ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Grabka, Markus M.; Schreyögg, Jonas; Busse, Reinhard

Working Paper

Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz: eine empirische Analyse

DIW Discussion Papers, No. 506

Provided in Cooperation with:
German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Grabka, Markus M.; Schreyögg, Jonas; Busse, Reinhard (2005) : Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz: eine empirische Analyse, DIW Discussion Papers, No. 506, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/18357

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

DIW Berlin

German Institute
for Economic Research

Discussion Papers

506

Markus M. Grabka*
Jonas Schreyögg**
Reinhard Busse***

Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse

Berlin, Juli 2005

* DIW Berlin, Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), mgrabka@diw.de
** Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Fakultät Wirtschaft und Management, Jonas.schreyoegg@tu-berlin.de
*** Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Fakultät Wirtschaft und Management, rbusse@tu-berlin.de

IMPRESSUM

© DIW Berlin, 2005

DIW Berlin
Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
Königin-Luise-Str. 5
14195 Berlin
Tel. +49 (30) 897 89-0
Fax +49 (30) 897 89-200
www.diw.de

ISSN 1433-0210 (Druck) 1619-4535 (elektronisch)

Alle Rechte vorbehalten.
Abdruck oder vergleichbare
Verwendung von Arbeiten
des DIW Berlin ist auch in
Auszügen nur mit vorheriger
schriftlicher Genehmigung
gestattet.

DIW Berlin

Discussion Papers 506

Markus M. Grabka*
Jonas Schreyögg**
Reinhard Busse***

Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse

Berlin, Juli 2005

* DIW Berlin, Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), mgrabka@diw.de

** Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Fakultät Wirtschaft und Management, Jonas.schreyoegg@tu-berlin.de

*** Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Fakultät Wirtschaft und Management, rbusse@tu-berlin.de

Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse

Markus M. Grabka, Jonas Schreyögg und Reinhard Busse

Zusammenfassung

Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde zum 1.1.2004 eine so genannte Praxisgebühr von €10 pro Quartal für ambulante Arzt- und Zahnarztbesuche erhoben. Neben einem Beitrag zur Konsolidierung der Finanzlage der GKV sollte die Praxisgebühr auch eine Verhaltensänderung der Versicherten bewirken. Der Beitrag zeigt auf, dass die Zahl der Arztbesuche im Jahre 2004 im Vergleich zum Jahr 2003 signifikant gesunken ist. Der Anteil derjenigen, die in beiden Jahren mindestens einmal einen Arzt aufsuchten, blieb dagegen relativ konstant. Zwei Logit-Modelle verdeutlichen, dass gesundheitlich notwendige Arztbesuche z.B. bei Schwerbehinderten und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand weiterhin getätigt wurden. Des Weiteren konnte keine Benachteiligung von Personen mit geringem sozialem Status festgestellt werden. Die Ergebnisse werden auch von anderen Studien bestätigt. Es erscheint somit plausibel anzunehmen, dass die Einführung der Praxisgebühr dazu beigetragen hat, die Zahl nicht notwendiger Arztbesuche oder Mehrfachuntersuchungen zu verringern.

Schlüsselwörter: Praxisgebühr, Selbstbeteiligung, Verhaltensänderung, Arztkontakt, sozioökonomische Variablen

Abstract

As part of the Statutory Health Insurance Modernization Act a co-payment of €10 per quarter for the first contact at a physician's or a dentist's office has been introduced with effect of 1st January 2004. Apart from contributing to the financial consolidation of the Statutory Health Insurance the co-payment aimed at changing the patients' behaviour towards more self-responsibility. This article shows that physician contacts declined in the year 2004 compared to 2003. However the share of those patients who at least had one physician contact in both years remained stable. Two Logit-models point out that necessary physician contacts still take place e.g. in case of disabled persons and persons with poor health. In addition no discrimination of persons of low social status could be observed. The results are also approved by other studies. Therefore it seems plausible, that the introduction of this co-payment has contributed to a reduction of unnecessary and redundant physicians visits.

Keywords: contact fee, co-payment, changed patient behaviour, physician contact, socioeconomic variables

JEL-classification: I11, I18, C23

Markus M. Grabka **mgrabka@diw.de** Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) DIW Berlin Königin-Luise-Strasse 5, D-14195 Berlin, Germany phone: +49-30-89789-339, Fax: +49-30-89789-109
Jonas Schreyögg **Jonas.schreyoegg@tu-berlin.de** Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Fakultät Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin, Sekr. EB2, Straße des 17. Juni 145, D-10623 Berlin, Germany phone: +49-30-314-22627, Fax: +49-30-314-28433
Reinhard Busse **rbusse@tu-berlin.de** Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Fakultät Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin, Sekr. EB2, Straße des 17. Juni 145, D-10623 Berlin, Germany phone: +49-30-314-22627, Fax: +49-30-314- 28 420

1. Einführung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahre 2004 wurde zum 1.1.2004 eine so genannte Praxisgebühr von €10 für ambulante Arzt- und Zahnarztbesuche erhoben. Sie fällt beim ersten Besuch einer Arzt- oder Zahnarztpraxis pro Quartal an und wird erneut fällig, sofern in demselben Quartal weitere Ärzte ohne Überweisung aufgesucht werden. Die Versicherten entrichten die Praxisgebühr somit bei jeder ersten Inanspruchnahme pro Quartal, unabhängig von der weiteren Anzahl der Konsultationen.

Die Praxisgebühr gilt für alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Gemäß § 28 Abs. 4 SGB V entfällt die Zahlung jedoch bei Schutzimpfungen (§ 23 Abs. 9 SGB V), bei Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 25 SGB V), bei zahnärztlichen Kontrollbesuchen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5) und bei Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge (§ 196 Abs. 1 RVO). Des Weiteren sind Versicherte von der Praxisgebühr befreit, die bereits durch Zuzahlungen in jeglicher Form die Belastungsgrenze von 2% (bei chronisch Kranken 1%) der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt überschritten haben (§ 62 SGB V).

Mit Einführung der Praxisgebühr hat der Gesetzgeber beabsichtigt, einen Beitrag zur Konsolidierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten. Darüber hinaus sollte die Regelung die Eigenverantwortung der Versicherten stärken [1]. Mit anderen Worten sollte die Praxisgebühr neben der reinen Finanzierungsfunktion auch eine Verhaltensänderung der Versicherten bewirken, die sich unter anderem in einer gesunkenen Inanspruchnahme manifestieren kann.

Aus ökonomisch-theoretischer Sicht ist allerdings nur eine geringe Verhaltenswirkung zu erwarten, da die Nachfragekurve nach Entrichtung der Gebühr senkrecht verläuft d.h. der Preis aus Sicht der Patienten nahe Null ist und die Gebühr relativ gering ist [2]. Trotzdem ist es denkbar, dass die Praxisgebühr eine Verringerung von Arztbesuchen bewirkt und somit die Wahrscheinlichkeit zu unmoralischem Verhalten reduziert hat. Im Falle eines Rückgangs der Arztbesuche wäre jedoch zu prüfen, ob dieser nicht auf eine unerwünschte soziale Ausgrenzung einzelner Bevölkerungsteile zurückzuführen ist, die aufgrund ihrer individuellen Situation notwendige Arztbesuche vermeiden.

Im Rahmen dieses Beitrags soll der Untersuchungsfrage nachgegangen werden, inwieweit die Variation eines möglichen Rückgangs der Arztkontakte durch sozioökonomische Variablen zu erklären ist. Dabei wird in Abschnitt 2 zunächst ein deskriptiver Überblick der Datenbasis gegeben und die Modellierung zur Schätzung der Wirkungszusammenhänge erläutert. In Abschnitt 3 werden die Ergebnisse der Berechnungen präsentiert und abschließend in Abschnitt 4 im Lichte vergleichbarer Untersuchungen diskutiert.

2. Datenbasis und Methode

Als Datenbasis wurde das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) verwendet. Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland. Sie wird im jährlichen Rhythmus seit 1984 bei denselben Personen und Familien in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Im Erhebungsjahr 2004 stehen Informationen über rund 22.000 Befragungspersonen zur Verfügung. Da Kinder und Jugendliche in der GKV bis zum vollendeten 18. Lebensjahr von der Praxisgebühr befreit sind, bezieht sich die Untersuchungspopulation hier auf Personen ab einem Alter von 18 Jahren (n=20.821).

Zum regelmäßigen Befragungsinhalt des SOEP gehört auch die Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen wie die Zahl der Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte. Dabei wird nach der Zahl der Arztbesuche in den vergangenen drei Monaten gefragt. Die Befragung findet überwiegend in den ersten drei Monaten eines Jahres statt. Aufgrund des Längsschnittdesign kann so die individuelle Veränderung in der Inanspruchnahme des ambulanten Sektors aufgrund der Einführung der Praxisgebühr zum 1.1.2004 untersucht werden.

Betrachtet man die Entwicklung der Arztkontakte seit Mitte der 90er Jahre (Tabelle 1), so liegt der Anteil derjenigen mit mindestens einem Arztbesuch in den vergangenen drei Monaten im langjährigen Mittel bei rund 70%.[1] Von 2003 auf 2004 ist nur ein geringer Rückgang auf 68,8% zu beobachten.

Demgegenüber ist hinsichtlich der Veränderung der durchschnittlichen Zahl an Arztkontakten im selben Zeitraum ein klar abnehmender Trend festzustellen (Tabelle 2). Während im Jahre 1995 die Zahl der Arztkontakte in den vorangegangen drei Monaten in der Gesamtbevölkerung noch bei etwa 3,2 Besuchen lag, so ist diese Zahl auf unter 2,5 Arztbesuche in 2004 zu-

[1] Eine signifikant niedrigere Zahl der Arztkontakte für das Jahr 2004 zeigt nur ein Vergleich mit den Angaben aus 1995.

rückgegangen. Dabei konnte allein zwischen den Jahren 2003 und 2004 ein signifikanter Rückgang um durchschnittlich 0,24 (8.8%) Arztbesuche beobachtet werden. Betrachtet man nur diejenigen Personen die einen Arztbesuch getätigt hatten, so fällt die signifikante Abnahme zwischen 2003 und 2004 noch stärker aus (Tabelle 2).

Die Einführung der Praxisgebühr hat vermutlich zwar keinen direkten Effekt auf den Anteil der Personen mit mindestens einem Arztkontakt, doch kann davon ausgegangen werden, dass die Kontakthäufigkeit durch dieses Instrument beeinflusst wird. Dieses erste Ergebnis spricht dafür, dass vermutlich eine bisher unsystematische Mehrfachinanspruchnahme (Ärztehopping) durch die Notwendigkeit von Überweisungen eingedämmt werden konnte, gesundheitlich notwendige Arztbesuche aber weiterhin getätigt werden.[2]

Diese Durchschnittsbetrachtung erlaubt aber keine Aussagen darüber, ob z.B. einkommensschwache Bevölkerungsgruppen durch die €10 Praxisgebühr von einem Arztbesuch abgehalten werden. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Veränderung des Anteils und der Zahl der Arztkontakte zwischen 2003 und 2004 nach dem verfügbaren äquivalenzgewichteten Haushaltseinkommen[3]. Der Anteil der Personen mit einem Arztkontakt variiert nach der Einkommenshöhe nur leicht, wobei das 2. Einkommensquintil[4] mit 71,5% den höchsten Anteil an Arztkontakten im Jahre 2003 aufweist. Bei der Veränderung der Arztkontakte von 2003 auf 2004 hat das 2. Einkommensquintil wiederum die höchste Veränderungsrate mit 1,6 Prozentpunkten. Bei der Kontakthäufigkeit zeigt sich, dass Personen mit höheren Einkommen eine geringere Zahl von Arztbesuchen haben. Die Veränderung fällt dabei über alle Einkommensgruppen hinweg aber vergleichsweise einheitlich aus.

Eine besonders negative Veränderung im Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühr kann sowohl bei dem Anteil der Arztbesuche als auch bei der Kontakthäufigkeit bei unteren Einkommensgruppen nicht beobachtet werden. Es deutet eher sogar daraufhin, dass Personen die eine Verschlechterung ihrer Einkommenssituation zwischen 2003 und 2004 erfahren mussten, ihre Inanspruchnahme entgegen dem allgemeinen Trend einer abnehmenden Kontakthäufigkeit beibehielten.

---

[2] Die Interpretation dieser Ergebnisse steht aber unter dem Vorbehalt, dass hier nicht für eine Veränderung der Morbidität der Bevölkerung und einer veränderten Inanspruchnahme z.B. durch eine Grippewelle ausreichend kontrolliert werden kann.

[3] Als Äquivalenzgewicht wurde die international anerkannte Quadratwurzel der Haushaltsgröße unterstellt.

[4] Ein Einkommensquintil gibt die nach der Einkommenshöhe sortierten Personen in Privathaushalten wieder, die jeweils genau 20 Prozent der Bevölkerung repräsentieren. Dabei haben Personen des 1. Einkommensquintils das geringste und des 5. Einkommensquintils das höchste Einkommen.

Diese deskriptive Betrachtungsweise lässt aber keine Schlussfolgerungen zu, ob andere Bevölkerungsteile durch die Einführung der Praxisgebühr überproportional betroffen sind und ob diese Reformmaßnahme zu einer verstärkten sozialen Ausgrenzung bei der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen geführt hat.

Der eigene Gesundheitszustand wird in der Bevölkerung im Allgemeinen mit gut oder sehr gut beschrieben. Trotzdem weist der überwiegende Teil der Bevölkerung (rund 70%) mindestens einen Arztbesuch in den vorangegangen drei Monaten auf. Im langjährigen Mittel ist es – wie oben gezeigt werden konnte – zwar im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung zu keinen bedeutenden Veränderungen gekommen, doch können damit individuelle Verhaltensänderungen nicht beschrieben werden. Betrachtet man daher die individuelle Veränderung der Arztbesuche für die Jahre 2003 und 2004 so zeigt sich, dass mehr als die Hälfte aller Personen (56%) auch im Vorjahr einen Arztbesuch aufwiesen (Abbildung 1). Von den Personen, die in 2003 keinen Arzt benötigten (30%), gingen immerhin etwas weniger als die Hälfte im folgenden Jahr zum Arzt (13,5%). Interessant sind aber vor allem diejenigen, die zwar 2003 zum Arzt gegangen sind, einen Arztbesuch 2004 aber vermieden (14%).

Um mögliche Ursachen für diese Verhaltensänderung zu identifizieren, wird anhand zweier Logitmodelle nur die Population untersucht, die bereits im Jahre 2003 einen Arztbesuch hatte. Im ersten Modell soll untersucht werden, welche Eigenschaften Personen aufweisen, die im Jahre 2003 einen Arztbesuch hatten, im Jahre 2004 jedoch keinen Arzt mehr in Anspruch nahmen. In einem zweiten Modell wird geprüft, welche Eigenschaften Personen aufweisen, die weniger häufig zum Arzt gehen. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Variablen und ihre Ausprägungen, die in beiden Modellen Verwendung finden.

3. Ergebnisse

Betrachtet man die Ergebnisse aus Modell 1 (Tabelle 5) so zeigt sich, dass der Gesundheitszustand im Vorjahr – also im Jahre 2003 – einen maßgeblichen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit hat, einen Arztbesuch 2004 zu vermeiden. Im Falle eines guten oder sehr guten Gesundheitszustands in 2003, liegt die Wahrscheinlichkeit, 2004 keinen Arzt mehr zu beanspruchen, signifikant höher als im Durchschnitt. Wenn dagegen ein weniger guter oder gar schlechter Gesundheitszustand in 2003 vorlag, so ist die Wahrscheinlichkeit signifikant geringer als im Durchschnitt, 2004 keinen Arzt zu besuchen. Dieses Ergebnis gilt auch für Perso-

nen, die eine offiziell anerkannte Schwerbehinderung von mehr als 60% oder mindestens die Pflegestufe 2 in der Pflegeversicherung aufweisen[5] oder die bereits im Vorjahr häufig beim Arzt gewesen sind. Es kann daher vermutet werden, dass medizinisch notwendige Behandlungen bei einem Arzt durch die Einführung der Praxisgebühr nicht vermieden werden.

Weiterhin ist bei Männern, Vollzeiterwerbstätigen und Selbständigen die Wahrscheinlichkeit signifikant höher als im Durchschnitt, keinen Arzt in 2004 zu besuchen. Dabei dürften sich vermutlich die zusätzlichen Opportunitätskosten auf eine veränderte Nachfrage auswirken.[6] Aber auch Personen, die in Westdeutschland leben, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als der Durchschnitt, 2004 nicht mehr zum Arzt zu gehen. Dies liegt sicherlich daran, dass die durchschnittliche Zahl der Arztbesuche in Westdeutschland niedriger liegt als in Ostdeutschland, so dass es bei einer insgesamt abnehmenden Zahl der Arztbesuche eher im Westen wahrscheinlich ist, dann überhaupt nicht mehr zum Arzt zu gehen.

Als Proxi-Information für die Angebotsseite wurde auch für die Gemeindegrößenklasse kontrolliert. Unabhängig davon ob die Personen auf dem Land oder in einer Großstadt leben, zeigt sich kein signifikanter Effekt auf die Inanspruchnahme nach ambulanten Leistungen.

Bei allen hier betrachteten Kovariaten zum Einkommen konnte ebenso kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Unabhängig davon, ob das Haushaltseinkommen sich nachhaltig seit 2003 verschlechtert hat oder ob Personen nur ein geringes Einkommen zur Verfügung steht, kann nicht gezeigt werden, dass diese 2004 einen Arztbesuch vermeiden.[7]

Interessant ist sicherlich auch das Ergebnis, dass keine Unterschiede zwischen Versicherten der GKV und anderen Versicherungsformen (hier vor allem Versicherte der PKV) gefunden werden können. Durch die Erhöhung des Selbstbehaltes – faktisch eine Kürzung der Beihilfe um €10 im Quartal – wurde die Praxisgebühr analog auf Beamte in einigen Bundesländern z.B. Berlin übertragen. Für andere privat Krankenversicherte hat sich jedoch keine Verände-

[5] Für Personen mit einer dieser Merkmalsausprägungen gilt die erniedrigte Grenze von 1% des Bruttoeinkommens, d.h. die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Jahres von Zuzahlungen bzw. von der Praxisgebühr befreit zu werden, ist größer. Diese Merkmalsausprägungen dienen hierbei als Proxi für das Vorliegen einer chronischen Erkrankung.

[6] Eine alternative Erklärung könnte in der relativ schlechten wirtschaftlichen Lage gesehen werden, die – bedingt um die Sorge des Arbeitsplatzes – die Wahrscheinlichkeit ansteigen lässt einen Arzt nur noch in dringenden Fällen zu konsultieren.

[7] In einer alternativen Spezifikation wurde anstatt von Einkommensquintilen eine Differenzierung nach Einkommensdezilen unterstellt. Auch hier konnte für die unteren und untersten Einkommensgruppen kein negativ signifikanter Effekt beobachtet werden.

rung ergeben, so dass dieses Ergebnis zunächst erstaunlich ist. Wie sich jedoch bei der Analyse anderer Regulierungsinstrumente – z.B. Arzneimittelbudgets – herausgestellt hat, entfalten Regulierungsinstrumente der GKV häufig eine Sekundärwirkung auf die PKV [3].

Außerdem wurde in den untersuchten Modellen der Befragungsmonat kontrolliert. Da die Befragten die Zahl der Arztbesuche in den letzten drei Monaten angeben sollen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich aufgrund von vorgezogenen Arztbesuchen vor dem Jahreswechsel 2003/2004 ein Bias ergibt, da das SOEP bereits im Januar die ersten Befragungen durchführt. Hier zeigte sich aber kein signifikanter Unterschied zwischen einzelnen Monaten.

Auffallend ist das Ergebnis, dass Arbeitslose und Personen ohne einen Berufsabschluss eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit als der Durchschnitt aufweisen, im Jahr 2004 keinen Arzt mehr zu besuchen. Aus der Sozialepidemiologie ist bekannt, dass diese Personengruppen eine überproportionale Morbidität und Mortalität aufweisen und hier ein vermeintlicher Verzicht auf einen Arztbesuch langfristig negative Folgen haben könnte [4]. Insgesamt deuten die Ergebnisse allerdings daraufhin, dass im Jahre 2004 Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder geringen Einkommen einen notwendigen Arztbesuch nicht vermeiden.

Im zweiten Modell (Tabelle 5), das berechnet hat, welche Eigenschaften Personen aufweisen, die in 2003 mindestens einmal einen Arzt aufsuchten und in 2004 seltener zum Arzt gingen, wurden die Ergebnisse des ersten Modells weitgehend bestätigt. Bis auf die Variable „Zahl der Arztbesuche im Vorjahr“ ist hier im Vergleich zum ersten Modell bei den signifikanten Effekten keine Veränderung der Vorzeichen festzustellen. War im Modell 1 noch eine häufige Zahl von Arztbesuchen in 2003 mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit verbunden, 2004 überhaupt nicht mehr zum Arzt zu gehen, so zeigt sich in Modell 2, dass bei hoher Kontakthäufigkeit in 2003 die Wahrscheinlichkeit signifikant erhöht ist, 2004 seltener zum Arzt zu gehen. Es kann vermutet werden, dass 2004 vermeintlich unnötige Arztbesuche durch die gleichzeitige Einführung von Überweisungsscheinen eher vermieden werden oder zumindest zielgerichteter vorgenommen werden. Dieser Effekt scheint dabei über alle Altersgruppen gleich zu wirken, da das Alter keinen eigenständigen Effekt mehr im Vergleich zu Modell 1 aufweist.

4. Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Analyse konnte festgestellt werden, dass die Zahl der Arztbesuche im Jahre 2004 im Vergleich zum Jahr 2003 signifikant gesunken ist. Der Anteil derjenigen, die in beiden Jahren mindestens einmal einen Arzt aufsuchten, blieb dagegen relativ konstant. Gesundheitlich notwendige Arztbesuche z.B. bei Schwerbehinderten und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand wurden, weiterhin getätigt. Des Weiteren konnte keine Benachteiligung von Personen mit geringem sozialem Status festgestellt werden. Es erscheint somit plausibel anzunehmen, dass die Einführung der Praxisgebühr dazu beigetragen hat, die Zahl nicht notwendiger Arztbesuche oder Mehrfachuntersuchungen zu verringern.

Ein Rückgang der Arztbesuche wird auch durch die Ergebnisse anderer Untersuchungen bestätigt. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) kommt in einer Auswertung des ZI-ADT Panels, das ca. 600.000 Behandlungsfälle pro Quartal in der KV-Region Nordrhein umfasst, zum Ergebnis, dass die Arztkontakte im Jahre 2004 um 2,9% im Vergleich zu 2003 gesunken sind [5]. Das ZI-Panel bezieht sich dabei auf eine Erfassung aller Arztkontakte und Fälle (mind. ein Arztkontakt pro Quartal) in allen vier Quartalen der Jahre 2003 und 2004, die von Ärzten an die KV gemeldet wurden. Der Unterschied zu dem berechneten Rückgang im SOEP von 8.8% könnte darin begründet liegen, dass die Befragungen des SOEP überwiegend in den ersten Monaten des Jahres stattfinden und somit noch der Vorzieheffekt und die damit verbundene verringerte Inanspruchnahme kurz nach der Reform überproportional zum Tragen kam. Umgekehrt stellte das ZI mit 8,7% einen deutlicheren Rückgang der Fallzahlen fest als in der vorliegenden Untersuchung (vgl. Tabelle 1). Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich das ZI-Panel nur auf Westdeutschland bezieht, wo, wie bereits beschrieben, ein stärkerer Rückgang als in Ostdeutschland festzustellen ist. Auch in der zahnärztlichen Versorgung konnte ein deutlicher Rückgang der Fälle von 8,2% im zweiten Quartal des Jahres 2004 Vergleich zum Vorjahresquartal festgestellt werden. Im Unterschied zu unserer Untersuchung, die nicht zwischen allgemeiner ambulant-ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung differenziert, war der Rückgang der Fallzahlen in der zahnärztlichen Versorgung in den neuen (11,9%) deutlicher als in den alten Bundesländern (7,0%) [6].

Eine Einschränkung der vorliegenden sowie der anderen erwähnten Untersuchungen stellt die Tatsache dar, dass der Rückgang der Arztkontakte nicht monokausal auf die Einführung der

Praxisgebühr zurückgeführt werden kann, da z.B. gleichzeitig die nicht-rezeptflichtigen Arzneimittel, bis auf einige Ausnahmen, nicht mehr auf Kosten der GKV verordnet werden dürfen. Es ist somit denkbar, dass Arztbesuche vermieden wurden, weil das gewünschte OTC-Präparat nicht mehr auf Rezept erhältlich ist und sich somit der Verhaltenseffekt leicht verstärkt hat.

Eine Ausgrenzung einzelner Bevölkerungsgruppen durch die Praxisgebühr konnte auch in anderen Studien nicht festgestellt werden. Eine Stichprobenerhebung (n=1.550) im Rahmen des Bertelsmann Gesundheitsmonitors zur Reaktion einzelner Personen auf die Praxisgebühr ergab, dass die Befragten in allen Einkommensklassen unter €3000 gleichermaßen 35%-40% erwogen, einen Praxisbesuch aufzuschieben oder sogar zu vermeiden. Es zeigte sich zudem, dass chronisch Kranke oder Personen mit weniger gutem bzw. schlechtem Gesundheitszustand deutlich seltener daran dachten, einen Arztbesuch zu vermeiden als Befragte mit gutem oder ausgezeichnetem Gesundheitszustand [7]. In der Studie des ZI wurde nicht nach Einkommen und Gesundheitszustand, sondern nach Alter differenziert. Es wurde dabei festgestellt, dass der Rückgang – sowohl bei den Fall- als auch bei den Kontaktzahlen – in den Altersgruppen der unter 20-jährigen und über 60-jährigen am geringsten hingegen bei der Altersgruppe der 20-39-jährigen am stärksten ausgeprägt war [5]. Beide Studien kommen deshalb zum Ergebnis, dass die Praxisgebühr dazu beiträgt, Arztbesuche bei Bagatellerkrankungen zu vermeiden.

Angesichts der Ergebnisse erscheint die Zielsetzung des Gesetzgebers einer Stärkung der Eigenverantwortung durch Einführung der Praxisgebühr geglückt. Auch wenn in Deutschland zur Wirkung von Instrumenten der Selbstbeteiligung insgesamt nur wenig empirische Evidenz vorliegt [8], hat sich auch in einigen Studien zu anderen Selbstbeteiligungsformen herausgestellt, dass sie in Deutschland als wirksames Instrument zur Reduktion von moral hazard dienen können [9,10,11]. Zudem ist zu bedenken, dass die Arztkontakte pro Person in Deutschland ohnehin höher als im internationalen Vergleich sind. Während die Daten des SOEP auf ca. 10 Arztkontakte pro Jahr und pro Person schließen lassen, liegt laut WHO[8] die durchschnittliche Kontakthäufigkeit aller Staaten Europas bei 7,5 und der alten EU Staaten sogar nur bei 6,3 [12]. Der gezielte Einsatz weiterer Instrumente der Selbstbeteiligung zur Senkung nicht notwendiger Arztbesuche erscheint somit plausibel. Gleichzeitig ist allerdings eine vermehrte Forschungstätigkeit in Deutschland hinsichtlich der Wirkung von Selbstbeteiligungs-

[8] Für Deutschland sind keine Arztkontaktzahlen in der WHO „Health for All“ Database verfügbar.

instrumenten dringend geboten, um die Folgen der Einführung verschiedener Instrumente zuverlässiger einschätzen zu können.

Literatur

[1] Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz), Drucksache 15/1525, 8.9.2003
[2] Schulenburg J-M Graf von der, Greiner W. Gesundheitsökonomik. Tübingen: Mohr Siebeck. 2000
[3] Busse R, Schreyögg J, Henke K-D. Regulation of pharmaceutical markets in Germany: improving efficiency and controlling expenditures. in: International Journal of Health Planning and Management. 2005 (in Druck).
[4] Berth H; Forster P; Brahler E. Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. Gesundheitswesen 2003;65(10):555-60
[5] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI). Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt. Pressemitteilung vom 24. Januar 2005. Bonn: ZI
[6] Klingenberger D. Steuerungs- und Verteilungswirkungen der Praxisgebühr im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung – eine Kosten-Nutzen-Analyse. Das Gesundheitswesen 2005;67(3): 196-203
[7] Streich W. Reaktionen auf die Praxisgebühr – was antworten die Betroffenen? Gesundheitsmonitor
[8] Gericke CA, Wismar M, Busse R. Finanzielle Selbstbeteiligung der Patienten in Deutschland – kaum empirische Evidenz. Das Gesundheitswesen 2004;66(8-9): 584
[9] Schulenburg J-M Graf von der. Selbstbeteiligung. Tübingen: Mohr-Siebeck. 1987
[10] Winkelmann R. Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits – evidence from a natural experiment. Health Economics 2004;13: 1081-1089
[11] Berlemann M, Karmann A. Moral Hazard im Gesundheitswesen: ein Beispiel aus der Kieferorthopädie. Dresden: Technische Universität, Fakultät Wirtschaftswissenschaften. Dresdner Beiträge zur Volkswirtschaftslehre 1997; 14
[12] World Health Organization. Health for All Database. Copenhagen: World Health Organization Europe. 2005 (1)

Anhang

Tabelle 1: Anteil von Personen mit mindestens einem Arztkontakt in den letzten drei Monaten 1995-2004 (Anteil in %)

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
72,0	71,4	70,8	68,5	71,4	68,5	69,6	68,5	70,1	68,8

Quelle: SOEP, Population: jahresspezifische Querschnitte, eigene Berechnungen.

Tabelle 2: Durchschnittliche Zahl der Arztkontakte in den letzten drei Monaten 1995-2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bevölkerung Insgesamt	3,19	3,09	3,06	2,83	2,90	2,74	2,83	2,68	2,73	2,49
Personen mit Arztkontakt im Vorjahr	4,52	4,40	4,36	4,18	4,08	4,01	4,08	3,92	3,92	3,64

Quelle: SOEP, Population: jahresspezifische Querschnitte**,** eigene Berechnungen.

Tabelle 3: Veränderung des Anteils der Personen mit mind. einem Arztkontakt und der durchschnittlichen Zahl von Arztkontakten in den vorangegangen drei Monaten 2003-2004 nach dem Einkommen[1]

	Arztkontakt		Kontakthäufigkeit	
	2003	2003/2004	2003	2003/2004
	in %	Veränderung	in %	Veränderung
1. Quintil 2004	69,4	-0,8	4,40	-0,34
2. Quintil 2004	71,5	-1,6	4,27	-0,32
3. Quintil 2004	69,8	-0,2	4,50	-0,44
4. Quintil 2004	71,1	-0,4	4,03	-0,20
5. Quintil 2004	68,4	-0,2	3,66	-0,24
mind. ein Quintil (2003-2004) verbessert	67,9	+0,7	4,20	-0,53
mind. ein Quintil (2003-2004) verschlechtert	68,3	+0,2	4,24	+0,01
fehlende Angabe zum Einkommen	68,7	-1,2	4,39	-0,60
Insgesamt	70,1	-0,6	4,21	-0,32

Quelle: SOEP, Population: Längsschnitt 2003/2004 (Unterschiede zu Tabelle 2 und 1 ergeben sich aus einer anderen Populationsabgrenzung, da es sich dort um jahresspezifische Querschnitte handelt), eigene Berechnungen. [1]: Äquivalenzgewichtetes monatliches Haushaltsnettoeinkommen.

Tabelle 4: Deskriptive Statistiken für Personen, mit mindestens einem Arztkontakt in 2003 (Angaben in % inklusive Referenzkategorie)

	Mittel-wert	Std.Dev.	Min.	Max.
Weniger Arztbesuche in 2004	0.544	0.498	0	1
kein Arztbesuch in 2004 aber in 2003	0.215	0.411	0	1
Alter in Jahren	50.387	17.432	18	99
Alter quadriert	2842.64	1798.20	324	9801
Männer	0.438	0.496	0	1
Gesundheitszustand in 2003 [1]				
sehr gut	0.065	0.247	0	1
gut	0.365	0.482	0	1
weniger gut	0.166	0.372	0	1
schlecht	0.044	0.206	0	1
Zahl der Arztbesuche in 2003	3.741	4.412	1	93
Schwerbehindert > 60%	0.077	0.267	0	1
regelmäßige sportliche Betätigung	0.292	0.455	0	1
Berufliche Bildung [2]				
Lehre	0.616	0.486	0	1
ohne Berufsabschluss	0.175	0.380	0	1
fehlende Angabe zum Abschluss	0.012	0.109	0	1
Ausländer[3]	0.070	0.255	0	1
Familienstand: Verheiratet	0.654	0.476	0	1
Kinder unter 3 Jahren im Haushalt	0.061	0.239	0	1
Vollzeit erwerbstätig	0.356	0.479	0	1
Teilzeit erwerbstätig	0.106	0.308	0	1
Selbständiger	0.051	0.221	0	1
Arbeitslos gemeldet	0.066	0.249	0	1
Wohnort: Westdeutschland	0.750	0.433	0	1
Einkommen				
1. Einkommensquintil	0.198	0.398	0	1
2. Einkommensquintil	0.191	0.393	0	1
3. Einkommensquintil	0.206	0.404	0	1
4. Einkommensquintil [4]	0.194	0.396	0	1
Einkommensverbesserung 2003-2004	0.179	0.384	0	1
Einkommensverschlechterung 2003-2004	0.178	0.382	0	1
fehlende Einkommensangabe	0.046	0.210	0	1
Gemeindegrößenklasse				
unter 2 000 Einwohnern	0.103	0.304	0	1
über 500.000 Einwohner	0.132	0.338	0	1
Versicherter der GKV	0.861	0.346	0	1
Befragungsmonat [5]				
Februar	0.295	0.456	0	1
März	0.176	0.381	0	1
April	0.062	0.241	0	1
Mai	0.041	0.198	0	1
Jun	0.026	0.160	0	1
Juli	0.024	0.152	0	1
August	0.013	0.114	0	1
September	0.004	0.067	0	1
Oktober	0.001	0.031	0	1

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen. n=14363.
1: Referenzkategorie (RF): zufriedenstellend. / 2: RF: Fachhochschule oder Universität / 3: RF: Deutscher Staatsangehörigkeit / 4: RF: 5. Einkommensquintil / 5: RF: Januar

Tabelle 5: Wer vermeidet einen Arztbesuch in 2004 (Modell 1) oder geht weniger häufig zum Arzt (Modell 2) – Ergebnisse eines Logit-Modells

	Modell 1		**Modell 2**		
	Betas	Std.Dev.	Betas		Std.Dev.
Konstante	-1.1584 ***	0.2265	-0.3841	**	0.1865
Alter in Jahren	0.0260 ***	0.0099	-0.0031		0.0073
Alter quadriert	-0.0005 ***	0.0001	-0.0001		0.0001
Männer	0.4600 ***	0.0472	0.2605	***	0.0395
Gesundheitszustand in 2003 [1]					
sehr gut	0.5332 ***	0.0834	0.2367	***	0.0787
gut	0.3111 ***	0.0508	0.1337	***	0.0437
weniger gut	-0.2628 ***	0.0786	-0.2827	***	0.0575
schlecht	-0.4501 **	0.1823	-0.5252	***	0.1116
Zahl der Arztbesuche in 2003	-0.0765 ***	0.0088	0.3092	***	0.0094
Schwerbehindert > 60%	-1.0020 ***	0.1552	-0.6600	***	0.0801
regelmäßige sportliche Betätigung	-0.1870 ***	0.0488	-0.0535		0.0413
Berufliche Bildung [2]					
Lehre	0.0935	0.0588	0.0839		0.0496
ohne Berufsabschluss	0.2306 ***	0.0803	0.1507	**	0.0666
fehlende Angabe zum Abschluss	-0.0602	0.1935	0.0815		0.1657
Ausländer[3]	0.0111	0.0856	-0.1315		0.0755
Familienstand: Verheiratet	-0.0416	0.0554	-0.0155		0.0457
Kinder unter 3 Jahren im Haushalt	-0.0820	0.0856	0.0870		0.0804
Vollzeit erwerbstätig	0.2433 ***	0.0620	0.2233	***	0.0513
Teilzeit erwerbstätig	0.1036	0.0813	0.1081		0.0674
Selbständiger	0.3702 ***	0.0873	0.1584		0.0840
Arbeitslos gemeldet	0.2251 **	0.0935	0.1120		0.0813
Wohnort: Westdeutschland	0.2692 ***	0.0572	0.0638		0.0464
Einkommen					
1. Einkommensquintil	0.0887	0.0848	-0.0304		0.0716
2. Einkommensquintil	0.0040	0.0771	-0.0841		0.0656
3. Einkommensquintil	0.0147	0.0725	-0.0121		0.0621
4. Einkommensquintil [4]	-0.1165	0.0702	-0.1015		0.0600
Einkommensverbesserung 2003-2004	0.0791	0.0584	0.0363		0.0501
Einkommensverschlechterung 2003-2004	-0.0952	0.0605	-0.0408		0.0503
fehlende Einkommensangabe	0.1776	0.1056	0.1041		0.0928
Gemeindegrößenklasse					
unter 2 000 Einwohnern	-0.0237	0.0759	-0.0415		0.0620
über 500.000 Einwohner	-0.0381	0.0653	-0.0028		0.0546
Versicherter der GKV	-0.0557	0.0672	0.0480		0.0594
Befragungsmonat [5]					
Februar	0.0265	0.0543	0.0237		0.0450
März	0.0515	0.0626	0.0188		0.0528
April	-0.0170	0.0926	0.0195		0.0791
Mai	0.0579	0.1079	-0.0089		0.0943
Jun	0.0371	0.1328	0.1368		0.1145
Juli	0.0078	0.1398	0.0242		0.1213
August	0.0289	0.1797	-0.0337		0.1595
September	0.5487	0.2842	0.1541		0.2748
Oktober	0.2581	0.5818	-0.4298		0.5583

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen. Population: Personen mit mind. einem Arztbesuch im Vorjahr.
** : $p < 0.05$, ***: $p <$ 01; n = 14363 / Likelihood Ratio Test: Chi2 = 1468.5 (Modell 1) / 2059.6 (Modell 2);
1: Referenzkategorie (RF): zufriedenstellend. / 2: RF: Fachhochschule oder Universität / 3: RF: Deutscher Staatsangehörigkeit / 4: RF: 5. Einkommensquintil / 5: RF: Januar

Abbildung 1: Arztbesuch in 2003 und 2004 (Anteil in %)

		Arztbesuch 2004		
		nein	ja	Total
Arztbesuch 2003	nein	16,5	13,5	30,0
	ja	14,0	56,0	70,0
	Total	30,5	69,5	100,0

Quelle: SOEP, Population: Längsschnitt 2003/2004, eigene Berechnungen.