

# Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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