



Schriften zum europäischen Management

Hrsg.: Roland Berger Strategy Consultants –
Academic Network

Roland Berger
Strategy Consultants

Verena Reichl

Prospektive Auswirkungen der Kosteneinsparung im Gesundheitswesen auf Ärzte, Patienten und die Industrie



GABLER EDITION WISSENSCHAFT

Verena Reichl

**Prospektive Auswirkungen der Kosteneinsparung
im Gesundheitswesen auf Ärzte, Patienten und
die Industrie**

GABLER EDITION WISSENSCHAFT

Schriften zum europäischen Management

Herausgegeben von

Roland Berger Strategy Consultants – Academic Network

Herausgeberrat:

Prof. Dr. Thomas Bieger, Universität St. Gallen;

Prof. Dr. Rolf Caspers, European Business School,

Oestrich-Winkel;

Prof. Dr. Guido Eilenberger, Universität Rostock;

Prof. Dr. Dr. Werner Gocht, RWTH Aachen;

Prof. Dr. Karl-Werner Hansmann, Universität Hamburg;

Prof. Dr. Alfred Kötzle, Europa Universität Viadrina, Frankfurt/Oder;

Prof. Dr. Kurt Reding, Universität Kassel;

Prof. Dr. Dr. Karl-Ulrich Rudolph, Universität Witten-Herdecke;

Prof. Dr. Johannes Rüegg-Stürm, Universität St. Gallen;

Prof. Dr. Leo Schuster, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt;

Prof. Dr. Klaus Spremann, Universität St. Gallen;

Prof. Dr. Dodo zu Knyphausen-Aufseß, Universität Bamberg;

Dr. Burkhard Schwenker, Roland Berger Strategy Consultants

Die Reihe wendet sich an Studenten sowie Praktiker und leistet wissenschaftliche Beiträge zur ökonomischen Forschung im europäischen Kontext.

Verena Reichl

Prospektive Auswirkungen der Kosteneinsparung im Gesundheitswesen auf Ärzte, Patienten und die Industrie

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Rolf R. Engel

Deutscher Universitäts-Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Dissertation Universität München, 2005

1. Auflage November 2005

Alle Rechte vorbehalten

© Deutscher Universitäts-Verlag/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2005

Lektorat: Brigitte Siegel / Sabine Schöllner

Der Deutsche Universitäts-Verlag ist ein Unternehmen von
Springer Science+Business Media.
www.duv.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes
ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbeson-
dere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem
Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche
Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten
wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: Regine Zimmer, Dipl.-Designerin, Frankfurt/Main
Druck und Buchbinder: Rosch-Buch, Scheßlitz
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

ISBN-13 : 978-3-8350-0184-8

e-ISBN-13 : 978-3-322-82177-5

DOI : 10.1007 / 978-3-322-82177-5

Geleitwort

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit einem hochaktuellen Thema aus dem Bereich des Gesundheitswesens. Seit einigen Jahren reduziert die gesetzliche Krankenversicherung ihre Zahlungen zum Beispiel für Medikamente, aber auch für Krankenhausaufenthalte, von den früher üblichen 100 Prozent und verlangt vom Patienten eine Eigenbeteiligung oder, in der Terminologie des SGB V, eine Zuzahlung (§ 31, Abs. 3). Die Zuzahlung ist zunächst einmal Ausdruck des politischen Willens, aktuell zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem zu kommen. Allerdings steht dahinter auch der Trend, den Patienten in Zukunft stärker in die Verantwortung einzubeziehen. Mit vier aufeinander bezogenen Befragungen wichtiger Teilnehmer des Gesundheitssystem (Ärzte, zwei Stichproben von Patienten, Industrie) werden in der vorliegenden Untersuchung aktuelle Auswirkungen der Kosteneinsparungen beschrieben und analysiert sowie Einschätzungen für die zukünftige Entwicklung abgeleitet. Dabei liegt ein Aspekt auch auf der Analyse krankheitsspezifischer oder persönlichkeitspezifischer Faktoren, die die Bereitschaft zu eigener finanzieller Beteiligung beeinflussen können.

Die umfangreiche Untersuchung beschreibt zunächst die derzeitige Lage auf dem Gesundheitssektor, nennt die Hauptakteure, skizziert die durch die Politik gesetzten Veränderungen der jüngsten Zeit, fasst die schon vorhandenen Arbeiten (die meisten mit wirtschaftswissenschaftlichem Fokus) zusammen und demonstriert die Forschungslücken, die sich insbesondere auf psychologischem Gebiet auftun. In einer intensiven Literaturanalyse identifiziert die Autorin die bisher bekannten oder vermuteten Auswirkungen der Einsparungen auf Ärzte, Patienten und Industrie. Beispiele für Auswirkungen auf ärztlicher Seite sind etwa Veränderungen im Ordnungsverhalten, vermutete Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung, aber auch generelle Auswirkungen auf die Rolle des Arztes im Gesundheitswesen. Für die Analyse des Patientenverhaltens gibt es zahlreiche theoretische Ansätze, etwa das Health-Belief-Modell, den Locus-of-Control-Ansatz und nicht zuletzt die vielfältigen Untersuchungen zur Compliance. Die möglichen Auswirkungen für die Industrie sind bisher meist unter dem Aspekt einer (partiellen!) Verschiebung des Marketings vom Arzt auf den Patienten angedacht worden. Zu diesen Fragenkomplexen leitet die Autorin aus der Literatur eine Reihe von Hypothesen ab, die an Hand empirischer Daten geprüft werden können.

Ihre vier Befragungen führte Frau Reichl mit jeweils speziell konstruierten Fragebögen durch. Drei davon waren Befragungen anfallender Stichproben, bei denen schon aus ökonomischen und zeitlichen Aspekten keine Repräsentativität angestrebt wurde. Die Autorin konnte 42 Ärztinnen und Ärzte für die Arztbefragung und 20 Firmen (zwölf Arzneimittelhersteller und neun Hersteller von Diagnostika oder medizintechnischen Geräten) für die Firmenbefragung gewinnen. Die wichtigste Befragung, die der Patienten, wurde aus Praktikabilitätsgründen in zwei Teilschritten durchgeführt. In einem ersten, nicht repräsentativen Verfahren sollten Zusammenhänge zwischen gesundheitspsychologischen Variablen und der Zuzahlungsbereitschaft ermittelt werden, die dann in einer repräsentativen Befragung genauer analysiert werden sollten. Im ersten Teil ("explorative Patientenstudie") wurden 121 Personen untersucht, im zweiten Teil ("Telefonstudie") 386 Personen. Beim repräsentativen zweiten Teil der Patientenbefragung kam ein im ZUMA entwickeltes Nummernblock-Verfahren zur Anwendung, das manche Nachteile früherer Methoden beseitigt.

Aus der Fülle der Einzelergebnisse der Dissertation möchte ich einige wenige herausgreifen. Die Autorin konnte zunächst Daten hinsichtlich der generellen Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem replizieren, die in ähnlicher Form schon in früheren Untersuchungen erfragt wurden. Dies verschafft eine gewisse Zuversicht hinsichtlich der Repräsentativität ihrer Erhebung. Sie konnte zeigen, dass inzwischen ein relativ großer Anteil der Bevölkerung schon Erfahrung mit der Verweigerung (Nicht-Verschreibung, Verschiebung) bestimmter Maßnahmen auf Grund der Kosten gemacht hat. Diese Zahlen spiegeln sich in ähnlichen Angaben der Ärzte. Bei der repräsentativen Befragung ermittelte sie einen monatlichen Betrag von rund 63 Euro, den die Patienten im Durchschnitt zuzahlen bereit waren. Wie zu erwarten hing die Zuzahlungshöhe von sozioökonomischen Variablen (z.B. Ausbildung, Einkommen) ab. Der Einfluss personenspezifischer gesundheitspsychologischer Variablen konnte nur eingeschränkt nachgewiesen werden.

Mit der vorliegenden Arbeit hat Frau Reichl zu einer hochaktuellen Frage eine Reihe von wertvollen Daten beigebracht und mit Sorgfalt aufbereitet und diskutiert. Die Arbeit führt sachkundig und fachübergreifend in die aktuelle "Zuzahlungsfrage" ein und berücksichtigt dabei den komplexen Hintergrund unseres Gesundheitswesens mit seinen politischen, juristischen, wirtschaftlichen und psychologischen Aspekten. Die professionelle Telefonbefragung einer relativ großen Stichprobe hat Anspruch auf Repräsentativität. Damit liefert die vorliegende Arbeit Zahlen, die bei der

aktuellen Diskussion über Veränderungen in der Finanzierung des Gesundheitssystems von hohem Wert sind. Ich wünsche der Arbeit deshalb eine breite Rezeption.

Prof. Dr. Rolf R. Engel

Vorwort

Die vorliegende Arbeit über die prospektiven Auswirkungen der Kostensituation im Gesundheitswesen bildet das Ergebnis einer spannenden Auseinandersetzung mit diesem facettenreichen Themengebiet an der Grenze von Ökonomie, Psychologie und Medizin.

Die Erstellung der Arbeit wäre ohne die fachliche und persönliche Hilfe vieler Menschen nicht möglich gewesen. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mir hilfreich zur Seite standen.

Mein Dank gilt insbesondere meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Rolf R. Engel, der mich durch seine fachlichen und methodischen Kenntnisse, sein stets offenes Ohr für meine Fragen sowie durch sein Vertrauen in meine Fähigkeiten unterstützte.

Die Dissertation entstand im Rahmen des Promotionsprogrammes der Unternehmensberatung Roland Berger Strategy Consultants. Ich möchte dabei allen Kolleginnen und Kollegen im Doktorandenzirkel und vor allem Dr. Nils Bickhoff sowie Dr. Christoph Kleppel Danke sagen, die mir durch inhaltliche Diskussionen und kritisches Hinterfragen zu neuen Impulsen für meine Arbeit verhalfen. Auch meinen Mentoren Felicitas Schneider und Klaus Fuest bin ich sehr dankbar für die Förderung und das damit verbundene Vertrauen.

Weiterhin möchte ich alle Teilnehmer der vier Studien dankend erwähnen ohne deren Interesse und Aufgeschlossenheit die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Außerdem dürfen meine Familie und Freunde nicht fehlen, die mich stets unterstützten und auch in den anstrengenden Zeiten der Korrekturphase nie ihre Geduld mit mir verloren.

Verena Reichl

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht, wie die Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen das Verhalten von Patienten und Ärzten beeinflussen. Im Fokus der Untersuchung steht dabei: auf Seiten der Patienten die persönliche Bereitschaft Zuzahlungen zu leisten; auf Seiten der Ärzte die mögliche Veränderung ihres Ordnungsverhaltens und weiterhin ihre Einflussnahme auf die Zuzahlungsbereitschaft der Patienten. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit setzt sich mit den Folgen auseinander, die sich durch eine Verhaltensänderung der Patienten hin zu mehr Eigenständigkeit für die Vermarktungskonzepte der Industrie ergeben können.

Ausgehend von gesundheitspsychologischen Theorien, patientenorientierten Marketingansätzen und unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Gesundheitswesens werden die wichtigsten Untersuchungsfragestellungen abgeleitet.

Der Arbeit liegt durch die Integration von mehreren Entscheidungsträgern und wirtschaftlicher und psychologischer Fragestellungen ein holistischer und interdisziplinärer Ansatz zugrunde. Die gewonnenen wissenschaftlichen Ergebnisse sollen zur Ableitung praxisrelevanter Handlungsempfehlungen verwendet werden. Die Überprüfung der Untersuchungshypothesen erfolgt anhand einer Ärztebefragung, einer explorativen und telefonischen Patientenstudie sowie anhand einer Industrieumfrage.

Das Hauptziel der Ärztstudie liegt darin herauszufinden, welche Auswirkungen die Kostensituation im Gesundheitswesen auf das Ordnungsverhalten der Ärzte hat, und wie die Ärzte selbst die Zuzahlungsbereitschaft ihrer Patienten beeinflussen können. Zur Untersuchung der Fragestellungen wird ein standardisiertes Messinstrument konzipiert. Die Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer erfolgt über persönliche Kontakte, Ärzteverzeichnisse im Internet und Auswahl über Telefonbücher. Der Fragebogen wird an 127 niedergelassene Ärzte verschiedenster Fachrichtungen deutschlandweit verteilt. Bei der Auswertung können insgesamt die Daten von 42 Ärzten berücksichtigt werden. Der Großteil der statistischen Auswertung erfolgt anhand deskriptiver Verfahren. Die abgeleiteten Hypothesen werden mit Binomialtests überprüft.

Mit Hilfe der explorativen Patientenstudie soll der Einfluss gesundheitspsychologischer Variablen auf die Zuzahlungsbereitschaft untersucht werden, um auf diese Weise Ansatzpunkte für vertiefere Forschungsmöglichkeiten herauszu-

arbeiten. Es wird eine schriftliche Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Die Verteilung des Fragebogens erfolgt im Freundes- bzw. Bekanntenkreis und bei Selbsthilfegruppen. Bei der Analyse der Ergebnisse können insgesamt 121 Studienteilnehmer berücksichtigt werden. Die Überprüfung der Hypothesen erfolgt mit Hilfe von t-Tests für unabhängige Stichproben und varianzanalytischen Verfahren. Bei der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Zuzahlungsbereitschaft und relevanten Merkmalen werden Korrelationsmaße berechnet.

Im Rahmen der telefonischen Patientenbefragung soll ein Überblick über die Höhe der Zuzahlungsbereitschaft in Deutschland insgesamt gewonnen und angenommene Zusammenhänge zwischen der Eigenbeteiligungsbereitschaft und ausgewählten Variablen weiter validiert werden. Der standardisierte Fragebogen unterscheidet sich entsprechend der Fragestellung in einigen Bereichen von dem Messinstrument der explorativen Patientenstudie. Bei der telefonische Erhebung werden insgesamt 3494 Telefonanschlüsse kontaktiert. Bei der endgültigen Auswertung können die Daten von 361 Untersuchungsteilnehmern berücksichtigt werden. Die statistische Auswertung erfolgt analog zum Vorgehen in der explorativen Studie. Das Hauptanliegen der Industriebefragung besteht in der Untersuchung der Folgen der Kostensituation im Gesundheitswesen für pharmazeutische und medizintechnische Unternehmen. Weiterhin wird analysiert, wie die Industrie die eigenständige Rolle der Patienten einschätzt, und welche Auswirkungen sich dadurch für ihre bestehenden Vermarktungskonzepte ergeben. Der erstellte Fragebogen wird an Marketingverantwortliche der führenden deutschen pharmazeutischen und medizintechnischen Hersteller verschickt. Die Kontaktaufnahme zu den Verantwortlichen basiert auf persönlichen Kontakten, Adresslisten und den Mitgliederverzeichnissen der führenden Industrieverbände. Die Auswertung, bei der insgesamt 20 Unternehmen berücksichtigt werden, erfolgt ausschließlich anhand deskriptiver Verfahren.

Insgesamt gelingt es, relevante Konsequenzen der finanziellen Situation im Gesundheitswesen für alle Untersuchungsteilnehmer zu belegen. Bei den Ärzten manifestiert sich dies hauptsächlich in einem veränderten Verordnungsmodus mit einer höheren Rate von Generikaverordnungen oder dem Verzicht auf die Verschreibung bestimmter Präparate. In den beiden Patientenstudien sind mehr als die Hälfte der Befragten von einem Mangel an finanziellen Mitteln im Gesundheitswesen überzeugt. 30 Prozent der Studienteilnehmer haben dabei auch die Erfahrung gemacht,

dass ihnen aufgrund der Kostensituation eine Behandlung verweigert wurde. So müssen die Patienten Behandlungen selbst bezahlen, der Arzt verweigert ihnen eine Verordnung oder Behandlungsmaßnahmen werden zeitlich verschoben. Der ermittelte monatliche Zuzahlungsbetrag aus der telefonischen Befragung beträgt 63 Euro und entspricht damit den Ergebnissen einer Studie von Daniel et al. (2002). Gesundheitspsychologische Variablen wie das Health-Belief-Modell oder Compliance und Kontrollüberzeugungen spielen bei der Erklärung der Zuzahlungsbereitschaft nur eine geringe Rolle, dagegen kann die Bedeutung von soziodemographischen Faktoren und Einkommensstruktur wie in anderen empirischen Arbeiten belegt werden. Auch das vorliegende Bildungsniveau erweist sich als relevanter Einflussfaktor für die Eigenbeteiligungsbereitschaft. Sowohl von Seiten der Ärzte als auch von Seiten der Patienten wird deutlich, dass besonders der Arzt durch gezielte Motivation und Information auf die Höhe der Patientenzuzahlungen einwirken kann.

Die Industriestudie offenbart wichtige Einblicke in das vorherrschende Patientenbild der Unternehmen, dabei ist weniger die Zuzahlungsbereitschaft der Patienten als ihr Bedürfnis nach validen gesundheitsbezogenen Informationen relevant. Dieser Bedarf nach verlässlicher Information sollte auch bei der Gestaltung patientenorientierter Vermarktungskonzepte für Gesundheitsdienstleistungen beachtet werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Motivation und Zielsetzung	1
2. Inhaltliche Eingrenzung des Themas	4
2.1 Aktualität der Thematik	4
2.1.1 Charakterisierung wichtiger Teilnehmer des deutschen Gesundheitswesens	4
2.1.2 Auswirkungen der Kostensituation im Gesundheitswesen auf seine Teilnehmer	8
2.2 Thematische und theoretische Eingrenzung	15
2.2.1 Ärzte	16
2.2.2 Patienten	19
2.2.3 Industrie	25
3. Theoretischer Hintergrund	29
3.1 Auswirkungen der Kostensituation im Gesundheitswesen auf das ärztliche Verhalten	29
3.1.1 Veränderung der ärztlichen Position innerhalb des Gesundheitswesens ..	29
3.1.2 Modifikation des Ordnungsverhaltens	31
3.1.3 Einfluss der Kostensituation auf die Arzt-Patient-Beziehung	35
3.2 Wichtige Einflussfaktoren auf das Patientenverhalten im Rahmen der Zahlungsdiskussion	37
3.2.1 Psychologische und interne Determinanten	37
3.2.2 Externe Einflussfaktoren auf das Patientenverhalten im Rahmen der Zahlungsdiskussion	66
3.3. Die Auswirkungen der Kostensituation im Gesundheitswesen auf die Industrie: Die steigende Bedeutung des patientenorientierten Marketings	71
3.3.1 Grundlagen für die wachsende Relevanz patientenorientierter Vermarktungskonzepte	71
3.3.2 Die historische Entwicklung des patientenorientierten Marketings	73
3.3.3 Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen	75
3.3.4 Überblick zum patientenorientierten Marketing in der Literatur	77

3.3.5 Herausforderungen für die Industrie	81
3.3.6 Abschließende kritische und ethische Stellungnahme	83
4. Integrative Zusammenfassung der Untersuchungsvariablen und Ableitung der Fragestellung	85
4.1 Arzt	85
4.1.1 Integration der Untersuchungsvariablen	85
4.1.2 Ableitung der Fragestellung	88
4.2 Patient	93
4.2.1 Zusammenfassung der Untersuchungsdeterminanten	93
4.2.2 Ableitung der Untersuchungshypothesen	97
4.3 Industrie	104
4.3.1 Integration der Untersuchungsvariablen	104
4.3.2 Ableitung der Fragestellung	106
5. Methode der empirischen Untersuchungen	109
5.1. Ärzte	109
5.1.1 Angestrebte Stichprobe	109
5.1.2 Fragebogen	109
5.1.3 Untersuchungsdurchführung	112
5.1.4 Statistische Auswertung	112
5.2 Explorative Patientenstudie	113
5.2.1 Zielstichprobe	113
5.2.2 Untersuchungsinstrument	114
5.2.3 Ablauf der Untersuchung	120
5.2.4 Statistische Auswertung	121
5.3 Telefonstudie	127
5.3.1 Angestrebte Stichprobe	127
5.3.2 Messinstrument	127
5.3.3 Exkurs: Grundlagen der Telefonbefragung	128
5.3.4 Untersuchungsdurchführung	134
5.3.5 Statistische Auswertung	135
5.4. Industriebefragung	136

5.4.1 Zielstichprobe.....	136
5.4.2 Untersuchungsinstrument	136
5.4.3 Durchführung der Untersuchung.....	140
5.4.4 Statistische Auswertung.....	141
6. Ergebnisse	142
6.1 Ärztebefragung.....	142
6.1.1 Beschreibung der erzielten Stichprobe	142
6.1.2 Auswertung	144
6.2 Explorative Patientenstudie.....	158
6.2.1 Zusammensetzung der Zielstichprobe	158
6.2.2 Auswertung	161
6.3 Telefonstudie.....	189
6.3.1 Beschreibung der erzielten Stichprobe	189
6.3.2 Auswertung	193
6.4. Industriebefragung	227
6.4.1 Charakteristika der erzielten Stichprobe	227
6.4.2 Deskriptive Auswertung	227
7. Ergebnisdiskussion	245
7.1 Adäquatheit der Ergebnisse	245
7.2 Ergebnisüberblick.....	250
7.2.1 Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen	250
7.2.2 Die Kostensituation im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die Untersuchungsteilnehmer	250
7.2.3 Zuzahlungsbereitschaft.....	252
7.2.4 Bedürfnisse des Patienten bei der Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen	264
8. Kritische Würdigung und Ausblick	271
9. Literaturverzeichnis	273
10. Anhang.....	295

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Folgen der steigenden Kosten für wichtige Teilnehmer im Gesundheitswesen	15
Abbildung 2: Elemente des Health-Belief-Modells zur Vorhersage gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen	38
Abbildung 3: Untersuchte Einflussfaktoren auf das Verhalten der Ärzte	87
Abbildung 4: Untersuchte Einflussfaktoren auf die Zuzahlungsbereitschaft der Patienten	96
Abbildung 5: Einflussfaktoren auf Vermarktungskonzepte der Industrie	105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufbau des Fragebogens aus der Ärztstudie	111
Tabelle 2: Beispielitems aus den Fragebögen der Patientenstudien	118
Tabelle 3: Aufbau des Patientenfragebogens aus der explorativen Studie	120
Tabelle 4: Einteilung der Effektgrößen nach Cohen (1988)	126
Tabelle 5: Aufbau des Patientenfragebogens aus der Telefonstudie	128
Tabelle 6: Zusammensetzung einer Telefonstichprobe der ZUMA	131
Tabelle 7: Aufbau des Fragebogens für die Industriestudie	139

Ärztstudie:

Tabelle 8: Zusammensetzung der Ärztstichprobe	143
Tabelle 9: Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen	145
Tabelle 10: Einschätzung zukünftiger Trends im Gesundheitswesen	147
Tabelle 11: Charakteristika einer optimalen Arzt-Patient-Beziehung	149
Tabelle 12: Einfluss von Disease-Management-Konzepten auf die Arzt-Patient-Beziehung	150
Tabelle 13: Arzt als Verbindungsglied zwischen Patient und pharmazeutischer Industrie	150
Tabelle 14: Einschätzung von Instrumenten des patientenorientierten Marketings	151
Tabelle 15: Nutzung von patientenbezogenen Informationsquellen	152
Tabelle 16: Veränderung des ärztlichen Ordnungsverhaltens durch die Kostensituation im Gesundheitswesen	154
Tabelle 17: Beeinflussung der Zuzahlungsbereitschaft durch den behandelnden Arzt	156
Tabelle 18: Zusammengefasste Ergebnisse der Hypothesenprüfung aus der Ärztstudie	157

Explorative Patientenstichprobe:

Tabelle 19: Untersuchungsrelevante Merkmale der explorativen Patientenstichprobe	160
Tabelle 20: Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen	162
Tabelle 21: Kostensituation im deutschen Gesundheitswesen	163
Tabelle 22: Erfahrung mit verwehrtten Behandlungen	163
Tabelle 23: Kostensituation im deutschen Gesundheitswesen	164
Tabelle 24: Zuzahlungsbereitschaft	165
Tabelle 25: Erleichterung der Zuzahlung	165
Tabelle 26: Stärke der Zuzahlungsbereitschaft	166
Tabelle 27: Zuzahlungsbereitschaft für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden	167
Tabelle 28: Fragen zur Operationalisierung der wahrgenommenen Anfälligkeit für Erkrankungen	169
Tabelle 29: Item zur Operationalisierung des Wertes der Gesundheit	172
Tabelle 30: Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage des Items Wert der Gesundheit	172
Tabelle 31: Fragen zur Compliance	173
Tabelle 32: Zuzahlungsbereitschaft von Personen mit verschiedenen Compliancemustern	174
Tabelle 33: Fragen zur Operationalisierung internaler Kontrollüberzeugungsmuster	175
Tabelle 34: Fragen zur Operationalisierung externaler und external-fatalistischer Kontrollüberzeugungsmuster	177
Tabelle 35: Ergebnisse der t-Tests zu Differenzen in Kontrollüberzeugungen bei Personen mit hoher und geringer Eigenbeteiligungsbereitschaft	179
Tabelle 36: Differenzen zwischen chronisch erkrankten Patienten und gesunden Personen hinsichtlich ihrer Zuzahlungsbereitschaft für unterschiedliche medizinische Leistungen	180
Tabelle 37: Fragen zur Operationalisierung der Informationsverarbeitung	181

Tabelle 38: Differenzen zwischen Personen mit hoher und niedriger Zuzahlungsbereitschaft hinsichtlich des Wissens über die Wirkung von Arzneimitteln	184
Tabelle 39: Monatliche Eigenbeteiligungsbeträge pro Bildungsstufe	185
Tabelle 40: Eigenbeteiligungsbereitschaft von Frauen und Männern für bestimmte Medikamente und medizinische Behandlungen	187

Telefonische Patientenbefragung:

Tabelle 41: Ausfallstatistik der telefonischen Befragung	190
Tabelle 42: Untersuchungsrelevante Merkmale der Telefonstichprobe	192
Tabelle 43: Items mit mehr als 5 Prozent an fehlenden Werten in der telefonischen Befragung	193
Tabelle 44: Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen	194
Tabelle 45: Kostensituation im deutschen Gesundheitswesen	195
Tabelle 46: Erfahrung mit verwehrtten Behandlungen	196
Tabelle 47: Kostensituation im deutschen Gesundheitswesen	196
Tabelle 48: Zuzahlungsbereitschaft	197
Tabelle 49: Erleichterung der Zuzahlung bei zuzahlungsbereiten Personen	197
Tabelle 50: Stärke der Zuzahlungsbereitschaft	199
Tabelle 51: Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage des Items "Monatlicher Zuzahlungsbetrag in Euro"	199
Tabelle 52: Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage des Items "Monatlicher Zuzahlungsbetrag in Prozent"	200
Tabelle 53: Monatlicher Zuzahlungsbetrag in Euro	201
Tabelle 54: Zuzahlungsbereitschaft für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden	202
Tabelle 55: Zufriedenheit mit der Beziehung zum behandelnden Arzt	204
Tabelle 56: Einschätzung von Instrumenten des patientenorientierten Marketings	206
Tabelle 57: Eingeschätzte Nutzungshäufigkeit von patientenbezogenen Informationsquellen	207
Tabelle 58: Fragen zur Compliance	208

Tabelle 59: Zuzahlungsbereitschaft von Personen mit verschiedenen Compliancemustern	209
Tabelle 60: Fragen zur Operationalisierung internaler Kontrollüber- zeugungsmuster	210
Tabelle 61: Fragen zur Operationalisierung externaler und external- fatalistischer Kontrollüberzeugungsmuster	211
Tabelle 62: Externale und external-fatalistische Kontrollüberzeugungsmuster bei Personen mit niedriger und hoher Eigenbeteiligungsbereitschaft	213
Tabelle 63: Differenzen zwischen chronisch erkrankten Patienten und gesunden Personen hinsichtlich ihrer Zuzahlungs- bereitschaft für unterschiedliche medizinische Leistungen	216
Tabelle 64: Monatliche Eigenbeteiligungsbeträge pro Bildungsstufe	217
Tabelle 65: Eigenbeteiligungsbereitschaft pro Altersklasse	218
Tabelle 66: Monatliche Eigenbeteiligungsbeträge pro Altersklasse	219
Tabelle 67: Eigenbeteiligungsbereitschaft von Frauen und Männern für bestimmte Medikamente und medizinische Behandlungen	220
Tabelle 68: Berechnete Effektgrößen bei signifikanten Differenzen zwischen Frauen und Männern bei der Eigenbeteiligungsbereitschaft für bestimmte Medikamente und medizinische Behandlungen	221
Tabelle 69: Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage des monatlichen Haushaltesnettoeinkommens	221
Tabelle 70: Eigenbeteiligungsbereitschaft pro Einkommensklasse	222
Tabelle 71: Monatliche Eigenbeteiligungsbeträge pro Einkommens- klasse	223
Tabelle 72: Zusammengefasste Ergebnisse der Hypothesenprüfung aus den Patientenstudien	225

Industriestudie:

Tabelle 73: Beurteilung von Reformen und Reformplänen im Gesundheitswesen (Pharmazeutische Unternehmen)	228
Tabelle 74: Beurteilung von Reformen und Reformplänen im Gesundheitswesen (Medizintechnische Unternehmen)	228
Tabelle 75: Hat die Aut-Idem-Regelung Konsequenzen für Vermarktungskonzepte?	229
Tabelle 76: Spezielle Auswirkung der Aut-Idem-Regelung auf Vermarktungskonzepte	230
Tabelle 77: Einschätzung der Zuzahlungsbereitschaft der Patienten	231
Tabelle 78: Beurteilung des Informationsverhaltens der Patienten	232
Tabelle 79: Beurteilung des Verhalten des Patienten im Rahmen der ärztlichen Behandlung	232
Tabelle 80: Eingeschätzte Nutzungshäufigkeit von patientenbezogenen Informationsquellen	233
Tabelle 81: Einschätzung von Instrumenten des patientenorientierten Marketing	234
Tabelle 82: Bedeutung von patientenorientierten Vermarktungskonzepten	235
Tabelle 83: Zielgruppen für Marketingaktivitäten im Bereich Selbstmedikation	236
Tabelle 84: Zielgruppen für Marketingaktivitäten im Bereich verschreibungspflichtige Arzneimittel	236
Tabelle 85: Effizienz von Vermarktungsinstrumenten	238
Tabelle 86: Unterschiede von Vermarktungskonzepten abhängig von der Therapieklasse	239
Tabelle 87: Patientenrelevante Charakteristika einer Herstellerwebseite	240
Tabelle 88: Bedeutung neuer Vermarktungsinstrumente	241
Tabelle 89: Zielgruppen neuer Vermarktungsinstrumente	241
Tabelle 90: Interaktive Internetanwendung als Kundenbindungsmaßnahme	242
Tabelle 91: Methoden der konsumentenorientierten Preisfindung	243

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung der Deutschen Apotheker
BAH	Bundesverband der Arzneimittelhersteller
BPI	Bundesverband der pharmazeutischen Industrie
BVMED	Bundesverband der Medizintechnikindustrie
EUCOMED	Europäischer Medizintechnikverband
FDA	United States Food and Drug Administration
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
IGEL	Individuelle Gesundheitsdienstleistungen
KK	Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OTC	Over the counter
PKV	Private Krankenversicherung
VDGH	Bundesverband der Diagnostikaindustrie
VfA	Verband forschender Arzneimittelhersteller
ZUMA	Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen

1. Motivation und Zielsetzung

Die finanziellen Probleme der Sozial- und Gesundheitssysteme nehmen vor allem durch die zunehmende Verschiebung des Verhältnisses zwischen berufstätiger und nicht berufstätiger Bevölkerung in allen Industrienationen zu. Die Folgen dieser Entwicklung sind Budgetknappheit und Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, welche Konsequenzen sich durch die Kosteneinsparungen für die verschiedenen Teilnehmer im deutschen Gesundheitswesen ergeben. Die Analyse bezieht sich dabei auf Ärzte, Patienten und die Industrie.

Die Ärzte müssen bei der Verschreibung von Medikamenten und Behandlungsmethoden darauf achten, einen bestimmten Kostenrahmen nicht zu überschreiten. Außerdem verlangt die aktuelle Kostensituation von den Patienten eine erhöhte finanzielle Eigenständigkeit, denn sie müssen jetzt vermehrt eigene Zuzahlungen für ihre gesundheitliche Versorgung leisten.

Die vorliegende Arbeit untersucht zuerst die Folgen, die sich durch die Kostensituation für die Ärzte ergeben. Dabei interessiert neben einem veränderten Ordnungsverhalten, wie sich die Arzt-Patient-Beziehung vor dem Hintergrund der Kostensituation verändert hat und welchen Einfluss der Arzt auf die Eigenbeteiligungsbereitschaft der Patienten hat.

Anschließend widmet sich die Arbeit den Folgen der Zuzahlungsregelung für die Patienten. Dazu sind bisher in Deutschland und auch international eine Reihe von Studien erschienen¹. Sie lassen sich in zwei Forschungsrichtungen unterteilen. Einerseits untersuchen sie den Einfluss einer Zuzahlungserhöhung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und andererseits beschäftigen sie sich damit, wie hoch die Zuzahlungsbereitschaft der Patienten für bestimmte medizinische Behandlungen ist. Laut Daniel, Ernen und Rychlink (2002) sind dabei Untersuchungen, die sich mit der Erfassung der Zuzahlungsbereitschaft sowie deren Methoden im Bereich der Gesundheitsfürsorge/medizinischen Versorgung beschäftigen, noch relativ neu. Die meisten der vorliegenden Arbeiten beleuchten die Fragestellung basierend auf mikroökonomischen Theorien wie der Kosten-Nutzen oder der Kosten-Effektivitäts-Theorie. Beispielsweise weist Schnell (2002) darauf hin, dass bisher kaum Forschungsarbeiten existieren, die die Auswirkungen der

¹ Siehe u.a. Schnell (2002), Grootendorst (1995), Harris et al. (1990), Hillmann et al. (1999), Lavers (1989), Lohr et al. (1986), Nelson, Reeder und Dickson (1984).

Zuzahlungen aus psychologischer Sichtweise thematisieren. Deshalb wird in dieser Arbeit unter anderem anhand von gesundheitspsychologischen Theorien untersucht, welche internen und externen Faktoren die persönliche Bereitschaft der Patienten zu eigenen Zuzahlungen im Gesundheitswesen beeinflussen können. Denn diese Zusammenhänge sind wichtig, um die Rolle des Patienten als eigenständigem Entscheidungsträger im Gesundheitswesen besser zu verstehen. Außerdem wird noch der Einfluss des Arztes und soziodemographischer Variablen auf die Eigenbeteiligungsbereitschaft analysiert. Zusätzlich beleuchtet die vorliegende Arbeit die Zuzahlungsbereitschaft der Patienten für verschiedene Gesundheitsdienstleistungen.

Im Rahmen einer Industriebefragung wird untersucht, ob sich bestehende Marketingkonzepte durch die Kostensituation im Gesundheitswesen und die damit verbundene Verhaltensveränderung der Patienten hin zu mehr finanzieller Eigenverantwortung verändert haben.

Die wichtigsten Fragestellungen, denen die Arbeit insgesamt nachgeht lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Wie beeinflusst die aktuelle finanzielle Situation im Gesundheitswesen das Verhalten der Ärzte und dabei vor allem ihren Verordnungsmodus?
- Wie hat sich die Arzt-Patient-Beziehung innerhalb dieser Rahmenbedingungen verändert und welchen Einfluss hat sie auf die Zuzahlungsbereitschaft?
 - Welche Auswirkungen hat die momentane Situation im deutschen Gesundheitswesen auf das Verhalten der Patienten?
- Gibt es wichtige Determinanten, die die Bereitschaft zur finanziellen Eigenständigkeit bei den Patienten beeinflussen?
- Verändern sich durch die finanziell eigenständigere Rolle der Patienten Vermarktungskonzepte der Industrie?

Die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen sollen auch zur Ableitung von Handlungsempfehlungen für Vermarktungskonzepte im Gesundheitswesen verwendet werden, die die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt stellen.

Die Arbeit untergliedert sich in acht Kapitel. Nach diesem ersten Kapitel, welches Motivation und Zielsetzung der Arbeit darlegt, soll das zweite Kapitel die Arbeit inhaltlich und thematisch eingrenzen und die Aktualität der Fragestellung darstellen. Das dritte Kapitel beinhaltet den theoretischen Hintergrund. Zuerst wird anhand von Theorien aufgezeigt, wie sich die Rolle des Arztes im Laufe der Zeit an die heutige Situation im Gesundheitswesen angepasst hat und welche wirtschaftlichen Faktoren

das Arztverhalten verändern. Anschließend werden interne und externe Determinanten erörtert, die das Patientenverhalten im heutigen Gesundheitswesen beeinflussen und als wichtige Erklärungsfaktoren für eine zunehmende Zuzahlungsbereitschaft der Patienten dienen können. Der letzte Abschnitt des dritten Kapitels diskutiert, inwieweit sich das veränderte Patientenverhalten auf die Gesundheitsindustrie auswirkt, wobei besonders darauf eingegangen wird, wie sich bestehende Vermarktungskonzepte wandeln. Das vierte Kapitel dient dazu, anhand der theoretischen Vorüberlegungen wichtige Untersuchungsvariablen zu extrahieren und sie in ein Gesamtkonzept zu integrieren, anhand dessen sich die relevanten Fragestellungen ableiten lassen.

Im fünften Kapitel werden Aufbau und Ablauf und im sechsten Kapitel die Auswertungen und Ergebnisse der Studien zu Patienten, Ärzten und Industrie erläutert. Das siebte Kapitel enthält eine Diskussion der Ergebnisse aus allen vier Studien. Zusätzlich werden, unter Berücksichtigung ethischer Aspekte, und aufbauend auf den Ergebnissen der Einzeluntersuchungen, Handlungsempfehlungen für Vermarktungskonzepte im Gesundheitswesen abgeleitet, die vor allem die Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen. Das achte Kapitel beschließt die Arbeit mit einer kritischen Würdigung und einem Ausblick.

2. Inhaltliche Eingrenzung des Themas

Dieses Kapitel dient dazu, die Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit zu präzisieren. Um den Untersuchungsfokus der geplanten Arbeit darzustellen, werden zunächst das Gesundheitswesen und seine Teilnehmer charakterisiert. Zur Heraushebung der Aktualität der Thematik wird dann die gesundheitspolitische und wirtschaftliche Gesamtsituation und ihre Folgen für wichtige Teilnehmer im Gesundheitswesen erläutert. Darauf aufbauend lässt sich anschließend der Gegenstandsbereich der Arbeit detailliert ableiten.

2.1 Aktualität der Thematik

2.1.1 Charakterisierung wichtiger Teilnehmer des deutschen Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen ist nach Glaeske, Lauterbach, Rürup und Wasem (2001) heute nicht einfach nur noch ein Sozialsystem, sondern ein stark wachsender Wirtschaftszweig. Im Allgemeinen bezeichnet man als Gesundheitswesen nach Zankl (o.J., ca. 2001) alle Einrichtungen und Personen, die an der Vorsorge, Erkennung, Behandlung und Nachbehandlung von Erkrankungen mitwirken. Folglich umfasst der weitläufige Begriff Gesundheitswesen Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser, Apotheker und Ärzte. Als Endverbraucher medizinischer Produkte und Behandlungen sind schließlich die Patienten als wichtige Teilnehmer des Gesundheitswesens anzuführen. Zusätzlich werden auch die Hersteller von pharmazeutischen, medizintechnischen und diagnostischen Produkten der Bezeichnung Gesundheitswesen zugeordnet.

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Teilnehmer des Gesundheitswesens kurz beschrieben.

Krankenkassen

Die Krankenkassen übernehmen die Zahlung der anfallenden Kosten im Krankheitsfall. Sie lassen sich in gesetzliche (GKV) und private Krankenversicherungen (PKV) einteilen. Im Jahr 2002 waren ca. 7.9 Millionen³ Bundesbürger Mitglieder in der privaten Krankenversicherung. Folglich sind ca. 9 Prozent der deutschen Bevölkerung voll privat und ca. 90 Prozent gesetzlich versichert. Von den gesetzlich Versicherten haben wiederum ungefähr 10 Prozent eine private Zusatzversicherung. Die restlichen 1 Prozent der Bevölkerung sind entweder gar nicht oder unmittelbar über den Staat versichert. Die Krankenkassen haben nach Hohensohn (1998) sowohl einen großen Einfluss auf das Ordnungsverhalten der Ärzte als auch auf den Gesundheitsmarkt allgemein.

Vereinigungen und Verbände

Die einzelnen Teilnehmer im Gesundheitswesen sind in Verbänden oder Vereinigungen organisiert. Dazu zählen beispielsweise die Ärzte- oder die Apothekerkammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Industrie und der Krankenkassen. Die wichtigsten Industrieverbände sind der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI), der Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA), der Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH), der Bundesverband der Medizintechnikindustrie (BVMED) und der Bundesverband der Diagnostikindustrie (VDGH). Diese Zusammenschlüsse in Vereinigungen und Verbände dienen zur allgemeinen und politischen Interessenvertretung der Mitglieder, vor allem auch gegenüber der Bundesregierung. Zusätzlich zu den politischen Aktivitäten leisten viele Verbände noch eine breite wissenschaftliche Basisarbeit.

Krankenhäuser

In Deutschland gibt es ca. 2 242 Krankenhäuser⁴. Die Träger der einzelnen Krankenhäuser lassen sich in öffentliche, private und freigemeinnützige unterscheiden.

³ Laut Bundesverband der privaten Krankenversicherung (PKV). Verfügbar unter www.pkv.de.

⁴ Laut Grunddaten der Krankenhäuser 2001. Verfügbar unter www.dkgev.de.

Apotheken

Laut der Bundesvereinigung der Deutschen Apotheker (ABDA) gibt es in Deutschland ca. 21 465 Apotheken, dies entspricht einer Dichte von 3 840 Einwohnern je Apotheke. Seit einigen Jahren hat sich die wirtschaftliche Situation der Apotheken verschlechtert, rund zwei Drittel der Apotheken blieben unter dem Durchschnittsumsatz. Der Gesamtumsatz der deutschen Apotheken betrug im Jahr 2002 31.1 Mrd. Euro. Die grundlegende Aufgabe des Apothekers besteht nach §1 des Apothekengesetzes in der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung. Dieser Auftrag umfasst insbesondere auch die Information und Beratung über Arzneimittel. Bei der Verteilung rezeptpflichtiger Produkte soll der Apotheker den Patienten auch über mögliche Nebenwirkungen oder Kontraindikationen aufklären. Durch die Einführung der Aut-Idem-Regelung im Jahr 2002, welche besagt, dass der Apotheker ein verordnetes Arzneimittel, das sich nicht im unteren Preisdrittel befindet, gegen ein günstigeres Generikum⁵ substituieren muss, gewinnt diese Aufklärung und Informationsvermittlung an den Patienten zusätzliche Bedeutung.

Ärzte

Insgesamt sind in Deutschland über 294 000 Ärzte tätig⁶, davon arbeiten über 120 000 im niedergelassenen Bereich. Nach § 1 der Berufsordnung für Ärzte liegen die Aufgaben des Arztes darin, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken. Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

In ihrem Verschreibungsverhalten unterliegen die Ärzte vielen Einflüssen, denn nicht nur der Staat und die Hersteller, sondern auch die Krankenkassen beeinflussen ihr Verordnungsverhalten.

⁵ Bei Generika handelt es sich um Arzneimittel, die die identischen Wirkstoffe wie die ursprünglich patentierten Arzneimittel der Erstanbieter enthalten. Trotz der hohen Qualität sind Generika erheblich preiswerter.

⁶ Laut der Ärztestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 31.12.2000.

Patienten

Laut Dierks, Siebeneick und Röseler (2001) ist die Rolle des Patienten als Teilnehmer im Gesundheitswesen sehr facettenreich. Patienten lassen sich als akut oder chronisch Kranke charakterisieren, die eine wirksame Behandlung für ihre Erkrankung suchen. Außerdem lassen sich Patienten als Versicherte, die sich gegen das Risiko einer Erkrankung und die damit entstehenden Kosten absichern wollen und schließlich als Bürger beschreiben, die eine Gewährleistung funktionierender Versorgungsstrukturen und gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen einfordern. Insgesamt hat sich die Rolle des Patienten von einer eher passiven zu der Rolle eines aktiven Mitgestalters im Gesundheitswesen entwickelt. Dies äußert sich unter anderem in vermehrten Ansprüchen an die medizinische Behandlung und in der höheren finanzielle Eigenverantwortung in Form von Zuzahlungen.

Gesundheitsindustrie

Die Industriezweige, die sich in Deutschland mit der Entwicklung und Herstellung von Produkten zur Vorsorge, Erkennung, Behandlung und Nachbehandlung von Krankheiten beschäftigen, lassen sich hauptsächlich in die pharmazeutische und in die medizintechnische Industrie unterteilen, wobei Produkte zur Diagnose von Krankheiten mit zur Medizintechnik gezählt werden.

Laut dem Bundesverband der pharmazeutischen Industrie BPI (2001) gibt es in Deutschland ungefähr 1100 nach Gesetz definierte Arzneimittelhersteller. Dabei handelt es sich neben Apotheken, die ihre Produkte unter eigenem Namen verkaufen, auch um multinationale Konzerne, die ihre Produkte weltweit vertreiben. Das Marktvolumen aller in öffentlichen Apotheken und Krankenhäusern abgesetzten Arzneimittel betrug im Jahr 2001 rund 20 Milliarden Euro, das bedeutet einen Anstieg von 9,6 Prozent gegenüber 2000. Die Medizintechnikindustrie in Deutschland erzielte im Jahr 2001 einen Umsatz von rund 18 Milliarden Euro⁷ und beschäftigt ca. 100.000 Mitarbeiter. Zu diesem Industriezweig zählt eine Vielzahl von Produkten, beispielsweise Krankenpflegeartikel, Verbandmittel, OP-Materialien, aktive Implantate, wie z.B. Herzschrittmacher, nicht-aktive Implantate, wie z.B. Herzklappen oder künstliche Hüftgelenke, elektromedizinische Geräte, medizintechnische

⁷ Gemäß den Angaben des Europäischen Medizintechnikverbandes (EUCOMED).

Instrumente und Produkte, wie Operationsbesteck, Spritzen etc., Dentalprodukte und In-vitro-Diagnostika⁸.

2.1.2 Auswirkungen der Kostensituation im Gesundheitswesen auf seine Teilnehmer

Laut Spies (2001) befindet sich das deutsche Gesundheitswesen in der Krise und das sowohl wegen der stetig steigenden Kosten als auch wegen des Leistungsangebots und der Qualität von Gesundheitsleistungen. Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass den Menschen diese Situation bewusst ist. So ergab eine Umfrage des Meinungsforschungsinstitutes Emnid, die im Jahr 2002 im Auftrag des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller durchgeführt wurde, dass 69 Prozent der gesetzlich Versicherten der Auffassung zustimmen, dass in Deutschland eine Zweiklassenmedizin vorherrscht, und über 71 Prozent der Befragten glauben, dass Kassenpatienten eine schlechtere gesundheitliche Versorgung als Privatpatienten erhalten. Gleichzeitig ist der Bevölkerung aber auch der große Kostendruck im Gesundheitswesen bewusst, und 74 Prozent der Untersuchungsteilnehmer plädieren dafür, dass sich die gesetzliche Krankenversicherung auf die absolut notwendigen medizinischen Leistungen konzentrieren soll, um Geld für die wirklich wichtigen Behandlungen von Krankheiten zu sichern.

Vergleicht man die Gesundheitsausgaben nach einzelnen Ländern, dann zeigt sich, dass die Ausgaben für Gesundheit als Prozentsatz vom Bruttoinlandsprodukt in Deutschland mit 10.5 Prozent nach den USA mit 13.7 Prozent⁹ am zweithöchsten sind.

Im Jahr 2002 wurde für die gesetzlichen Krankenkassen ein Defizit von 2.96 Milliarden Euro ermittelt. Als Folge der Kostensituation und den hohen Ausgaben für Gesundheit kam es in den letzten Jahren zu einer Vielzahl von Reformen.

Die wichtigsten Neuregelungen seit dem Jahr 1993 sind dabei das Gesundheitsstrukturgesetz, das Beitragsentlastungsgesetz von 1997, das GKV-Gesundheitsreformgesetz von 1999 und schließlich die Gesundheitsreform 2000. Weitere neue Reformen wie das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen

⁸ Die Bezeichnung In-vitro-Diagnostika beinhaltet Reagenzien, Kalibrier- und Kontrollsubstanzen sowie Instrumente, Apparate oder Systeme zur Untersuchung von aus dem menschlichen Körper entnommenen Proben.

⁹ Basierend auf den Angaben des AOK-Bundesverbandes.