

**Carsten G. Ullrich**

**Die Auswirkungen des Moral Hazard auf die  
GKV-Versicherten: Akzeptanzverlust oder  
Handlungsoption?**

ZeS-Arbeitspapier Nr. 7/95

Zentrum für Sozialpolitik  
Universität Bremen  
Parkallee 39  
28209 Bremen

Der Artikel basiert auf Teilergebnissen des von 1992-1994 am Zentrum für Sozialpolitik durchgeführten Projekts "Gesetzliche Krankenversicherung und sozialpolitische Kultur" (Projektleitung: Prof. Claus Offe und Dr. Karl Hinrichs; vgl. Forschungsbericht 1994). Für kritische Anmerkungen und hilfreiche Kommentare bin ich Thomas Faist, Karl Hinrichs und Claus Offe zu Dank verpflichtet.

## **Inhalt**

1.	Die Darstellung des Mehrentnahmeverhaltens als moral hazard	6
2.	Zur Wahrnehmung und Bewertung reflexiver und unbewußter Mehrentnahmen	10
2.1.	Die Wahrnehmung und Beurteilung von Mehrentnahmen anderer Versicherter	12
2.2.	Zur polarisierenden Wirkung der 'Mißbrauchssemantik'	18
2.3.	Reflexive Mehrentnahme als Handlungsoption?	24
3.	Zusammenfassung: Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung bei der Beurteilung von Mehrentnahmen	28
4.	Literatur	31

## **Zusammenfassung**

In der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung um die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde wiederholt ein 'moral hazard'-Verhalten der Versicherten beklagt und mit der Forderung nach Einführung bzw. Ausweitung verhaltenssteuernder Anreize bei der Leistungsentnahme (Selbstbeteiligungen) verbunden. Wie plausibel die Annahme intendierter oder 'unbewußter' Steigerungen der Leistungsansprüchen seitens der Versicherten ist und ob bzw. welche Konsequenzen bei 'moral hazard'-Verhalten zu ziehen sind, ist dabei seit langem umstritten. Gegnern und Befürwortern der Annahme eines 'moral hazard'-Verhaltens ist dabei gemeinsam, daß den Wahrnehmungen und Dispositionen der Versicherten selbst keine Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Im vorliegenden Beitrag wird dagegen anhand qualitativen Interviewmaterials der Frage nachgegangen, wie Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen Möglichkeiten und Anreize zu Leistungsentnahmen einschätzen, die über das 'medizinisch Indizierte' hinausgehen. Dies geschieht in zweierlei Weise: Zunächst wird untersucht, wie die befragten Versicherten das Verhalten 'anderer Versicherter' wahrnehmen und welche Auswirkung diese Wahrnehmungen auf ihre Akzeptanz der GKV und auf ihre Solidaritätsbereitschaft haben. Dabei konnte eine polarisierende Wirkung der 'Mißbrauchssemantik' konstatiert werden. In einem zweiten Schritt wird dann der Frage nachgegangen, inwiefern und warum die Befragten selbst zur Handlungsstrategie 'reflexive Mehrentnahme' greifen. Hier konnte nur eine geringe Bereitschaft zu eigenem 'moral hazard'-Verhalten festgestellt werden, die jedoch weniger auf moralische Skrupel als auf eine ungünstige Opportunitätsstruktur zurückzuführen ist.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist durch ihre solidarische Finanzierungsform gekennzeichnet. Diese findet ihren Ausdruck im Prinzipiendualismus einer nach Einkommen differenzierten Beitragsbemessung bei gleichzeitig universaler und - mit Ausnahme des Krankengelds - allein an Bedarfskriterien orientierter Leistungsgewährung. Die dadurch bewirkten Umverteilungen verlangen zumindest den Versicherten, die sich hierdurch benachteiligt sehen und die hier als reflexive Netto-Zahler bezeichnet werden sollen, ein in anderen Sozialversicherungen unbekanntes Maß an Umverteilungstoleranz ab.<sup>1</sup> Die Entkoppelung des individuellen Beitrags von der Leistungsentnahme hat insbesondere zur Folge, daß die Beitragshöhe des einzelnen Versicherten zu einem wesentlichen Teil von der Summe der Beiträge und Leistungsentnahmen der anderen Versicherten bestimmt wird, während die eigene Leistungsentnahme faktisch keinen (unmittelbaren) Einfluß auf die individuelle Beitragshöhe hat. Damit kommt dem Verhalten und der Zusammensetzung dieser 'anderen Versicherten' eine große Bedeutung für die Bereitschaft zu, die GKV in ihrer solidarischen Finanzierungsform zu unterstützen. Die Wahrnehmung der anderen Versicherten kann dabei insbesondere dann Unzufriedenheit erzeugen und zu einer Minderung der Solidaritätsbereitschaft führen, wenn man zu beobachten meint, daß (1) ein Teil der anderen Versicherten keine oder geringere Beiträge zahlt und/oder daß (2) andere Versicherte mehr Leistungen entnehmen als man selbst.

Nun kann davon ausgegangen werden, daß die Gründe für das Eintreten dieser beiden Fälle jeweils sehr unterschiedlich sind und dementsprechend unterschiedlich bewertet werden. Mit Unzufriedenheit ist jedoch insbesondere dann zu rechnen, wenn die Ursachen für eine höhere Leistungsentnahme dem Verhalten dieser 'anderen Versicherten' ursächlich zugerechnet werden. So ist im Bereich der Krankenversicherung der Versicherte in der Lage, Ausmaß und Eintritt des Versicherungsfalls selbst (mit) zu beeinflussen. Da zudem die Leistungsentnahme keinen Einfluß auf den eigenen Beitrag hat, besteht - bei Fehlen entsprechender Selbstbeteiligungsregelungen - für den Versicherten kein Anreiz zu einer zurückhaltenden Leistungsentnahme. Dieses in der Literatur als moral hazard, Überinanspruchnahme oder auch 'Mißbrauch' bekannte Phänomen kann somit von größerer Bedeutung für die Bereitschaft der Versicherten sein, das Solidarprinzip der GKV anzuerkennen.

---

<sup>1</sup> So kommt es in der GKV nicht nur zu Umverteilungen von 'Gesunden' zu 'Kranken', sondern auch von 'Männern' zu 'Frauen', von 'Jungen' zu 'Alten', von 'Kinderlosen' zu 'Familien' etc. (vgl. Endbericht 1990: 310). Obwohl bisher relativ wenig über die konkreten Umverteilungseffekte bekannt ist (dies gilt insbesondere für Längsschnittbetrachtungen), wird allgemein von einem erheblichen Umverteilungsvolumen ausgegangen (vgl. u.a. Henke/Behrens 1989).

Das Anliegen dieses Aufsatzes ist es daher zu analysieren, wie Versicherte selbst mit dieser Problematik umgehen. Anhand von Interviewinterpretationen, die auf 74 qualitativen Interviews mit Versicherten basieren, die im Rahmen des Projekts 'GKV und sozialpolitische Kultur'<sup>2</sup> durchgeführt wurden, soll zunächst gezeigt werden, welchen Gruppen ein Mehrentnahmeverhalten<sup>3</sup> unterstellt wird. Weiter wird zu zeigen versucht, inwiefern Unterschiede innerhalb der Gruppe der befragten Versicherten bezüglich der Wahrnehmung von Mehrentnahmen festzustellen und wie sie zu erklären sind. Schließlich wird der Frage nachgegangen, ob von den Befragten selbst Mehrentnahmen an Leistungen angestrebt werden und wie ein solches Verhalten begründet bzw. mit welchen Argumenten es abgelehnt wird. Bevor jedoch die Ergebnisse der Versichertenbefragung im einzelnen dargestellt werden, soll im folgenden zunächst die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Problematik anhand der Diskussion um das moral hazard-Theorem kursorisch nachgezeichnet werden.

## 1. Die Darstellung des Mehrentnahmeverhaltens als moral hazard

Als moral hazard wird in der Versicherungsliteratur allgemein die Änderung des versicherungsrelevanten Verhaltens aufgrund des Bestehens eines Versicherungsvertrags bezeichnet. So wird im Fall der Krankenversicherung angenommen, daß Versicherte nach Abschluß eines Versicherungsvertrags mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als zuvor. Hieraus wird gefolgert, daß diese Mehrinanspruchnahme von Versicherungsleistungen nicht einem objektivierbaren Bedarf entspricht. Dies erscheint dadurch möglich, daß der Versicherte den Eintritt und das Ausmaß des Versicherungsfalls beeinflussen kann, ohne daß die Berechtigung seiner Leistungsentnahmen durch den Versicherer wirksam kontrolliert werden kann (Problem asymmetrischer Information), und gleichzeitig dazu ein Anreiz besteht, weil die Versicherungsprämie - wie in der GKV - unabhängig vom (individuellen) Schadenfall ist.

---

<sup>2</sup> Dieses von der DFG geförderte Projekt wurde von 1992-1994 am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. C. Offe und Dr. K. Hinrichs durchgeführt und hatte zum Ziel, die normative Verankerung der GKV und ihrer Prinzipien bei den Versicherten zu untersuchen. Hierzu wurden u.a. die Zufriedenheit mit den Krankenkassen, die Wechselwünsche der Versicherten und deren Bereitschaft, andere Versicherte mit ihrem Beitrag mitzufinanzieren, analysiert (vgl. Ullrich et al. 1994). Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte anhand theoretischer Überlegungen (vgl. Forschungsbericht 1994). Diese implizierten u.a., daß ausschließlich Erwerbstätige befragt wurden.

<sup>3</sup> Um wertende bzw. z.T. wertend verwendete Begriffe wie Mißbrauch, Überinanspruchnahme oder auch moral hazard zu vermeiden, soll im folgenden bei der Darstellung und Interpretation der Ausführungen der Versicherten der Ausdruck *Mehrentnahme* verwendet werden. Das entsprechende Verhalten - also die über das 'objektiv Notwendige' hinausgehende Leistungsentnahme - soll als *Mehrentnahmeverhalten* bezeichnet werden.

Der Begriff moral hazard ist jedoch alles andere als eindeutig, das Phänomen selbst schwer abzugrenzen. Er ist als technischer Begriff seit langem in der Versicherungsliteratur üblich (vgl. Mahr 1972), wurde aber vor allem von Arrow (1963, 1970a, 1970b) und Pauly (1968, 1974, 1983) in die wissenschaftliche Diskussion gesundheits- und sozialpolitischer Probleme eingeführt. Das Phänomen selbst wird aber schon viel länger beobachtet und beklagt. So stellte ein Ausschuß der preußischen Ärztekammer bereits 1899 fest: "*Weitaus der größte Teil der jetzt in ärztliche Behandlung tretenden Mitglieder der Kranken- und Unfallversicherungskassen hat früher kaum jemals einen Arzt in Anspruch genommen, ohne daß ihnen dadurch eine dauernde Gesundheitsschädigung erwachsen wäre.*"<sup>4</sup> Die Beobachtung vermeintlichen moral hazard-Verhaltens ist aber keineswegs auf soziale Sicherungssysteme beschränkt; sie ist vielmehr als Begleiterscheinung allen kollektiven (Ver-)Sicherungsformen immanent.

Gemäß der oben angeführten Definition wird moral hazard in der klassischen modelltheoretischen Fassung von Pauly (1968) als *Preiselastizität der Nachfrage* nach Gesundheitsgütern verstanden. Pauly geht davon aus, daß ein rationaler Akteur, wenn er versichert ist, ceteris paribus mehr Leistungen entnehmen wird, als wenn er nicht versichert wäre, und daß die Inanspruchnahme proportional zum Deckungsgrad der Versicherung steigt bzw. in dem Maße sinkt, wie Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen wirksam werden. Insbesondere in der Bundesrepublik wurde darüber hinaus die These *dynamischer Rückkoppelungseffekte* vertreten. So meint Mahr (1977: 212ff.), daß Versicherte sich vor allem infolge von Beitragserhöhungen veranlaßt sehen, auch ihre Leistungsentnahme zu erhöhen.

Schon Pauly (1968) hatte versucht, die Auswirkung von *Selbstbeteiligungen* und Selbsthalten in seine modelltheoretische Analyse einzubeziehen. Auch in jüngerer Zeit hat sich der Fokus wieder verstärkt auf die Frage gerichtet, mit welchen Steuerungsinstrumenten eine als gegeben vorausgesetzte Nachfrageelastizität 'ausgenutzt' werden kann. Dabei dominieren allerdings nach wie vor einfache, aus dem theoretischen Modell des homo oeconomicus deduzierte Annahmen über das Versichertenverhalten. Daß es moral hazard-Verhalten gibt, ist unter diesen Voraussetzungen ebenso zwingend, wie der vermeintliche Nachweis eines erwartbaren Erfolges von Steuerungsinstrumenten. Empirische Untersuchungen über die Auswirkungen von Selbstbeteiligungen sind dagegen eher rar und oft mehrdeutig in ihren Ergebnissen.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Zit. nach Tennstedt (1976: 388f.); zur frühen wissenschaftlichen Befassung mit dem Phänomen vgl. u.a. auch Zwiedineck-Südenhorst (1913).

<sup>5</sup> Vgl. hierzu insbes. Geißler (1980) sowie Paffrath/Reichel (1992). Für die USA vgl. vor allem die Veröffentlichungen zum Health Insurance Experiment der RAND-Corporation (vgl. u.a. Newhouse et al. 1981; Manning et al. 1987), deren Autoren - trotz ihrer bezüglich der Steuerungsmöglichkeiten eher optimistischen Einschätzung - nur eine geringe Nachfrageelastizität feststellen konnten (vgl. zusammenfassend Donaldson/Gerard 1989; für die bundesdeutsche Diskussion s. a. Schneider 1985, 1986 sowie Reichelt 1985 und Pfaff 1985).

Die normative Einordnung des moral hazard-Phänomens war und ist im besonderen Maße strittig. So sah sich bereits Pauly (1968) dazu veranlaßt, ausdrücklich und in Abgrenzung zu Arrow (1963) zu betonen, daß moral hazard-Verhalten nicht moralisch zu verurteilen sei.<sup>6</sup> Vielmehr handele es sich dabei um völlig rationale Reaktionen der Versicherten auf gegebene Opportunitätsstrukturen: "(...) *the response of seeking more medicine care with insurance than in its absence is a result not of moral perfidy, but of rational economic behavior*" (Pauly 1968: 535). Die dysfunktionalen Folgen eines solchen Verhaltens lassen sich dann im Bereich der sozialen Krankenversicherung mit der Theorie der kollektiven Güter (Olson 1968) als ein Auseinanderfallen von individueller und kollektiver Rationalität erklären (vgl. Müller-Groeling 1973). Fehlentwicklungen auf der Systemebene sind demzufolge nichts anderes als fehlende bzw. falsche Anreize des individuell-rationalen Verhaltens.

Auch bei der Einführung des Phänomens in die deutschsprachige Literatur - dort zunächst meist als 'moralisches Risiko' bezeichnet - fehlte es weder an Klagen über die Zweideutigkeit der Begriffe, noch an Warnungen vor ihrer mißbräuchlichen Verwendung in der öffentlichen Diskussion (vgl. Mahr 1977: 218f.). Diese Vorsicht scheint durchaus angebracht. Denn trotz der häufigen Beteuerungen, daß mit der Begriffswahl keineswegs eine moralische Verurteilung präjudiziert werden solle, hat auch eine 'moralisierende' Variante in der angelsächsischen wie deutschsprachigen Literatur zum moral hazard eine lange Tradition (vgl. Mahr 1972). Moral hazard-Verhalten wird von den entsprechenden Autoren als moralisches Fehlverhalten der Versicherten angesehen, wobei gemeinhin kein systematischer Unterschied zwischen bewußten Steigerungen der Leistungsentnahmen und einem 'Anspruchsdenken' bzw. Fehl- und Überinanspruchnahmen gemacht wird. So verurteilen einige Autoren das vermeintlich 'berechnende' Verhalten der Versicherten und rücken es in die Nähe des Versicherungsbetrugs (vgl. Hamm 1984: 23f.).

Verknüpft mit der Annahme dynamischer Rückkoppelungseffekte einerseits und offenbar als 'moralische Degeneration' (Zunahme zweckrationaler Handlungsorientierungen auf Kosten moralischer Verpflichtungen) interpretierte Ergebnisse aus dem Bereich der Wertwandelforschung andererseits hat diese Einschätzung in den populär gewordenen Thesen einer sich ausbreitenden Anspruchsmentalität (oder auch 'Vollkasko mentalität') und einer *Anspruchsspirale* (vgl. a. Herder-Dorneich/Schuller 1983) ihren öffentlichen Niederschlag gefunden. Als entsprechend dramatisch werden die Folgen dieser Dynamiken eingeschätzt (sog. 'Kostenexplosion' im Gesundheitswesen).

Sowohl gegen diese Dramatisierung der Folgen als auch gegen pauschale Verurteilungen wurden von anderer Seite erhebliche Einwände erhoben (vgl. u.a. Schaper 1979; Scharf 1980;

<sup>6</sup> Zur weiteren Kontroverse vgl. auch Arrow (1970a, 1970b) sowie Pauly (1971, 1981).

Pfaff 1985; Reiners 1988). So wurde zunächst kritisiert, daß das moral hazard-Phänomen vor- schnell als übermäßige Inanspruchnahme interpretiert werde. Dagegen könne man diese Form einer Steigerung der Leistungsentnahme auch als ein Abbau von under-utilization<sup>7</sup> auffassen (vgl. Schulz-Nieswandt 1989). Letztlich sei die Gefahr einer - etwa durch Selbstbeteiligungen provozierten - under-utilization höher zu bewerten als die Folgen eines nur vermuteten moral hazard-Verhaltens (vgl. Scharf 1980; Pfaff 1985; Reiners 1988).

Neben dieser eher prinzipiellen Frage wird eingewandt, daß die Wahrscheinlichkeit eines Mehrentnahmeverhaltens gering sei. Die Möglichkeiten zu Steigerung des Nutzen durch vermehrte Leistungsentnahmen sei vor allem aufgrund von zwei Überlegungen gering: Zum einen seien gezielte Mehrentnahmen an Leistungen eher unwahrscheinlich, weil für die meisten Versicherten der zu erwartende Nutzen einer gesteigerten Leistungsentnahme gering, wenn nicht gar negativ sein dürfte (Reiners 1988: 71). Zum anderen wird eingewandt, daß die Möglichkeiten zu Mehrentnahmen an Leistungen kaum vorhanden seien, da die Nachfrage letztlich von den Leistungsanbietern bestimmt werde, auf deren Entscheidungen die Patienten nur einen geringen Einfluß haben (so z.B. Schaper 1979: 180). Schließlich wird insbesondere bezüglich möglicher Steuerungseingriffe darauf verwiesen, daß der Großteil der Gesundheitsausgaben auf chronisch Kranke entfällt.<sup>8</sup> Letztlich spitzt sich damit die Diskussion um moral hazard und die daraus zu ziehenden Konsequenzen (insbes. die Steuerung des Versicherten- und Patientenverhaltens) auf die Frage der sozialen Verträglichkeit zu (Schneider 1985, 1986; Pfaff 1985; Reichelt 1985).

Zusammenfassend kann hier zur Diskussion des moral hazard festgehalten werden, daß es sich einerseits um ein theoretisch uneinheitlich gefaßtes Phänomen handelt, und daß andererseits die wissenschaftliche wie öffentliche Diskussion durch ein ungebührliches Maß an unkritischer und emotionsgeladener Auseinandersetzung mit dem Phänomen gekennzeichnet ist. Völlig ungeklärt bleibt beim Konzept des moral hazards auch die Frage, wie die vermutete Nachfrageelastizität zu interpretieren ist: als (nach 'objektiv-medizinischen' Kriterien) überhöhte Leistungsentnahme, wie die Befürworter von Selbstbeteiligungen zur Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen meinen, oder als Ausdruck einer under-utilization im Falle einer Nicht-Versicherung bzw. eines geringen Deckungsgrades.<sup>9</sup> Von der Klärung dieser Frage dürfte es jedoch maßgeblich abhängen, ob aus der angenommenen Steuerungsmöglichkeit (Nachfrageelastizi-

<sup>7</sup> Unter 'under-utilization' wird ein Verhalten verstanden, daß zu einer unter medizinischen Gesichtspunkten zu geringen Nachfrage nach Gesundheitsgütern und damit zu einer Gefährdung der Gesundheit des Betroffenen führt.

<sup>8</sup> So kommen etwa Pfaff u.a. (1994: 151f.) aufgrund von Mikrosimulationen zu dem Ergebnis, daß 38 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf nur 5 % der Mitglieder entfallen und über 50 % der Ausgaben auf weniger als 10 % der Mitglieder.

<sup>9</sup> So räumen selbst Newhouse et al. (1981: 1501) selbstkritisch ein: "*Sufficient data are not available on whether higher use by persons with free care reflects overuse, or whether lower use by those with income-related catastrophe coverage reflects underuse.*"

tät) auch auf deren Berechtigung geschlossen werden kann. Als besonders unbefriedigend muß daher auch die terminologische Unklarheit gelten, die vor allem die *Ursachen* des vermeintlichen moral hazards außer acht läßt. So wird insbesondere nicht klar unterschieden, ob unter einem moral hazard-Verhalten nur zielgerichtete Mehrentnahmen zur Maximierung des Nutzens (bzw. zur Minimierung von Verlusten) bei festgelegten Beiträgen oder auch 'unbewußte Mehrentnahmen' verstanden werden sollen, wie sie etwa infolge eines hohen Sicherheitsbedürfnisses oder einer geringen Toleranzschwelle gegenüber körperlichen Leiden entstehen können. Eine solche Unterscheidung theoretisch angemessen zu erfassen, wäre aber für eine adäquate Bewertung des moral hazard-Phänomens unerläßlich.

Neben diesen theoretischen Defiziten des moral hazard-Konzepts ist vor allem das *geringe Maß an empirischer Validierung* kritisch hervorzuheben. So beschränken sich die Erkenntnisse auf modelltheoretische Überlegungen zu Inzidenz und Auswirkungen von moral hazard sowie zu den Wirkungen von Selbstbeteiligungen (vgl. u.a. Pauly 1968; Schulenburg 1987; Breyer/Zweifel 1992). Abgesehen von einigen allgemeinen und einfachen sozialpsychologischen Mutmaßungen<sup>10</sup> ist dagegen wenig darüber bekannt, wodurch ein Mehrentnahmeverhalten ermöglicht wird (*Opportunitätsstruktur*), wodurch es motiviert und wie es von den Akteuren begründet wird (*Motivations- und Begründungsstruktur*).<sup>11</sup>

## 2. Zur Wahrnehmung und Bewertung reflexiver und unbewußter Mehrentnahmen

Im folgenden soll nun insbesondere den zuletzt aufgeworfenen Fragen nach der Motivationsgrundlage für Mehrentnahmen und nach der Einschätzung der Opportunitätsstruktur durch die Versicherten nachgegangen werden. Dabei sind zwei Perspektiven einzunehmen. So kann der einzelne Versicherte sich zum einen als 'Opfer' unberechtigter Mehrentnahmen anderer Versicherter sehen; zum anderen sind die befragten Versicherten hier aber auch als potentielle 'Täter' von Mehrentnahmen zu betrachten. Ein adäquate Analyse des Phänomens muß daher sowohl die Wahrnehmung und Beurteilung fremder Verhaltensweisen durch die Versicherten als auch deren eigene Handlungen und Handlungsorientierungen bezüglich der Leistungsentnahme umfassen. Dabei soll insbesondere zwei Fragen nachgegangen werden:

<sup>10</sup> Bekannt geworden ist hier insbesondere die 'Freibier'-Metapher Herder-Dorneichs (1982).

<sup>11</sup> Nicht anders verhält sich hinsichtlich des tatsächlichen Ausmaßes des Mehrentnahmeverhaltens; ein Defizit, das angesichts der Meß- und Definitonsprobleme allerdings auch nur schwer zu beheben sein wird.

So soll zum einen geklärt werden, wie sich eine mögliche Wahrnehmung der 'anderen Versicherten' als Mehrentnehmer auf die Bereitschaft der Versicherten auswirkt, einen von Risikolagen und tatsächlichen Leistungsentnahmen unabhängigen Ausgleich (ex ante-Risikoausgleich) zu akzeptieren. Hierbei gilt es auch, in wissenssoziologischer Perspektive zu untersuchen, welchen Niederschlag die öffentlichen Thematisierungen von 'Mißbrauchsproblemen' im Bereich der Sozialversicherungen in den Wahrnehmungs- und Urteilsformen der Versicherten finden. Zum anderen wird der sozialpolitisch ebenso bedeutsamen Frage nachgegangen, wie hoch die Neigung zu nutzenorientierten Steigerungen der Inanspruchnahme bei den befragten Versicherten ist. Dabei ist eine wechselseitige Beeinflussung von Fremdwahrnehmung und eigener Handlungsorientierung denkbar. So ist anzunehmen, daß die Maximen des eigenen Handelns insbesondere dann auf die 'anderen Versicherten' projiziert werden, wenn diese im Widerspruch zur geltenden Norm stehen. Entnimmt ein Versicherter also aus anderen als Bedarfsgründen Leistungen, so ist zu vermuten, daß er den 'anderen Versicherten' ähnliche Handlungsabsichten unterstellt.

Angesichts des Stellenwerts, der dem moral hazard-Phänomen in der wissenschaftlichen wie öffentlichen Diskussion oft beigemessen wird, erscheint jedoch die umgekehrte Beeinflussung des eigenen Verhaltens durch die Wahrnehmung des Verhaltens der 'anderen Versicherten' wahrscheinlicher. So erscheint es plausibel, daß die Wahrnehmung anderer als ungehemmte oder 'unmoralische' Nutzenmaximierer zu einer Veränderung des eigenen Verhaltens im Sinne eigener Mehrentnahmen führt und/oder einen maßgeblichen Einfluß auf die Solidaritätsbereitschaft bzw. die Akzeptanz der GKV hat. Gerade diese gegenseitige Beeinflussung von Selbst- und Fremdwahrnehmung birgt in sich somit die Gefahr einer sich selbstverstärkenden Dynamik, die zu einer Erosion (eines Teils) der sozialmoralischen Basis der GKV führen kann, indem sie zunächst das Vertrauen in eine rein bedarfsorientierte Leistungsentnahme 'anderer Versicherter' untergräbt und darüber schließlich die Alleingültigkeit des Bedarfsprinzips bei der Leistungsentnahme in Frage stellt.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in drei Schritten. Zunächst soll untersucht werden, bei welchen Gruppen bzw. 'Typen' von Versicherten Mehrentnahmen an Leistungen wahrgenommen bzw. vermutet werden (2.1). Hier geht es also darum, *wem* ein solches Verhalten nachgesagt wird und *aus welchen Gründen*. So ist anzunehmen, daß die Beurteilungen des Mehrentnahmeverhaltens hinsichtlich der unterstellten Ursachen - z.B. ein mangelndes Gesundheitsverhalten, ein zu geringes Kostenbewußtsein oder gar eine Bereicherungsabsicht des Mehrentnehmers - variieren. Bei der Wahrnehmung der anderen Versicherten gilt es weiter zu klären, welche Unterschiede innerhalb der Gruppe der befragten Versicherten bezüglich der Wahrnehmung von Mehrentnahmeverhalten festgestellt werden können, *von welchen Befragten also*

aufgrund welcher Wahrnehmungen, Überlegungen und Überzeugungen angenommen wird, daß andere Versicherte zu Unrecht Leistungen entnehmen (bzw. welche Gründe zu einer gegenteiligen Einschätzung führen) und welche Konsequenzen daraus gezogen werden (2.2.). Hinsichtlich der *Darstellung des eigenen Leistungsentnahmeverhaltens* (2.3.) geht es schließlich vor allem um die Klärung der Frage, ob Mehrentnahmen von den befragten Versicherten selbst angestrebt werden und wie ein solches Verhalten begründet wird bzw. mit welchen Argumenten zielgerichtete Steigerungen der Leistungsentnahme als Handlungsalternative abgelehnt werden.

## 2.1. Die Wahrnehmung und Beurteilung von Mehrentnahmen anderer Versicherter

Bezüglich der Wahrnehmung der 'anderen Versicherten' ist zunächst festzuhalten, daß ausnahmslos alle der befragten Versicherten davon ausgehen, daß es so etwas wie eine erhöhte Leistungsentnahme gibt, die nicht mehr durch quasi objektive, nämlich medizinisch definierte Kriterien, sondern durch das Verhalten der betreffenden Versicherten bestimmt wird. Solche *Mehrentnahmen* können von anderen Versicherten unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Dazu können insbesondere drei Kriterien herangezogen werden:

Zum einen ist dies die beobachtete bzw. unterstellte Reflexivität bzw. Zielgerichtetheit der Mehrentnahme. So kann eine Mehrentnahme einerseits als bewußt und zur Steigerung des individuellen Nutzens intendiert, andererseits aber auch als unbewußte, über das 'medizinisch Indizierte' hinausgehende Steigerung der Leistungsentnahme wahrgenommen werden. Im folgenden soll die erste Form der Mehrentnahme als *reflexive Mehrentnahme* und die zweite als *unbewußte Mehrentnahme* bezeichnet werden.

Das zweite Kriterium zur Bewertung von Mehrentnahmen anderer Versicherter ist die 'Legitimität' (Berechtigung) des Bedürfnisses, das einer Mehrentnahme zugrunde liegt. Die Wahrnehmung unberechtigter Mehrentnahmen ist hauptsächlich dann zu vermuten, wenn das Mehrentnahmeverhalten anderer Versicherter dahingehend interpretiert wird, daß diese im Sinne eines *sekundären Krankheitsgewinns*<sup>12</sup> einen Nutzen aus dem Erhalt von Gesundheitsleistungen ziehen, der über das 'medizinisch Notwendige' hinausgeht. Dies ist dann der Fall, wenn das Verhalten anderer Versicherter als '*Simulation*' (reflexive Mehrentnahme zur Realisierung eines sekundären Krankheitsgewinns) oder als '*Hypochondrie*' (unbewußte Mehrentnahme zur

<sup>12</sup> Der Begriff 'sekundärer Krankheitsgewinn' (secondary gain) geht auf Parsons (1951: 437) zurück.

Realisierung eines sekundären Krankheitsgewinns) interpretiert wird.<sup>13</sup> Weiter ist zu vermuten, daß reflexive Mehrentnahmen insbesondere dann als unberechtigt wahrgenommen werden, wenn man zu beobachten meint, daß andere Versicherte aus dem Umstand der Beitragszahlung, aus der Höhe ihres Beitrags oder aus einer als dauerhaft bzw. langandauernd antizipierten Netto-Zahler-Position einen Anspruch auf Mehrentnahmen an Leistungen ableiten und auch realisieren.<sup>14</sup>

Andererseits können unbewußte Mehrentnahmen aber auch als Ausdruck eines zwar subjektiven, aber tolerierbaren Bedürfnisses (nach Gesundheitsleistungen bzw. nach 'Gewißheit') interpretiert werden, wenn etwa diesen Versicherten ein höheres Sicherheitsbedürfnis oder eine geringere 'Leidensfähigkeit' zugebilligt wird. Ähnliches läßt sich für reflexive Mehrentnahmen vermuten, wenn hier auch die Wahrscheinlichkeit der Anerkennung eines Bedürfnisses als berechtigt durch die Zielgerichtetheit der Mehrentnahme verringert werden dürfte.

Die folgende Übersicht zeigt die möglichen Kombinationen der Variablen Reflexivität der Mehrentnahme und Legitimität des zugrundeliegenden Bedürfnisses. Dabei ist anzunehmen, daß eine Mehrentnahme am ehesten akzeptiert wird, wenn das zugrundeliegende Bedürfnis als berechtigt und die Mehrentnahme als 'unbewußt' interpretiert werden (Feld I). Dagegen ist mit einer Wahrnehmung als 'Mißbrauch' zu rechnen, wenn die Mehrentnahme als reflexiv und die Intention als nicht gerechtfertigt angesehen werden (Feld IV), während sich für die beiden anderen Möglichkeiten hinsichtlich ihrer Akzeptabilität eine mittlere Position vermuten läßt. Welche Bedeutung diesen beiden Variablen und ihrer Kombination bei der Wahrnehmung und Bewertung von Mehrentnahmen tatsächlich zukommt, soll in diesem Abschnitt untersucht werden.

---

<sup>13</sup> Als 'Simulation' wird hier also ein zielgerichtetes Vortäuschen von Krankheit(en) - insbesondere zum Erhalt einer Bescheinigung über eine temporäre Arbeitsunfähigkeit bzw. über die Berechtigung zu einer Kur - bezeichnet. Unter 'Hypochondrie' wird dagegen eine nicht oder nur gering reflektierte Neigung zur Realisierung sekundärer Krankheitsgewinne in Form von Fehl- oder Überinanspruchnahmen verstanden.

<sup>14</sup> Weitere Anlässe zu Argwohn können sich ergeben, wenn man etwa befürchtet, daß andere Versicherte durch *gesundheitsabträgliches Verhalten* weniger zur Vermeidung von Krankheiten beitragen als es dem eigenen Verständnis nach angemessen wäre, und wenn man die *Ärzte* und andere Leistungsanbieter verdächtigt, ihre Funktion als 'gatekeeper' nicht zu erfüllen und, sei es nun auf Druck von Patienten oder aus eigenem Antrieb, zu einem übermäßigen Verbrauch an Gesundheitsgütern beizutragen. Obwohl beide Aspekte von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind, können sie im Rahmen dieses Aufsatzes, der sich ganz auf die von den Versicherten induzierte Inanspruchnahme an Gesundheitsleistungen (oder wenn man so will: auf sein Nachfrageverhalten) konzentriert, nicht behandelt werden. Zur Bewertung des Gesundheitsverhaltens und des Einflusses der Leistungsanbieter auf die Nachfragebildung durch die befragten Versicherten vgl. Walter et al. (1995).

**Übersicht: Reflexivität von Mehrentnahmen und die 'Legitimität' der zugrundeliegenden Bedürfnisse**

	zugrundeliegendes Bedürfnis berechtigt	zugrundeliegendes Bedürfnis unberechtigt
unbewußte Mehrentnahme	(I)	(III)
reflexive Mehrentnahme	(II)	(IV)

Als drittes Kriterium zur Beurteilung von Mehrentnahmen ist zunächst schließlich noch die Art des Nutzens zu unterscheiden, der durch eine Mehrentnahme realisiert wird. So können sekundäre Krankheitsgewinne sowohl *intern* im Gesundheitssystem als auch *extern*, aber zu Lasten des Gesundheitssystems, realisiert werden. Es sind daher vier grundsätzliche Formen von Mehrentnahmen zu unterscheiden, die auf sekundäre Krankheitsgewinne zurückgeführt werden können: 'Simulation mit externem Nutzen' (z.B. 'Krankfeiern'), 'Simulation mit internem Nutzen' (z.B. Kur als Urlaubersatz), 'Hypochondrie mit externem Nutzen' (z.B. Fehlinanspruchnahmen) und 'Hypochondrie mit internem Nutzen' (z.B. Überinanspruchnahmen).

Bei der Analyse der Stellungnahmen der Befragten zu etwaigen Mehrentnahmen anderer Versicherter stellte sich zunächst heraus, daß bei der Wahrnehmung und Beurteilung von Mehrentnahmen die Formen sekundärer Krankheitsgewinne und damit auch die Frage der 'Legitimität' der Mehrentnahmemotivation dominieren. Alle vier Formen sekundärer Krankheitsgewinne wurden von den befragten Versicherten als Beispiele für Mehrentnahmeverhalten herangezogen. Dabei konnte eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Bereiche festgestellt werden, in denen Mehrentnahmen anderer Versicherter für wahrscheinlich gehalten oder wahrgenommen werden. Negativ bewertete Mehrentnahmen ('Mißbräuche') werden so vor allem bei Krankmeldungen, bei Kuren sowie bei Arzneimittelverbrauch und Arztbesuch 'beobachtet'.<sup>15</sup> Vereinzelt werden auch (Psycho-)Therapien, Zahnersatz, Massagen und Krankenhausaufenthalte als Beispiele für reflexive Mehrentnahmen herangezogen.

<sup>15</sup> In gewissem Sinne bestätigt dies die von einigen Kritikern des moral hazard-Konzepts vertretene Auffassung, nach der die 'typischen' moral hazard- bzw. Mißbrauchsbeispiele die GKV nicht oder nur in einem geringeren Maße betreffen. Auch von den hier befragten Versicherten vermutet ein großer Teil Mehrentnahmen bei Leistungsarten, die nicht oder nur zu einem geringen Teil von den Krankenkassen finanziert werden. Da diese Befragten jedoch annehmen, daß die dabei entstehenden Kosten ihre Krankenkasse belasten, ist zu vermuten, daß die Konsequenzen, die sie aus dieser Wahrnehmung ziehen werden (wie eigene Mehrentnahmen oder eine sinkende Solidaritätsbereitschaft), sich auch auf die GKV beziehen werden. Im folgenden werden diese Mehrentnahmeformen daher mit in die Analyse einbezogen.

Versicherten, denen bewußtes 'krankfeiern' und 'kur(ur)lauben' nachgesagt wird ('*Simulanten*'), werden dabei als typische Mehrentnehmer am häufigsten genannt. Die wahrgenommenen Mehrentnahmen dieser Versicherten werden sowohl als unberechtigt als auch als reflexiv interpretiert und dementsprechend deutlich verurteilt. Bezeichnungen wie 'Blaumacher', 'Arbeitsfaule' oder gar 'Faulkranke' sind dabei keine Ausnahme und machen deutlich, daß hier zudem von der Realisierung eines externen Nutzens ('Freizeit') ausgegangen wird.

Ähnlich deutlich werden reflexive Mehrentnahmen verurteilt, deren Berechtigung von den Mehrentnehmern (vermeintlich) aus der Tatsache bzw. der Höhe der Beitragszahlung oder aus einem als ungünstig wahrgenommenen 'Preis-Leistungs-Verhältnis' abgeleitet wird. So empört sich ein 42jähriger Elektriker: *"Es gibt Leute, die nutzen sowas [solidarische Krankenversicherung] aus und das sollte man nicht machen. Ich kenn' wirklich welche, die sind der Meinung, 'Ich bin dies' Jahr noch nicht krank gewesen. Ich muß jetzt meine Krankenkasse auch mal 'n bißchen schröpfen. Ich zahl' da ja nicht umsonst ein."* Obwohl die Vermutung durchaus nahelegend ist, daß Netto-Zahler aufgrund ihrer unbefriedigenden Verteilungsposition eher als zu reflexiven Mehrentnahmen bereit (und womöglich berechtigt) angesehen werden, wird ein derart enger Zusammenhang zwischen reflexiver Mehrentnahme und der Netto-Zahler-Position anderer Versicherter nur von wenigen Befragten hergestellt. Unterschiede in der Bereitschaft zu reflexiven Mehrentnahmen werden dagegen viel häufiger mit spezifischen kognitiven, moralischen und Handlungskompetenzen wie 'Informiertheit', 'Auftreten' oder 'Skrupellosigkeit' in Verbindung gebracht. Doch wenn auch Mehrentnehmer von vielen Befragten als 'berechnend' bezeichnet werden, so wird dennoch davon ausgegangen, daß eine Mehrentnahme 'nur' dann erfolgt, wenn ein wie auch immer geartetes Verwertungsinteresse an der entsprechenden Gesundheitsleistung besteht. Sekundäre Krankheitsgewinne sind damit - in der Wahrnehmung der befragten Versicherten - nicht nur eine Voraussetzung für unbewußte Mehrentnahmen (wie z.B. 'Hypochondrie'), sondern auch für alle Formen reflexiver Mehrentnahmen.

Im engen Zusammenhang mit dieser *individualisierten Zurechnung* steht auch die Bewertung von Mehrentnahmen. So variieren die 'Grade der Verurteilung' nach der unterstellten Motivation eines Mehrentnahmeverhaltens: 'Simulanten' werden daher - insbesondere auch im Hinblick auf etwaige externe Kosten (z.B. Belastung der Arbeitskollegen) - insgesamt am deutlichsten verurteilt. Anders ist dies bei der zweiten Gruppe typischer Mehrentnehmer, die mehr oder weniger deutlich von den 'Simulanten' unterschieden wird und hier im Sinne der oben genannten Definition als '*Hypochonder*' bezeichnet werden sollen. Hierbei handelt es sich um Versicherte, die - nach den Einschätzungen der jeweiligen Befragten - 'wegen jeden Zipperleins zum Arzt rennen', weil es ihnen an 'Selbstbeherrschung mangle'. Dieser Gruppe von Mehrentnehmern wird also eine Realisierung interner und externer sekundärer Krankheitsgewinne nachgesagt. Da bzw.

insofern diese als nicht-reflexiv eingeschätzt werden und das ihnen zugrundeliegende Bedürfnis zudem oft als 'menschliche Schwäche' angesehen wird, fällt die 'Verurteilung' des Verhaltens dieser Mehrentnehmer im allgemeinen deutlich gemäßigter aus und ist in ihrer Form eher folgenorientiert ('man sollte so etwas verhindern, da es Kosten verursacht') und weit weniger 'moralisierend' als bei vermeintlichen 'Simulanten'.

'Hypochondrie', also eine unreflektierte Realisierung (externer und interner) sekundärer Krankheitsgewinne, wird schließlich auch *älteren Menschen* nachgesagt, bei denen viele Befragte meinen, einen übermäßigen Arzneimittelverbrauch und eine Suche nach sozialen Kontakten im Wartezimmer des Arztes zu beobachten.<sup>16</sup> Die 'individualisierte Zurechnung', bei der überwiegend Verhaltenstypisierungen wie 'krankfeiern' und 'immer gleich zum Arzt rennen' zur Definition von Mehrentnahmeformen herangezogen werden, wird hier also um ein askriptives Merkmal (Alter) ergänzt. Obwohl pauschalisierte Mehrentnahmeunterstellungen auch gegenüber anderen gesellschaftlichen Teilgruppen (etwa jungen Menschen, Frauen, Arbeitern, Ausländern oder Beamten) durchaus nicht unerwartet gewesen wären, beschränkt sich das statusorientierte 'blaming' anderer Versicherter jedoch fast ausschließlich auf ältere Menschen.

Zusammenfassend kann hier also festgehalten werden, daß (1) die Wahrnehmung reflexiver und unbewußter Mehrentnahmen zumeist nicht an Statusmerkmalen orientiert ist, daß (2) Mehrentnahmen in Bereichen 'beobachtet' werden, die nur zu einem geringeren Teil zu Lasten der Krankenkassen gehen, und daß (3) ein hinreichendes Interesse der Mehrentnehmer an sekundären Krankheitsgewinnen unterstellt bzw. vorausgesetzt wird. Für die Bewertung von Mehrentnahmen erwies sich (4) als entscheidend, ob diese als reflexive, dem Mehrentnehmer als solche bewußte eingeschätzt wird und ob das Motiv zu einer Mehrentnahme als unberechtigt angesehen wird. Ist beides der Fall, kann von einer Verurteilung des Mehrentnahmeverhaltens ausgegangen werden. Im umgekehrten Fall einer unbewußten Mehrentnahme mit als berechtigt anerkannten Motiven ist eher mit einer Akzeptanz der Mehrentnahme zu rechnen. Insgesamt erwies sich jedoch die Frage nach der Berechtigung des der Leistungsentnahme zugrundeliegenden Bedürfnisses gegenüber dem Kriterium der Reflexivität bei der Beurteilung fremder Mehrentnahmen als dominant. Nur von untergeordneter Bedeutung ist dagegen, ob die Bedürfnisse, die zur Mehrentnahme führen, auch medizinischer Natur sind, ob also der realisierte sekundäre Krankheitsgewinn interner oder externer Art ist. So wird z.B. die Kontaktsuche älterer Menschen im Wartezimmer von einem Teil der Befragten zwar als Fehlanspruchnahme des Gesundheitssystems bedauert, aber als berechtigtes Bedürfnis toleriert. Insgesamt ergibt sich damit eine deutliche *Hierarchie der Akzeptanz bzw. Verurteilung*

<sup>16</sup> An dieser Stelle ist daran zu erinnern, daß aufgrund der Auswahlkriterien bei der Rekrutierung der Stichprobe (vgl. Fußnote 2) keine Angehörigen höherer Altersgruppen interviewt wurden. (Die Altersspanne lag zwischen 24 und 60 Jahren.)

von Mehrentnahmen, die die eingangs formulierte Annahme weitgehend bestätigt: Mehrentnahmen haben die größte Chance, bei anderen Versicherten auf Akzeptanz zu stoßen, wenn das zugrundeliegende Bedürfnis als berechtigt anerkannt wird und die Mehrentnahme selbst als 'unbewußt' eingeschätzt wird (I). Aber auch reflexive Mehrentnahmen infolge als berechtigt angesehener Bedürfnisse (II) gelten bei vielen Befragten als tolerabel. Kritische Beurteilungen beziehen sich dabei fast ausschließlich auf mögliche Negativfolgen. Moralische Verurteilungen werden dagegen vor allem dann geäußert, wenn Mehrentnahmen als durch nicht akzeptierbare Gründe motiviert angesehen werden (III). Hier besteht immerhin noch die Möglichkeit einer Akzeptanz, wenn die Mehrentnahme als 'unbewußt' interpretiert wird. Wird dagegen eine Mehrentnahme als reflexiv wahrgenommen, so wird diese als Mißbrauch verurteilt, wenn das zugrundeliegende Bedürfnis als unberechtigt eingeschätzt wird (IV). In der nachstehenden Übersicht werden diese 'Akzeptanzhierarchie' und die Kriterien für die Beurteilung von Mehrentnahmen dargestellt. Die angeführten Beispiele wurden den Interviews entnommen und sollen der Veranschaulichung dienen.

**Übersicht: Grad der Akzeptanz und Kriterien zur Beurteilung von Mehrentnahmen**

	zugrundelieg. Bedürfnis	Grad der Reflexiv.	Art des Nutzens	Beispiel
<b>I</b>	berechtigt	gering	intern extern	Folge einer subjektiv höheren Empfindlichkeit Arztbesuch infolge sozialer Isolation/Hypochondrie'
<b>II</b>		hoch	intern extern	Wahrnehmung eines 'Anspruches' auf eine Kur 'legitim. Krankfeiern' bei 'stressiger' Arbeitssituation
<b>III</b>	unberechtigt	gering	intern extern	Überinanspruchnahme von Leistungen Fehlinanspruchnahme des Arztes 'aus Langeweile'
<b>IV</b>		hoch	intern extern	Mißbrauch: 'Kur als Urlaubersatz' Mißbrauch: 'Krankfeiern' ('Faulkranke' etc.)

Ob Mehrentnahmen aber als reflexiv oder unbewußt und das ihnen zugrundeliegende Bedürfnis als berechtigt oder unberechtigt eingeschätzt wird, ist letztlich von der Wahrnehmung der Urteilenden (hier also der befragten Versicherten) abhängig. So sind insbesondere die Grenzen zwischen 'simulieren' und 'sich anstellen' stark definitionsabhängig, so daß ein und dasselbe Verhalten von einem Befragten als eher akzeptable 'Überempfindlichkeit' wahrgenommen werden kann, während es von einem anderen schon als 'krankfeiern' verurteilt wird. Welche Unterschiede in den Wahrnehmungsformen von Mehrentnahmen bei den befragten Versicherten festzustellen und wie sie zu erklären sind, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

## 2.2. Zur polarisierenden Wirkung der 'Mißbrauchssemantik'

Von der Inzidenz unberechtigter Mehrentnahmen anderer Versicherter sind also alle Befragten überzeugt. Dagegen werden erhebliche Unterschiede bei der normativen Bewertung wie bei der Einschätzung der Häufigkeit solcher Mehrentnahmen deutlich. Hierbei sind zwei Bewertungsdimensionen zu unterscheiden. So gilt es, sowohl das Mehrentnahmeverhalten selbst als auch dessen Folgen zu beurteilen, wie sie für die Versichertengemeinschaft bzw. für die Befragten selbst wahrgenommen werden. Es geht hier also zum einen um die Bewertung der Legitimität des Verhaltens selbst und zum anderen um die konsequentialistische Bewertung der materiellen und immateriellen Folgen anhand normativer Kriterien wie Nützlichkeitskalkülen.

Sowohl hinsichtlich der Folgenbewertung wie auch bei der Beurteilung des Verhaltens selbst lassen sich bei den hier Befragten leicht zwei völlig konträre Positionen erkennen: Während ein Teil der Befragten zu einer vehementen Verurteilung von Mehrentnahmeverhalten neigt und die Folgen als schwerwiegend einschätzt, sieht der andere kaum Anlaß zu moralischer Entrüstung über Mehrentnehmer und erwartet keine ernsthaften Folgen für sich selbst (etwa in Form von Beitragserhöhungen) oder für die Versichertengemeinschaft. Wie sich die Polarisierung der Wahrnehmungen und Bewertungen erklären läßt, soll in diesem Abschnitt untersucht werden.

### *Dramatisierung des Mehrentnahmeverhaltens als 'Mißbrauch'*

Zunächst zu den Befragten, die der Ansicht sind, daß Mehrentnahmen größtenteils zu unrecht erfolgen und das entsprechende Verhalten zu verurteilen sei. Diese Einschätzung beruht auf der Beobachtung, daß Mehrentnahmen entweder bewußt mit dem Ziel einer Bereicherung erfolgen oder als Fehl- und Überinanspruchnahmen einzuschätzen sind. Sie sehen also in übertriebenen Ansprüchen und fehlgeleiteten Erwartungen die Ursachen vieler Mehrentnahmen anderer Versicherter. Für diese Befragten ist ein sehr *enges Verständnis tolerierbarer Mehrentnahmen* kennzeichnend. Selbst Formen der Mehrentnahme, die nicht unbedingt als 'Mißbrauch' eingestuft werden, gelten als unberechtigt.

Häufig und deutlich in der Kritik äußern sich diese Befragten zu scheinbar eindeutigen 'Mißbrauchsfällen'. Dabei werden dem Mehrentnehmer verurteilenswürdige Intentionen und Einstellungen nachgesagt.

So empört sich ein jüngerer Feinmechaniker: *"Das sind die Egoisten. Das sind die, die also jede Leistung auf Heller und Batzen aufrechnen (...) Die schwimmen also gegen die Solidargemeinschaft, oder kämpfen*

---

*sogar dagegen an, und zerstören das eigentlich auch. Denn es ist ja gut, wenn jede Mark irgendwie in einen Topf bleibt, die nicht unbedingt ausgegeben werden muß, um eben ein größeres Volumen zu erzielen. Aber das sind eben die Leute, die versuchen, irgendwo mitten in 'ner Stadt 'ne Insel zu bilden."*

Insgesamt wird also von diesem Teil der Befragten eine relative Mehrentnahme an Leistungen als *reflexive Mehrentnahme* verurteilt. Dabei wird das entsprechende Verhalten ausschließlich dem einzelnen Mehrentnehmer kausal zugerechnet.

Einige Befragte sehen jedoch auch einen direkten Zusammenhang zwischen dem als unmoralisch kritisierten Verhalten und der *Systemlogik der GKV mit ihren 'Rationalitätenfallen'*.<sup>17</sup> Insbesondere der durch das 'Umlageverfahren' erweckte Eindruck einer kostenlosen Leistungsgewährung bzw. die relative Unabhängigkeit von Leistungsentnahme und Beitragshöhe werden für ungehemmte Leistungsentnahmen verantwortlich gemacht.

Ein Befragter, der nach einigen Jahren in einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer privaten Krankenversicherung gewechselt ist, beschreibt die Einstellung von Mehrentnehmern so: *"Ich zahl' dafür, ich werd' nicht gefragt, was ich zahl', also nehm' ich dieses System halt in Anspruch. Wenn ich 'ne Monatskarte bei der Bahn kauf', möcht' ich ja auch gern ein bißchen fahren."*

Viele Befragte stellen dabei die Bewertung des Mehrentnahmeverhaltens in einem engen Zusammenhang mit der Abschätzung der Folgen, so daß die Bewertung von Verhalten einerseits und Folgen andererseits kaum zu trennen ist. Hier ist festzustellen, daß zumeist genau diejenigen Befragten, die eher zu einer weitreichenden Verurteilung von Mehrentnahmeverhalten neigen, auch negative Folgen erwarten. Anders gesagt: Immer dann, wenn unerwünschte Folgen für die Versichertengemeinschaft oder für einen selbst erwartet werden, werden auch Verhalten und Motivation der vermeintlichen Mehrentnehmer verurteilt. Einem - nach Meinung der Befragten - objektiv schädlichen Verhalten wird damit auch eine entsprechende Motivation unterstellt: Wer durch reflexive oder unbewußte Mehrentnahmen das Versichertenkollektiv schädigt, ist auch moralisch zu verurteilen. Individuell rationales Verhalten wird also als amoralisch angesehen, insofern es der kollektiven Rationalität zuwiderläuft.

Die Wahrscheinlichkeit, mit der die Folgen als bedenklich oder gar bedrohlich wahrgenommen werden, hängt dabei maßgeblich davon ab, wie das Ausmaß reflexiver und unbewußter Mehrentnahmen eingeschätzt wird. Von diesem Teil der Befragten werden dementsprechend verschiedene Möglichkeiten zu Mehrentnahmen von Gesundheitsleistungen gesehen. Davon ausgehend, daß diese - etwa aufgrund einer anderen Bedürfnis- oder Persönlichkeitsstruktur (Tablettensucht, Kontaktsuche, 'Faulheit') - für andere Versicherte auch attraktiv sind, werden das Ausmaß und die Folgen des Mehrentnahmeverhaltens als erheblich eingeschätzt.

---

<sup>17</sup> Zum Begriff der 'Rationalitätenfalle' s. Herder-Dorneich (1982).

Zumeist nimmt diese kritische Sicht des Mehrentnahmeverhaltens anderer Versicherter die Form einer *Dramatisierung*<sup>18</sup> an. Von diesen Befragten werden die vermeintlichen Mehrentnahmen anderer Versicherter geradezu als Bedrohung wahrgenommen. Dementsprechend werden die Folgen des Mehrentnahmeverhaltens anderer Versicherter in drastischen Bildern geschildert. Befürchtet werden vor allem Beitragserhöhungen, eine Systemdestabilisierung und seltener auch Rationierungen.

Eine Einzelhandelskauffrau sieht im vermeintlichen 'Mißbrauch' einiger Versicherter die Gesundheitsversorgung der in ihren Augen wirklich Bedürftigen gefährdet: *"Das finde ich dann also nicht so sehr gerecht, wenn jemand die [Kur] wirklich braucht aus Gesundheitsgründen und die abgelehnt wird. Und andere, die kriegen das denn jedes Jahr bewilligt."* Und an einer anderen Stelle im Interview: *"Ich finde das nicht sehr gut. (...) Es müssen ja auch andere Leute, die wirklich krank sind, unterstützt werden. Man muß das ja nicht unbedingt auf seiner Seite da ausschöpfen. Für Leute, die wirklich schwere Krankheiten haben, ist dann nichts mehr da, was sollen die dann machen? Wovon sollen die leben? Das finde ich nicht sehr gut."*

Ein anderer Befragter sieht sogar eine Gefahr für das ganze GKV-System: *"Falsch, falsch gedacht. Bin ich eigentlich dagegen. Also das sind eigentlich so die Leute, wo ich sagen muß, die sind eigentlich die, die unser System kaputt machen. Die Solidarität da, die da herrschen sollte. Das geht nicht. (...) Sone Leute, die muß man darauf hinweisen, daß das nicht geht."*

Insgesamt betrachtet zeichnet sich dieser Teil der befragten Versicherten also dadurch aus, daß der Bereich, in dem eine - in Relation zum eigenen Verbrauch - gesteigerte Leistungsentnahme als berechtigt angesehen wird, eher eng definiert wird. Dementsprechend oft wird vermeintliches Mehrentnahmeverhalten beobachtet. Aufgrund dieser Wahrnehmung werden die Folgen (Beitragserhöhungen, Rationierungen) als bedrohlich empfunden. Vor dem Hintergrund dieser Befürchtungen ist es nicht weiter verwunderlich, daß das entsprechende Verhalten entweder als Fehl- und Überinanspruchnahme (bei unbewußten Mehrentnahmen von 'Überempfindlichen' und 'Alten') oder als 'Mißbrauch' ('Simulanten', 'Kurlauber') verurteilt wird. Einschränkend ist hierzu jedoch anzumerken, daß die moralische Verurteilung des Mehrentnahmeverhaltens und die Dramatisierung der Folgen nicht immer in einem unmittelbaren (Interview-)Zusammenhang stehen. Angesichts der Formulierungen, die insbesondere zur Charakterisierung reflexiver Mehrentnehmer verwendet werden, ist daher anzunehmen, daß auch unabhängig von der Folgenbewertung das Mehrentnahmeverhalten nicht nur als unberechtigt, sondern auch als 'unmoralisch' empfunden wird. Es kann deshalb vermutet werden, daß die Heftigkeit, mit der diese Befragten vor allem reflexive Mehrentnahmen verurteilen, auf die wahrgenommene Verletzung einer als grundlegend empfundenen Norm (einer restriktiven Leistungsentnahme) zurückzuführen ist.

<sup>18</sup> Mit dieser Begriffswahl soll nicht behauptet werden, daß die Einschätzungen der Befragten unrealistisch sind. Sie bezieht sich ausschließlich auf die Darstellungsform des Phänomens 'reflexive Mehrentnahme' (Begriffswahl, Ausdrucksform, 'Dichte', Intensität u.a.) durch die Interviewpartner. Ähnliches gilt auch für die Verwendung des Begriffs 'Bagatellisierung' (s.u.).

Angesichts dieser kritischen Beurteilung des Leistungsentnahmeverhaltens der 'anderen Versicherten' verwundert es nicht, daß sich diese Befragten im besonderen Maße für *Selbstbeteiligungsregelungen* aussprechen. Sie halten Selbstbeteiligungen für ein effektives Mittel zur Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und sehen in ihnen eine legitime Möglichkeit zur 'Korrektur kollektivschädigenden Verhaltens', insofern sie auf Leistungsarten angewendet werden, bei denen Mehrentnahmen wahrgenommen werden. Eigene Interessenüberlegungen (etwa die eigene Betroffenheit von Selbstbeteiligungen oder Auswirkungen auf die Beitragshöhe) sind für diese Befragten demgegenüber zumeist nur von untergeordneter Bedeutung (vgl. hierzu auch Ullrich et al. 1994).

### ***Bagatellisierung des Mehrentnahmeverhaltens als Ausdruck eines subjektiven Bedürfnisses nach Gesundheitsleistungen***

Im Gegensatz zu den bisher dargestellten Befragten, die zu einer Dramatisierung der Folgen und zu einer scharfen Verurteilung des Mehrentnahmeverhaltens neigen, werden von einem anderen Teil der befragten Versicherten die Möglichkeiten zu Mehrentnahmen als gering eingeschätzt und das vermeintliche Mehrentnahmeverhalten anderer Versicherter als von geringem Ausmaß oder als berechtigte Leistungsentnahme akzeptiert. Unterschiede zwischen den eigenen Möglichkeiten zu und Interessen an einer bewußten Steigerung der Leistungsentnahme und denen anderer Versicherter werden nicht wahrgenommen bzw. auf unerhebliche Ausnahmen beschränkt.

Diese Einschätzung hat ihre Ursache vor allem darin, daß der *Bereich, in dem Mehrentnahmen als berechtigt empfunden werden, sehr weit definiert* wird. So können diese Befragten höhere Leistungsentnahmen tolerieren, weil sie die Ursachen hierfür nicht in einer Art Bereicherungsabsicht sehen, sondern vielmehr davon ausgehen, daß diese Mehrentnahmen durch subjektive Empfindlichkeiten und Bedürfnisse verursacht werden. Voraussetzung für diese Tolerierung höherer Leistungsentnahmen ist also die *Zubilligung subjektiv höherer Bedarfe an Gesundheitsleistungen als des eigenen bei gleichzeitiger Anerkennung der alleinigen Geltung des Bedarfsprinzips bei der Leistungsentnahme*.

So wendet sich eine 34jährige Bürokauffrau gegen pauschale Mißbrauchsvorwürfe: "*Bei dem einen kann man sagen, ja, 'der hat's vielleicht nicht nötig', aber jemand ander's braucht es. Darum kann man das nicht so verallgemeinern.*"

Ein anderer Befragter äußert Verständnis für die - seines Erachtens überflüssigen - Mehrentnahmen anderer Versicherter: "*Natürlich gibt es Leute, die zuviel (...) zum Arzt gehen. (...) Ich weiß nicht, ob ich da (...) die Absicht so raussehen kann. Ich denke, [das geschieht] mehr unbedacht, wenn sich Leute nicht wohl fühlen und dann zum Arzt gehen. (...) Die Menschen gehen mit Unwohlsein verschieden um. Und Unwohlsein ist keine Krankheit, ja. Aber es gibt Leute, die betrachten das als Krankheit. (...) Das pas-*

*siert, aber soweit wie ich das kenne, nicht aus Böswilligkeit oder so. Oder nach dem Motto 'Ich zahle das, ich hab' das Recht dazu.'*"

Potentiell 'verurteilungswürdige' Mehrentnahmen werden dementsprechend auf einen eher kleinen Bereich der Leistungsentnahmen beschränkt. Die Möglichkeiten dazu werden aber auch dann noch als sehr gering eingeschätzt, weil die entsprechenden Leistungen als nicht attraktiv angesehen werden oder weil reflexive Mehrentnahmen als sehr aufwendig gelten.

Ein kaufmännischer Angestellter hält die Annahme eines Mehrentnahmeverhaltens schlicht für überholt: *"Ich mein, er geht da [zum Arzt] ja nicht zum Spaß hin. Ich glaub, über den Punkt sind wir weg, daß jemand zum Spaß hingehht (...). Das ist ja Unsinn. So was macht doch keiner."*

Neben der geringen Attraktivität bzw. des Aufwandes reflexiver Mehrentnahmen wird hier vor allem auch auf die zentrale Rolle der Ärzte hingewiesen, die schließlich über die Leistungsentnahme entschieden und damit auch die Verantwortung dafür trügen, wenn Versicherte auch scheinbar 'überflüssige' Leistungen erhielten. Indirekt sprechen diese Befragten damit die Mehrentnehmer von ihrer individuellen Verantwortung beim Zustandekommen einer über das 'medizinisch Notwendige' hinausgehenden Leistungsentnahme frei. Schließlich wird von einzelnen Befragten auch darauf verwiesen, daß die GKV von den 'typischen Mehrentnahmen' nur gering betroffen sei. So werden etwa durch das 'Krankfeiern' vor allem die Arbeitgeber belastet.

Insgesamt geht also dieser Teil der Befragten von einer geringen Wahrscheinlichkeit von Mehrentnahmen aus. Dementsprechend wird auch das Ausmaß eingeschätzt. Es dominiert die Vorstellung, daß es sich bei den 'eentlichen' Mehrentnehmern nur um wenige 'schwarze Schafe' handeln könne und daß die Folgen daher 'nicht so schlimm' seien. Diese Wahrnehmungsform des Mehrentnahmeverhaltens kann daher auch als *Bagatellisierung* bezeichnet werden.

So meint eine Verwaltungsangestellte schlicht: *"Wenn der eine oder andere sich mal was anderes aufschreiben läßt, [da] geht die Welt auch nicht von unter."*

Auch eine jüngere ReNo-Gehilfin ist überzeugt: *"Solche Leute wird's immer geben, solche Ärzte wird's immer geben, aber ich denke, das sind einfach Ausnahmen. Sicher, will ich gar nicht abstreiten, aber ich glaube nicht, daß das so groß, ich meine nicht, daß das jetzt ein großer Kostenfaktor ist. Das seh' ich nicht so."*

So wird im Mehrentnahmeverhalten ein bestenfalls marginales Problem gesehen, da Ausmaß und Folgen als sehr gering eingeschätzt werden. Von diesen Befragten wird keine Gefährdung des GKV-System durch Mehrentnehmer und daher auch kein Anlaß zu weitreichenden (und womöglich unerwünschten) Konsequenzen gesehen.

Dieser Einschätzung entsprechend werden auch *Eingriffe zur Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abgelehnt*. Diese Befragten sehen nicht nur keine Möglichkeit zu ef-

fektiven Steuerungseingriffen, sondern halten diese aus verschiedenen Gründen auch für illegitim. So werden Selbstbeteiligungen angesichts gleichzeitiger Beitragssteigerungen als ungerechtfertigt oder als der Idee einer Versicherung zuwiderlaufend empfunden. Vor allem aber werden Selbstbeteiligungen als unsozial und kontraproduktiv kritisiert. So wird insbesondere eine under-utilization einkommensschwächerer Versicherter befürchtet. Diese Befragten sehen daher nicht im Mehrentnahmeverhalten anderer Versicherter, sondern in der öffentlichen Mißbrauchsdiskussion eine Gefahr. In ihr glauben sie einen 'demagogischen Versuch' zu erkennen, über eine Dramatisierung der Folgen das System der GKV bzw. die derzeitige Form und Höhe der Leistungsgewährung anzugreifen.

Ein Befragter schildert sein Unbehagen so: *"Ich halte sowas vielfach auch für demagogische Formulierungen. Das kann sehr leicht hergenommen werden und jeder kennt das, jeder fühlt sich erinnert an irgend etwas, was er auch schon mal gehört hat. Aber es belegt eigentlich überhaupt nichts. Es ist überhaupt nicht statistisch untermauert."* Und an anderer Stelle: *"Also es gibt bestimmt solche Personen. Weil ja auch diese Einzelfälle, die können ja auch belegt werden. Aber diese sollten trotzdem (...) kein Argument sein, um jetzt allgemein Leistungen einzuschränken."*

### ***Zusammenfassung: Dramatisierung und Bagatellisierung als Folgen der 'Mißbrauchsemantik'***

Insgesamt betrachtet werden also bei der Bewertung des Mehrentnahmeverhalten und seiner Ursachen, insbesondere aber bei der Folgeneinschätzung, große Unterschiede innerhalb der Gruppe der befragten Versicherten deutlich. Zwar ist allen Befragten gemeinsam, daß sie die Vorrangigkeit, wenn nicht gar die alleinige Geltung des Bedarfsprinzips (bei medizinisch-professionalisierter Bedarfsdefinition) anerkennen. Wie gezeigt wurde, kann diese Überzeugung von der Legitimität des Bedarfsprinzips jedoch zu völlig unterschiedlichen Bewertungen des Mehrentnahmeverhaltens anderer Versicherter führen. Dabei stellte sich heraus, daß für die Frage, ob diese Mehrentnahmen als schwerwiegendes Problem oder als unbedeutende Randscheinung wahrgenommen werden, entscheidend ist, wie von den Befragten definiert wird, was als (medizinischer) Bedarf gelten soll. So konnte gezeigt werden, daß eine 'tolerante Bedarfsdefinition', die anderen Versicherten eine subjektive Bestimmung ihres eigenen Bedarfs zubilligt, eher zu einer Bagatellisierung des Phänomens (reflexiver) Mehrentnahmen führt. Ein Vorkommen bewußten Ausnutzens der Versicherungsleistungen wird dann als quantitativ unbedeutend eingeschätzt. Im Unterschied dazu nehmen andere Befragte ihren eigenen aktuellen oder 'imaginierten' Bedarf als Maßstab auch für andere Versicherte.<sup>19</sup> Infolge dieser eher

<sup>19</sup> Hiermit ist selbstverständlich nicht gemeint, daß diese Befragten Versicherten mit 'objektiv höheren Bedarfen' nicht auch mehr Leistungen zubilligen. Gemeint ist dagegen, daß Leistungsentnahmen nur dann als berechtigt empfunden werden, wenn man in einer vergleichbaren Situation ähnliche Leistungen entnehmen würde. So werden etwa Psychotherapien von einigen Befragten als unbedeutende Mehrentnahme empfunden, weil sie selbst nicht davon Gebrauch machen würden.

'intoleranten Bedarfsdefinition' werden als unberechtigt eingeschätzte Mehrentnahmen anderer Versicherter relativ häufig wahrgenommen, verurteilt und in ihren Folgen 'dramatisiert'.

Diese Diskrepanz in der Wahrnehmung und Bewertung von Mehrentnahmen kann nicht auf etwaige Unterschiede in der Beobachtung von Mehrentnahmen im Alltag zurückgeführt werden, da die konkreten Erfahrungen mit Mehrentnahmen anderer Versicherter allgemein, also auch bei den Versicherten, die zu einer Dramatisierung der Folgen eines vermeintlich verbreiteten Mehrentnahmeverhaltens neigen, sehr gering sind. Daß vermeintliches Mehrentnahmeverhalten nicht nur mit moralisierenden Begriffen wie 'Anspruchsdenken', 'Vollkasko mentalität' und 'Leistungsmissbrauch' belegt, sondern auch in einen engeren Kausalzusammenhang mit Kosten- und Beitragsentwicklungen in den gesetzlichen Krankenkassen gestellt wird, läßt dagegen auf eine *polarisierende und emotionalisierende Wirkung der 'Missbrauchssemantik'* schließen. Die Wahrnehmungs- und Bewertungsformen der Versicherten passen sich dabei dem durch die öffentliche Diskussion um 'Leistungsmissbräuche' ausgelösten normativen Druck an. Bedrohungsgefühle sind dabei in beiden Gruppen zu erkennen. So sehen die 'Dramatisierer' sich, vor allem aber die Versichertengemeinschaft, gleich in zweifacher Weise bedroht: durch die befürchteten Folgen ebenso wie durch die Verletzung einer offensichtlich als grundlegend empfundenen Verhaltensnorm. Ganz anders die 'Bagatellisierer', die nicht in den Folgen des Mehrentnahmeverhaltens anderer Versicherter eine Gefahr sehen, sondern in der 'Missbrauchssemantik' selbst, die als Versuch verstanden wird, weitere Leistungskürzungen und Selbstbeteiligungen zu legitimieren.

### **2.3. Reflexive Mehrentnahme als Handlungsoption?**

Bei der Analyse der Wahrnehmung (reflexiver) Mehrentnahmen ist es ebenso von besonderem Interesse wie methodisch prekär zu untersuchen, ob und wenn ja, in welcher Form eine reflexive Mehrentnahme von Gesundheitsleistungen als Option für das eigene Handeln angesehen wird. Insbesondere bei reflexiven (und tendenziell unzufriedenen) Netto-Zahlern ist eine solche Handlungsweise durchaus erwartbar, da hier aufgrund der für den Betroffenen ungünstigen Beitrags-Leistungs-Bilanz eine moralische Rechtfertigung zumindest möglich zu sein scheint.

Trotz des Versuches, durch das methodische Vorgehen auch die Äußerung vermeintlich 'sozial unerwünschter' Ansichten zu erleichtern<sup>20</sup>, gaben alle hier Befragten an, zumindest bisher noch nicht im Sinne einer reflexiven Mehrentnahme an Leistungen gehandelt zu haben, und auch nicht vorzuhaben, so zu handeln. Dabei wurden vier Gründe deutlich, die einer eigenen reflexiven Mehrentnahme entgegenstehen: Zunächst werden von vielen Befragten die *Möglichkeiten* zu Mehrentnahmen als ungünstig eingeschätzt, weil die Leistungsentnahme letztlich von den Ärzten bestimmt und kontrolliert werde. Als abschreckend gelten außerdem auch aufwendige Bewilligungsverfahren und lange Wartezeiten. Darüber hinaus wird aber auch der *Nutzen* eigener Mehrentnahmen in Zweifel gezogen. Entsprechend wird von mehreren Befragten auf die schlechten 'Verwertungsmöglichkeiten' der GKV-Leistungen verwiesen.

So meint eine Befragte: *"Ich mein, ich geh' nich dahin und laß mir da 20 km Pflaster verschreiben und verkauf' das, ja. Da ist mir auch nicht mit gedient."*

Eine andere Versicherte stellt bezüglich der Anreize zu reflexiven Mehrentnahmen fest: *"Da gibt's ja kein Geld bei 'ner Krankenkasse. Da gibt's zwar Medikamente, aber die kann ich nicht verkaufen, und ich nehme an, das lohnt sich nicht so. Denn wer kann sich schon an Medikamenten bereichern?"*

Einige Befragte meinen sogar, daß übermäßige Leistungsentnahmen zu Selbstschädigungen führen können.

So gibt ein 55jähriger Befragter zu bedenken: *"Auf so eine Idee käme ich gar nicht, weil mir das einfach zu albern wäre. Ich meine, da macht man mehr Schaden als Nutzen. Und wenn einer glaubt, daß er aufgrund der hohen Beiträge viel rausholen muß, kann er auch Pech haben, daß er mal das falsche Medikament kriegt und denn wirklich drauf angewiesen ist."*

Ein jüngerer Maschinenbautechniker befürchtet, durch häufige (und unnötige) Arztbesuche als Hypochonder eingestuft zu werden: *"Meine Zeit kann ich mir anders vorstellen, als daß ich dauernd jeden Monat einmal zum Arzt hingeh' und dann ein Dauerpatient bin. (...) Und wenn Sie dauernd auftauchen, dann weiß der Arzt auch: 'Der hat doch sowieso nichts'. Und wenn Se dann mal wirklich was haben, dann wird das auch als banal angesehen."*

Neben solchen Vernunfts- und Bequemlichkeitsüberlegungen werden von einigen Befragten eigene Mehrentnahmen auch damit abgelehnt, daß dies nicht ihrer Mentalität entspreche. In ihrem *Selbstbild* sei weder für reflexive noch für unbewußte Mehrentnahmen Platz. Häufig wird aber gerade auch von diesen Befragten betont, daß sie sich verpflichtet fühlen, verant-

<sup>20</sup> Unter methodischen Gesichtspunkten erscheint es schwierig, valide Äußerungen der Befragten zu eigenen (reflexiven) Mehrentnahmen zu erhalten. Angesichts der öffentlich geführten Diskussion um 'Leistungsmissbrauch' und 'Anspruchsmentalität' der Versicherten als (Mit-)Verursacher der 'Kostenexplosion' galt es daher, die Wahrscheinlichkeit von Antwortverzerrungen zu reduzieren. Dies wurde vor allem durch die Technik des offenen Interviews erreicht, die im besonderen Maße dazu geeignet ist, auch zu schwierigen Thematiken annähernd valide Stellungnahmen der Befragten zu erhalten. Hilfreich waren zudem auch die in den Interviews verwendeten 'Polarisierungen', mittels derer die Befragten entweder mit 'Gegenargumentationen' konfrontiert wurden oder zu zwei oder mehreren gegensätzlichen Begründungsmustern bzw. Verhaltensweisen Stellung nehmen sollten (vgl. Forschungsbericht 1994).

wortungsbewußt und ohne Rücksicht auf die eigene 'Bilanz' mit den *kollektiven Ressourcen* umzugehen. Dabei wird vor allem eine an Äquivalenzvorstellungen orientierte Begründung von Mehrentnahmen (nach denen hohe Beiträge zu reflexiven Mehrentnahmen berechtigen) zurückgewiesen und die alleinige Geltung des Bedarfsprinzips bei der Leistungsentnahme hervorgehoben. So erklärt eine Befragte, daß sie aus der Tatsache, einen relativ hohen Beitrag zu zahlen, "*nicht irgendwelche besseren oder mehr Rechte ableiten [würde].*"

Ähnlich sieht dies auch ein Berufsschullehrer im Angestelltenverhältnis: "*Das [Leistungsentnahme] würd' ich nicht abhängig machen von der Leistung, also nicht von der Leistung, die ich bringe. Wenn der Arbeitslose oder Arbeiter (...) 'ne Kur braucht, dann ist der genauso drauf angewiesen wie ich auch. Das hat nichts mit der Leistung zu tun.*"

Ein anderer Befragter verweist in diesem Zusammenhang auf das Solidarprinzip: "*Ich muß ja mit meinen Mehrverdienst den Wenigerverdienenden mit untere Arme greifen. (...) Ich seh' das so als Versicherung. Da muß jeder in den Topf reintun, der eine mehr, der andere weniger. Also ich seh' da keinen Unterschied, daß ich da denn dementsprechend auch mehr raus[holen] soll.*"

Andere sehen sich dagegen in einem Konflikt zwischen moralischem Anspruch und egoistischer Interessenverfolgung. Typisch für solche Konflikte ist die Vorstellung, daß das eigene (moralisch richtige) Verhalten nicht entsprechend honoriert werde - sei es in Form von 'Anerkennung' oder im Sinne einer Reziprozitätserwartung.

So meint ein 55jähriger Ingenieur: "*Ich bin noch nie zur Kur gefahren, sage auch, 'Bist schön dumm'. Ich meine, ein Zipperlein läßt sich immer finden, vor allem, wenn man noch nie zur Kur war.*"

Aber auch ein sehr junger Befragter (24) empfindet den Konflikt zwischen der eigenen Normbefolgung und der vermeintlichen Verletzung durch andere besonders deutlich: "*Ich sag auch, 'Schön blöd, das dankt dir keiner, wenn du hierher [zur Arbeit] kommst'. Wenn du dich schlecht fühlst, dann mußt du im Bett bleiben, und wenn du nicht kommst, dann wirste den nächsten Tag auch noch- Ich meine, das ist wahrscheinlich überall so, daß man dann sagt, (...) wenn man krank ist, dann sagen sie auch, 'Ja, warst ja nie krank und auf einmal ist mal was.' Und andere Leute, die machen immer krank und die kommen damit durch. Das find' ich also nicht in Ordnung.*"

'Verboten' bzw. außerhalb des Denkbaren ist für viele eine reflexive Mehrentnahme daher nicht: So wird von einigen Befragten eingeräumt, daß sie 'auch schon einmal daran gedacht hätten', so zu handeln. Ebenso ist bei einigen der befragten Versicherten die Vorstellung verankert, daß man sich etwa durch das Zahlen von Beiträgen einen Anspruch auf 'ein gewisses Maß' an Leistungen erworben habe.

So erklärt ein Befragter, warum er zur Kur gefahren ist, folgendermaßen: "[Da] *hat ja meine Frau gesagt: 'Du zahlst und zahlst und deine Kollegen, die nehmen, die sind viel jünger.'*" Und weiter: "*Ich glaube, ich hatte schon [das] Recht erworben.*" Zusätzlich rechtfertigt er diese Leistungsentnahme noch mit dem 'Rehabilitationsargument', daß seine Kur schließlich nur dazu diene, seine Leistungsfähigkeit (und damit Beitragsfähigkeit) wiederherzustellen: "*Das ist nur wegen der Gesundheit, daß da [die] Kasse gesagt hat, 'So viel hat er gearbeitet und so weiter, wir müssen ihn rehabilitieren, damit er weiter gesund arbeiten kann.'*"

---

Mit diesem Argument, daß eine Kur schließlich eine Investition in ihre Arbeitskraft sei, 'verteidigt' sich auch eine 53jährige Bibliotheksangestellte: Eine Kur gemacht zu haben, ohne 'richtig krank zu sein', *"wird uns auch nachgesagt. Aber das ist ja nicht nur so- ich bin ja nicht unbedingt sehr krank, um zur Kur zu kommen. Denn komme ich nämlich nicht hin. Es ist nur wegen der Erhaltung der Arbeitskraft. Deswegen gehen wir zur Kur."*

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, daß eine bewußte Steigerung der eigenen Leistungsentnahme von den befragten GKV-Versicherten überwiegend abgelehnt wird. Als Gründe werden hierfür vor allem mangelnde Möglichkeiten oder gar ein vermeintlich negativer Nutzen genannt. Insgesamt scheint es also zumindest für die von uns befragten Versicherten gute Gründe zu geben, die gegen eine bewußte Steigerung der Leistungsentnahme sprechen. Daß dabei vor allem auf Nützlichkeitsüberlegungen recurriert wird, muß jedoch nicht bedeuten, daß 'moralische Bedenken' unerheblich sind. (Schließlich werden Gründe zur Rechtfertigung reflexiver Mehrentnahmen noch weit seltener genannt.) Es ist vielmehr anzunehmen, daß Fragen der Legitimität eines eigenen Mehrentnahmeverhaltens schon allein deshalb nur selten im Vordergrund stehen, weil aufgrund der ungünstigen Anreizstruktur für Mehrentnahmen dazu kein Anlaß gesehen wird: Wenn ein Handeln bereits aufgrund einfacher Nützlichkeitsüberlegungen als nicht möglich oder wünschenswert erscheint, scheinen Fragen nach der moralischen Berechtigung eines solchen Handelns als zumindest hypothetisch und werden daher nur von wenigen (an sich selbst) gestellt.

Aus der Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung anderer Versicherter durch die 'Dramatisierer' und deren geringer Neigung zu eigenen Mehrentnahmen kann nun weiter gefolgert werden, daß der Einfluß der Wahrnehmung von Mehrentnahmen anderer Versicherter auf das eigene Verhalten gering ist. Inwieweit dies allein auf die als ungünstig eingeschätzten Möglichkeiten zu Mehrentnahmen zurückgeführt werden kann oder ob dies auch für die Frage der moralischen Berechtigung einer gezielten Steigerung der Leistungsentnahme gilt, kann hier nicht eindeutig beantwortet werden. Gerade die zuletzt angeführten Zitate machen aber auch deutlich, wie die Wahrnehmung anderer Versicherter als (vermeintlich mißbräuchliche) Mehrentnehmer zur Rechtfertigung eigener Mehrentnahmen herangezogen werden kann. Es ist zu vermuten, daß hier zumindest die Möglichkeit einer sich selbstverstärkenden Entmoralisierung in dem Sinne besteht, daß man sich selbst eher zu einer Steigerung der Leistungsentnahme berechtigt sieht, weil man zu beobachten meint, daß (alle) anderen Versicherten ähnlich handeln.

Diese Gefahr einer 'Mißbrauchsdynamik' wird auch von einigen Befragten gesehen. So meint ein 62jähriger kaufmännischer Angestellter: *"Wenn diese Einzelfälle mehr und mehr werden. Und das ist praktisch ein Lernprozeß, der weitergegeben wird. Und jeder sagt, 'Aha, von dem hab' ich diesen wunderbaren Tip. Den mach' ich jetzt auch.' Und der erzählt das noch 25 Leuten in seinem Bekanntenkreis. Dann ist das ein Schneeballsystem, was ich für gefährlich halte."*

Angesichts solcher Beobachtungen kann - bei veränderten Anreizstrukturen - die Behauptung, daß Leistungsmißbräuche auch in der GKV verbreitet seien, zu einer Art 'self-fulfilling prophecy' werden. Einschränkend ist hier jedoch darauf hinzuweisen, daß derartige Möglichkeiten einer Anpassung des eigenen Verhaltens an eine als Standard angenommene Verletzung der (zuvor) prinzipiell als geltungsberechtigt anerkannten Norm einer zurückhaltenden Leistungsentnahme nur von wenigen Befragten angedeutet wurden und sich überdies ausschließlich auf Kuren beziehen.

### **3. Zusammenfassung: Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung bei der Beurteilung von Mehrentnahmen**

Beim Vergleich der Darstellungen der eigenen Möglichkeiten und Motivationen zu Mehrentnahmen und der Wahrnehmungen des Mehrentnahmeverhaltens anderer Versicherter fallen zwei Unterschiede und eine Gemeinsamkeit auf. So ist es zunächst wenig überraschend, daß zumindest von einem Teil der Befragten Mehrentnahmen anderer Versicherter häufig beobachtet werden, während sie reflexive Mehrentnahmen aus den beschriebenen Gründen für sich selbst als nicht in Frage kommend darstellen. Dies ist wesentlich darauf zurückzuführen, daß zweitens die Möglichkeiten zu Mehrentnahmen für andere Versicherte, nicht aber für sich selbst, optimistisch eingeschätzt werden. Dieser Unterschied in der Attraktivität von Mehrentnahmen wird wiederum mit unterschiedlichen Bedürfnissen erklärt. So wird etwa anderen Versicherten unterstellt, sekundäre Krankheitsgewinne zu erzielen, die für einen selbst nicht erstrebenswert sind. Von den als Dramatisierern bezeichneten Befragten werden darüber hinaus diese Bedürfnisse als unberechtigt bzw. als moralisch fragwürdig empfunden. Zusammenfassend kann hier also festgehalten werden, daß *Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung bei der Beurteilung von Mehrentnahmen* vor allem hinsichtlich der *Häufigkeit* von Mehrentnahmen sowie der ihnen zugrundeliegenden *Motivations- und Opportunitätsstrukturen* festzustellen sind.

Gleiche Maßstäbe werden dagegen angelegt, wenn die Legitimität reflexiver Mehrentnahmen beurteilt wird. Hinsichtlich der Frage, ob und wenn ja, aufgrund welcher Eigenschaften (reflexive) Mehrentnahmen als berechtigt anerkannt werden, konnten keine Unterschiede zwischen der Bewertung des eigenen Verhaltens und dem der anderen Versicherten festgestellt werden. So ging aus den bisherigen Ausführungen bereits hervor, daß einige Befragte zur Begründung bzw. zur Ablehnung eigener wie fremder Mehrentnahmen auf Vorstellungen von Leistungs- bzw. Bedarfsgerechtigkeit rekurrieren. Abschließend soll daher nun der Frage nachgegangen werden, ob Leistungskriterien als Grundlage für eine gesteigerte Leistungsentnahme

akzeptiert werden, oder ob ausschließlich medizinisch indizierte Leistungsentnahmen als berechtigt angesehen werden.

Hierzu ist zunächst festzustellen, daß der überwiegende Teil der befragten Versicherten ausschließlich Bedarfskriterien bei der Leistungsentnahme für legitim hält. Dabei wird kein Unterschied zwischen fremden und eigenen Leistungsentnahmen gemacht. Die Befragten erweisen sich also in ihren Bewertungen insofern als konsistent, als der medizinisch indizierte Bedarf als einziger Grund für eine Leistungsentnahme akzeptiert wird. So werden Vorstellungen von Leistungsgerechtigkeit als Legitimation für eigene Mehrentnahmen nicht zuletzt auch deshalb kategorisch abgelehnt, weil darin eine Verletzung des Bedarfsprinzips erkannt wird.

Nur wenige der hier befragten Versicherten äußerten dagegen die Ansicht, daß - auch bei Anerkennung der Vorrangigkeit des Bedarfsprinzips - insbesondere über einen langen Zeitraum gezahlte Beiträge in einem gewissen Maße zu reflexiven Mehrentnahmen berechtigen. So leiten sie etwa ihren 'Anspruch' auf eine Kur aus ihren 'besonderen' Arbeits- bzw. Beitragsleistungen ab. Gerade diese Befragten neigen nun zu Dramatisierungen des Mehrentnahmeverhaltens anderer Versicherter, weil sie zu beobachten meinen, daß diese bewußt ihre Leistungsentnahme steigern, *ohne* sich einen entsprechenden 'Anspruch' erworben zu haben. Versicherten, die diese Bedingung des Anspruchserwerbs erfüllen, billigen sie jedoch ebenso wie sich ein Recht auf reflexive Mehrentnahmen zu oder äußern zumindest dafür Verständnis, wenn Netto-Zahler versuchen, durch Mehrentnahmen ihr Preis-Leistungs-Verhältnis zu verbessern.

So äußert ein jüngerer Versicherter viel Verständnis für Netto-Zahler, die um eine Verbesserung ihres Preis-Leistungs-Verhältnisses bemüht sind: *"Wenn ich einen hohen Beitrag zahle, dann will ich den ja auch nutzen. (...) Ist vom Mensch ganz normal. Denn gibt's genug Beispiele, wo man sagt, 'Ja, ich muß so viel bezahlen, denn nutz' ich das jetzt auch richtig."*

Insgesamt bewegen sich die Argumentationen der Versicherten aber in einem Spannungsfeld zwischen an Bedarfs- und von Leistungskriterien orientierten Gerechtigkeitsvorstellungen, wobei jedoch die Vorrangigkeit des Bedarfsprinzips von keinem Befragten in Frage gestellt wird. Dies belegt erneut, daß die befragten Versicherten sowohl hinsichtlich der Möglichkeiten (Opportunitätsstruktur) als auch der Berechtigung reflexiver Mehrentnahmen ein hohes Reflexionsniveau aufweisen. Im Gegensatz dazu sind Äußerungen, die auf ein unreflektiertes und ungehemmtes 'Anspruchsdenken' oder gar auf eine 'Freibiermentalität' schließen lassen, kaum zu finden.

Zusammenfassend läßt sich nun zur Wahrnehmung und Bewertung des Mehrentnahmeverhaltens der 'anderen Versicherten' wie der Möglichkeit zu eigenen Mehrentnahmen festhalten,

- daß die Einschätzungen des Ausmaßes von Mehrentnahmen der 'anderen Versicherten' und deren Beurteilung sehr unterschiedlich ausfallen, was sich als Folge der öffentlichen Thematisierung von 'Mißbräuchen' im Sozialversicherungsbereich interpretieren läßt;
- daß für die befragten Versicherten offensichtlich nur ein geringer Anreiz zu reflexiven Mehrentnahmen besteht; und
- daß nicht zuletzt deshalb auch nur ein geringer Einfluß der Fremdwahrnehmung auf das eigene Verhalten bei der Leistungsentnahme festzustellen ist.

Auch die Bereitschaft, Umverteilungen zu akzeptieren, die durch die Nicht-Berücksichtigung unterschiedlicher Risikolagen und tatsächlicher Leistungsentnahmen bei der Beitragsbemessung verursacht werden, kann bei den hier befragten Versicherten als stabil angesehen werden. Zwar wird von einem Teil der Befragten das Mehrentnahmeverhalten anderer Versicherter als problematisch angesehen; dies führt jedoch offensichtlich nicht dazu, daß diese Befragten selbst zunehmend zu Mehrentnahme neigen, sondern mündet in Forderungen nach Selbstbeteiligungen. Diese können somit als Ausdruck des Wunsches nach 'Restaurierung' einer Selbstdisziplin bei der Leistungsentnahme verstanden werden, in der eine Voraussetzung für den gewünschten Erhalt des Solidarprinzips in seiner derzeitigen Form gesehen wird.

---

#### 4. Literatur

- Arrow, Kenneth J., 1963: "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review* 53: 941-973.
- Arrow, Kenneth J., 1970a: "Insurance, Risk, and Ressource Allocation", in: ders., *Essays in the Theory of Risk-Bearing*. Amsterdam/London: North-Holland, 137-143.
- Arrow, Kenneth J., 1970b: "The Economics of Moral Hazard, Further Comment", in: ders., *Essays in the Theory of Risk-Bearing*. Amsterdam/London: North-Holland, 220-222.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter, 1992: *Gesundheitsökonomie*. Berlin u.a.: Springer.
- Donaldson, Cam; Gerard, Karen, 1989: "Countering Moral Hazard in Public and Private Health Care Systems: A Review of Recent Evidence", *Journal of Social Policy* 18: 235-251.
- Endbericht, 1990: Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", hrsg. vom Deutschen Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn.
- Forschungsbericht, 1994: Forschungsbericht "GKV und sozialpolitische Kultur" (DFG), Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen. Projektleitung: Claus Offe; Karl Hinrichs; Projektdurchführung: Carsten G. Ullrich; Heike Walter; Ingrid Wemken. Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (Ms.).
- Geißler, Ulrich, 1980: "Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland", in: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hg.), *Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße*. Stuttgart u.a.: G. Fischer, 37-57.
- Hamm, Walter, 1984: "Programmierte Unfreiheit und Verschwendung. Zur überfälligen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung", *ORDO, Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft* 35. Stuttgart u.a.: G. Fischer, 21-42.
- Henke, Klaus-Dirk; Behrens, Cornelia, 1989: *Umverteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine empirische Analyse der differentiellen Einnahmewirkungen*. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Bayreuth.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1982: *Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herder-Dorneich, Philipp; Schuller, Alexander (Hrsg.), 1983: *Die Anspruchsspirale*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Mahr, Werner, 1972: "Zur Interdependenz von Prämien und Schäden: Das moralische Risiko", in: Paul Braess u.a. (Hg.), *Praxis und Theorie der Versicherungsbetriebslehre*. Karlsruhe, 241-282.
- Mahr, Werner, 1977: "Das moralische Risiko in Individual- und Sozialversicherung, Vortrag: Das Prinzip und seine Tragweite", *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 66: 205-240.
- Manning, Willard G. et al., 1987: "Health Insurance and the Demand of Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *American Economic Review* 77: 251-277.

- Müller-Groeling, Hubertus, 1973: "Kollektivgutproblematik und Isolierparadoxon in der Krankenversicherung. Ein Organisationsproblem auf dem Markt für medizinische Leistungen", in: Bernhard Külpp; Wolfgang Stützel (Hg.), *Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik*. Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil zum 65. Geburtstag. Berlin: Duncker & Humblot, 59-70.
- Newhouse, Joseph P. et al., 1981: "Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance", *The New England Journal of Medicine* 305: 1501-1507.
- Olson jr., Mancur, 1968: *Die Logik des kollektiven Handelns*. Tübingen: Mohr.
- Paffrath, Dieter; Reichelt, Herbert, 1992: "Kostendämpfung im Arzneimittelbereich - Analyse der Steuerungswirkungen gesetzlicher und administrativer Eingriffe in den Arzneimittelmarkt", in: Rainer Müller; Michael F. Schuntermann (Hg.), *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt*. Köln: Bund, 272-304.
- Parsons, Talcott, 1951: *The Social System*. Glencoe: The Free Press.
- Pauly, Mark V., 1968: "The Economics of Moral Hazard", *American Economic Review* 58: 531-537.
- Pauly, Mark V., 1974: "Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Role of Moral Hazard and Adverse Selection", *Quarterly Journal of Economics* 88: 44-62
- Pauly, Mark V., 1983: "More on Moral Hazard", *Journal of Health Economics* 2: 81-85.
- Pfaff, Anita B.; Busch, Susanne; Rindsfüßer, Christian, 1994: *Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten*. Frankfurt/New York: Campus.
- Pfaff, Martin, 1985: "Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig 'sozial tragbar' und kostendämpfend sein?", *Sozialer Fortschritt* 34: 272-276.
- Reichelt, Helmut, 1985: "Sozial tragbare Selbstbeteiligung oder statistische Artefakte?", *Sozialer Fortschritt* 34: 265-271.
- Reiners, Hartmut, 1987: *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte*. Wido-Materialien Bd. 30, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hg.), Bonn.
- Schaper, Klaus, 1979: "Zur Kritik des moral-hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen", *Sozialer Fortschritt* 28: 178-183.
- Scharf, Bodo, 1980: "Durch Selbstbeteiligung zur Kostendämpfung und Selbstverantwortung? Gedanken zur Unsterblichkeit einer konservativen Utopie", *Soziale Sicherheit* 29: 164-169.
- Schneider, Markus, 1985: *Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH, Materialien und Berichte 17.
- Schneider, Markus, 1986: "Sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung", *Sozialer Fortschritt* 35: 29-34.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der, 1987: *Selbstbeteiligung. Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen*. Tübingen: Mohr.

- 
- Schulz-Nieswandt, Frank, 1989: "Öffentlicher Sicherstellungsauftrag, meritorischer Handlungsbedarf und Anbieterdominanz im Gesundheitswesen", *Zeitschrift für Sozialreform* 35: 291-301.
- Tennstedt, Florian, 1976: "Sozialgeschichte der Sozialversicherung", in: Maria Blohmke; Christian von Ferber; Karl P. Kisker; Hans Schaefer (Hg.), *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. 3. Stuttgart: Enke, 385-492.
- Ullrich, Carsten G.; Wemken, Ingrid; Walter, Heike, 1994: "Leistungen und Beiträge als Determinanten der Zufriedenheit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Akzeptanz des Krankenversicherungssystems bei den gesetzlich Versicherten", *Zeitschrift für Sozialreform* 40: 349-375.
- Walter, Heike; Ullrich, Carsten G.; Wemken, Ingrid, 1995: "Malus- und Bonus-Regelungen als Steuerungsinstrumente im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse einer Befragung von Versicherten", *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2 (im Erscheinen).
- Zwiedineck-Südenhorst, Otto von, 1913: "Hat die deutsche Sozialversicherung die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt?", *Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft* 13: 273-290.