirken müssten (Weltbank, World Development Report 1993, nach Arhin-Tenkorang 2000, S. 6, Fußnote 15).

Nutzergebühren sollten dazu beitragen, das Versorgungsangebot zu verbreitern, moderne Gesundheitseinrichtungen auch in abgelegene Regionen zu bringen und die Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern, beispielsweise durch die höhere Verfügbarkeit von Medikamenten (Lexchin/Grootendorst, S. 7) und bessere Behandlung in den Einrichtungen der Basisversorgung (Bitrán/Giedion 2003, S. 3). Des Weiteren erhoffen sich BefürworterInnen des Zuzahlungsprinzips ökonomische Anreize zur rationalen Nutzung des Gesundheitssystems, etwa durch ein effektives Überweisungssystem, die Einschränkung der „leichtfertigen Nutzung“ bzw. des Missbrauchs und die Beschränkung der wachsenden Nachfrage insbesondere nach komplexen Gesundheitsleistungen, um den effizienten Einsatz der knappen Ressourcen zu fördern (Arhin-Tenkorang 2000, S. 8). Da mit dem Einkommen auch der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen steigt, würden die besser gestellten BürgerInnen mehr an Direktzahlungen aufbringen und damit die arme Bevölkerung subventionieren, so dass Nutzergebühren letztlich die Gerechtigkeit im System steigern (Coleman 1997, S. 5; Hutton 2002, S. 5).

Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass derartige Direktzahlungen für medizinische Behandlungen in Entwicklungsländern zwar in kleinem Umfang nützliche Ressourcen für lokale Versorgungseinrichtungen erzeugen können (Reddy/Vandemoortele 1996, S. 1; Witter 2002, S. 6), sofern diese Einnahmen nicht in das Gesamtbudget einfließen (PAHO/ UNDP/Caricom 1999, S. 20), sondern als spezifische Einnahmen erkennbar bleiben und günstigen Falls gemeinsam mit anderen Ressourcen einer bedürftigen Zielgruppe zu Gute kommt (Dixon et al. 2002b, S. 4). Bei Verwendung dieser Einnahmen für eine bessere Bezahlung des Gesundheitspersonals ist unter bestimmten Bedingungen auch eine Steigerung der Behandlungsqualität zu beobachten (Kipp et al. 2001, S. 1035).<sup>8</sup> Und eine geeignete Gestaltung der Nutzergebühren kann die Einhaltung der adäquaten Hierarchie von Grund- und weiterführender Versorgung fördern (Criel/van Balen 1993; Nolan/Turbat 1995). Zu der erhofften relevanten Kostensenkung im Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit tragen Patientenzahlungen allerdings nicht in nennenswertem Umfang bei (Barnum/Kutzin 1993, S. 254; Creese/Kutzin

---

<sup>8</sup> Vor allem in den Entwicklungsländern unterschätzen die Regierungen vielfach die Bedeutung einer adäquaten Bezahlung des Personals im Gesundheitswesen und die Gefahren, die sich aus der Unterbezahlung für die Versorgung der Bevölkerung ergeben (Lerberghe et al. 2002, S. 583).

1995, S. 6; PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20; Bennett/Gilson 2001, S. 16; Whitehead et al. 2001, S. 834f). So beliefen sich die Einnahmen durch Nutzergebühren in verschiedenen afrikanischen Staaten mittelfristig auf 1-12 % (Arhin-Tenkorang 2000, S. 11) bzw. 0,5-15 % (Witter 2002, S. 6), lagen durchschnittlich unter 5 % des Gesundheitsbudgets (Creese/Kutzin 1995, S. 2; Creese 1997, S. 202; Stierle 1998, S. 23) und erreichten nur in wenigen Fällen einen Anteil von maximal 10 % (Shaw/Ainsworth 1996, S. 9-11). Das lag zum einen an dem relativ geringen Umfang der Gebühren, der minimalen Zahlungsfähigkeit der PatientInnen und umfangreichen formalen wie informellen Befreiungen von der Zuzahlungspflicht, zum anderen an der ineffizienten Verwaltung der Beiträge, ihrer Veruntreuung und der geringen Akzeptanz durch die Öffentlichkeit (Creese/Kutzin 1995, S. 8; Nyonator/Kutzin 1999, S. 333f, 339; Ensor/Duran-Moreno 2002, S. 115ff; Lewis 2002; Mills/Bennett 2002). Die Einnahmen durch Patientenzuzahlungen haben nirgends zu einem nachweisbaren Aufbau neuer Gesundheitsausrichtungen oder einer gesteigerten Reichweite bestehender Strukturen geführt (Creese/Kutzin 1995, S. 12). Ebenso wenig haben die Länder, die Nutzergebühren in großem Umfang einführten, Verbesserungen bei der Zugangsgerechtigkeit erreicht (Creese/Kutzin 1995, S. 10f; Reddy/Vandemoortele 1996, S. 16; Arhin-Tenkorang 2000, S. 14).

Mittlerweile hat eine Vielzahl von Modalitäten der Zuzahlungsbefreiung und Herausnahme bestimmter Leistungen Eingang in die Praxis der verschiedenen Länder gefunden (Creese/Kutzin 1995, S. 9; Fabricant et al. 1999). Die angewandten Befreiungsregelungen sind häufig fragwürdig, kommen insgesamt eher den weniger Armen als der wirklich mittellosen Bevölkerung zu Gute (Shaw/Ainsworth 1996, S. 34; Hutton 2002, S. 15) und bleiben den potenziellen NutznießerInnen nicht selten verborgen (Deppe 1987, S. 109; Lloyd-Sherlock 2000, S. 891). Oft spielen berufliche und geografische Kriterien weit weniger eine Rolle als der Beschäftigungsstatus und die Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen wie öffentlichen Angestellten und Militärangehörigen (Gilson et al. 1995, S. 385ff; Nyonator et al. 1996, S. 14; Russell/Gilson 1997, S. 375ff). Relativ unkompliziert ist die Festlegung von Ausnahmen für einfach identifizierbare Gruppen wie Kinder, Witwer/n, SchülerInnen und StudentInnen oder TrägerInnen bestimmter chronischer Krankheiten (Nyonator et al. 1996, S. 13). Ein entscheidendes Problem bei der sozialen Abfederung von Nutzergebühren ergibt sich in den meisten Fällen aus der Überforderung des medizinischen Fachpersonals in dieser Frage bzw. aus dessen Reallokation für administrative Aufgaben (PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20) und vor allem aus einer unzureichenden Gegenfinanzierung der Zuzahlungsbefreiungen und Ausnahmeregelungen (Bitrán/Giedion 2003, S. 69, 76). Viele Regierungen stellen zu geringe Finanzressourcen zur Verfügung, um sowohl die Einnahmeverluste der Leistungserbringenden als auch die anfallenden Verwaltungskosten zu kompensieren (ibid. S. 32, 73; PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20). Hinzu kommt ein Mangel an klaren Bestimmungen und

Richtlinien, wer unter welchen Bedingungen in den Genuss zuzahlungsfreier Behandlung kommen soll (Nyonator et al. 1996, S. 13; Bitrán/Giedion 2003, S. 32).

In vielen Fällen ist selbst nach Einschätzung von Weltbank-ExpertInnen die geeignete Gestaltung der Zuzahlungsbedingungen zur effizienteren Ressourcenallokation gescheitert und ein unübersehbarer Mangel an wirksamen Ausnahmeregelungen entstanden (Nolan/Turbat 1995). Insgesamt war fast überall ein massiver Rückgang der Patientenzahlen zu beobachten (Arhin-Tenkorang 2000, S. 10; Bitrán/Giedion 2003, S. 29, 32), wobei insbesondere die ärmsten Bevölkerungsgruppen und Personen mit übertragbaren Krankheiten, die zweifelsohne den größten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung aufweisen, die Zuzahlungen nicht aufbringen können (u.a. Yoder 1989, S. 39f; Creese/Kutzin 1995, S. 10f; Nyonator et al. 1996, S. 13; Reddy/Vandemoortele 1996, S. 52, 80; Stierle 1998, S. 23; Hutton 2002, S. 19). Das UN-Forschungsinstitut für Soziale Entwicklung (UNRISD) kam bei einer Metaanalyse der Erfahrungen von 39 Entwicklungsländern zu dem Ergebnis, dass Zuzahlungen den Zugang der unteren Einkommensgruppen sowie von Frauen zu grundlegenden sozialen Dienstleistungen deutlich verschlechterten (UNRISD 2000). Nicht allein die WHO, sondern auch die Weltbank selber hat in Studien nachgewiesen, dass in einigen westafrikanischen Ländern 10 bis 30 % der Haushalte selbst geringe Eigenanteile an den Behandlungskosten nicht aufbringen in der Lage sind (Creese/Kutzin 1995, S. 10; Zwi/Mills 1995, Gilson/Mills 1995; Russell/Gilson 1995; Shaw/Griffin 1995). Dabei werden die ärmsten sozialen Gruppen nicht bloß aus dem Markt „herausgepreist“, sondern dies bewirkt oder verstärkt bei den ohnehin unterprivilegierten zudem das Gefühl der Diskriminierung und Ausgrenzung (Arhin-Tenkorang 2000, S. 12f).

Allein in einigen westafrikanischen Ländern, die nur in geringerem Umfang Nutzergebühren einführten, waren positive Auswirkungen auf die Effizienz und die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen zu beobachten (Creese/Kutzin 1995). Dabei zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Qualitätsverbesserung, die durch Direktzahlungen der PatientInnen möglich waren, und der Inanspruchnahme von Polikliniken und Krankenhäusern durch diejenigen BürgerInnen, deren Opportunitätskosten bei der Nutzung weiter entfernt liegender LeistungserbringerInnen besonders hoch sind (Litvack/Bodart 1993). Allerdings ist die unterstellte direkte Kausalitätsbeziehung zwischen dem Einzelfaktor Zuzahlung und der Behandlungsqualität in Frage zu stellen. Schließlich haben eine Reihe von anderen Momenten Einfluss auf die Nutzung gerade der genannten medizinischen Dienstleistungen, neben Einkommen, Bildung und kulturellen Faktoren vor allem die erforderliche Zeit, Reisekosten und Art der Behandlung (Hutton 2002, S. 14). In anderen Ländern wirkte sich eine Verbesserung der Qualität aufgrund von Nutzergebühren in Gesundheitseinrichtungen positiv auf die Immunisierungsrate der Bevölkerung und die Nutzung von Schwangerschafts- und anderen Vorsorgeuntersuchungen aus (Knowles 1996, S. 9). Andererseits empfiehlt die WHO, alle als

essenziell bewerteten Impfungen einschließlich der erforderlichen Utensilien ohne finanzielle Belastung der BürgerInnen zu gewähren, um gleichen Zugang zu gewähren, zur Armutsbekämpfung beizutragen und den externen Folgen von Immunisierungslücken vorzubeugen (England et al. 2001, S. 18).

Ein weiterer, in der Literatur relativ wenig beachteter Effekt von Nutzergebühren ist das Abdrängen gerade der ärmeren Familien und BürgerInnen in den informellen Gesundheitssektor, der sich durch die private Liquidierung von Leistungen auszeichnet (Whitehead et al. 2001, S. 833). Die anfallenden Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen bringen die Menschen gerade in unterentwickelten Regionen dazu, bei traditionellen HeilerInnen und GeburtshelferInnen Zuflucht zu suchen. Besonders fatale Auswirkungen hat die Ausgrenzung allerdings auf den Medikamentenkonsum in Entwicklungsländern, wo die vorwiegend privat aufgebrauchten Ausgaben für Arzneimittel in der Regel 30-50 % des gesamten Gesundheitsbudgets ausmachen, während sich dieser Posten in den reichen Industrieländern in aller Regel maximal auf 15 % beläuft (Velázquez et al. 1999, S. 5), trotz deutlich höherer Preise für die einzelnen Präparate und weitgehend erfolgloser Kostendämpfungsansätze in diesem Bereich. Dieses Phänomen ist nicht nur in den ärmsten Ländern Afrikas und Asiens zu beobachten, sondern auch in Lateinamerika, wo beispielsweise im mexikanischen Bundesstaat Chiapas drei Viertel aller gesundheitsassoziierten Konsultationen zu unangemessener Beratung oder Behandlung durch traditionelle HeilerInnen oder durch ArzneimittelhändlerInnen führte, was pro Person zu unnötigen Ausgaben im Umfang des Mindestlohns für 13 Tage mit sich brachte (Briggs 2000). Die starke Abhängigkeit von ApothekenhändlerInnen ohne entsprechende Qualifikation stellt in vielen Entwicklungsländern ein großes gesundheitswissenschaftliches Problem dar, denn hier ergeben sich aus der Verschwendung knapper Ressourcen für unsinnige und oftmals sogar schädliche Arzneimittel (Whitehead 2001, S. 833) erhebliche Konsequenzen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die sozialen Chancen in einer Gesellschaft.

Den bescheidenen Auswirkungen auf das Budget wie auf die Qualität der Gesundheitsversorgung zum Trotz, hielten die Befürworter lange Zeit an Direktzahlungen von PatientInnen als wichtigem Element der Gesundheitsfinanzierung fest. Allerdings setzte sich Mitte der 90er Jahre die Erkenntnis durch, dass ohne weitergehende Reformen „...die Durchsetzung von Nutzergebühren in staatlichen Einrichtungen kaum substantielle Fortschritte im Hinblick auf Gerechtigkeit, Effizienz und Kundenzufriedenheit bewirken können“ (Kutzin 1995, nach Stierle 1998, S. 23) Die vorgeschlagenen begleitenden Reformen bezogen sich auf eine Verlagerung der Ressourcenallokation zu Gunsten der primären Kontaktaufnahme mit Einrichtungen der Grundversorgung, Zuzahlungsbefreiung im Krankenhaus bei Aufnahme per Überweisung oder generelle Ausnahmeregelungen für benachteiligte Gruppen wie die arme Bevölkerung oder chronisch Kranke (Coleman 1997, S. 5). Interessant erscheint in diesem

Zusammenhang das Argument der Weltbank, dass Nutzergebühren, so sie erst einmal ein anerkannter Bestandteil der Gesundheitsausgaben geworden sind, die Akzeptanz von Krankenversicherungssystemen erhöhen würden (Shaw/Griffin 1995).<sup>9</sup> Doch dieser Teil der historische Erfahrung westeuropäischer Länder lässt sich nicht unmittelbar auf die Entwicklungsländer übertragen, der postulierte Trend lässt sich weder in vielen afrikanischen noch einigen asiatischen und lateinamerikanischen Staaten erkennen (Witter 2002, S. 46).

Erfahrungen aus der Volksrepublik China belegen, dass von der Preisgestaltung am Gesundheitsmarkt im Allgemeinen und bei den Zuzahlungen im Besonderen starke Signale ausgehen, die sowohl die Allokation als auch die Nutzung von Gesundheitsversorgungseinrichtungen betreffen (Kutzin 1995, nach Stierle 1998, S. 23; Creese/Kutzin 1995, S. 10). Im Reich der Mitte gingen die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen seit Mitte der 80er Jahre kontinuierlich zurück, bei der stetig wachsenden Zahl von PrivatärztInnen setzte sich das Prinzip der Einzelleistungsvergütung durch. Heute hängt die medizinische Versorgung in hohem Maße von Eigenbeteiligungen ab (Bloom 1997, S. 21), die in den 80er Jahren um die Hälfte anstiegen und 1990 immerhin 36 % des gesamten Gesundheitsbudgets ausmachten (Dezhi 1992, S. 12), das zwischen 1986 und 93 insgesamt um 11 % angestiegen war (Hsiao/Liu 1996, S. 431).

Für die Länder Lateinamerikas liegen zwar keine Angaben über die Ausgaben für private Krankenversicherungen und die Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen vor, aber nach Untersuchungen der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (PAHO) ist davon auszugehen, dass in den 80er Jahre etwa 80 % der Privatausgaben auf Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen entfiel, die wiederum zu 70 % an medizinische LeistungserbringerInnen und Apotheken gingen (ILO/PAHO 1999, S. 4).<sup>10</sup> Schätzungen aus der Region gehen davon aus, dass Zuzahlungen im Umfang von 25 % der Kosten die Gesundheitsausgaben um annähernd 20 % senken, ohne den Gesundheitszustand der betroffenen Kohorte spürbar zu verschlechtern (ILO/PAHO 1999, S. 22). Eigenbeteiligungen im Krankheitsfall finden in Lateinamerika vor allem bei privaten Krankenkassen Anwendung, um das finanzielle Risiko der

---

<sup>9</sup> Dieser Effekt wird sehr kontrovers diskutiert, sehen doch andere AutorInnen in Nutzergebühren eher ein Hemmnis für den Aufbau von Versicherungsstrukturen (Velázquez et al. 1999, S. 10f; Arhin-Tenkorang 2000, S. 10) oder zeigen bei der Nutzung des Versorgungsangebots regelrechte antagonistische Effekte von erweiterter Einbeziehung von Personen in Krankenversicherungsstrukturen und Zuzahlungen (Richardson 1991, S. 22). Auch in der aktuellen Reformdiskussion in Deutschland unterminieren Zuzahlungen die gewohnte Integralität der Gesundheitsversorgung, was zu erheblichen psychologischen Folgen bei der Akzeptanz der deutschen Sozialversicherung führen kann.

<sup>10</sup> Dieser Anteil ist natürlich in Kuba und den vorwiegend englischsprachigen Kleinstaaten der Karibik mit ihren Nationalen Gesundheitssystemen nach dem Beveridge-Modell zweifelsohne erheblich geringer anzusetzen. Allerdings haben viele Länder der Karibischen Gemeinschaft Caricom seit den 80er Jahren Nutzergebühren im Gesundheitswesen eingeführt, die allerdings als Einnahmen der staatlichen Versorgungseinrichtungen fast ausnahmslos im Gesamtbudget des Gesundheitsministeriums aufgehen und nach Einschätzung von ExpertInnen eine weitere Quelle der Fehlallokation von Ressourcen verkommen ist (PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20).

Versicherer zu beschränken (ibid. S. 6, 24; Holst 2001, S. 98f). Und bei integrierten Versorgungsprogrammen für ältere BürgerInnen in Argentinien<sup>11</sup> hielt die Anwendung von Eigenanteilen viele Menschen von der Nutzung derartiger Dienstleistungen ab (Lloyd-Sherlock 2000, S. 891).

Mittlerweile werden die sozialen und sozialpolitischen Kosten und Konsequenzen immer offenkundiger: Die Verlagerung der Gesundheitskosten auf die PatientInnen, sei es durch *user fees*, private Absicherung, individuelle Gesundheitsfonds und andere Modelle von Direktzahlungen der VerbraucherInnen, treffen in besonderer Weise die am stärksten benachteiligten Mitglieder der Gesellschaft (Deppe 1987, S. 111, 115; Creese/Kutzin 1995, S. 3). Zwar ist durchaus eine einkommensabhängige Staffelung der Zuzahlungen möglich, um eine weniger regressivere Finanzierung zu erreichen und die Kostenbelastung der unteren sozioökonomischen Schichten abzuschwächen (Ramsay 1998, S. 11). Doch für viele Länder wären die Einführung entsprechender Verfahren zu kompliziert und die Umsetzung zu schwierig (Witter 2002, S. 5), vielerorts fressen die entstehenden Verwaltungskosten allein 40-60 % der durch Kostenbeteiligung der PatientInnen generierten Einnahmen auf (ibid. S. 7). Die üblicherweise angewendeten Einheitsgebühren sind hingegen in starkem Maße regressiv und belasten am stärksten die arbeitende Bevölkerung mit niedrigeren Einkommen und deren Angehörige, ältere Menschen mit reduziertem Einkommen sowie grundsätzlich alle Armen (PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20; Wanless 2001, S. 54; Whitehead 2001, S. 833). Diese Gruppe tendiert nämlich nach Einführung von Direktzahlungen dazu, die Inanspruchnahme sowohl „sinnvoller“ als auch „überflüssiger“ Leistungen zu reduzieren (Halton 2000, S. 4), während sich die Eigenbeteiligungen bei den besser Gestellten auf keine der beiden Kategorien auswirkt (Wanless 2001, S. 54). Zu Nutzergebühren schreibt der renommierte Gesundheitsökonom Andrew Creese im *British Medical Journal* kurz und prägnant: „Sie reduzieren nicht die Kosten, und sie vergrößern die Ungerechtigkeit“ (Creese 1997, S. 202).

Gesundheitspolitisch bedeutsam ist die ebenfalls offenkundige Erkenntnis, dass eine nutzerfinanzierte Gesundheitsversorgung das Gesamtsystem und die Volkswirtschaft langfristig teurer zu stehen kommen kann. Die Einführung von *user fees* in Entwicklungsländern unterstellte eine geringe Bedeutung externer Effekte von Gesundheitsleistungen, doch die positiven Auswirkungen auf das individuelle wie kollektive Einkommen einer frühen kurativen Behandlung der in diesen Weltregionen relevanten infektiösen Erkrankungen sind nicht zu unterschätzen (Stanton/Clemens 1989, S. 1202f; Reddy/Vandemoortele 2001, S. 33). Wer das Geld für den Arztbesuch und andere Behandlungen nicht aufbringen kann oder nicht aufzu-

---

<sup>11</sup> Das 1971 aufgelegt Programa de Atención Médica Integrada (PAMI, Programm zur Integrierten Versorgung) weitete das Paket von Gesundheits- und anderen Sozialleistungen auf etwa zwei Drittel der über 65-Jährigen aus, die aber mit bestimmten Zuzahlungen verbunden waren (Lloyd-Sherlock 2000, S. 890).



bringen glaubt, verzichtet auf medizinische Behandlungen<sup>12</sup> oder kommt gar nicht in den Genuss einer Therapie (Whitehead 2001, S. 833). In verschiedenen Ländern führen ExpertInnen sogar den Anstieg der Müttersterblichkeit sowie infektiöser Krankheiten wie Diphtherie und Tuberkulose auf die Auswirkungen einer Gesundheitspolitik zurück, die den Zugang zu medizinischer Versorgung vom Einkommen und der individuellen Zahlungsfähigkeit abhängig macht (Creese 1997, S. 202). In ländlichen Gebieten haben Nutzergebühren nicht selten massive Effekte auf die Zugänglichkeit und Erschwinglichkeit von Gesundheitsleistungen und verursachen einen bis zu 50-prozentigen Rückgang bei der Nutzung medizinischer Einrichtungen (ibid). Die zwingt PatientInnen nicht selten dazu, die Behandlung eines Gesundheitsproblems auf der kostspieligeren Ebene zu suchen, typischerweise im Krankenhaus anstatt im Gesundheitsposten, weil dort de facto die Chance auf Kostenbefreiung besteht (Whitehead 2001, S. 834).

Die Anwendung von Nutzergebühren zur Verringerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist allenfalls dann gerechtfertigt, wenn eine Übernutzung und ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Seiten der Personen nachzuweisen ist, die aufgrund einer Krankenversicherung oder anderer Finanzierungsmodalitäten kostenfreien Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Doch gerade in den ärmeren Entwicklungsländern, wo *user fees* am offensivsten die Debatte über Gesundheitsfinanzierungsreformen bestimmen, müssen die Menschen ohnehin hohe monetäre und Opportunitätskosten in Kauf nehmen, um in den Genuss medizinischer Behandlung zu kommen: Vor allem in ländlichen Regionen ist die Anreise kostspielig, in den Wartezeiten müssen die Betroffenen und ihre Angehörigen für Essen und Unterkunft aufkommen, und der oftmals hohe Zeitaufwand bringt erhebliche Einkommenseinbußen mit sich. Wo die Gesundheitsausgaben der Haushalte in unmittelbarer Konkurrenz zu den Aufwendungen für Nahrung, Ausbildung, Kleidung und Fortbewegung stehen, stellt die missbräuchliche Nutzung der Gesundheitseinrichtungen allenfalls ein marginales Phänomen dar (Ismael/Asif Iqbal 1994, S. 3-1). Vielmehr besteht international weitgehende Übereinstimmung, dass Nutzergebühren die Gefahr in sich bergen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu rationieren, anstatt den Einsatz zu rationalisieren (Arhin-Tenkorang 2000, S. 10; OECD 2003, S. 47).

---

<sup>12</sup> Dieser Effekt ist sowohl in Entwicklungs- und Schwellenländern als auch in den Industrieländern zu beobachten. So führen Whitehead et al. diverse Studien an, die dieses Problem in China, Indien, Vietnam, den Nachfolgestaaten der Sowjetunion und auf Jamaica belegen (Whitehead 2001, S. 833; Tipping 2000). Ähnliche Ergebnisse sind aber auch aus Dänemark, Schweden, Kanada und den USA bekannt. Auch im Fall Chiles gibt es eine nicht unerhebliche Zahl von Versicherten vor allem weiblichen Geschlechts, die aus Angst vor der finanziellen Belastung eine indizierte medizinische Behandlung aufgeschoben oder nicht wahrgenommen haben (34 %), wobei auch hier die Ausgrenzung in erster Linie die unteren sozioökonomischen Schichten sowie Frauen und Kinder am stärksten betrifft (Contreras et al. 1999, S 96; Holst 2001, S. 44f). Die Benachteiligung des weiblichen Geschlechts durch *user fees* dürfte generell gegeben sein, diverse Studien haben sie in verschiedenen Ländern nachgewiesen (einen Überblick gibt Nanda 2002, S. 127f).

*User charges* machen insbesondere in Entwicklungsländern den Zugang zu medizinischer Versorgung noch schwieriger, führen zu Einbußen beim Lebensstandard und verstärken damit sowohl Ungerechtigkeiten als auch volkswirtschaftliche Effizienzprobleme (Arhin-Tenkorang 2000, S. 8, 9). Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Experiment zu Auswirkungen von Nutzergebühren bei der medizinischen Versorgung, das zu Beginn der 90er Jahre in Indonesien erfolgte. Dabei zeigte sich nicht nur ein negativer Effekt von Zuzahlungen auf den subjektiven Gesundheitszustand der ärmeren Bevölkerung, sondern auch ein höherer Krankenstand, geringere Lohnsteigerungen und ein höheres Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt in Regionen, wo medizinische Behandlungen mit Eigenbeteiligungen verbunden waren (Dow 1997). Zwar kann die Einführung von Nutzergebühren unter Umständen die Bereitstellung einer Versorgungsstruktur zur Behandlung bestimmter Erkrankungen fördern bzw. ermöglichen, aber zugleich erhöhen sie das Risiko der anfälligsten und sensibelsten gesellschaftlichen Gruppen, der Armen und der Kranken, aufgrund von gesundheitlichen Problemen langfristig zur Armut verurteilt zu sein (OECD 2003, S. 46).

Grundsätzlich bergen Nutzergebühren im Gesundheitswesen die Gefahr einer Verlagerung der Kosten von kollektiven Formen des Risiko-Poolings steuer- oder beitragsfinanzierter Versicherungssysteme zu Direktzahlungen einzelner Personen und Haushalte (Creese 1997, S. 203; Deppe 2003). Die unterschiedlichen Formen von Vorausfinanzierung medizinischer Behandlungen unabhängig vom konkreten Bedarf, seien es in Form von staatlicher Versorgung, einkommensabhängigen Beitragssystemen, HMO-ähnlichen bzw. gemeindebasierten Vorauszahlungsstrukturen oder einer Mischung dieser Systeme, sind selbst dann reinen Direktzahlungen vorzuziehen, wenn es sich um relativ kleine *pools* handelt (WHO 2000, S. 38; 97-99). Insbesondere im Hinblick auf den Zugang zu Medikamenten haben sich selbst kleinere, gemeindebasierte Finanzierungssysteme im Vergleich zu Direkt- oder Zuzahlungen als überlegen erwiesen (Shaw/Ainsworth 1996, S. 207-217).<sup>13</sup> Ausgehend von dieser Analyse läuft die Empfehlung auch vorrangig auf den Ausbau und die Vergrößerung bestehender sowie die Förderung wirksam regulierter multipler Risikopools hinaus, angepasst an die jeweiligen Gegebenheiten in den Entwicklungs- und Schwellenländern (WHO 2000, S. 101).

In Anbetracht unzureichender öffentlich-staatlicher Mittel für die medizinische Versorgung der Bevölkerung einerseits und des erheblichen Anteils von privaten Gesundheitsausgaben andererseits können in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern Zuzahlungen allerdings unter bestimmten Voraussetzungen und mit zeitlicher Begrenzung ein Mittel zur Verbesserung

---

<sup>13</sup> Eine gewisse Sonderstellung kommt allerdings den lokalen, gemeindebasierten Medikamentenbeschaffungsprogrammen zu, die in vielen armen Ländern Afrikas, aber auch in Asien und Lateinamerika entstehen. Auch wenn dieser Ansatz zur Überwindung der ärgsten Versorgungsengpässe unzureichender staatlicher Strukturen auf Privatausgaben basiert, kann er zu potenziell einem ersten Schritt zur Einrichtung umfassender sozialer Sicherungsstrukturen werden (vgl. Velázquez et al. 1999, S. 16; Holst 2003, S. 22).

rung der finanziellen sozialpolitischen Lage darstellen. Dies gilt vor allem dann, wenn in einem Land erhebliche Willkür und Ungerechtigkeiten beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung bestehen. So deutet sich beispielsweise in Kirgizstan ein bis zwei Jahre nach Einführung von geregelten und relativ transparenten Zuzahlungsbedingungen an, dass die BürgerInnen heute niedrigere Direktzahlungen für ihre Behandlung aufbringen als vorher (Tracy 2003, S. 82, 84). Die Anwendung jeder Form von Patientenzuzahlungen muss jedoch sehr behutsam erfolgen, sollte partizipativ unter Einbeziehung der Betroffenen sowie bestehender sozialer Organisationen erfolgen und vor allem den ungehinderten Zugang der armen Bevölkerung zu qualitativ adäquater medizinischer Versorgung garantieren. In ihrem Strategiepapier zu Gesundheit und Armutsbekämpfung führen OECD und WHO in ihrem Richtlinien- und Referenzpapier fünf wesentliche Kriterien einer sozial verantwortlichen Eigenbeteiligungspolitik auf (OECD 2003, S. 48):

1. Kostenloser Zugang zur Basisversorgung
2. Zuzahlungsbefreiung für bestimmte Gruppen oder Kommunen
3. Zugang zur Behandlung epidemiologisch relevanter Erkrankungen ohne Selbstbeteiligung
4. (Teilweise) Befreiung der armen Bevölkerung von den Kosten stationärer Behandlungen
5. Sonderabgaben für sozioökonomisch besser gestellte BürgerInnen in Spezial- und Universitätskrankenhäusern

### **3. Erfahrungen mit Zuzahlungen in Industrieländern**

Doch nicht allein in den armen und unterentwickelten Regionen finden Zuzahlungen der PatientInnen Anwendung, auch in nahezu allen reichen Nationen gibt es Direktzahlungen im Krankheitsfall (Dixon/Mossialos 2002)<sup>14</sup>. In allen EU-Staaten mit Ausnahme der Niederlande machen die Eigenanteile den größten Teil aller privaten Gesundheitsausgaben aus (Dixon/Mossialos 2001, S. 69). Im offenkundigen Gegensatz zu ihrer Funktion in den Entwicklungsländern sollen Zuzahlungen im Gesundheitswesen in den Industriestaaten allerdings nicht so sehr der Erhöhung der vorhandenen Budgets dienen, sondern in erster Linie zur Kostendämpfung beitragen (Creese 1997, S. 202). Die längsten Erfahrungen mit der umfassenden Anwendung von unmittelbaren Kostenbeteiligungen der PatientInnen liegen in Nordamerika vor. Trotz der Unterschiedlichkeit der Systeme in den USA und in Kanada und ve-

---

<sup>14</sup> Das *European Observatory on Health Care Systems* stellt in seinem Bericht „Health Care Systems in eight countries: trends and challenges“ die Regeln, die Praxis und die Erfahrungen mit Zuzahlungen im Krankheitsfall in Australien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Neuseeland, den Niederlanden und Schweden vor.

meintlich gegenläufiger Ergebnisse weisen die vorliegenden Daten und Erfahrungen jedoch insgesamt in die gleiche Richtung.

Die als RAND-Studie bekannte, kontrollierte und randomisierte Studie „Health Insurance Experiment“ aus Kalifornien (Lohr et al. 1986b) galt lange Zeit als eine der umfassendsten Studien zum Thema Krankenversicherung (Ramsay 1998, S. 20). Obwohl bereits Mitte der 70er Jahre durchgeführt, gilt sie bis heute als wesentliche Untersuchung zur Thematik des „cost sharing“ bzw. von Nutzergebühren im Gesundheitswesen (Ramsay 2002, S. 19). An Hand der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie des Gesundheitsstatus einer Kohorte von 5.809 US-BürgerInnen und ihren Familienangehörigen aus sechs verschiedenen Landesteilen wollte die RAND-Corporation<sup>15</sup> im kalifornischen Santa Monica Zusammenhänge zwischen verschiedenen Finanzierungsmodalitäten, der Nutzung von medizinischen Einrichtungen, Gesundheitsausgaben und gesundheitlichem Outcome untersuchen (Manning et al. 1987, 253f).<sup>16</sup> Dazu ordneten sie per Zufallsprinzip die StudienteilnehmerInnen, die mehrheitlich im jungen und jüngeren Lebensalter und sämtlich unter 65 Jahre alt waren, 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 Haushaltseinkommen 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 (Ramsay 1998, S. 20).

Blieben die 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 (New-

---

<sup>15</sup> Private Organisation mit überwiegender Finanzierung durch öffentliche Gelder.

<sup>16</sup> 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, S. 3).

house et al. 1993, S. 44).<sup>17</sup>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 (Newhouse et al. 1993, S. 358f; Richardson 1991, S. 19).

Dabei zeigte sich, dass Zuzahlungen ihre Wirkung fast ausschließlich beim Erstkontakt mit Gesundheitseinrichtungen entfalten und nur einen vernachlässigbaren Einfluss auf die nachfolgende oder weitere Nutzung von Gesundheitsleistungen pro Erkrankungsepisode nehmen (Richardson 1991, S. 21). 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 (Ramsay 1998, S. 21). Dieses Phänomen erklären die RAND-ExpertInnen zum Teil als Effekt der häufig angeführten unterschiedlichen Preiselastizität auf dem Gesundheitsmarkt, die von der Komplexität medizinischer Leistungen abhängt. Eine weitere wichtige Einflussgröße stellt die Höhe des von den PatientInnen zu tragenden Eigenanteils dar, denn mit steigender Zuzahlung stieg die Preiselastizität der verschiedenen Gesundheitsleistungen (Manning et al. 1987b, S. 267f).<sup>18</sup>

Die Globalanalyse dieser randomisierten Vergleichsstudie über die Auswirkungen von Zuzahlungen im Krankheitsfall auf den Gesundheitszustand der Versicherten zeigte, dass die Nutzung medizinischer Einrichtungen bei Personen mit begrenztem Eigenanteil etwa ein Drittel niedriger war als bei Versicherten mit vollständiger Kostenübernahme. Abgesehen von dem epidemiologisch wohl bedeutsamsten Ergebnis einer schlechteren Blutdruckeinstellung, größeren Einschränkungen bei Sehkorrekturen und der zahnärztlichen Versorgung (Karies und Zahnfleischprobleme) schnitten nach einer ersten Untersuchung die Personen mit Kostenbeteiligung sogar leicht besser ab als diejenigen, die keine Zuzahlungen zu leisten hatten (Manning 1987a, S.226). Die AutorInnen der RAND-Studie kamen 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 (Newhouse et al. 1993). Keinen Einfluss auf die Endpunkte während der allerdings relativ kurzen Beobachtungsdauer hatte die deutlich geringere Nutzung

---

<sup>17</sup> 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).

<sup>18</sup> Mit der Erhöhung des Eigenanteils von 0-25 auf 25-95 % stieg die Preiselastizität für sämtliche medizinische Behandlungen von 0,10 auf 0,14 und für ambulante Leistungen von 0,13 auf 0,21 (Manning et al., S. 268).

des Angebots an Maßnahmen zur Früherkennung von Tumoren dar (Keeler et al. 1987, S. 290ff). Vom gesundheitswissenschaftlichen Standpunkt scheint zudem das Ergebnis relevant, dass bei HypertonikerInnen mit niedrigem Einkommen in dem zuzahlungsfreien Vertragsmodell durchaus eine bessere Versorgung gegeben war als unter den anderen Krankenversicherungsbedingungen (Ramsay 2002, S. 19).

Bei der eingehenderen Auswertung der RAND-Studie durch unabhängige ExpertInnen ergaben sich im Laufe der Zeit indes eine Reihe kritischer Gesichtspunkte. So zeigte die Analyse des Patientenverhaltens in dieser Untersuchung, dass Zuzahlungen nicht bloß die Zahl der „unbegründeten“ Arztbesuche verringerten, sondern auch die Inanspruchnahme von angebrachten Konsultationen und von Präventionsmaßnahmen, was insbesondere bei chronisch Kranken negative Auswirkungen auf die Sehfähigkeiten (Lurie et al. 1989) sowie die Blutdruckeinstellung (Keeler et al. 1985, S. 1930) hatte. *User fees* hatten zudem negative Auswirkungen auf die Indikatoren des Bevölkerungsteils mit dem schlechtesten Gesundheitszustand sowie den niedrigsten Einkommen, und sie verkürzten spürbar die Überlebenszeit von RisikopatientInnen: Kostenfreie medizinische Behandlung verringerte das Sterberisiko dieser gesellschaftlichen um 10 % (Brook et al. 1983). Insgesamt trafen bei der RAND-Studie die Zuzahlungen die einkommensschwächsten sowie die „kränksten“ zwei Fünftel der Gesellschaft besonders hart.<sup>19</sup> Die vergleichsweise hohe Prävalenz von schweren Symptomen wie Angina pectoris, Luftnot, Blutungen oder Gewichtsverlust in dieser Gruppe lag 26 % über der besser situierten Vergleichsgruppe und war bei Versicherten ohne Zuzahlungspflicht deutlich niedriger (Rasell 1997, S. 1166).

Etliche ExpertInnen schlossen aus den Ergebnissen der RAND-Studie auf die kostensenkenden Effekte von „*cost sharing*“ zu Lasten der VerbraucherInnen von Gesundheitsleistungen. Doch aus der Untersuchung mit einer vergleichsweise kleinen Kohorte von gut 5.800 Familien und der zufälligen Zuordnung der ProbandInnen zu den verschiedenen Versicherungsmodalitäten lassen sich kaum Rückschlüsse auf das Gesamtsystem ziehen. Denn in diesem Design kam auf jede/n Arzt oder Ärztin nur eine kleine Gruppe von teilnehmenden PatientInnen, was keine Aussage über die globale Kostenentwicklung erlaubt (CHRSF 2001, S. 2). Zuzahlungen müssen für alle PatientInnen in gleichem Maße gelten, um überhaupt kostensenkend wirken zu können (Rasell 1995, S. 1167). Nicht allein Verschiebungen von Versicherten bzw. PatientInnen, auch das Verhalten der LeistungserbringerInnen kann die

---

<sup>19</sup> 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).

kostensparende Reduzierung des echten oder unterstellten *moral hazard* der Mitglieder einer Krankenkasse konterkarieren. Insgesamt deutet ohnehin alles darauf hin, dass die Erhebung von Nutzergebühren keinen bremsenden Einfluss auf die Kostenentwicklung des gesamten Gesundheitssystems hat (Barer et al. 1993b, S. 6; Evans et al. 1993b, S. 5; Evans et al. 1993d, S. 13, 16, 33; Holst/Laaser, S. 3361).

ÄrztInnen reagieren auf verringerte Einnahmen – sei es durch Verlust von „Punktwerten“ pro Leistung oder durch verminderte oder aufgehobene Zuzahlungen der PatientInnen – in der Regel durch Induktion der Nachfrage nach ihren Dienstleistungen (Creese/Kutzin 1995, S. 10; Rice/Labelle 1989, S. 588ff) oder durch anderweitige Änderungen ihres Anbieterverhaltens (Richardson 1991, S. 16), um Einkommensverluste zu vermeiden. Auch wenn Zuzahlungen im Gesundheitswesen prinzipiell die Einkommen von Ärzten erhöhen, unterliegt dieser Effekt vielen Einschränkungen und hängt von den jeweils gegebenen Faktoren ab (ibid., S. 28f). So verursachte die Einführung von Zuzahlungen bei einer Betriebskrankenkasse für Bergleute in Pennsylvania zwar einen Rückgang der krankheitsbezogenen Ausgaben für die Bergarbeiter um 10 %, doch insgesamt stiegen die durchschnittlichen Kosten pro Krankheitsepisode für alle PatientInnen im Einzugsgebiet um 17 % an. Ebenso gingen die ambulanten Arztkonsultationen der Bergleute um 4 % zurück, während die Sprechstundenbesuche der übrigen Bevölkerung um 11 % zunahm (Fahs 1992, S. 35, 41f). Neben ihren negativen Konsequenzen für die ärmere Bevölkerung haben Zuzahlungen im Gesundheitswesen aufgrund der angebotsinduzierten Nachfrage auch effizienzmindernde Auswirkungen auf das Gesamtsystem (Arhin-Tenkorang 2000, S. 13f).

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive kommt den Auswirkungen der Nutzergebühren auf die Annahme von Präventions- und Promotionsangeboten besondere Relevanz zu. Nicht allein die RAND-Studie zeigte, dass die Einführung von Zuzahlungen die Inanspruchnahme vieler Vorbeugemaßnahmen verringerte (Lurie et al. 1987, S. 803f; Manning et al. 1987b, S. 267). Andererseits steigt nach Aufhebung der Zuzahlungspflicht für Vorsorge- und Screening-Untersuchungen die Nutzung durch die betroffenen Personen (Bluestein 1995, S. 1139f; Rasell 1995, S. 1165). Daraus ergibt sich eine grundsätzliche Schwäche der RAND-Studie, die zum einen aus dem für gesundheitsbezogene Erkenntnisse zu kurzen Beobachtungszeitraum von höchstens fünf Jahren und zum anderen aus dem vollständigen Ausschluss der über 65-Jährigen aus dem Experiment. Die Auswirkungen veränderter Finanzierungsmodalitäten der medizinischen Versorgung und insbesondere von präventiven Maßnahmen sind oftmals erst nach mehrjähriger Latenz zu erkennen und dürften sich somit zumindest partiell dem wissenschaftlichen Zugriff der RAND-ExpertInnen entzogen haben (Richardson 1991, S. 24). Einige der gemessenen Gesundheitsparameter wie der Blutdruck haben selbst bei pathologischen Werten lange Zeit keinen subjektiven Krankheitswert und die Folgeerscheinungen zeigen sich erst nach langjährigem Verlauf.

Im Zusammenhang mit der Sinnhaftigkeit von Gesundheitsleistungen ist für gesundheitspolitische Entscheidungen die Beobachtung von grundsätzlicher Bedeutung, dass Nutzergebühren in Entwicklungsländern nicht nur die Kontakte der armen Bevölkerung zu den schulmedizinischen Gesundheitseinrichtungen reduzierten, sondern komplementär die Selbstmedikation in der betroffenen Bevölkerung förderte (Arhin-Tenkorang 2000, S. 13) und – wie oben erwähnt – die Nutzung traditioneller und alternativer Medizinangebote steigerte (Whitehead 2001, S. 833). Bekanntermaßen korreliert auch in den Industriestaaten die Höhe der Zuzahlungen für Medikamente mit dem Rückgang des Arzneimittelverbrauchs (Harris et al. 1990, S. 912ff; Kaczmarek 1999, S. 228, 234; Kozyrskyj 2001, S. 901; Lexchin/Grotendorst 2002, S. 4). Dies gilt insbesondere für die zur Sekundärprophylaxe nach kardiovaskulären Infarkten verwendeten Lipidsenker von Typ der Statine, deren Anwendung und vor allem Auswahl sich als stark von den jeweils geltenden Zuzahlungsbedingungen abhängig erweist (Esposito 2002, S. 65ff). In den Industrieländern führte der zuzahlungsfreie Zugang zu Medikamenten bei den Versicherten hingegen zu einem um 85 % höheren Antibiotika-Gebrauch als bei Personen, deren Krankenkassenpolice eine Eigenbeteiligung vorsehen. Dabei besteht kein Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf den Einsatz bei bakteriellen und viralen oder gemischten Infektionen, das „cost sharing“ reduzierte die sinnvolle und nicht sinnvolle Anwendung der Antibiotika gleichermaßen (Foxman et al. 1987).

Auch andere Untersuchungen aus den 80er Jahren belegen eine verringerte Nutzung ambulanter medizinischer Einrichtungen einschließlich der Erste-Hilfe-Stationen nach Einführung von Selbstbeteiligungen (Newhouse et al. 1981; Cherkin et al. 1989; Simon et al. 1994; O'Grady et al. 1985.). 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 Nachfrage nach medizinischen Leistungen um 25 – 28 % verringern (Richardson 1991, S. 9ff). Doch hinter derartigen Schlussfolgerungen steckt vielfach eine primär betriebswirtschaftliche Sichtweise des komplexen Gesundheitsmarktes, die andere Einflussfaktoren nicht adäquat berücksichtigt und aufgrund der vergleichsweise kurzfristigen Beobachtungszeit die externen Folgen nicht ausreichend berücksichtigen kann.

Die Auswirkungen von „cost-sharing“-Ansätzen unterscheiden auch hier nicht in hinreichendem Maße zwischen „sinnvollen“ und „ungerechtfertigten“ Leistungen, eine Senkung der Inanspruchnahme durch Zuzahlungen wirkt sich auf indizierte und hoch-effiziente ebenso aus wie auf unangebrachte oder kaum wirksame Maßnahmen aus (Lohr et al. 1986, S. 36; Siu et al., 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; Deber 2000, S. 39). Diese Beobachtung erklärt sicherlich neben anderen spezifischen Gegebenheiten der untersuchten Population und Symptomatik auch das Ergebnis einer retrospektiven Studie aus dem Staat Washington, in der weder eine relevante Verzögerung der Behandlung von privat versicherten PatientInnen mit Symptomen



eines akuten Myokardinfarkts noch eine Korrelation zwischen der Höhe der insgesamt geringen Zuzahlungen und der Dauer bis zum Behandlungsbeginn festzustellen war (Magid et al. 1997).

Auch die Wirkung von Nutzergebühren auf die vor allem in den USA als erhebliche Ressourcenvergeudung identifizierten Behandlungen von nicht-dringlichen Fällen in Notfalleinrichtungen entpuppte sich letztlich als Wunschtraum vornehmlich betriebswirtschaftlicher Ansätze. Zum einen verursachen Kontakte mit Rettungsstellen wesentlich geringere direkte wie marginale Kosten als gemeinhin angenommen und verschiedenen Behandlungsmode l len zugrunde gelegt wurde (Williams 1996, S. 643f). Zum anderen erweist sich bei genauer Analyse die Einschätzung einer Situation als „Notfall“ als problematisch, denn hier bestehen nicht allein große Unterschiede zwischen PatientInnen und ÄrztInnen, sondern auch innerhalb der ExpertInnen (ibid.). Entscheidend ist aber das Ergebnis einer Studie aus den frühen 90er Jahren: Nach Erhöhung der Zuzahlungen für Notfallbehandlungen von 5 bis 10 auf 25 bis 35 US-\$ ging die Nutzung von Rettungsstellen durch Versicherte der HMO Kaiser Permanente um etwa 15 % zurück (Selby et al. 1996, S. 635, 637f).

In Kanada hat das Thema der Einführung von Nutzergebühren in den letzten beiden Jahrzehnten hohe Wellen geschlagen, unter den GesundheitsökonomInnen und –wissenschaftlerInnen aus diesem nordamerikanischen Land kommen die heftigsten KritikerInnen jeglicher Form der individualisierten Zuzahlung im Gesundheitswesen. So heißt es in einem Essay der Canadian Health Services Research Foundation: „Es gibt da diese alte Vorstellung, die sich häufig in Debatten wiederfindet: Patienten missbrauchen in ausufernder Form das Gesundheitswesen. Sie frönen unnötigen, teuren medizinischen Behandlungen allein aufgrund der Tatsache, dass sie kostenlosen Zugang dazu haben“ (CHSRF 2001, S. 1; vgl. auch Stoddart et al. 1993, S. 5; Evans et al. 1993d, S. 25).<sup>20</sup> Politisch eher konservative Provinzgouverneure verfolgten dort schon zu Beginn der 90er Jahre eine Politik der allmählichen Einführung von *user fees*. Ziel war es nach Meinung kritischer ExpertInnen, damit sowohl die Universalität als auch die Integralität der Krankenversorgung zu untergraben und komplementär das Heranwachsen eines privaten Gesundheitssektors zu fördern, um so das öffentliche Budget zu Lasten der Privathaushalte zu entlasten (Evans 2000, S. 893). Letztlich ginge es allein um die Umverteilung der Kosten im Gesundheitswesen (Evans et al. 1993b, S. 5; Evans et al. 1993d, S. 3, 9). Interessant ist der Fall Kanadas insbesondere deshalb, weil das dortige System zwar überwiegend steuerfinanziert ist, aber die Versorgungsstruktur mit niedergelassenen Ärzten und vorwiegend öffentlichen Krankenhäusern Ähnlichkeiten mit

---

<sup>20</sup> In der deutschen Debatte setzen sich derartige Einschätzungen offenbar nur schwer gegen den herrschenden Diskurs durch, auch wenn die Argumente seit langem bekannt sind (z.B. De ppe 1987, S. 102).

dem deutschen und anderen westeuropäischen Versorgungsstrukturen aufweist (Evans 2000, S. 889).

Da in Kanada bereits vergleichsweise früh Zuzahlungen im Krankheitsfall zur Anwendung kamen, liegen entsprechende Erfahrungen aus verschiedenen Landesteilen vor. Bereits 1968 fanden Selbstbeteiligungen in Saskatchewan Eingang in das Gesundheitswesen, die sieben Jahre später wieder abgeschafft wurden. Die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen ging in diesem Zeitraum um gut 6 % zurück. Die detailliertere Analyse zeigte, dass insbesondere ältere Menschen und ärmere Bürgerinnen weniger zum Arzt/zur Ärztin gingen, bei dieser Gruppen lag der Rückgang bei 18 % und damit drei Mal höher als in der Gesamtbevölkerung (Beck/Horne 1980, S. 792ff). Entgegen allen theoretischen Modellen sanken zudem die Gesundheitsausgaben der Provinz Saskatchewan in dieser Zeit nicht. Zum einen steigerten die medizinischen LeistungserbringerInnen den Anteil kostspieligerer Verfahren oder erhöhten ihre Tarife, und zum anderen nahmen die besser Verdienenden mehr ärztliche und paramedizinische Behandlungen in Anspruch als vorher (Stoddart et al. 1993, S. 8). Des Weiteren zeigte die Erfahrung aus Saskatchewan, dass die Einführung von Nutzergebühren weder das Ausmaß ungerechtfertigter medizinischer Leistungen verringerte, noch Einfluss auf die Zahl der Leistungen hatte, die sich der direkten Inanspruchnahme durch die PatientInnen entziehen (ibid.).

In Ontario ließ sich bereits in den 70er Jahren nachweisen, dass Zuzahlungen, welche die LeistungserbringerInnen über den Krankenkassenerstattungsbetrag hinaus von den PatientInnen einfordern (*extra billing*), die unteren sozioökonomischen Gruppen besonders hart treffen. Personen mit geringem Einkommen gaben in stärkerem Maße an, aufgrund der Kosten die Gesundheitseinrichtungen weniger in Anspruch genommen oder die Behandlung verschoben zu haben (Stoddart et al., S. 8f). Im Widerspruch zu der verbreiteten Behauptung, die ÄrztInnen würden bei den PatientInnen, die nicht bezahlen können, auf die Einnahme dieser Eigenanteile verzichten, zeigte sich auch in Alberta, dass ältere Menschen, SozialhilfeempfängerInnen und die untersten Einkommensgruppen zusätzliche Kosten aufbringen mussten, um in den Genuss medizinischer Behandlung zu kommen (ibid. S. 9).

Eindrücklich belegt eine jüngere Untersuchung aus der Provinz Québec die Effekte von Eigenbeteiligungen auf die Medikamenteneinnahme älterer und armer BürgerInnen und die dadurch hervorgerufenen Auswirkungen. Nach der Einführung von Zuzahlungen im Jahr 1996 sank die Einnahme essenzieller Arzneimittel bei älteren Menschen um 9,12 und bei SozialhilfeempfängerInnen 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 PatientInnen von 5,8 vor Einführung der Zuzahlungspflicht auf 12,6 und bei SozialhilfeempfängerInnen sogar von 14,2 auf 27,6 pro

10.000 Personen Monate. Die Zahl notärztlicher Akutbehandlungen aufgrund ausbleibender 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 (Tamblyn et al. 2001, S. 425f). Dieser Effekt wird vermutlich mit zunehmender Einnahmedauer relevanter, wie eine jüngere Untersuchung über die Verschreibung essenzieller kardialer Medikamente ( $\beta$ -Blocker, ACE-Hemmer und Lipidsenker) nach akutem Myokardinfarkt zeigt: In den ersten 30 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus zeigte eine Veränderung der Zuzahlungsbedingungen in Québec keinerlei Auswirkung auf das Einnahmeverhalten und die Komplikationsrate (Pilote et al. 2002, S. 249f).

Das bemerkenswerte kanadische Ergebnis deckt sich weitgehend mit vergleichbaren Berechnungen aus Australien, wo ExpertInnen einen 20-prozentigen Rückgang des Arzneimittelverbrauchs von RentnerInnen bei Verdoppelung der Zuzahlung von 2,50 auf 5,00 Australische Dollar (\$) errechneten und bei einer Erhöhung auf 6 \$A sogar von einem Rückgang um 34 % ausgingen (Richardson 1991, S. 49). Trotz der hohen relativen Steigerung gehören derartige Preise unter australischen Einkommensbedingungen eher in den Bereich der „geringfügigen Zuzahlungen“, die PolitikerInnen den Menschen auch in anderen Ländern bereitwillig zumuten, und dennoch ist der Effekt enorm. Und da Zuzahlungen am stärksten und nachhaltigsten auf Medikamente zur Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen und Bluthochdruck sowie Psychotherapeutika wirken, die PatientInnen in aller Regel langfristig einnehmen müssen (Reeder/Nelson 1985, nach Richardson 1991, S. 49), ist davon auszugehen, dass selbst Eigenbeteiligungen relativ geringen Umfangs relevante Folgen für die Gesundheit einer Bevölkerung und negative Auswirkungen auf die gesamten Gesundheitsausgaben verursachen. Dafür spricht nicht zuletzt die Beobachtung, dass eine Steigerung der Zuzahlung für Psychopharmaka vor allem bei einkommensschwachen schizophrenerkrankten Medicaid-Versicherten in den USA zu einer verminderten Medikamenteneinnahme und konsekutiv zu einer deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme akuter psychiatrischer Versorgungseinrichtungen führte, was neben dem offenkundig erhöhten subjektiven Leidensdruck der Betroffenen auch zu höheren Gesamtausgaben für diese Patientengruppe führte (Somerai et al. 1994, S. 652ff).

In den westeuropäischen Industrieländern bestehen Nutzergebühren in den meisten Fällen bisher überwiegend in der Form fixer Zuzahlungen im Krankheitsfall und betreffen im Wesentlichen Arzneimittel sowie ausgewählte andere Gesundheitsleistungen. So müssen die PatientInnen in allen Ländern beim Zahnersatz einen allerdings variablen Teil der Kosten selber tragen, vielerorts gilt das auch für zahnärztliche Behandlungen, die beispielsweise in der Schweiz überhaupt nicht im Krankenversicherungsschutz enthalten sind. Überhaupt kommen dort Selbstbeteiligungen bereits heute in größerem Umfang zum Einsatz, sowohl in Form von Mindestselbstbeteiligungen für ambulante Leistungen und fixer Zuzahlungen im

Krankenhaus, so dass die Eidgenossenschaft mit einem der Zuzahlungsanteil von 26,4 % an den gesamten Gesundheitsausgaben in den kontinentaleuropäischen Ländern mit deutlichem Abstand eine Spitzenposition einnimmt (Irvine/Green (2003, S. 6). Mit Ausnahme Dänemarks macht der Anteil der Direktzahlungen im Krankheitsfall in den übrigen westeuropäischen Staaten rund ein Zehntel der gesamten Gesundheitsausgaben aus und liegt damit deutlich unter den entsprechenden Werten in den USA und in Kanada (ibid.).<sup>21</sup>

Kein westeuropäisches Land hat bisher relevante Beschränkungen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt, und ausnahmslos bestehen Obergrenzen für die finanzielle Belastung der Haushalte durch Gesundheitsaufwendungen. Zumindest in den letzten Jahrzehnten stellt somit der Schutz der Einkommen bzw. die Gewährleistung der Unterhaltskosten für alle BürgerInnen ein wesentliches Kriterium der europäischen Krankenversicherungssysteme dar (Saltman/Figueras 1996, S. 16). Doch Positivlisten und die Ausgliederung bestimmter Leistungen aus dem Leistungskatalog sind Ausdruck eines zunehmenden Rationierungsdrucks (Dixon, Mossialos 2001, S. 75). Obwohl die Einführung von Nutzergebühren im Gesundheitswesen bislang überwiegend Arzneimittel und zahnärztliche Behandlungen bzw. Zahnersatz betroffen hat, besteht mittlerweile auf dem Alten Kontinent hinreichende Evidenz, dass Zuzahlungen im Krankheitsfall hier ebenfalls Zugangs- und andere Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung verstärken (Wanless 2001, S. 54).

So erbrachte eine Langzeitanalyse der Nutzung von Gesundheitsleistungen in Schweden klare Hinweise auf einen Einfluss von Zuzahlungen auf die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen durch die unteren sozioökonomischen Schichten. Während sozial besser gestellte SchwedInnen in den 60er Jahren noch deutlich häufiger zum Arzt oder anderen Gesundheitseinrichtungen gingen, glichen sich die schichtenspezifischen Nutzerraten in den 70er und 80er Jahren nach Senkung der Zuzahlungen an. Nach spürbarer Erhöhung der Eigenbeteiligung nahm die Zugangsungerechtigkeit in den 90er Jahren zu Gunsten der oberen sozialen Schichten erneut deutlich zu (Whitehead et al. 1997, S. 1007f). Heute gibt jede/r fünfte SchwedIn an, aus finanziellen Gründen auf eine Behandlung verzichtet zu haben, vor allem Frauen, ältere Menschen und Arbeitslose (Dixon/Mossialos 2001, S. 75).<sup>22</sup> Personen,

---

<sup>21</sup> Während der Anteil der Nutzergebühren an den Gesamtkosten in den USA bei 15,7 und in Kanada sogar bei 16,6 % liegt, erreicht er in den Niederlanden bei nur 8, in Frankreich bei 9,7 und in Deutschland bei 12,8 %; in Dänemark erreicht er hingegen mit 16,2 % nordamerikanisches Niveau, in Ungarn liegt er mit 16,8 % sogar darüber (Irvine/Green 003, S.6).

<sup>22</sup> Auf die besonderen Effekte von Nutzergebühren auf Frauen als PatientInnen, die bereits Kutzin (1995) im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf geburtsassoziierte Behandlungen beschrieb, kann diese Arbeit nicht detaillierter eingehen. Es sei jedoch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sie immer wieder Thema der gender-orientierten gesundheitswissenschaftlichen Forschung sind und etliche Veröffentlichungen zu geschlechtsspezifischen Problemen von Zuzahlungen vorliegen (z.B. Standing 2000, S. 8f; Baume et al. 2000, S. 24, 40; Bangser 2000, S. 8f, Nanda 2002)

die sich selber als arm einstufen, verzichteten zehn Mal häufiger auf medizinische Behandlung als solche, die ihre finanzielle Lage als gut angaben (Elofsson et al. 1998, S. 1377).

Das Nachbarland Dänemark erhöhte die Nutzergebühren im Gesundheitswesen in Folge von rezessionsbedingt sinkenden Steuereinnahmen (Dixon/Mossialos 201, S. 75). Die Selbstbeteiligung, deren Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben mittlerweile auf 16,2 % geschätzt wird (Irvine/Green 2000, S. 6), beschränkt sich auf Physiotherapie, Brillen und Zahnbehandlungen sowie auf Medikamente, wo eine einkommensabhängige Staffelung besteht (Dixon/Mossialos 2002, S. 20).<sup>23</sup> Anlass zu vielen Kontroversen bieten die Zuzahlungen für Zahnbehandlungen, die zwischen 1975 und 1990 spürbar anstiegen und heute in den meisten Fällen ein erhebliches Ausmaß annehmen. In diesem Zeitraum waren ein steigender Gesamtbedarf, eine Verlagerung des Leistungsprofils von Rekonstruktionen und Extraktionen zu diagnostischen und präventiven Maßnahmen sowie eine überproportionale Preissteigerung zu beobachten. Dabei zeigte sich auch eine selektive Steigerung der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen durch die höheren im Vergleich zu den unteren Einkommensgruppen. Das Haushaltseinkommen entwickelte sich zu einem determinierenden Faktor für regelmäßige Kontrollen und Untersuchungen (Schwarz 1996, S. 32f).

In Belgien bestehen sowohl prozentuale Eigenbeteiligungen zwischen 15 und maximal 80 % (nur bei Verhütungsmitteln) als auch fixe Zuzahlungen für stationäre Behandlungen, wobei eine einkommensabhängige Höchstbelastung festgelegt ist und für die Gruppe der Witwer/n, Waisen, InvalidInnen und RentnerInnen erheblich geringere Belastungen gelten und chronisch Kranke generell befreit sind (Hohmann 1998, S. 47f). In Frankreich lastet auf den PatientInnen bei medizinischen Leistungen eine nicht von der Pflichtversicherung getragene Selbstbeteiligung von 30 %, bei Laboruntersuchungen und paramedizinischen Leistungen von 40 % und bei Krankenhausaufenthalt von 20 % (im ersten Monat bis zu einem Höchstbetrag von 200 €).<sup>24</sup> Außerdem werden in der Regel beim Allgemeinarzt 30 % der Gebühr von 18,50 € sowie beim Facharztbesuch 30 % von 22,87 € fällig, bei etlichen ÄrztInnen kann die Direktzahlung auch höher sein (Hohmann 1998, S. 111; Dixon/Mossialos 2002, S. 35). Den Anteil der Selbstbeteiligung an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen schätzen Irvine und Green (2003, S. 6) zwar nur auf recht bescheidene

---

<sup>23</sup> Bis zu jährlichen Zuzahlungen von 500 Dänischen Kronen (1 DKK = 7,45 €) belaufen sie sich auf 100 %, zwischen 501 und 1200 DKK auf 50%, zwischen 201 und 2800 DKK auf 25 % und oberhalb dieser Grenze auf 15 %, wobei für chronisch Kranke mit Medikamentenausgaben über 3600 DKK pro Jahr die Selbstbeteiligung entfällt (Dixon/Mossialos 2002, S. 20).

<sup>24</sup> Von den Zuzahlungen („tickets modérateurs“) sind chronisch Kranke (ca. 10 % der Bevölkerung) sowie Schwangere grundsätzlich ausgenommen. Fast alle übrigen der BürgerInnen (87 %) haben in Frankreich allerdings bei einer „Mutuelle“, einer Privatversicherung oder einer Wohlfahrtsorganisation eine ebenfalls einkommensabhängig und damit solidarisch finanzierte Zusatzversicherung gegen die nicht von den Pflichtkassen gedeckten Gesundheitskosten abgeschlossen (Hohmann 1998, S. 104; Couffinal/Paris 2001, S. 10), so dass die Zuzahlungen generell nicht als einschneidend wahrgenommen werden. Seit 2000 erhalten GeringverdienerInnen einen staatlichen Zuschuss zu der Zusatzversicherung (Dixon/Mossialos 2002, S. 36, 120).

zen Irvine und Green (2003, S. 6) zwar nur auf recht bescheidene 9,7 %, <sup>25</sup> doch eine/r von vier Franzo(e)slInnen gab Ende der 90er Jahre an, schon einmal aus finanziellen Gründen auf eine medizinische Behandlung verzichtet zu haben (Petty 1998). Allerdings verringert seit Anfang 2000 das *Couverture maladie universelle* genannte Zusatzversicherungsprogramm die finanziellen Hürden für Haushalte mit geringem Einkommen. Mittlerweile sind 8,5 % der Bevölkerung sowie 29,8 % der Franzo(e)slInnen im Rentenalter von der Zuzahlungspflicht ausgenommen, die allermeisten aufgrund einer bestehenden chronischen oder schweren Krankheit, so dass die durchschnittliche effektive Zuzahlungsbelastung geringer ist als die nominelle (Couffinhal/Paris 2001, S. 7).

#### 4. Gesamtbewertung von Zuzahlungen im Krankheitsfall

Bei der Bewertung von Nutzergebühren im Krankheitsfall kam die WHO bereits bei der Ljubljana-Konferenz 1996 zu einer eher skeptischen Einschätzung: „Nimmt man Theorie und Praxis zusammen, scheint mit der Kostenbeteiligung kein sehr mächtiges Politikinstrument zur Verfügung zu stehen, um die Effizienz zu steigern oder die Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen“ (Saltman/Figueras 1996, S. 17). Da die PatientInnen bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in hohem Maße von Informationen der Anbieterseite abhängig sind, ist die theoretische Grundlage (ibid.) und der potenzielle Umfang einer Kostenreduzierung durch Zuzahlungen gering (Stoddart et al. 1993, S. 7). Schließlich sei der entscheidende kostentreibende Faktor im Gesundheitswesen die Intensität der in Anspruch genommenen Dienstleistungen, und die sind wesentlich stärker angebots- als nachfrageabhängig (ibid.; Saltman/Figueras 1996, S. 17). Grundsätzlich aber ändern MedizinerInnen ihr Verordnungs- und Verschreibungsverhalten kaum in Anbetracht von Zuzahlungen oder anderen Formen der Selbstbeteiligung der PatientInnen (Richardson 1991, S. 46). Fachärzte haben bekanntermaßen stärkeren Einfluss auf den Umfang und vor allem die Komplexität der in Anspruch genommenen Leistungen als Praktische bzw. Hausärzte (ibid., S. 17). Auf experteninduzierte Weichenstellungen im Gesundheitssystem wirken Zuzahlungen jedoch nur in geringem Maße. Gerade die kostenintensiven Maßnahmen wie stationäre Aufnahme, Operationen, medikamentöse, Chemo- oder Strahlentherapie hängen aber weitestgehend von der Indikationsstellung durch medizinisches Personal ab, und diese Entscheidungen entziehen sich dem Einfluss der PatientInnen (Stoddart et al. 1993, S. 7; Deber 2000, S. 37; Neuman/Rice 2003, S. 5).

---

<sup>25</sup> Die Direktaufwendungen der BürgerInnen Frankreichs für ihre Gesundheitsversorgung beliefen sich 1999 auf insgesamt 10,8 % (Irvine/Green 2003, S. 6) und zeigten ein Jahr später eine leicht steigende Tendenz auf 11,1 % (Couffinhal/Paris 2001, S. 14).

Im Hinblick auf den postulierten Steuerungseffekt von Zuzahlungen ist die Unterscheidung zwischen „nützlichen“ und „überflüssigen“ Leistungen im Gesundheitswesen nicht nur künstlich und unsinnig (Stoddart et al. 1993, S. 5; Evans et al. 1993d, S. 25; Evans 2002, S. 40), sondern vor allem aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive problematisch. Über Nutzergebühren eine Senkung der Nachfrage nach vermeintlich ungerechtfertigten Leistungen zu erreichen setzte bei den VerbraucherInnen im Gesundheitswesen so weit gehende medizinische Kenntnisse voraus, wie sie eigentlich nur medizinisches Fachpersonal haben kann. Es liegt auf der Hand, dass derartige Vorkenntnisse in der Bevölkerung nicht vorauszusetzen sind, sonst wäre das Leistungsangebot medizinischer ExpertInnen weit gehend überflüssig. Konsequenterweise haben mannigfaltige Studien gezeigt, dass sich die Einführung von Nutzergebühren immer gleichermaßen auf sinnvolle wie auf überflüssige Maßnahmen auswirkt (Stoddart et al. 1993, S. 9, Evans 2002, S. 26). Für eine „rationale“ Entscheidung müssten PatientInnen erstens die Höhe der jeweils anfallenden Eigenbeteiligung im Voraus einschätzen und zweitens die Folgen von Behandlung und Nicht-Behandlung gegeneinander abwägen können (Neuman/Rice 2003, S. 5f).

In einer strikten Anwendung der Zuzahlungslogik wäre die medizinische Notwendigkeit durch die Bereitschaft der Menschen bestimmt, dafür zu bezahlen bzw. sich dafür „herauspreisen“ zu lassen. Unter der Annahme, dass eine Behandlung effektiv, angemessen und von dem/r PatientIn gewünscht ist, müsste die Gesellschaft für jeden Einzelfall entscheiden, ob sie eine solche Maßnahme denjenigen vorenthalten will, die sie nicht bezahlen können. (Deber 2000, S. 38). Aufgrund der umfangreichen externen Kosten des Gesundheitsmarktes und entsprechender sozialer Konsequenzen betreffen derartige Entscheidungen immer essenzielle Faktoren einer Gesellschaft (vgl. Reddy/Vandemoortele 1996, S. 33). Mit Ausnahme der amerikanischen Privatversicherungen, deren Verträge oftmals Anreize zur Nutzung preisgünstiger Produkte beinhalten, verfolgen die Reformansätze der europäischen Staaten vornehmlich individuelle Effekte und nur selten eine kollektive Prioritätensetzung. Dabei lassen sich durch eine geeignete Staffelung der Zuzahlungen für Markenmedikamente und Generika der Verbrauch zu Gunsten der preisgünstigeren Produkte verlagern und somit tendenziell die Arzneimittelausgaben senken (Hong/ Shepherd 1999, S. 528f; Lexchin/Grotendorst 2002, S. 22f; Esposito 2002, S. 13). Eine solche Maßnahme dürfte geringeren politischen Widerstand hervorrufen als die Beschränkung der Medikamentenauswahl durch sog. Positivlisten, findet aber dennoch kaum Eingang in Gesundheitsreformvorhaben.

Aus dem Blickwinkel der Gesundheitswissenschaft und –politik erscheint im Zusammenhang mit *user charges* vor allem die Tatsache bedeutsam, dass die Aufschiebung oder gar Untertlassung medizinischer Untersuchungen und Behandlungen potenziell die Gefahr birgt, Krankheiten nicht frühzeitig zu entdecken und zu verschleppen. Dies macht vielfach später aufwendigere längerfristige und daher teurere Therapien erforderlich, die wiederum erhebli-

che individuelle Verdienstaussfälle<sup>26</sup> und gesellschaftliche Einkommensverluste nach sich ziehen können. Das Fazit der britischen Gesundheitsökonomin Margaret Whitehead (2001, S. 834) ist denn auch eindeutig: „Zuzahlungen haben negative Auswirkungen in zweifacher Hinsicht: schlechtere Gesundheit und zunehmende Gesundheitsausgaben. Hohe Nutzergebühren sind folglich ineffizient und ungerecht“.

Neben den unvermeidlichen Folgen der demografischen, epidemiologischen und technologischen Entwicklung erweisen sich im internationalen Vergleich die folgenden Faktoren als besondere KostentreiberInnen im Gesundheitswesen: ein hohes allgemeines Preisniveau sowie hohe Gebühren für medizinische Leistungen (Redelmeier/Fuchs 1993, S. 776ff; Fuchs/Hahn 1990, S. 888f), hohe Verwaltungskosten (Woolhandler/Himmelstein 1991, S. 769f; Woolhandler et al. 1993, S. 401, 403; Woolhandler et al. 2003, S. 772f), Effizienzverluste durch überschüssige Kapazitäten und Unterausnutzung (Redelmeier/Fuchs 1993, S. 774f) und die Intensität der Nutzung medizinischer Einrichtungen (Rouleau et al. 1993, S. 783f). Selbst die AutorInnen 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 (Manning et al. 1987b, S. 269). Da alle Ansätze der Beteiligung von PatientInnen an den Gesundheitskosten auf diese Faktoren nur geringen Einfluss haben, ist der zu erwartende Einfluss von *user fees* auf die generelle Kostenentwicklung zu vernachlässigen (Rasell 1997, S. 1167).

Wenn schon keine Kostensenkung, so wäre zumindest eine relevante Verbreiterung der Finanzierungsbasis durch Selbstbeteiligungen von PatientInnen im Krankheitsfall nur durch hohe und somit subjektiv spürbare Zuzahlungen zu erzielen. 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 MitbürgerInnen. Dies ist zurzeit in den Industrieländern zu meist kaum politisch durchsetzbar, für TrägerInnen chronischer Krankheiten und SozialhilfeempfängerInnen müssen daher Zuzahlungsbefreiungen gelten. Diese aber treiben wiederum die Verwaltungskosten in die Höhe (Deppe 1987, S. 100) und grenzen in der Praxis einen großen Teil der Unterstützungsberechtigten aus, wie es beispielsweise auch bei der Sozialhilfe der Fall ist (ibid. S. 109). Zwar ebenfalls regressiv wirkende, aber vergleichsweise erträgliche fixe Eigenanteile, wie sie nun die informelle „große Koalition“ aus Regierungs- und größter Oppositionspartei dem deutschen Gesundheitssystem verordnet hat, bergen sogar

---

<sup>26</sup> In den Vereinigten Staaten von Amerika erklärten sich allein im Jahr 1999 eine halbe Million BürgerInnen wegen hoher medizinischer Behandlungskosten zahlungsunfähig. Damit waren 40 % der Pleiten in den USA durch exorbitante Gesundheitsausgaben einzelner Haushalte verursacht (Gottlieb 2000, S. 1295).



die Gefahr in sich, kostentreibend zu wirken. Denn anstatt das *moral-hazard*-Verhalten der Versicherten zu kontrollieren, dürften sie diesen Effekt verstärken: Wer schon einmal im Quartal die Praxisgebühr bezahlt hat, wird möglichst viele weitere Leistungen ohne erneute Zuzahlung in Anspruch nehmen.

Allen Begründungsdefiziten und empirischen Gegenbeweisen zum Trotz halten vornehmlich elementar denkende, kaum mit den Besonderheiten der Gesundheitsökonomie vertraute Wirtschaftsfachleute am Prinzip der Kostenbeteiligung von PatientInnen fest. Doch die Idee einer Kostensenkung und Verbesserung der Ressourcenallokation durch möglichst weitgehende Privatisierung und Individualisierung, die in besonderem Maße in der marktradikalen Schule gepflegt wird, hat eher den Charakter einer pseudoreligiösen Überzeugung denn den eines rationalen Instruments (Evans et al. 1997, S. 43). Selbst das US-Repräsentantenhaus hat die Weltbank mittlerweile aufgefordert, die armen Länder der Welt nicht länger zur Anwendung von *user fees* für soziale Dienste zu drängen (Whitehead et al. 2001, S. 835). Ergebnisse aus der Verbreitung von Managed-Care-Konzepten in den Ländern der Dritten Welt schon grundsätzliche Probleme für die universelle Absicherung der Bevölkerung und die Zugangsgerechtigkeit im Gesundheitswesen (Stocker et al. 1999, S. 1134f), wirken sich Zuzahlungen in einer derartigen vertikalen Versicherungsstruktur zusätzlich negativ auf die Zugänglichkeit (*accessibility*) und die Gesundheitsfolgen (*health outcomes*) für die ärmeren BürgerInnen aus (Waitzkin 2003, S. 523).

Die erdrückende Beweislast an unerwünschten sozialen und epidemiologischen Folgen von Nutzergebühren sowohl in Entwicklungs- und Schwellenländern als auch in Industriestaaten lässt ein offenes Eintreten für die finanzielle Beteiligung von NutzerInnen der Gesundheitsdienste an den Behandlungskosten in der internationalen Diskussion heute nicht mehr zu. In ihrem Bericht 2003 ist die WHO denn auch kategorisch in ihrer Forderung an die Politik: „Public policy should not allow fees at point of service to become an obstacle for obtaining necessary care, or become a catastrophic financial burden on households. (WHO 2003, S. 120). Der Verzicht auf Zuzahlungen erfordert die Mobilisierung anderer Finanzierungsquellen wie allgemeine oder zweckgebundene Steuern, Sozialversicherungsabgaben, Beiträge zu Privatkassen oder gemeindebasierte Kleinversicherungen (ibid S. 121).

Derartigen Einschätzungen zum Trotz verfolgen ExpertInnen, die vornehmlich die kurz- oder allenfalls mittelfristige Wirtschaftlichkeit des Systems im Auge haben, indes die euphemistisch als „*cost-sharing*“ bezeichnete Belastung der PatientInnen weiter, allerdings unter den Prämissen einer verbesserten sozialen Verträglichkeit (Bitrán/Giedion 2003). Zuzahlungsbefreiungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen sollen sozioökonomisch schlechter gestellte BürgerInnen entlasten und die Festlegung generell zuzahlungsfrei zu gewährender Leistungen die Gesundheitsfolgen abmildern. Doch der hohe Verwaltungsaufwand, die Schwierigkeiten bei der Umsetzung und die dadurch entstehenden Kosten beschränken grundsätzlich

den Effekt derartiger Ausnahmeregelungen. In Anbetracht der vielen unerwünschten Wirkungen von Nutzergebühren sind die Ergebnisse weltweit insgesamt als ausgesprochen dürftig zu bewerten (Creese/Kutzin 1995, S. 13). Offenbar besteht in den armen Ländern ein großes Nachhaltigkeitsproblem mit Zuzahlungsbefreiungen, denn in den meisten Fällen scheinen sie nur so lange zu funktionieren, wie internationale Agenturen deren Implementierung und Anwendung mit Krediten fördern. Allein bei großzügig und generell für ganze Bevölkerungsgruppen ausgelegten Ausnahmeregelungen lassen sich die negativen Wirkungen von Zuzahlungen in Grenzen halten, was allerdings, wie beispielsweise im Fall Chiles, einen ausreichenden Fiskalisierungsgrad erfordert (Bitrán/Giedion 2003, S. 64f).

Es gibt hingegen überzeugende ökonomische wie moralische Gründe, eine unmittelbare Beteiligung der NutzerInnen an nahezu allen sozialen Basisdiensten zu vermeiden, denn der universelle Zugang bleibt letztlich das Ziel aller gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Maßnahmen (Reddy/Vandemoortele 1996, S. 80). In ihrem Weltgesundheitsbericht 2000 bezieht die WHO explizit Stellung zur Rolle und Relevanz der verschiedenen Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen: „Die wichtigste Determinante für den Grad der Fairness der Finanzierung eines Gesundheitssystems ... ist der Anteil der Vorfinanzierung (*prepayment*) an den gesamten Ausgaben. Ein kollektives Ansparen für potenzielle Gesundheitsausgaben in Form eines Risiko-Pools bietet zudem die Möglichkeit von Umverteilung und sozialem Ausgleich“ (Smith/Witter 2002, S. 5). Dabei sind die Finanzierungsgerechtigkeit und soziale Ausgewogenheit eines Gesundheitssystems je höher, desto klarer die Beitrags- oder Gebührenerhebung von der Nutzung medizinischer Dienstleistungen getrennt ist (WHO 2000, S. 97).

Der Weltgesundheitsbericht 2003, der eine Weiterentwicklung des sehr umstrittenen Vorläufers aus dem Jahr 2000 darstellt, räumt den „katastrophischen Gesundheitsausgaben“ denn auch einen gewichtigen Raum ein und analysiert einen aussagekräftigen Indikator, den Prozentsatz von Haushalten innerhalb eines Landes, die aufgrund eines Krankheitsereignisses – zumeist aufgrund von anfallenden Direktzuzahlungen – in Armut stürzen. Für die entwicklungspolitische Diskussion ist besonders bedeutsam, dass die Folgen vieler zurückliegender Gesundheitsreformansätze in zunehmendem Maße die weltweit propagierten Armutsbekämpfungsprogramme vor besondere Schwierigkeiten stellen. Im Zuge der vorrangigen Fokussierung auf Ressourcengenerierung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen vernachlässigten die allermeisten Reformprojekte der 80er und 90er Jahre vielfach sozial bedeutsame Aspekte wie die Gleichheit und die Zugangs-, Behandlungs- und Bedarfsgerechtigkeit. Vor dem Hintergrund der weltweit zu beobachtenden rasanten Zunahme der Ungleichheit bei der Einkommensverteilung laufen Nutzergebühren mit ihren regressiven und gerade die ärmere Bevölkerung benachteiligenden Wirkungen dem proklamierten Ziel der Agenda 2015 zuwider.

Bedarfsabhängige Direktzahlungen stellen üblicherweise eine extrem regressive Form der Finanzierung der Gesundheitsversorgung dar (Irvine/Green 2003, S. 33). Das Argument, geeignet gestaltete Eigenbeteiligungen könnten aufgrund der höheren Nutzung medizinischer Leistung durch finanziell besser gestellte Personen progressiv wirken und müssten daher nicht notwendigerweise zu sozialer Ungleichheit führen (Ramsay 1998, S. 11), erscheint aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive problematisch. Die Akzeptanz dieser vermeintlich sozial gerechteren Belastung kann allzu leicht dem Bemühen um Überwindung der gesundheitlichen Benachteiligung unterer sozialer Schichten entgegen stehen, verringert es doch den Druck, den Zugang der bedürftigsten Mitglieder einer Gesellschaft zur medizinischen Versorgung zu fördern. Niemand bestreitet, dass Zuzahlungen prinzipiell die Kranken stärker als die Gesunden benachteiligen. Da Morbidität und Mortalität selbst in den relativ egalitären westeuropäischen Ländern in starkem Maße sozial determiniert sind,<sup>27</sup> schlägt sich dieser Effekt wiederum indirekt stärker auf die unteren sozioökonomischen Schichten durch, besonders wenn diese bisher nur auf mäßig hohe Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem stießen.

Auch die Weltgesundheitsorganisation ordnet Nutzergebühren als prinzipiell regressiv ein, die bei allem Bemühen um Ausnahmeregelungen und Befreiungen am schwierigsten progressive Effekte annehmen können (WHO 2000, S. 35) und zudem den Finanzierungsmechanismus darstellt, der die Menschen am häufigsten ruinierenden finanziellen Risiken aussetzt (ibid. S. 113).<sup>28</sup> Unter dem Blickwinkel der Personalführung<sup>29</sup> im Gesundheitswesen gesteht die WHO zwar heute ein, dass Nutzergebühren die Versorgungsqualität verbessern können (Creese/Kutzin 1995, S. 9; Egger et al. 2000, S. 20f). Dies gilt besonders dann, wenn sie auf lokaler Ebene bleiben und in den Ausbau der Infrastruktur, in höhere Gehälter und in die Qualifizierung der Beschäftigten fließen (Ismael/Asif Iqbal 1994, S. 2-6; Witter 2002, S. 8f), den finanziellen Spielraum der LeistungserbringerInnen erweitern (Tracy 2003, S. 85) oder eine zuverlässigere und gerechtere Versorgung mit qualitativ guten Medikamenten gewährleisten (Velázquez et al. 1999, S. 17). In besonderem Maße gilt das für Systeme, die sich durch einen hohen Grad an Korruption, Willkür und inoffiziellen Zahlungen für Gesundheitsleistungen auszeichnen, denn dort können geregelte Zuzahlungen die finanzielle Belastung der PatientInnen verringern (Tracy 2003, S. 82, 84). In der Praxis bedürfen die zusätzl i-

---

<sup>27</sup> Der Vergleich von Gesundheitsindikatoren des obersten und des untersten Einkommensfünftels liegt die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland in der Oberschicht etwa sieben Jahre über der armer Leute, der Unterschied des durchschnittlichen Alters beim Auftritt der ersten invalidisierenden bzw. die Lebensqualität stark beeinträchtigenden Erkrankung ist etwa gleich groß. Dabei zeigt sich in den letzten Jahren eine steigende Tendenz.

<sup>28</sup> So geht die WHO in ihrem Weltgesundheitsreport 2003 auch auf die Konsequenzen ein, die bestimmte Finanzierungsmodelle für die BürgerInnen haben können, so in der erwähnten Vergleichsanalyse des Ausmaßes der „katastrophischen Gesundheitsausgaben“ (catastrophic medical expenses).

<sup>29</sup> Human resources management.

chen Einnahmen jedoch eines zusätzlichen Verwaltungsaufwands und führen vielfach zu unzulässigerweise privat liquidierten Behandlungen in öffentlichen Einrichtungen (Egger et al. 2000, S. 21). Die Panamerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO), das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) und die Karibische Gemeinschaft (Caricom) kamen bei einem Roundtable-Gespräch 1999 zu der Erkenntnis, „in Nutzergebühren steckt kein Potenzial, als Teil der Gesundheitsfinanzierungsstrategie einen positiven Beitrag zu leisten“ (PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20).

Da die grundsätzlich unvorhersehbaren Zuzahlungen im Gesundheitswesen die Kaufkraft zumindest der unteren Einkommensgruppen spürbar verringern, erschweren sie zudem die Einrichtung bzw. unterminieren das Funktionieren solidarischer oder korporativer Versicherungsstrukturen, die sich gegenüber allen anderen Finanzierungsformen als überlegen erweisen (OECD 2003, S. 46; WHO 2000, S. 35f; Eichler/Lewis o.J., S. 3). Dafür spricht auch die Beobachtung, dass *user charges* im Prinzip den Errungenschaften von umfassenden sozialen Krankenversicherungen und dem Solidarprinzip zuwiderlaufen und deren Effekte teilweise konterkarieren können (Deppe 1987, S. 109; Richardson 1991, S. 22; Deppe 2003). Letztlich stellt die unmittelbare Beteiligung der PatientInnen an den Kosten ihrer medizinischen Behandlung einen Antagonismus zu jeder Form von Vorauszahlung zur Absicherung bestimmter Risiken dar und unterhöhlt das Vertrauen der BürgerInnen in bestehende soziale Sicherungssysteme (vgl. dazu Wasem 1999, S. 74; Marstedt 2002, S. 120f; Sachverständigenrat 2003a, S. 17; 2003b, S. 55ff).<sup>30</sup> Aller Rhetorik zum Trotz: Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen führen keineswegs zu finanziell besser tragbaren Gesundheitssystemen (Creese/Kutzin 1995, S. 8; CHSRF 2001, S. 2). Vielmehr verbessern sie die Lage der Gesunden und der Bessergestellten zu Lasten der Kranken und der Ärmern (Deppe 2003). Eine Verschreibung der bitteren Zuzahlungsmedizin sollte allenfalls dann erfolgen, wenn alle anderen gesundheitspolitischen Interventionsmöglichkeiten in Betracht gezogen und ausgeschöpft sind (Creese 1997, S. 203).

Jens Holst

---

<sup>30</sup> Interessant erscheint in diesem Zusammenhang der Versuch der Republik Kyrgyzstan, die Einnahme von Nutzergebühren mit der Finanzierung der obligatorischen Pflichtversicherung in Einklang zu bringen und dieser beispielsweise die Verwaltung der Zuzahlungsfonds zu überantworten (Tracy 2003, S. 82).

## 5. Literaturverzeichnis

**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.

**Akin**, John, Birdsall, Nancy, de Ferranti, David et al. (1987). Financing health services in developing countries: an agenda for reform. World Bank, Washington D.C.

**Arhin-Tenkorang**, Dyna (2000). Mobilizing Resources for Health: The Case of User Fees Revisited. CMH Working Paper Series, Paper N<sup>o</sup> WG3:6. Washington DC.

**Bangser**, Maggie (2000). Reframing Policies for Gender Equity: Women's Agency, Participation and Public Accountability. Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper Series. Boston. (<http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/HUpapers/gender/bangser.html>).

**Barer**, Morris; Bhatia, Vandha; Stoddart, Greg; Evans, Robert (1993). 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 et al. 1993a]

**Barer**, Morris; Bhatia, Vandha; Stoddart, Greg; Evans, Robert (1993). 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 et al. 1993a]

**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**, R.G. (1974). The effects of Co-Payment on the Poor. Journal of Human Resources, 9 (1), S. 129-142.

**Beck**, R.G; Horne, JM (1980). Utilization of publicly insured public services in Saskatchewan before, during and after copayment. Medical Care 18, S. 787-806.

**Bennett**, Sarah; Creese, Andrew; Monasch, Roeland (1998). Health insurance schemes for people outside formal sector employment. WHO, Current Concerns, ARA Paper No. 16, Genf.

**Bennett**, Sarah; Gilson, Lucy (2001). Health financing: Designing and implementing pro-poor policies. DFID Health Systems Resource Centre, London.

**Bitrán**, Ricardo; Giedion, Ursula (2003). Waivers and Exemptions für Health Services in Developing Countries. Worldbank – Social Safety Net Primer Series, Washington.

- 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>).
- Bluestein**, Jan (1995). Medicare Coverage, Supplemental Insurance, and the Use of Mammography by Older Women. *N Engl J Med* 332 (7), S. 1138-1143.
- Briggs**, Jane (2000). The Economic Consequences of Inadequate Prescribing on Health Care Users and Providers: A Case Study in San Cristóbal, Mexico. Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool.
- Brook**, Robert; Ware, J.; Rogers, W.; Keeler, Emmett; Davies, A.; Donald, C.; Goldberg, G. (1983). Does free care improve adults health? Results from a randomized controlled trial. *N Engl J Med* 309 (22), S. 1426-1434.
- Canadian Alliance Grassroots** (2002). Doctors Want More Private Care. Belleville/Ontario (<http://www.canadiangrassroots.ca/sections.php?op=printpage&artid=38>).
- CHSRF** (Canadian Health Services Research Foundation) (2001). Myth: User fees stop waste and ensure better use of the healthcare system. Myth busters. ([www.chrsf.ca](http://www.chrsf.ca)).
- Chen**, Lincoln; Hiebert, Linda (1994). From Socialism to Private Markets. Vietnam's Health in Rapid Transmission. Draft, Harvard School of Public Health, Baltimore ([http://www.hsph.harvard.edu/hcpds/wpweb/94\\_11.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/hcpds/wpweb/94_11.pdf)).
- Cherkin**, D.; Grothaus, L.; Wagner, E. (1989). The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization. *Med Care* 27, S. 1036-1045.
- Coleman**, Nii Ayite (1997). The Uneven Implementation of User Fee Policy in Ghana. Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health, Boston.
- Couffinhal**, Agnès; Paris, Valérie (2001). Utilization Fees imposed to Public Health Care System Users in France. Workshop Organized for the Commission on the future of health care in Canada. 29.11.2001, Paris. ([http://www.credes.fr/En\\_ligne/WorkingPaper/ecogen/userschar.pdf](http://www.credes.fr/En_ligne/WorkingPaper/ecogen/userschar.pdf)).
- Creese**, Andrew (1991). User Charges for Health Care: a Review of Recent Experience. *H Pol & Plan* 6 (4), S. 309-319.
- Creese**, Andrew; Kutzin, Joseph (1995). Lessons from cost recovery in health. WHO/SHS/NHP Forum on Health Sector Reform (Discussion Paper No.2). Genf. ([http://mosquito.who.int/docs/hs95\\_5.htm](http://mosquito.who.int/docs/hs95_5.htm)).
- Creese**, Andrew (1997). User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity. (Editorial). *BMJ* 315, S. 202-203 (26. Juli).
- Criel**, Bart; van Balen, H. (1993). Paying for the Kasongo Hospital in Zaire. A Conceptual Framework. *H Pol & Plan* 8 (1), S. 61-71.
- 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.

- 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.
- Deppe**, Hans-Ulrich (1987). Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Edition suhrkamp, Bd. 391, 1. Auflage, 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>).
- 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 (2002). Health Care Systems in eight countries: trends and challenges. The European Observatory on Health Care Systems. London. ISBN 0 7530 1548 X.
- Dixon**, Anna; McDaid, David; Healey, Andrew; Knapp, Martin (2002). Financing Mental Health: Equity and Efficiency Concerns for Low and Middle Income Countries. LSE Health and Social Care, London School of Economics, London (dp1734 Financing mental health). (Dixon et al. 2002a)
- Dixon**, Anna; Langenbrunner, Jack; Mossialos, Elias (2002). 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>). (Dixon et al. 2002b)
- Doorslaer**, Eddy van; Wagstaff Adam (1992). Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons. J of Health Economics 11, S. 389-411.
- Dow**, William (1997), "Health Care Prices, Health and Labor Outcomes: Experimental Evidence", RAND (unveröffentlicht). WHO 1999, S. 10.
- Egger**, Dominique; Lisbon, Debra; Adams, Orvill (2000). Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems. Issues in health services delivery (Discussion Paper No. 2), WHO, Genf.
- Elofsson**, Stig; Unden, Anna-Lena; Krakau, Ingvar. (1998). Patient charges – A Hindrance to Financially and Psicosocially Disadvantaged Groups Seeking Care. Soc Sc & Med 46 (10), S. 1375-1380.
- England**, Sarah; Kaddar, Miloud; Nigam, Sdhok; Pinto, Matilde (2001). Practice and Policies on User fees for Immunization in Developing Countries. Department of Vaccines and Biologicals, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf ([www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www564.pdf](http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www564.pdf)).
- Ensor**, Todd; San, P. (1996). Access and Payment for Health Care: the Poor of Northern Vietnam. Int J Health Plan Manage 11 (1), S. 69-83.

- Ensor**, Todd (1999). Health Financing: Overview and Theory-practice of Health Insurance. Centre for Health Economics, York.
- Ensor**, Todd; Duran-Moreno, Antonio (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. Saltman, Busse, Mossialos 2002, S. 106-124.
- 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>).
- Evans**, Robert; Barer, Morris; Stoddart, Greg (1993). The truth about user fees. Policy Options 14 (8), S. 4-9. [Evans et al. 1993a]
- Evans**, Robert; Barer, Morris; Stoddart, Greg; Bhatia, Vandha (1995). 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 et al. 1993b]
- Evans**, Robert; Barer, Morris; Stoddart, Greg; Bhatia, Vandha (1993). 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 et al. 1993c]
- Evans**, Robert; Barer, Morris; Stoddart, Greg (1993). 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 et al. 1993d]
- 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?). Canadian Journal on Aging 14 (2), S. 360-390.
- Evans**, Robert G.; Barer, Morris L.; Lewis, Steven; Rachlis, Michael; Stoddart, Greg (2000). Private Highway, One-Way-Street: The Decline and Fall of Canadian Medicare? University of British Columbia, Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru00-3D.pdf>).
- Evans**, Robert (2000). Reconsidering the Role of Competition in Health Care Markets. Canada. J Health Polit Policy Law 25 (5), S. 889-897.
- 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](http://collection.nlc-bnc.ca/100/200/301/pco-bcp/commissions-ef/future_health_care-ef/discussion_paper-e/no27/27_e.pdf)).
- Fabricant**, Stephen; Kamara, Clifford; Mills, Anne (1999). Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone. Int J Health Plan Manage 14, S. 179-199.
- Fahs**, M. (1992). Physician response to the United Mine Worker's cost sharing program: the otherside of the coin. Health Serv Res 27 (1), S. 25.45.



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

**Foxman** B., Valdez R., Lohr K., Goldberg GA, 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. Journal of Chronic Diseases 40 (5) , S. 429-439.

**Fraser-Institute** (1999). The Empirical Evidence. Vancouver. ([http://oldfraser.lexi.net/publications/critical\\_issues/1998/msa/evidence.html](http://oldfraser.lexi.net/publications/critical_issues/1998/msa/evidence.html))

**Fuchs**, V.; Hahn, J. (1990). How does Canada do it? A comparison of expenditures for physicians' services in the United States and Canada. N Engl J Med 232 (13), S. 884-890.

**Gilson**, Lucy; Mills, Anne (1995). Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. Health Policy 32 (1-3), S. 215-243.

**Gilson**, Lucy; Russell, Stephen; Buse, Kent (1995). The Political Economy of User Fees with Targeting: Developing Equitable Health Financing Policy. J Int Dev 7 (3), S. 369-401.

**Gilson**, Lucy (1997). The Lessons of User Fees Experiences in Africa. H Pol & Plan 12 (4), S. 273-285.

**Gottlieb**, Scott (2000). Medical Bills Account for 40 % of Bankruptcies. BMJ 320, S. 1295.

**Haddad**, Slim; Fournier, Pierre; Machouf, Nima; Yatara, Fassinet (1998). What Does Quality Mean to Lay People? Community Perceptions of Primary Health Care Services in Guinea. Soc Sc & Med 47 (3), S. 381-394.

**Halton** Social Planning Council & Volunteer Centre, Ontario: <http://www.haltonspcvc.on.ca/dispatch/cd0403.htm> .

**Harris**, B.; Stergachis A.; Ried, L. (1990)The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization. Med Care 28, S. 907-917.

**Hohmann**, Jürgen (1998). Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand. Verlag Hans Huber. Bern.

**Holst**, Jens (2001). Krankenversicherungen in Chile. Ein Modell für andere Länder? Hans - Jacobs-Verlag, Lage.

**Holst**, Jens (2003). La protección social en Paraguay. Condiciones, problemas, desafíos y perspectivas de los sistemas de previsión. Secretaría Técnica de Planificación (Planungsministerium)/GTZ-Project PLANDES (Planung Nachhaltige Entwicklung). Asunción.

**Holst**, Jens; Laaser, Ulrich (2003). Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. Deutsches Ärzteblatt 51-52, 100. Jg., S. 3358-3361.

**Hong**, S., Shepherd, M. (1996). Outpatient prescription drug use by children enrolled in five drug benefit plans. Clin Therapeut 18, S. 528-545.

**Hunterlink** Customer Support. Sydney, Australien. [http://users.hunterlink.net.au/~ddhrg/econ/moral\\_hazard.html#6](http://users.hunterlink.net.au/~ddhrg/econ/moral_hazard.html#6).

- Hutton**, Guy (2002). User fees and other determinants of health service utilisation in Africa. A review of formal and informal health sectors (Final draft). Schweizerisches Tropeninstitut, Basel.
- ILO** (Internationale Arbeitsorganisation) (1999). Estudio de casos de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina. CLAISS (Centro de Investigación para Sistemas de Salud). Genf/Santiago.
- ILO/PAHO** (International Labour Organisation/Panamerican Health Organisation) (1999). Out-of-Pocket Health expenditure in Latin America and the Caribbean. The efficiency rationale for extending Social Protection in Health. Encuentro regional tripartito en colaboración con la OPS. Mexico.
- 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>).
- Ismael**, Zafar; Asif Iqbal, Mohammed (1994). User Charges in Health. Social Policy and Development Centre, Islamabad (<http://www.spdc-pak.com/pub/pp/pp5.pdf>).
- Jessen**, Jens (1999). Selbstbeteiligung: Noch nicht ausgereizt. Deutsches Ärzteblatt 96, 15, 16, B-738 - 738.
- Kaczmarek**, Stephen (). A Quantitative Analysis of Factors Affecting Formulary Compliance in Prescription Drug Card Programs. Fellowship Credit Research Paper v99-1; S. 215-250 (<http://www.soa.org/library/arch/2000-09/ARCH00V29.pdf>).
- Katz**, Michael; Rosen, Richard (1994) Microeconomics. 2. Ausg.. McGraw-Hill, Irwin, Illinois. ISBN 0-256-17176-9.
- Keeler**, Emmett; Brook, Robert; Goldberg, G.; Kamberg, C.; Newhouse, Joseph (1985). How free care reduced hypertension in the health insurance experiment. *JAMA* 254, S. 1926-1931.
- Keeler**, Emmett, Sloss E., Brook Robert, Operskalski B., Goldberg G., Newhouse Joseph (1987). Effects of Cost Sharing on Physiological Health, Health Practices, and Worry. *Health Services Research* 22 (3), S. 279-306.
- Kipp**, Walter; Kamugisha, Jimmy; Jacobs, Phil; Burnham, Gilbert; Rubaale, Tom (2001). User Fees, Health Staff Incentives, and Service Utilisation in Kabarole District, Uganda. *Bulletin of the World Health Organisation* 79, S. 1032-1037.
- Knowles**, James (1996). Health Sector Reform in Cambodia. Partnerships for Health Reform Project, Technical Report No. 2, Bethesda.
- 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.
- Kutzin**, Joseph (1995). Experience with organizational and financing reforms of the health sector. SHS Paper Number 8. The World Health Organisation, Genf.

- Kutzin**, Joseph (2000). Towards Universal Health Care Coverage. A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. NHP Discussion Paper, Weltbank, Washington. ISBN 1-932126-32-5.
- Laaser**, Ulrich; Holst, Jens (2004). Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Frankfurter Rundschau Nr. 5/2, 60. Jg., 7.1.2004, S. 9.
- Leibowitz**, Arleen; Manning, Willard; Newhouse, Joseph (1983). The Demand for Prescription of Drug as a Function of Cost Sharing. The Rand Corporation. Santa Monica (Kalifornien).
- Lerberghe**, Willi van; Conceição, Claudia; van Damme, Wim; Ferrinho, Paulo (2002). When Staff is Underpaid: Dealing with the Individual Coping Strategies of Health Personnel. Bulletin of the World Health Organisation 80, S. 581-584 ([http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80\(7\)581-584.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80(7)581-584.pdf)).
- Lewis**, M. (2002). Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implications. Mossialos, Dixon, Figueras et al. (2002).
- Lexchin**, Joel; Grotendorst, 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.
- Litvack**, Jennie; Bodart, Claude (1993). User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results of a Field Experiment in Cameroon. SocSc & Med 37 (3), S. 369-383.
- Lohr**, K., Kamberg C., Keeler, Emmett; Goldberg G., Calabro T., Brook Robert (1986). Chronic Disease in a General Adult Population: Findings from The RAND Health Insurance Experiment. Western Journal Of Medicine 145 (4), S. 537-545 (Lohr et al. 1986a).
- Lohr**, K.; Brook, Robert; Kamberg, C. et al. (1986). 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 (Lohr et al. 1986b).
- Lloyd-Sherlock**, Peter (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. Soc Sc & Med 51 (8), S. 887-895.
- 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. Health Policy 44 (2), S. 123-134.
- Lurie**, N.; Manning, Willard; Peterson, C.; Goldberg, G.; Phelps, C.; Lillard, L. (1987). Preventive care: do we practice what we preach? Am J Public health 77, S. 801-804.
- Lurie**, N.; Kamberg, C; Brook, Robert; Keeler, Emmett; Nowhouse, Joseph (1989). Ho free care improved vision in the health insurance experiment. Am J Public Health 79, S. 640-642.
- 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.

- 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, S. 251-277.
- Marmor**, Theodore; Mashaw Jerry; Harvey, Philipp (Eds) (1990). America's Misunderstood Welfare State. Persisting Myths, Enduring Realities. Basic Books, Calgary.
- Marstedt**, Gerd (2002). Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV. Böcken, J.; Braun, Bernhard; Schnee, M. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor, Bertelsmannstiftung Gütersloh, S. 112 ff.
- Mills**, Anne; Bennett Sarah (2002). Lessons on Sustainability from Middle to Lower Income Countries. Mossialos, Dixon, Figueras et al. (2002).
- Mossialos**, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep et al. (Hrsg.) (2002). Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, Open University Press.
- Mpuga**, Paul (2002). Health Outcomes after the Abolition of Cost-Sharing in Public Hospitals in Uganda. Johannes-Kepler-Universität, Linz ([http://www.wiiw.ac.at/pdf/sie\\_mpuga\\_paper.pdf](http://www.wiiw.ac.at/pdf/sie_mpuga_paper.pdf)).
- Murray**, Christopher; Kreuser, J.; Whang, W. (1994). Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems. *Bull World Health Org* 74, S. 663-674.
- Nanda**, Priya (2002). Gender Dimensions of User Fees: Implications for Women's Utilization of Health Care. *Reproductive Health Matters* 10 (20), S. 127-134.
- Newhouse**, Joseph and The Insurance Experiment Group (1993). Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. RAND-Studie, Harvard University, Cambridge (MA). ISBN 0674319141.
- Newhouse**, Joseph; Manning, Willard; Morris, C. et al. (1981). Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 305 (22), S. 1501-1507.
- Nolan**, Brian; Turbat, Vincent (1995). Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa. Economic Development Institute, World Bank, Washington D.C.. ISBN: 0-8213-3240-6.
- Nyonator**, Frank; Diamenu, Stanley; Amedo, Enos, Aleeza, John (1996). Caring for the Health of the Poor! Policy versus Implementation. A Baseline Evaluation of Exemptions in Health Facilities in the Volta Region of Ghana. Volta Regional Health Administration, Akkra (<http://www.danida-health-ghana.org/publications/pdf/Caring%20For%20Poor1b.pdf>).
- Nyonator**, Frank; Kutzin, Joseph (1999). Health for Some? The Effects of User Fees in the Volta Region of Ghana. *H Pol & Plan* 14 (4), S. 329-341.
- OECD** (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2002). DAC Reference Document on Poverty and Health. DCD/DAC (2002) 25/REV1. Paris.
- O'Grady**, KF; Maning, Willard; Newhouse, Joseph; Brook, Robert (1985). The Impact of Cost Sharing on Emergency Department Use. *N Engl J Med* 313 (7), S. 484-490.
- PAHO/UNDP/Caricom** (Panamerikanische Gesundheitsorganisation/Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen/Karibische Gemeinschaft (1999). To Reduce the Impact of Poverty in

the Caribbean. Implementing Decentralisation and Financing Strategies while Protecting the Poor. Policy Document, Washington D.C. (<http://www.paho.org/English/HDP/HDD/policygreeneonline.pdf>).

**Perry**, Guillermo; Leipziger, Danny (Hrsg.) (1999). Chile. Recent Policy Lessons and Emerging Challenges. World Bank Institute Development Studies, Washington, D.C.

**Petty**, François (1998). Un français de quatre renonce aux soins faute d'argent. Impact Quotidien 2, 2.April.1998.

**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.

**Ramsay**, Cynthia (2002). A Framework for Determinating the Extent of Public Financing of Programs and Services. Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion Paper No. 16. Vancouver (<http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/CP32-79-16-2002E.pdf>).

**Rannan-Eliya**, Ravi (1996). Results from the IPS/Harvard Public Opinion Poll on User Fees. Institute of Policy Studies of Sri Lanka Health Policy Programme IPS HHP Occasional Paper N<sup>o</sup> 02 ([http://www.ips.lk/health/research/financinghealth/downloads/hpp\\_op7.pdf](http://www.ips.lk/health/research/financinghealth/downloads/hpp_op7.pdf)).

**Rasell**, Edith (1995). Cost Sharing in Health Insurance – a Reexamination. N Engl J Med 332 (17), S. 1164-1168.

**Reddy**, Sanjay; Vandemoortele, Jan (1996). A review of theoretical arguments and empirical evidence. UNICEF Staff Working Papers, Evaluation, Policy and Planning Series. New York.

**Redelmeier**, Donald; Fuchs, Victor (1993). Hospital expenditures in the United States and Canada. N Engl J Med 328 (11), S. 772-778.

**Rice**, T.; Labelle, R. (1989). Do physicians induce demand for medical services? J Health Polit Policy Law 14, S. 587-600.

**Richardson**, Jeff (1991). The Effects of Consumer Co-payments in Medical Care. National Health Strategy Background Paper N<sup>o</sup> 5. Calgary.

**Rouleau**, Jean; Moyé, 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.

**Rubin**, Robert; Mendelson, . A framework for cost sharing policy analysis. Mattison, N. (Hrsg.) (1995). Sharing the costs of health: A multi-country perspective. Pharmaceutical Partners for Better Health. Basel. S. \*\*\*

**Russell**, Stephen; Gilson, Lucy (1995). User fees at government health services: is equity being considered? PHP Departmental Publication N<sup>o</sup> 19. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.

**Russell**, Stephen; Gilson, Lucy (1997). User fee policies to promote health care access for the poor: a wolf in sheep's clothes? *Int J Health Services* 27 (2), S. 359-379.

**Russell**, Stephen; Abdella, Kunuz (2002). Too Poor to be Sick. Coping with the Costs of Illness in East Hararghe, Ethiopia. Save the Children, London (<http://www.savethechildren.org.uk/health/pdfs/Too%20poor%20to%20be%20sick.pdf>).

**Sachverständigenrat** für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I, II, Kurzfassung (<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>) (Sachverständigenrat 2003a)

**Sachverständigenrat** für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden 2003, ISBN - 3-8329-0408-5 (Sachverständigenrat 2003b).

**Sachverständigenrat** für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Baden-Baden, ISBN - 3-8329-0409-3 (Sachverständigenrat 2003c).

**Saltman**, Richard; Figueras, Josep (1996). European Health Care Reforms. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen.

**Saltman**, Richard; Busse, Reinhard; Mossialos, Elias (2002). Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems. Open University Press, Buckingham, S. 106-124.

**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.

**Segall**, M. (2000). From co-operation to competition in national health systems – and back? Impact on professional ethics and quality of care. *Int J Health Plan Manage* 15 (1), S. 61-79.

**Selby**, Joe; 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.

**Shaw**, Paul; Griffin, Charles (1995). Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance. World Bank, Washington. ISBN 0-8213-3075-6.

**Shaw**, Paul; Ainsworth, Martha (1996). Financing Health Services through User Fees and Insurance. World Bank Discussion Paper N° 294. World Bank, Washington.

**Simon**, G.; Von Korff, M.; Durham, M. (1994). Predictors of outpatient mental health utilization by primary health care patients in a health maintenance organization. *Am J Psych* 151, S. 908-913.

**Siu**, A.; Sonnenberg, F.; Manning, Willard et al. (1986). Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* 315 (18), S. 1259-1266.

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

**Smith**, Peter; Witter, Sophie (2001). Risk Pooling in Health Care Finance. Report Prepared für the Worldbank Workshop „Resource Allocation and Purchasing in health: Value for Money, Reaching the Poor. York/Washington D.C..

**Soumerai**, Stephen; McLaughlin, Thomas; Ross-Degnan, Dennis; Casteris, Christina; Bolli- ni, 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.

**Standing**, Hillary (2000). 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.ids.ac.uk/ids/health/alames.pdf>).

**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.

**Stierle**, Friedeger (1998). Financing Health Care in Poor Countries – Issues and Lessons Learned. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Eschborn.

**Stierle**, Friedeger; Kaddar, Miloud; Tchicaya, Anastase; Schmidt-Ehry, Bergis (1999). Indigence and Access to Health Care in Subsaharian Africa. *Int J Health Plan Manage* 14, S. 81-105.

**Stierle**, Friedeger (2000). Direct Payment of Health Care Services. Principles – Experiences – Prerequisites. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Eschborn.

**Stoddart**, Greg; Barer, Morris; Evans, Robert; Bhatia, Vandha (1993). Why Not Users Charges? The real issues. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93. 12D. Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-12D.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.

**Terris**, Milton (2000). Epidemiology and Health Policy in the Americas: Meeting the Neoliberal Challenge. *Journal of Public Health Policy* 19, 1, S. 15-24.

**Tipping**, Gill (2000). The Social Impact of User Fees for Health Care on Poor Households: Commissioned Report to the Ministry of health, Hanoi, Vietnam.

**The Economist** (1995) An Insurers Worst Nightmare. *The Economist*, 336, S. 66.

**Tracy**, Jen (2003). Mobilizing resources for health: The first phase of Kyrgyzstan's co-payment policy. Case Study 6, S. 79-92. WHO, Kopenhagen (<http://www.who.dk/document/sed/11case6.pdf>).

- UNRISD** (United Nations Research Institute for Social Development) (2000). Visible hands - taking responsibility for social development. Genf.
- Velázquez**, Germán; Madrid, Yvette; Quick, Jonathan (1999). Reforma Sanitaria y Financiación de los Medicamentos. Serie Economía de la Salud y Medicamentos Nº 6, WHO-Programa Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. WHO/DAP/98.3.
- Vogel**, Ronald (1991). Cost Recovery in the Health Care Sector in Sub-Saharan Africa. *Int J H Plan Manage* 6, S. 167-191.
- Wagstaff**, Adam; van Doorslaer, Eddy van; Burg, H. van den et al. (1999). Equity in the Finance of health Care: some further International Comparisons. *J Health Economics* 18, S. 263-290.
- Wagstaff**, Adam; Doorslaer, Eddy van (1992). Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons. *J of Health Economics* 11, S. 361-387.
- Waitzkin**, Howard (2003). Report of the WHO Commission on Macroeconomics and health: a summary and critique. *Lancet* 361, S. 523-526.
- Wanless**, Derek (2001). *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View*. HM Treasury, London ([www.hm-treasury.gov.uk](http://www.hm-treasury.gov.uk)).
- Wanless**, Derek (2002). *Securing our Health Future: Taking a Long Term View*. HM Treasury, London ([www.hm-treasury.gov.uk/wanless](http://www.hm-treasury.gov.uk/wanless)).
- Wasem**, Jürgen (1999). *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen in der Bevölkerung*. Janssen-Cilag GmbH, Neuss.
- Waters**, Hugh R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science and Medicine* 51, 599-612.
- Wells**, Rebecca; Banaszak-Holl, Jane (2000). A critical review of recent US market level health care strategy literature. *Soc Sc & Med* 51 (6), 639-656.
- 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. S. 1006-1009.
- Whitehead**, Margaret; Dahlgren, Göran; Evans, Timothy (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 358, S. 833-836
- Williams**, Robert (1996). The Costs of Visits to Emergency Departments. *N Engl J Med* 334 (10), S. 642-646.
- Willison**, Donald; Miktorowicz, Mary; Grootendorst, Paul; O'Brien, Bernie; Levien, Mitchell; Deber, Raisa; Hurley, Jeremiah (2001). *International Experience with Pharmaceutical Policy: Common Challenges and Lessons for Canada*. McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA). Research Working Paper 01-08, Hamilton (<http://www.chepa.org/research/01-08.pdf>).
- Witter**, Sophie (2002). *Health Financing in Developing and Transitional Countries*. Briefing Paper for OXFAM, University of York, York (<http://www.york.ac.uk/inst/che/oxfam.pdf>).



- Woolhandler**, Steffie; Himmelstein, David; Lewontin, James (1993). Administrative Costs in U.S. Hospitals. *N Engl J Med* 329 (10), S. 400-403.
- 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.
- 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.
- World Bank** (1996). Cost sharing. Towards sustainable health care in sub-saharan Africa. (<http://www.worldbank.org/afr/findings/english/find63.htm>).
- World Health Organisation** (1996). European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Kopenhagen. (WHO 1996).
- World Health Organisation** (2000). World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. WHO, Genf. (WHO 2000).
- World Health Organisation** (2001). Atlas: Mental Health Resources in the World 2001. Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO, Genf (WHO 2001a).
- World Health Organisation** (2001). WHO World Health Report 2001 Mental health: New understanding, new hope. WHO, Genf (WHO 2001b).
- Yoder**, Richard (1989). Are People Willing and Able to Pay for Health Care Services? *Soc Sc & Med* 29 (1), S. 35-42.
- Zwi**, A. B.; Mills, Anne (1995). Health policy in less developed countries: past trends and future directions. *Journal of International Development* 7 (3), S. 299-328

In der Reihe  
Arbeitspapiere aus dem Institut für Medizinische Soziologie  
sind bisher erschienen:

- Nr. 1/1986: Walter Baumann / Hans-Ulrich Deppe: Aspekte der Arbeitsmarktsituation von Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland (Januar 1986)
- Nr. 2/1986: Klaus Priester / Hans-Ulrich Deppe: Materialien zur Entwicklung der Ärzte-Einkommen in der Bundesrepublik (Juli 1986)
- Nr. 3/1987: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege. Arbeitsweise und Stellung im Gesundheitswesen. Kurzfassung (Oktober 1987)
- Nr. 4/1988: Volker Wanek / Hans-Ulrich Deppe: Ärztestreiks und -proteste in der Bundesrepublik (Februar 1988)
- Nr. 5/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit in Hessen bis zum Jahre 2009. Ergebnisse einer Modellrechnung (Mai 1989)
- Nr. 6/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen. Möglichkeiten bedarfsorientierter Angebotsgestaltung. Kursfassung (November 1989)
- Nr. 7/1990: Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt: Gesundheitswesen zwischen supranationalen Politikstrukturen und einzelstaatlicher Regelungskompetenz. Zu einigen gesundheitspolitischen Aspekten der westeuropäischen Integration (Mai 1990)
- Nr. 8/1991: Hans-Ulrich Deppe: Gesellschaftsstruktur und Gesundheitssystem. Zur Einführung für Mediziner (April 1991)
- Nr. 9/1992: Uwe Lenhardt: Regionalanalyse der kassenärztlichen Versorgung in Hessen 1977-1989. Zusammenfassung erster Ergebnisse (Februar 1992)
- Nr. 10/1992: Klaus Stegmüller: Wettbewerb und Solidarprinzip - Determinanten der Unvereinbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (Oktober 1992)
- Nr. 11/1992: Hans-Ulrich Deppe: 20 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Oktober 1992)
- Nr. 12/1993: Andrea Antolic / Hans-Ulrich Deppe / Reinhard Schaffert: Umfrage unter MedizinstudentInnen: Daten zur sozialen Lage und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen in Frankfurt a.M. 1989-1992 (März 1993)
- Nr. 13/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: Wettbewerbskonzeptionen und „dritte Stufe der Gesundheitsreform. Positionen zur Zukunft der GKV aus Sicht der Krankenkassen, der KBV, der BDA und des DGB (Januar 1995)
- Nr. 14/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: „Nachfrageprivatisierung“ und „Anbieterkonkurrenz“. Zu Positionen für eine zukünftige Wettbewerbsordnung in der GKV (März 1995)
- Nr. 15/1995: Hans-Ulrich Deppe: Zur aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn (März 1995)

- Nr. 16/1996: Hans-Ulrich Deppe / Stjepan Oreskovic: Back to Europe – Back to Bismarck? Consequences of implementation of a health insurance scheme to the health care systems of Central and Eastern European countries (März 1996)
- Nr. 17/1998: Sebastian Irps / Kerstin Jahn / Hans-Ulrich Deppe: Umfrage unter MedizinstudentInnen, Daten zur sozialen Lage, zur Studienmotivation und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen und Fortgeschrittenen in Frankfurt am Main 1993 – 1997 (Juli 1998)
- Nr. 18/1998: Hans-Ulrich Deppe: 25 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Mai 1998)
- Nr. 19/1998: Alexis Benos / Hans-Ulrich Deppe / Steve Iliffe: Equity and freedom in health care (Mai 1998)
- Nr. 20/2001: Wolfram Burkhardt: Der Ministerwechsel im Bundesgesundheitsministerium 2001 (November 2001)
- Nr. 21/2002: Marcelo Firpo de Souza Porto: Public Health and Environmental (In)justice in Brazil (Juli 2002)
- Nr. 22/2002: Nadja Rakowitz: Zwischen Sozialstaat und Wettbewerb – Gewerkschaften zur Gesundheitsreform (August 2002)
- Nr. 23/2003: Rolf Schmucker: Europäische Integration und Gesundheitspolitik (Januar 2003)
- Nr. 24/2004: Jens Holst: Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen (Januar 2004)

Die Arbeitspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Institut für Medizinische Soziologie  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a.M.  
Tel. 069/6301-7610 / Fax 069/6301-6621