

Osmers, Henning; Vauth, Christoph

Working Paper

Empirische Erfahrungen, Versichertenverhalten zu steuern

Diskussionsbeitrag, No. 294

Provided in Cooperation with:

School of Economics and Management, University of Hannover

Suggested Citation: Osmers, Henning; Vauth, Christoph (2004) : Empirische Erfahrungen, Versichertenverhalten zu steuern, Diskussionsbeitrag, No. 294, Universität Hannover, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Hannover

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/22406>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

Empirische Erfahrungen, Versichertenverhalten zu steuern

von

Henning Osmers

Christoph Vauth

Januar 2004

Diskussionspapier Nr. 294

ISSN 0949 -9962

JEL Klassifikation: I10, I11, I18, I19

Corresponding author: Christoph Vauth, Institut für Versicherungsbetriebslehre, Universität Hannover,
Königsworther Platz 1, 30167 Hannover, Germany, Telefon: (+49) (511) 762-19417, Telefax: (+49)
(511) 762-5081, e-mail: cv@ivbl.uni-hannover.de

Abstract

Increasing costs of most healthcare systems result in (major) financing problems and thus are the focus of many empirical inquiries. Researchers have found that mismanagement is often a consequence of misplaced incentives. This paper tries to outline some cases in which the demand side of healthcare changes its behaviour under different circumstances or incentives. An introduction is given as a short overview of the healthcare sector with its economical specialties. This is followed by an outline of some well established contract models and their effect on the demander's incentives. The paper concludes with the presentation of three specific cases studied. Showing differences in the demander's behaviour and health under the influence of differing incentives, this paper tries to point out possible targets for expense reduction and increased efficiency.

Zusammenfassung

Steigende Kosten in den meisten Gesundheitssystemen und die damit verbundenen Finanzierungsprobleme stehen im Focus von vielen empirischen Untersuchungen. Wissenschaftler sind der Meinung, dass falsch gesetzte Anreize einer der Hauptgründe hierfür darstellen. Die vorliegende Arbeit umreißt die Möglichkeiten, in wie weit auf der Nachfragerseite in der Krankenversicherung durch unterschiedliche Vertragsmodelle Steuerungsmöglichkeiten vorliegen. Zu Beginn wird ein kurzer Überblick über die ökonomischen Besonderheiten im Gesundheitssektor gegeben. Daran anknüpfend werden einige bekannte Vertragsmodelle vorgestellt und hervorgehoben, welche Anreizwirkungen damit beabsichtigt sind. Darauf aufbauend werden drei empirische Untersuchungen und ihre Schlussfolgerungen vorgestellt. Im Ergebnis wird herausgestellt, dass es zu Verhaltensänderungen auf der Nachfragerseite kommt, wenn die Anreize unterschiedlich gesetzt werden. Ziel ist es, mit diesen Erkenntnissen eine höhere Effizienz im Gesundheitssektor zu ermöglichen.

Keywords

Gesundheitsökonomie, Steuerung, Anreiz, Nachfragerverhalten, Versichertenverhalten, health economics, demand management, healthcare management, incentives

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungs- und Symbolverzeichnis	V
1. Einleitung	1
2. Gesundheitsökonomie und Krankenversicherung	2
2.1. Eine kurze Übersicht	2
2.2. Informationsasymmetrien und ihre Folgewirkungen	5
2.3. Moral Hazard in der Gesundheitsökonomie.....	6
2.4. Wie es zur Adverse Selection in der Gesundheitsökonomie kommt.....	8
3. Vertragsformen und ihre Anreizwirkung	10
3.1. Weshalb existieren unterschiedliche Vertragsformen?.....	10
3.2. Die Obligatorische Vollversicherung	11
3.3. Warum gibt es unterschiedliche Selbstbehaltmodelle?	12
3.4. Die proportionale Selbstbeteiligung	14
3.5. Der absolute Selbstbehalt pro Abrechnungszeitraum.....	15
3.6. Verträge mit Stop Loss Levels oder Obergrenzen	16
4. Empirische Untersuchungen des Nachfragerverhaltens bei Gesundheitsleistungen	17
4.1. Erfahrungen aus dem RAND- Experiment.....	17
4.2. Vertragsmodelle privater Krankenversicherer aus den USA.....	21
4.3. Preiselastizität bei Gesundheitsleistungen am deutschen Markt	23
5. Schlussfolgerungen	26
Literaturverzeichnis	29

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Seite

Abbildungen

Abbildung 1: Daten des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich	4
Abbildung 2: Selbstbehaltsregelungen in ausgewählten Staaten	13

Tabellen

Tabelle 1: Anzahl der teilnehmenden Personen am Experiment	18
Tabelle 2: Beispiel von durchschnittlichen Werten eines Jahres pro Kopf	19
Tabelle 3: Geschätzte Finanzierungs- Nachfragedämpfungseffekte einer proportionalen Selbstbeteiligung	25

Abkürzungs- und Symbolverzeichnis

Abkürzungen

BIP	Bruttoinlandsprodukt
Dr.	Doktor
engl.	englisch
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
med.	medizinische
Nr.	Nummer
Prof.	Professor
S.	Seite
stat.	stationäre
Tab.	Tabelle
u.a.	und andere
USA	United States of America
USD	US-Dollar
vgl.	vergleiche
v. d.	von der

Symbole

α	Anteil der Selbstbeteiligung
%	Prozent
β	Prozentuale Kostenverringering durch eine Selbstbeteiligung
$K()$	Kostenfunktion
$T()$	Versicherungstarif
ψ	Tarifindex der Gesamtkosten inklusive Selbstbeteiligung im Vergleich zu einer Vollversicherung

1. Einleitung

Im Gesundheitswesen gibt es einen Ausdruck, der immer wieder auftaucht, und zwar den der Unbezahlbarkeit. Verwendet wird er in zwei völlig unterschiedlichen Bedeutungen: (1) Die Gesundheit gilt weitläufig als das höchste Gut eines Menschen und wird folglich als unbezahlbar titulierte. (2) Das Gesundheitswesen befindet sich in einer Krise. Entwickeln sich die Kosten weiterhin so wie in der Vergangenheit, können wir es uns bald womöglich nicht mehr leisten.

Das Besondere ist nun, dass auf den ersten Blick diese Aussagen vollkommen gegenläufig erscheinen, es aber doch nicht sind. Sie erachten beide die Gesundheit als ein unbezahlbares Gut. Wie aber soll nun mit der Kostenfrage und ihrer Finanzierung verfahren werden, wenn weiterhin eine medizinische Versorgung des derzeitigen Niveaus auf Dauer erhalten werden beziehungsweise ausgebaut werden soll. Es ist eine der bedeutenden Zukunftsfragen der Gesellschaft hinsichtlich einer Absicherung des Risikos, krank zu werden. In der Ökonomie wird diese Thematik bereits seit über einem Vierteljahrhundert behandelt. Die Methodik sowie die Herangehensweise konnten dabei Unterschiede aufweisen.¹

Die Absicht der vorliegenden Arbeit ist es, die Grundlage der Problematik im Gesundheitssektor zu umreißen und zu zeigen, wie in der Wissenschaft mit Hilfe von einigen hier vorgestellten Instrumenten von der Nachfrageseite aus Lösungsansätze zu erarbeiten und deren Ergebnisse erläuternd vorzustellen sind. Auf die Probleme im Gesundheitssektor wird nach einer kurzen Übersicht eingegangen, indem die Thematik der asymmetrischen Informationen vertiefend behandelt wird. Als Instrument, um sich einen Lösungsansatz zu erarbeiten, wurden verschiedene Vertragsformen in der Krankenversicherung verwendet. Auf Basis einzelner Modelle wird im Anschluss gezeigt, wie durch Anwendung der Instrumente in drei ausgewählten empirischen Untersuchungen eine Verhaltensänderung der Nachfrager beobachtet werden konnte. Daraus resultierende Folgerungen und ein Blick in die gegenwärtige Diskussion bilden den Schluss dieser Arbeit.

¹ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. (1997), S. 1-3.

2. Gesundheitsökonomie und Krankenversicherung

2.1. Eine kurze Übersicht

In der Gesundheitsökonomie wird die Gesundheit des Einzelnen als ein wirtschaftliches Gut betrachtet, welches als Input für wirtschaftliche Tätigkeit notwendig ist, um Einkommen zu erzielen. Wie bei fast allen wirtschaftlichen Gütern handelt es sich auch bei der Gesundheit um eine knappe Ressource, die von großen Unsicherheiten beeinflusst wird. Die Ausprägung und der Zeitpunkt einer Gefährdung ist für das Individuum nicht absehbar, so dass Unsicherheit stets eine prägende Rolle in Verbindung mit der Gesundheit spielt. Von besonderer Bedeutung ist der Produktionsprozess von Gesundheit; dieser ist nicht eindeutig zu durchschauen, da es nicht immer möglich ist, eine Ursache - Wirkung oder Diagnose - Therapiebeziehung festzustellen. Es ist nun die Aufgabe der Gesundheitsökonomie, die einzelwirtschaftlichen Verhaltensweisen (z.B. Arzt, Patient, Versicherung) zu analysieren und einen ordnungspolitischen Rahmen zu gestalten, der einen Anreiz für einen sparsamen, effizienten Einsatz von Behandlungen und Zugang zu Versorgungseinheiten liefert.²

Die Beziehung des Menschen zu seiner Gesundheit ist also von einem Risiko geprägt und es besteht nun die Frage, wie er damit umgeht. Es gibt allgemein zwei Möglichkeiten darauf zu reagieren. Auf der einen Seite, indem versucht wird, dass das Ursacherisiko, überhaupt erst zu erkranken, gering gehalten wird, indem ein vorbeugendes, gesundes Verhalten praktiziert wird. Auf der anderen Seite dadurch, dass das Risiko der Wirkung einer Erkrankung und ihren Folgen gering gehalten werden kann.^{3, 4}

Die am weitesten verbreitete Maßnahme, sich gegen die zumeist finanziellen Folgen einer Erkrankung zu bewahren, ist die einer Krankenversicherung; diese versieht ein Individuum mit finanziellem Schutz gegen das Risiko zu erkranken.⁵ Wenn also eine Möglichkeit besteht, eine unsichere Situation in eine weniger unsichere Situation

² Vgl. Handwörterbuch des Gesundheitswesens, (1989), S. 38-39.

³ Vgl. Kielhorn, A. / Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 71.

⁴ Die vorliegende Arbeit wird im weiteren Verlauf auf die finanziellen Folgen der Erkrankung eingehen und versteht darunter nur die möglichen direkten Behandlungskosten, die durch eine Erkrankung auftreten können; die Ergebnisse anderer (Aus-)Wirkungen werden nicht näher betrachtet.

⁵ Vgl. Kielhorn, A. / Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 73.

einzutauschen, sollte angenommen werden, dass die Nachfrage nach einer allgemeinen Krankenversicherung sehr hoch sein sollte. Wird diese zunächst als logisch empfundene Deduktion in der Praxis überprüft, so kann dies auch festgestellt werden. Bemerkenswert aber ist, dass die Nachfrage nach dieser Dienstleistung beispielsweise in den USA heute, verglichen mit der von vor fünfzig Jahren, bedeutend angestiegen ist.⁶

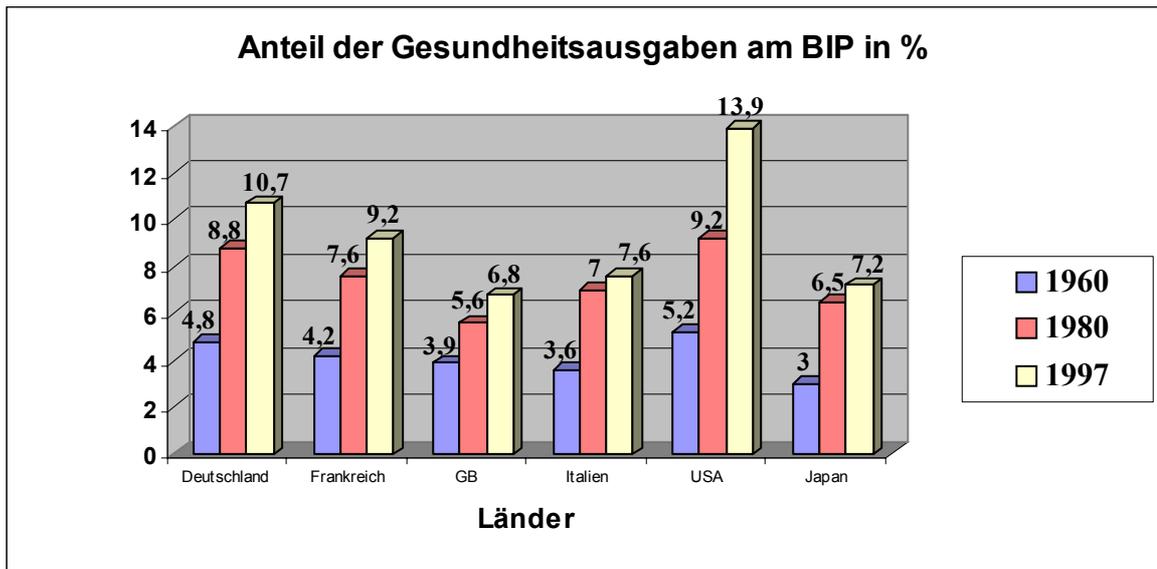
Die Ursachen für diesen Anstieg können unterschiedlicher Natur sein. Es könnte auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass es in der Vergangenheit eine Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse gegenüber gegenwärtigen Bedürfnissen gab. Warum es in den letzten fünfzig Jahren aber zu einer solch massiven Verhaltensänderung allein aufgrund einer heute veränderten intertemporalen Bedürfnisstruktur kommen sollte, erscheint zumindest fraglich. Näher liegt, dass diese Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse auch heute noch der Fall sein sollte und demnach als Grund im Wesentlichen ausscheidet.⁷

Als weitere Ursache für den Nachfrageanstieg nach Krankenversicherungsschutz wurde der Kostenanstieg für medizinische Leistungen vermutet. Es wurde untersucht, was die Motivation für den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages war. Festgestellt wurde, dass sich die Menschen in erster Linie gegen Risiken wie Krankenhausaufenthalte und schwerwiegende Operationen, die mit hohen Ausgaben verbunden sind, absichern. Aufwendungen für Medikamente hingegen wurden fast ausschließlich selbst getragen, nur ein Prozent der Ausgaben wurden von Krankenversicherungen im Jahre 1957 in den USA gedeckt. Vergleicht man dies mit Daten, die 1994 in den USA erhoben worden sind, so ist zu erkennen, dass inzwischen 36,8 % der Kosten für Medikamente durch Versicherungen übernommen werden.⁸ Eine Erklärung ist nun darin zu finden, dass die Kosten für die medizinische Versorgung durch den zunehmenden medizinisch-technischen Fortschritt sowie neueste Forschungsergebnisse im letzten halben Jahrhundert deutlich zunahmen, wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist.

⁶ Für weitere Informationen bietet sich an: Feldstein, P. J. (1999), S. 135-136 sowie R. E. Santerre (1996), S. 58.

⁷ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1992), S. 7.

⁸ Vgl. Feldstein, P. J. (1999), S. 135-137.

Abbildung 1: **Daten des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich**

Quelle: In Anlehnung an Anlauf, M., 2001, S. 15.

Viele der heute verwendeten Arzneien waren zwanzig Jahre zuvor unbekannt. Um dies zu verdeutlichen, seien hier ein paar Werte aus Deutschland genannt. Zwar handelt es sich um eine andere Volkswirtschaft, aber der technische Fortschritt im medizinischen Sektor hat einen zumindest ähnlichen Verlauf wie jener in den USA. Der Anteil der seit 1985 eingeführten Arzneimittel am Gesamtmarkt betrug 1998 nicht weniger als 24% und dürfte noch weiter angestiegen sein. Dies entspricht einem Umsatz von 4,2 Milliarden Euro.⁹

Da sich die Wirtschaftssubjekte im Allgemeinen, wenn auch in unterschiedlich starker Ausprägung, risikoavers verhalten, liegt folglich im Kostenanstieg eine ganz wesentliche Begründung für den Nachfrageanstieg nach Krankenversicherungsschutz vor.¹⁰ Auch hier sollen Daten aus den USA diese Schlussfolgerung untermauern: 1960 betrug die Gesundheitsausgaben in den USA 27,1 Milliarden USD, wovon 49,4% durch so genannte „Out of Pocket Payments“ von den Versicherten direkt selbst getragen wurden. Wird dieses jetzt mit Werten aus dem Jahre 1993 verglichen, so wird die genannte Schlussfolgerung deutlich. Die Gesundheitsausgaben betragen nun 884,2 Milliarden USD, der

⁹ Vgl. Anlauf, M. (2001), S.1-2.

¹⁰ Vgl. Feldstein, P. J. (1999), S. 135-137.

selbsttragende Anteil hingegen sank auf 17,8%. Die Ausgaben sind damit um das 32-fache gestiegen, während der Eigenanteil aber auf fast ein Drittel gesunken ist.¹¹

Es kann damit festgehalten werden, dass ein Anstieg der Gesundheitskosten ein maßgeblicher Grund für eine steigende Nachfrage nach Krankenversicherungsdienstleistung ist. Es bleibt jetzt nur noch die Frage offen, wie die Versicherungsnehmer und die Versicherer dies finanzieren. Es gibt unterschiedliche Variationen die Prämien zu erheben. Zuvor sollen aber noch einige Sachverhalte erläutert werden, die im Zusammenhang mit einer Krankenversicherung stehen.

2.2. Informationsasymmetrien und ihre Folgewirkungen

Die Krankenversicherung ist durch eine fundamentale Informationsproblematik gekennzeichnet. Dies kann in vier Punkten hervorgehoben werden:¹²

- 1.) Die Krankenversicherung kann nie wissen, wie hoch das potentielle Risiko, krank zu werden, bei einem Versicherten sein könnte. Der Patient weiß mehr über die Gefahren seines Gesundheitszustandes als die Versicherung. Ferner könnte er einen Anreiz haben dies für sich zu behalten, um zu verhindern, dass die Versicherung aufgrund eines größeren Kostenrisikos eine höhere Prämie verlangt. Dieser Anreiz ist bei privaten Krankenversicherungen besonders groß, da diese risikogerechte Prämien von den Versicherten erheben.

- 2.) Die Versicherung kann selten genau einschätzen, wie krank der Versicherte ist, da Diagnosen häufig unpräzise sind. Kopfschmerzen können unterschiedlicher Herkunft sein, hervorgerufen durch Stress oder aber auch aufgrund eines Gehirntumors. Die Behandlungen sowie die Kosten sind dabei sehr unterschiedlich, wodurch ein Mangel an Informationen für sie weitreichende Folgen haben kann.

¹¹ Vgl. Santerre, R. E. / Neun, S. P. (1996), S. 58.

¹² Vgl. Hoffmeyer, U. K. / McCarthy, T. R. (1994), S. 236-237.

- 3.) Ärzte, Versicherungen und Patienten können sich im Vorfeld selten über den Erfolg eines Behandlungsprozesses sicher sein. Somit kann es zu Ineffizienzen kommen, weil eine Behandlung angewandt wurde, die bei dem spezifischen Fall keine Wirkung zeigt.
- 4.) Beim Versicherten liegt mangels einer speziellen Fachkenntnis fehlender Sachverstand vor. Dies bewirkt, dass er nicht immer weiß, was und wie viel zu kaufen ist. Der Arzt wird damit zum Berater, dem er glaubt. Da dieser aber selten einen Anreiz hat, eine sparsame Behandlung vorzunehmen, kommt es zu Ineffizienzen sowie zur Problematik der Anbieterinduzierten Nachfrage.¹³

Für die Krankenversicherungen bedeuten diese Informationsasymmetrien, dass sie nicht unter guten und schlechten Versicherungsnehmern unterscheiden können. Das heißt, sie können nicht unmittelbar feststellen, ob sich ein Versicherungsnehmer schadenerhöhend oder schadenvermeidend verhält. Asymmetrische Informationen kommen insbesondere in den Phänomenen des Moral Hazard und der Adverse Selection vor.¹⁴

2.3. Moral Hazard in der Gesundheitsökonomie

Das Phänomen des Moral Hazard in der Krankenversicherung bedeutet, dass ein Individuum sein Verhalten in unterschiedlicher Weise durch eine Versicherung ändert, indem es mehr medizinische Versorgung nachfragt, als es ohne eine tun würde.¹⁵ Es tritt immer dann auf, wenn die Leistung eines Vertragspartners auch vom Mitwirken des Kontrahenten, beispielsweise durch das Beachten von bestimmten Sorgfaltspflichten, abhängt sowie das Ausmaß seiner Mitwirkung dem Versicherer nicht bekannt ist. Ein weiterer Punkt ist, wenn der Preis der Leistung nicht vom Mitwirken des Vertragspartners beeinflusst wird. Liegen diese Umstände vor, so existiert kein Anreiz einer Mitwirkungspflicht in besonderem Maße

¹³ Vgl. Hoffmeyer, U. K. / McCarthy, T. R. (1994), S. 236-237.

¹⁴ Vgl. Kielhorn, A. / Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 74-75.

¹⁵ Vgl. Pauly, M. V. (1968), S. 535.

nachzukommen, man sagt auch, das Marktgleichgewicht entspricht nicht den Präferenzen aller Beteiligten.¹⁶

Um die Besonderheit des Moral Hazard im Gesundheitssektor hervorzuheben, sei erwähnt, dass die Nachfrage nach medizinischer Versorgung nicht gleichzusetzen ist mit den Bedürfnissen nach Nahrung oder Kleidung. Die Notwendigkeit von medizinischer Versorgung tritt unregelmäßig auf und ist abhängig von der Wahrscheinlichkeit krank zu werden. Die Ausgaben für Nahrung hängen in ihrer Größenordnung vom Einkommen ab. Liegt ein gewisses Mindestmaß vor, kann die Person Hunger vermeiden. Vergleichbares ist für die Gesundheit nicht unmittelbar festzustellen.¹⁷ Gesundheit ist zwar eine Frage des Geldes hinsichtlich der Qualität und Quantität der medizinischen Versorgung, durch Geld alleine lässt sich das Risiko zu erkranken aber nicht herabsetzen, wie dies durch Lebensmittel bei Hunger der Fall ist.¹⁸

Es läge nun schnell der Schluss nahe, dass die Personen, welche eine Krankenversicherung abschließen, entweder ein größeres Risiko haben zu erkranken oder aber sich besonders Risikogruppen versichern. Die erste Vermutung ist auszuschließen, da es bedeuten würde, dass eine Krankenversicherung krank mache und ist damit zu vernachlässigen. Der zweite Schluss wird Adverse Selection genannt, auf den später noch eingegangen wird. Betrachtet man aber den Markt in Deutschland, so ist dies auch auszuschließen, da dort durch die GKV weitestgehend eine Pflichtversicherung für weite Teile der Bevölkerung besteht.¹⁹ Moral Hazard tritt dadurch auf, dass der Versicherte aufgrund der Versicherung den Anreiz zum ressourcenschonenden Umgang verliert. Dies ist aber in den meisten Versicherungsbeziehungen der Fall. Die Besonderheit in der Krankenversicherung liegt nun darin, dass der Versicherte in vielen Fällen über die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mitbestimmen kann, zum Beispiel, indem er selbst bestimmt, wie häufig er zum Arzt geht und damit auch die Höhe des Versicherungsschadens beeinflusst. Bei der nachgefragten Menge von medizinischer Leistung ist es wesentlich, in wie weit der Versicherte die Kosten

¹⁶ Vgl. Hajen, L. / Paetow, H. (2000), S. 65-66.

¹⁷ Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit erscheint zwar für Länder in der dritten Welt nahe liegend. Hier soll dieser Zusammenhang aber zumindest als fraglich eingestuft werden.

¹⁸ Vgl. Arrow, K. J. (1963), S. 948-949.

¹⁹ Vgl. Schneider, M. / Biene-Dietrich, P. / Gabanyi, M. u.a. (1994), S.200-203.

mittragen muss. Werden zum Beispiel sämtliche Kosten durch die Versicherung übernommen, so wird das Individuum tendenziell zu viel oder zu hochwertige medizinische Güter nachfragen, da für ihn die Höhe des jeweiligen Preises nicht von Belang ist. Die privaten Grenzkosten des Nachfragers sind geringer als die Grenzkosten der Versicherung, die der Versicherte unter Umständen verursacht hat.²⁰ Überbrückt werden kann dieses Problem des Moral Hazard, indem die Versicherten an den Kosten in unterschiedlicher Weise beteiligt werden; sie haben damit einen Anreiz ihre Informationen soweit einzusetzen, dass der Gesamterfolg maximiert wird.^{21, 22}

Die Maßnahme der Kostenreduzierung durch eine Selbstbeteiligung, kann aber durch die Zieleinkommenshypothese abgeschwächt werden. Sie besagt, dass der Patient, der selbstständig den Zeitpunkt des Erstkontaktes festlegt, seine Selbstständigkeit verliert, wenn er sich in die Behandlung eines Arztes begibt. Im weiteren Verlauf wird nämlich dieser das Ausmaß und damit die Kosten der Behandlung festlegen. Durch die Einführung der Selbstbeteiligung ist die Primärnachfrage nach Gesundheitsleistung gesunken. Nach der Zieleinkommenshypothese versuchen die Ärzte ihr Gehalt auch nach Einführung der Selbstbeteiligung konstant zu halten. Es kann ihnen gelingen indem sie den quantitativen Verlust der Erstrnachfrage durch eine Ausweitung der Leistungen kompensieren, wenn der Patient sich, wenn auch in geringerer Anzahl, in ihrer Behandlung befindet. Dieses Verhalten wird auch angebotsinduzierte Nachfrage genannt.²³

2.4. Wie es zur Adverse Selection in der Gesundheitsökonomie kommt

Adverse Selection ist eine Ursache von asymmetrischer Information, ein anderer Titel könnte auch die Gefahr der negativen Auslese lauten.²⁴ Wenn ein Kunde sich über die Qualität eines Produktes nicht endgültig informieren kann und damit qualitativ hochwertige Produkte nicht identifiziert, kauft er lieber das billige Produkt,

²⁰ Vgl. Pauly, M. V. (1968), S. 531-534.

²¹ Vgl. Kielhorn, A. / Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 74.

²² Vgl. dazu die Erläuterungen in Kapitel 3.1, Seite 9.

²³ Vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003), S. 12.

²⁴ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1989), S. 14.

um nicht umsonst zuviel zu bezahlen. Dadurch verschwinden aber mit der Zeit die qualitativ hochwertigen Produkte vom Markt. George A. Akerlof zeigte dieses Phänomen erstmals am Beispiel eines Gebrauchtwagenmarktes. Als Market of Lemmons ging dieses Phänomen in die wirtschaftswissenschaftliche Geschichte ein.²⁵

Heruntergebrochen auf den Krankenversicherungsmarkt bedeutet dies, dass die Krankenversicherung nicht wissen kann, welches ihrer Mitglieder besonders häufig erkrankt, da es zum Beispiel durch Extremsport ein erhöhtes Verletzungsrisiko aufweist. Sie wird deshalb von allen Mitgliedern eine einheitliche Prämie erheben. Diese wird aus Sicht derer, die ein geringes Risiko aufweisen zu erkranken, zu teuer sein, sodass sie ihren Versicherungsschutz reduzieren oder gänzlich aufgeben. Zurück bleiben ausschließlich die teuren Risiken, die dann eine stark gestiegene Prämie nicht mehr bezahlen können.²⁶

Ein solcher Effekt könnte relativiert werden, indem die Versicherung versucht, Risikogruppen auszuschließen. Es ist bekannt, dass es in der Bevölkerung einer Volkswirtschaft Gruppen gibt, die größere Kosten im Gesundheitswesen verursachen als andere.²⁷ Frauen, Arbeiter und Singles sind in der Regel teurer als Männer, Akademiker und Mitglieder einer festen Familie. Dies hat meist unterschiedliche Gründe, aber stets die gleiche Wirkung. Bei den Frauen ist es das Kinderkriegen, was eine erhöhte medizinische Versorgung verlangt, Akademiker können aufgrund ihrer höheren Bildung die Notwendigkeit bestimmter medizinischer Maßnahmen besser einschätzen, als dies ein gewöhnlicher Arbeiter tut und damit gezielter nachfragen, und Mitglieder eines festen Familienverbundes werden früher aus dem Krankenhaus entlassen als Singles, da zu Hause eine Pflege durch andere Familienmitglieder fortgesetzt werden kann. Aufgrund dieser und weiterer Erfahrungen sollten Versicherungen verstärkt danach trachten, möglichst diese kostenarmen Gruppen aufzunehmen und die anderen, teuren auszuschließen. So etwas würde aber das Solidaritätsprinzip verletzen, auf dem viele Gesundheitssysteme basieren und ist die Begründung für eine staatliche

²⁵ Vgl. Akerlof, G. A. (1970), S. 488-500.

²⁶ Vgl. Hajen, L. / Paetow, H. (2000), S. 64-65.

²⁷ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Schöffski, O./ Glaser, P. (1998), S. 29.

Regulierung (zum Beispiel Kontrahierungszwang oder die Versicherungspflicht) auf diesem Markt.²⁸

Auf der Nachfragerseite kann es zu asymmetrischer Information kommen, aber Adverse Selection ist kaum nachzuweisen. Der Versicherte muss die Kosten nicht selber tragen und so kommt es dazu, dass viele, die im medizinischen Bereich nicht ausreichend informiert sind, ihre Unkenntnis durch hohe Preise substituieren. Das heißt, aus ihrer Sicht ist im Zweifelsfalle das teurere Produkt auch immer das bessere. Tragen sie die Kosten selber, stellt sich die Frage, ob sie viel Geld für ein Produkt ausgeben, dessen Qualität sie nicht kennen oder nicht klar einschätzen können. Aufgrund einer Versicherung, die alle Kosten übernimmt, wird diese Frage zumeist nicht gestellt. Letztendlich lässt sich feststellen, dass Adverse Selection eine negative Qualitätskonkurrenz darstellt und damit zumeist eine staatliche Regulierung des Gesundheitssektors begründet.²⁹

3. Vertragsformen und ihre Anreizwirkung

3.1. Weshalb existieren unterschiedliche Vertragsformen?

Auf wirtschaftlicher Ebene spielt der Preis von Gesundheitsversorgung eine große Rolle, was von nicht wenigen Beobachtern jedoch als absurd zurückgewiesen wird. Sie behaupten, die Nachfrage nach medizinischer Versorgung hänge von der Notwendigkeit ab und nicht vom Preis. Daraufhin wurde die Frage gestellt, ob und in wie weit der jeweilige Faktor die Nachfrage beeinflusse und es wurde herausgefunden, dass die quantitative Nachfrage durchaus auch vom Preis abhängt.³⁰

Der Gesundheitssektor ist in den meisten Ländern in den letzten Jahren stark gewachsen und mit ihm auch die Kosten für die Krankenversicherungen. Die Null-Kosten-Mentalität und insbesondere das Moral Hazard Phänomen wird für einen der herausragenden Gründe der Schwierigkeiten in der Krankenversicherung gehalten. Sie sind der Meinung, dass eine Kostenbeteiligung der Versicherten dafür Sorge

²⁸ Vgl. Santerre, R. E. (1996), S. 59-62.

²⁹ Vgl. Hajen, L. / Paetow, H. (2000), S. 64-65.

³⁰ Vgl. Santerre, R. E. / Neun, S. P. (1996), S. 50-53.

tragen wird, dass sie in jeder Hinsicht sorgsamer mit ihrer Gesundheit umgehen. Dies bedeutet, dass sie sich vorbeugend verhalten und jede Gefährdung genauestens abschätzen, sowie bei Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung selbstständig dazu beitragen, dass diese möglichst effizient und kostenbewusst angewendet wird.³¹

Im Folgenden sollen nun kurz die unterschiedlichen Möglichkeiten vorgestellt werden, wie die Verträge mit Krankenversicherungen ausgestaltet sein können und welche Anreizwirkungen damit verbunden sind.

3.2. Die Obligatorische Vollversicherung

Die einfachste Form der Krankenversicherung ist die einer Vollversicherung ohne beziehungsweise mit Selbstbeteiligung. Sie kann auf unterschiedliche Weise finanziert sein: durch Prämien oder durch Steuern, aber immer mit der gleichen Wirkung. Der Versicherte trägt hier keinerlei Kostenrisiken, da die Versicherung sämtliche durch medizinische Versorgung auftretenden Aufwendungen übernimmt, soweit keine Ausnahmeregelungen bestehen. Gesundheitspflege bekommt damit für ihn praktisch einen Preis von Null und wirkt für ihn wie ein freies Gut. Es besteht nun für ihn ein Anreiz, von diesem Produkt soviel nachzufragen, bis sein Grenznutzen auf Null gefallen ist und er damit seine Sättigungsmenge erreicht hat. Es gibt unterschiedliche Formen des Vollkaskosystems hinsichtlich der Abdeckung; so ist in der Schweiz ein Krankenhausaufenthalt im Leistungskatalog enthalten, ein Zahnarztbesuch hingegen nicht. Es gibt auch Verträge, die nur in Verbindung mit bestimmten Anbietern, Ärzten, gelten, nur wenn man diese von der Versicherung ausgesuchten Mediziner aufsucht, tritt die Vollversicherung in Kraft; wo sie aber greift, hat sie die oben erwähnte Wirkung.³²

Um dies zu veranschaulichen, sei ein Beispiel aus Ontario, Kanada, genannt. Dort ist die medizinische Versorgung öffentlich und durch eine Vollversicherung gedeckt;

³¹ Vgl. Hajen, L. / Paetow, H. (2000), S. 65-67.

³² Dies entspricht einem Modell der Health Maintenance Organisation in den USA; die Ärzte dort erhalten ein Gehalt und eine Gewinnbeteiligung von der Versicherung. Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. (1997), S. 300-304.

für den Bürger ist sie somit scheinbar umsonst, was regelmäßig zu einer Kostenexplosion im Winter führt, weil die Einwohner häufiger eine Grippe bekommen und deswegen immer öfter zum Arzt gehen. Aufgrund dessen startete das zuständige Gesundheitsministerium eine Aktion unter der Überschrift „Don't bother your doctor; eat chicken soup“³³, um damit auf die Wirkung alter Hausrezepte zu verweisen, die sich häufig bei einer leichten Grippe bewährt haben, um damit die in ihren Augen auftretenden Mehrkosten einzudämmen. Es wird weiter berichtet, dass viele Leute aus den unterschiedlichsten Gründen zum Arzt gehen, weil sie sich einsam fühlen oder sich einmal pro Woche aus übertriebener Vorsicht für das Wochenende vorbeugend untersuchen lassen wollen, aber nicht weil sie wirklich ärztliche Hilfe benötigen. Immer wieder ist selbst vom medizinischen Personal die Meinung zu hören, dass die Patienten dies wohl nicht täten, wenn sie an den auftretenden Kosten stärker beteiligt werden würden.³⁴

3.3. Warum gibt es unterschiedliche Selbstbehaltmodelle?

Bevor im weiteren Verlauf auf unterschiedlich Formen eingegangen wird, soll der Begriff der Selbstbeteiligung in der Krankenkasse geklärt werden. Eine Selbstbeteiligung bedeutet, dass nicht das gesamte Risiko von einer Versicherung übernommen wird, sondern nur ein bestimmter Anteil, der im Vertrag genau festgelegt ist. Diese Definition ist jedoch nicht ganz vollständig, da sie sich nur auf direkte Kostenrisiken bezieht, denn auch bei einer Vollversicherung hat der Patient eine Selbstbeteiligung zu tragen, insbesondere in der Krankenversicherung. Ursache für diese Problematik ist es, dass die Schadenskosten schwer abzugrenzen sind, da nicht nur monetäre Größen auftreten können, sondern auch weitere, nichtmonetäre Risiken wie Warte-, Such- und Behandlungszeiten sowie Schmerzen und andere Unannehmlichkeiten. Dies zeigt, dass man davon ausgehen kann, dass eine Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung immer vorliegt.³⁵

Im weiteren Verlauf werden unter der Bezeichnung Selbstbeteiligung ausschließlich die Kosten verstanden, welche lediglich auf eine medizinische Behandlung

³³ Greenberg, L. T. (1994), S. B1.

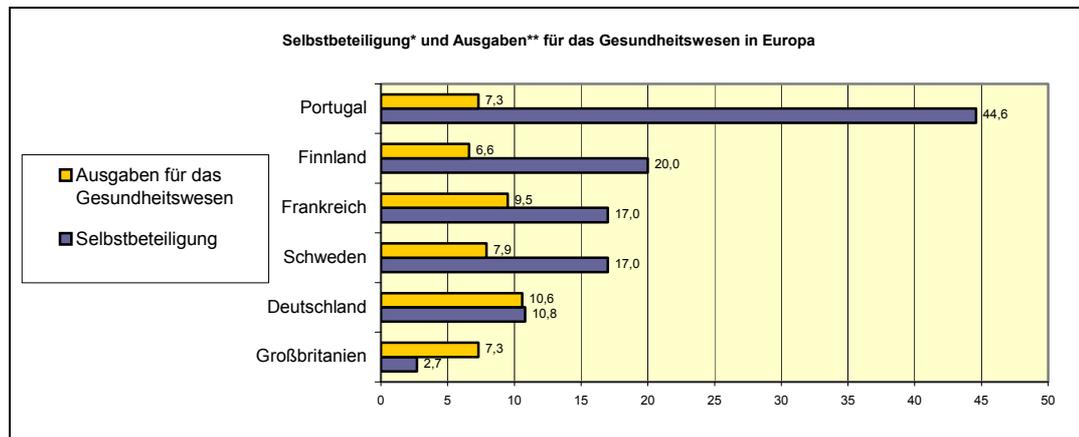
³⁴ Vgl. Greenberg, L. M. (1994), S. B1.

³⁵ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987), S. 13-15.

zurückzuführen sind. Eventuell auftretende externe Effekte werden davon ausgeschlossen und gehen weiter zu Lasten des Versicherten. Die anschließend vorgestellten Selbstbeteiligungsmodelle haben die Motivation, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen und auf die oben erwähnten Phänomene der asymmetrischen Information, Moral Hazard und Adverse Selection, innovativ zu reagieren.³⁶

In den westeuropäischen Staaten ist in den letzten Jahren ein deutlicher Trend hin zu mehr Selbstbeteiligung anzutreffen.³⁷ In der folgenden Grafik kann man aber eine unterschiedlich starke Ausprägung erkennen. Besonders gut zu sehen ist, dass die Selbstbeteiligung in GB am niedrigsten ausfällt und in Finnland deutlich höher ist. Dies hängt zum einen mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen zusammen, ist aber auch jeweils auf verschiedene wirtschaftspolitische Entscheidungen der Länder zurückzuführen. In Finnland ist die hohe Selbstbeteiligung auf eine Rezession in den 90er- Jahren zurückzuführen, auf welche die damalige Politik reagierte, indem sie die Kosten insbesondere im Gesundheitssektor verringerte und dies mit Hilfe des hohen Eigenbehaltes erreichte.³⁸

Abbildung 2: **Selbstbehaltsregelungen in ausgewählten Staaten**



* in Prozent der Gesundheitsausgaben; ** in Prozent des BIP

Quelle: Rahmthun, C. (2003), S. 43.

³⁶ Die im weiteren Verlauf erläuterten Formen einer Selbstbeteiligung bilden lediglich die bekanntesten Modelle ab. Es gibt noch weitere Arten sowie vielfältige Mischformen, für ein vertiefendes Studium in dieser Hinsicht sei dem interessierten Leser Schulenburg (1987) empfohlen. Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987), S. 13-40.

³⁷ Vgl. Rahmthun, C. (2003), S. 42-44.

³⁸ Vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003) S. 60-68.

3.4. Die proportionale Selbstbeteiligung

Wenn eine dritte Partei, in den meisten Fällen die Krankenversicherung, einen bestimmten Anteil eines Preises übernimmt, liegt eine proportionale Selbstbeteiligung (engl. co- insurance) vor. Übernimmt die Assekuranz 80% der entstehenden Kosten, verringert dies den Preis für den Nachfrager um 80%, er selbst trägt lediglich die verbleibenden 20%; dies ist die Selbstbeteiligung. Wenn die Preise für die Krankenversorgung ansteigen sollten, so zahlt der Patient weiterhin 20% des neuen Preises. Der Vorteil an dieser Form der Kostenteilung ist es, dass der Patient einen Anreiz hat, nach einer kostengünstigen Behandlung Ausschau zu halten, bevor er sich behandeln lässt, was wiederum den Preis der Dienstleistung der Versicherung verringern kann, weil er ein Interesse hat, genau abzuschätzen, wie viel Versorgung er sich kaufen will.³⁹ Wie stark dies hingegen der Fall sein wird, hängt von der Preiselastizität des Nachfragers ab. Wenn nicht die Notwendigkeit für die Höhe des Preises verantwortlich ist, wird die proportionale Selbstbeteiligung eine Möglichkeit sein, die Kosten für die Versicherung und damit auch für den Nachfrager zu verringern. Wie weit die Kosten gesenkt werden können, hängt nicht nur von der Preiselastizität ab, sondern auch vom Grad der Selbstbeteiligung; ist dieser besonders niedrig, ist auch der Anreiz, sich effizient zu verhalten, dementsprechend gering.⁴⁰

Beispiele für die proportionale Selbstbeteiligung sind, wenn auch nur für bestimmte Leistungen, in vielen Ländern anzutreffen. In Frankreich besteht ein proportionaler Selbstbehalt von 30% bei ambulanten und 20% bei stationären Behandlungen,⁴¹ in der Schweiz gibt es eine Selbstbeteiligung von 10% bei ambulanten Arztbehandlungen, es kommt aber noch ein fester Geldbetrag hinzu, der pro Krankenschein zu entrichten ist.⁴²

³⁹ Vgl. Phelps, C. E. / Newhouse, J. P. (1974), S. 334.

⁴⁰ Vgl. Feldstein, P. J. (1999), S. 120.

⁴¹ Vgl. Rahmthun, C. (2003), S. 42.

⁴² Vgl. Schneider, M. / Biene- Dietrich, P. / Gabanyi, M. (1994), S. 252 und S. 445.

3.5. Der absolute Selbstbehalt pro Abrechnungszeitraum

Wenn der Versicherte einen fixen Obolus pro erster Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung innerhalb eines festgelegten Zeitraumes zu entrichten hat, spricht man vom Abzugsfranchise oder absoluten Selbstbehalt pro Abrechnungszeitraum (engl. deductible).⁴³ Das heißt, der Versicherte übernimmt die ersten x Geldeinheiten einer Periode, bevor die Krankenversicherung alle weiteren Rechnungen für die medizinische Versorgung übernimmt, solange keine weiteren Bestimmungen bestehen sollten.⁴⁴ Diese Form der Selbstbeteiligung hat unterschiedliche Wirkungen. Sie verkleinert den Anreiz nach der ersten medizinischen Versorgung pro Abrechnungszeitraum, da die ersten Aufwendungen selbst getragen werden müssen. Ist dieser Beitrag aber erst einmal geleistet worden, fällt der Preis für jede weitere nachgefragte Menge für den Versicherten auf Null, weil die Krankenkasse dann die Kosten voll übernimmt.⁴⁵ Ein weiterer Punkt ist, dass eine solche Selbstbeteiligung nicht unbedingt auf jede Nachfrageform Auswirkungen hat. Ein Patient wird wohl kaum sein Verhalten ändern, wenn er für eine lebenswichtige Operation einen Eigenanteil von 30,- Euro leisten muss. Andererseits wird er es sich genau überlegen, ob er bereit ist eine solche Ausgabe zu tätigen, um sich aufgrund einer leichten Verkühlung vom Arzt untersuchen zu lassen.⁴⁶

Diese Form der Selbstbeteiligung zeigt im Augenblick eine bestechende Aktualität. Die Rürup- Kommission, die von der Bundesregierung beauftragt wurde, neue Modelle zur Sicherstellung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland herauszuarbeiten, brachte jetzt eine verschärfte Form dieser Selbstbeteiligung ins Gespräch. Danach sollen bei jedem Arztbesuch, unabhängig von seinem Zeitpunkt, 15,- Euro Selbstbehalt fällig werden, wobei es mehrere Ausnahmeregelungen, wie zum Beispiel bei Kindern oder Unfallopfern geben soll.⁴⁷ Es ist auch eine absolute Obergrenze für die Zuzahlung im Gespräch; dies soll verhindern, dass eine zu starke Belastung durch wiederholt notwendige Arztbesuche

⁴³ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987), S. 17.

⁴⁴ Vgl. Santerre, R. E. (1996), S. 55-57.

⁴⁵ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. (1999), S. 189.

⁴⁶ Vgl. Santerre, R. E. (1996), S. 57.

⁴⁷ Vgl. O.V. (2003a), S. 1-2.

fällig wird.⁴⁸Trotzdem würden 70% aller 560 Millionen Arztbesuche jährlich (zwei Milliarden Euro) davon betroffen sein.⁴⁹

3.6. Verträge mit Stop Loss Levels oder Obergrenzen

Die Versicherungsverträge mit proportionaler Selbstbeteiligung oder absolutem Selbstbehalt beinhalten für den Patienten immer noch ein nicht zu verschweigendes Kostenrisiko, denn wenn der Patient besonders häufig auf eine Gesundheitsversorgung angewiesen ist, können große finanzielle Beträge fällig werden. In einem solchen Fall können dann sogenannte Obergrenzen greifen innerhalb eines abgegrenzten Zeitrahmens wie einem Jahr: „Once the patient`s out-of-pocket medical expenses (deductible and co-insurance) reach a certain dollar amount, typically USD 2,500, then the patient is no longer responsible for additional out-of-pocket payments”.⁵⁰

Während ein stop loss level den Versicherten vor einem zu großen Kostenrisiko schützen soll, ist die Obergrenze eine umgekehrte Maßnahme für die Versicherung. In den USA legen Versicherungsunternehmen dieses Limit in der Regel zwischen ein und zwei Millionen Dollar fest, verteilt auf den Lebenszeitraum eines Mitgliedes ; bei Ausgaben, die darüber liegen, ist die Verantwortung bei dem Patienten. Eine weitere Unterform ist eine Obergrenze für Krankenhaustage, die das Mitglied innerhalb eines Jahres im Hospital verbringt; die Assekuranz übernimmt sie nur bis zu einem Maximum von 30 Tagen, jeder darüber hinausgehende Tag muss dann vom Patienten selbst finanziert werden.⁵¹Für den Versicherungsnehmer ist dies aber von Nachteil, weil genau in der Situation, in der er eine Versicherung am nötigsten hat, nämlich wenn er vom großen Pech verfolgt, besonders häufig von Krankheiten und Verletzungen gebeutelt wird, die Versicherung nicht mehr zahlt. In einem solchen Fall können die Kosten dann existenzbedrohend werden. Diese Tatsache

⁴⁸ Vgl. O.V. (2003b), S. 2.

⁴⁹ Vgl. Spiegel Online, (2003).

⁵⁰ Feldstein, P. J. (1999), S. 120.

⁵¹ Vgl. Feldstein, P. J. (1999), S. 120.

wird wohl einer der Hauptgründe sein, weshalb man diese Form der Krankenversicherung nicht allzu häufig antrifft.⁵²

4. Empirische Untersuchungen des Nachfragerverhaltens bei Gesundheitsleistungen

4.1. Erfahrungen aus dem RAND- Experiment

Theoretische Untersuchungen haben immer wieder gezeigt, dass eine Beteiligung der Versicherten an den auftretenden Kosten zu einem deutlichen Rückgang der nachgefragten Menge führen sollte. Es sind so Werte entstanden, die bei proportionaler Selbstbeteiligung zu einer Preiselastizität von bis zu 10% führten. Diese Daten kamen aber auf der Grundlage von nichtexperimentellen Untersuchungen zustande und beruhten auf Schätzungen. Die Problematik bestand darin, dass unterschiedliche Versicherungssektoren verglichen wurden, das heißt solche mit Vollversicherung mit denen, wo eine Selbstbeteiligung vorlag. Schlechte Risiken haben aber von Beginn an einen Anreiz sich voll zu versichern. Gute Risiken, die sich ihrer individuell geringeren Krankheitsneigung bewusst sind, haben dagegen einen größeren Anreiz, die Selbstbeteiligungsmodelle von Beginn an zu wählen. Werden die Daten dieser beiden Sektoren verglichen, so wird es schwer sein zu unterscheiden, welche der Daten auf die Risikoselektion der beiden Gruppen zurückzuführen sind und welche auf Moral Hazard.

Im Lichte dieser Unsicherheit, dass sich nicht genau feststellen lässt, welche Rolle der Preis und welche die Versicherung im Entscheidungsverhalten spielt, rief die amerikanische Regierung 1974 das Rand Health Insurance Experiment ins Leben. Das Ziel dieser Untersuchung war es festzustellen, wie sich das Nachfragerverhalten bei unterschiedlichen Versicherungsverträgen ändert. Dazu wurden zufällig Familien in sechs unterschiedlichen amerikanischen Städten mit insgesamt 5809 teilnehmenden Familienmitgliedern unter 62 Jahren ausgewählt. Jede Familie bekam nun einen Versicherungsvertrag zugewiesen, der für alle Mitglieder in gleicher Weise galt, aber verschieden konditioniert war.

⁵² Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. (1999), S. 189-190.

Die unterschiedlichen Vertragsformen gliederten sich in eine kostenlose Vollversicherung sowie proportionale Selbstbeteiligungsmodelle mit Eigenanteilen von je 25%, 50% und 95%. Jeder Vertrag mit Selbstbeteiligung hatte eine selbsttragende Obergrenze von 5%, 10% oder 15% des Familieneinkommens bis zu einem Maximum von USD 1000,-. Als weitere Alternative existierte ein Vertrag, der einen absoluten Selbstbehalt pro Abrechnungszeitraum (englisch individual deductible) beinhaltete. Dieser sah vor, dass Kosten bis zu einer Obergrenze von USD 150,- pro Person oder USD 450,- pro Familie zu 95% selbst getragen wurden. Ansonsten waren bei allen Gruppen sämtliche medizinischen Leistungen abgedeckt. Die teilnehmenden Familien wurden über drei bis fünf Jahre innerhalb einer eigens dafür gegründeten Versicherung zu den oben genannten Konditionen versichert. Die folgende Tabelle soll hierfür einen kurzen Überblick verschaffen:⁵³

Tabelle 1: Anzahl der teilnehmenden Personen am Experiment

Plan	Dayton	Seattle	Fitchburg	Franklin County	Georgetown	Teilnehmer total ^a
Kostenlos	301	431	241	264	359	1893
25 Prozent	260	253	125	146	201	1137
50 Prozent	191	0	56	26	52	383
95 Prozent	280	253	113	146	166	1120
Selbstbehalt	105	285	188	196	282	1276
total	1137	1222	723	778	1060	5809

^a Anzahl der Personen

Quelle: Daten aus Manning, GW; Newhouse, JP; Duan, N (1987), S. 255.

Die Resultate dieser Untersuchung implizieren einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß einer Versicherung und dem Nachfragerverhalten des jeweiligen Versicherungsnehmers. Der Umgang mit medizinischer Versorgung veränderte sich in der Anzahl der Besuche beim Arzt, der Wahrscheinlichkeit behandelt zu werden sowie der geleisteten Ausgaben. Die Aufwendungen der kostenlosen Vollversicherung überstiegen die derer, welche eine proportionale Selbstbeteiligung von 95% hatten, um 45%. Die anderen Selbstbeteiligungsmodelle befanden sich zwischen diesen beiden Extremen. Bei der ambulanten Versorgung waren diese Werte noch deutlicher; dort überstiegen die Kosten der Vollversicherten

⁵³ Vgl. Manning, G. W. / Newhouse, J. P. / Duan, N. (1987), S. 255.

die der Selbstbeteiligten um 67%, die Anzahl der ambulanten Versorgung war um 66% höher. Der deutlichste Sprung zeigte sich dabei zwischen den Vollversicherten und denen mit einer proportionalen Selbstbeteiligung von 25%, wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist.⁵⁴

Tabelle 2: Beispiel von durchschnittlichen Werten eines Jahres pro Kopf

Vertragsart	Arztbesuche	Kosten der ambulanten Versorgung	Kosten der stationären Versorgung	Wahrscheinlichkeit med. Versorgung %	Wahrscheinlichkeit stat. Behandlung %	Gesamtausgaben in USD ^a
kostenlose Vollversicherung	4,55	340	409	86,8	10,3	750
25%Selbstbeteiligung	3,33	260	373	78,8	8,4	617
50%Selbstbeteiligung	3,03	224	450	77,2	7,2	573
95%Selbstbeteiligung	2,73	203	315	67,7	7,9	540
Selbstbehalt pro Abrechnungsperiode	3,02	235	373	72,3	9,6	630

^a Diese Werte sind auf der Grundlage aller Daten des Jahres 1984 berechnet.

Quelle: Daten aus Manning, GW; Newhouse, JP; Duan, N (1987), S. 255.

Bei den Kosten für die stationäre Behandlung sind keine signifikanten beziehungsweise rationalen Unterschiede entstanden, auch wenn dies aus der Tabelle hervorgeht. Als Grund für diese Abweichungen (bei einer Selbstbeteiligung von 50% sind die Kosten der stationären Behandlung 20% höher als bei der Selbstbeteiligung von 25%) wird der Hinweis genommen, dass bei 70% der stationär behandelten Patienten die Obergrenze der selbst zu tragenden Kosten erreicht wurde und die darüber hinausgehenden Kosten bei allen Versicherten die Assekuranz komplett übernommen hat, wobei damit dann keinerlei unterschiedliche Verhaltensanreize gegeben waren.

Bei der Gruppe mit dem absoluten Selbstbehalt pro Abrechnungszeitraum zeigte sich eine andere Entwicklung als bei den Selbstbeteiligungsmodellen. Zur Erinnerung: dieser Vertrag sieht eine kostenlose stationäre Behandlung vor, beteiligt aber jedes Individuum (also jedes einzelne Mitglied einer Familie, was sich deutlich von den anderen Verträgen abhebt, wo die Familien immer als eine Einheit behandelt werden) bis zu einer Obergrenze von USD150,- oder die gesamte Familie

⁵⁴ Vgl. Manning, W. G. / Newhouse, J. P. / Duan, N. u.a. (1987), S. 259.

bis zu einem Maximum von USD 450,- an den ambulanten Kosten. Die Gesamtausgaben waren deutlich geringer als die der freien Vollversicherung, was sich aus einer Verringerung der Kosten bei der ambulanten Versorgung um ein Drittel und der stationären Versorgung um ein Zehntel zusammensetzt.

Eine weitere Erkenntnis war die Wahrscheinlichkeit eines Versicherten, überhaupt erst medizinische Versorgung nachzufragen. Innerhalb eines Jahres haben 87% der Vollversicherten Gesundheitsleistungen nachgefragt, bei der Gruppe mit einer Selbstbeteiligung von 95% waren dies nur 68%. Damit lässt sich der Hauptteil der höheren Kosten auf eine größere Zahl von Arztbesuchen zurückführen und nicht auf eine vielleicht qualitativ bessere oder teurere Beanspruchung des Gesundheitsapparates.

Daneben wurde ebenfalls der Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Einkommensgruppen und dem Verhalten auf die unterschiedlichen Modelle evaluiert, stieß aber dort sehr schnell an die Grenzen von aussagefähigen Daten. Da jede Familie einen prozentualen, maximalen Höchstbetrag innerhalb eines Jahres aufzubringen hatte, falls dies nötig war, der im Verhältnis zum verfügbaren Einkommen gesetzt wurde und in keinem Fall USD 1000,- überstieg, kamen besonders schnell die finanziell schwachen Familien an diese Grenze, ab der die weitere Versorgung dann voll von der Versicherung gedeckt wurde. Es waren damit kaum konkrete Aussagen über die erreichten Daten möglich.

Die einzige Ausnahme wies hier das Modell des Selbstbehaltes pro Abrechnungszeitraum auf. Der Grund dafür war, dass der Selbstbehalt nicht proportional zum Einkommen gewählt wurde, sondern einen fixen Betrag darstellte. Hier war ein Unterschied der Kosten bei ambulanter Versorgung (stationäre war kostenfrei) im Verhältnis des Drittels mit dem höchsten Einkommen zum Drittel mit dem niedrigsten Einkommen von bis zu 10% zu erkennen. Ansonsten konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den besser Verdienenden und den schlechter Verdienenden festgestellt werden, weder im Verhalten noch bei den Kosten.

Zu erwähnen ist jedoch eine als signifikant festgestellte Abweichung bei verschiedenen Krankheitsbildern bei den verschiedenen Einkommensgruppen. Bei

der untersten Einkommensgruppe, was 20% der Teilnehmer waren, gab es bei denen, die bei Beginn des Experiments Bluthochdruck hatten, eine Abweichung. Entscheidend war es, ob sie vollversichert waren oder einen Selbstbeteiligungsvertrag zugewiesen bekommen hatten. Bei der Teilnahme am Vollversichertenmodell wiesen diese Personen einen deutlich geringeren Blutdruck auf als die Mitglieder der anderen Gruppen, insbesondere derer, die eine extrem hohe Selbstbeteiligung leisten mussten. Ein solches Ergebnis ist von Bedeutung, da dies einer verkürzten Lebenserwartung von 10% gleichkommen kann und hier ca. 6% der Experimentteilnehmer betraf. Eine zweite Auswirkung unter den ärmeren war bei denen mit einer Sehschwäche festzustellen. Bei den Vollversicherten war eine bessere Korrektur dieses Nachteils festzustellen als bei denen, die die Selbstbeteiligung leisten mussten. Ähnliches wurde auch bei der zahnmedizinischen Versorgung festgestellt.⁵⁵

Das Rand Experiment gehört sicherlich zu einer der wichtigsten experimentellen Untersuchungen in der Gesundheitsökonomie. Bemerkenswert ist, dass die Ergebnisse dieser Arbeit weitestgehend konform mit den Ergebnissen von vielen theoretischen Arbeiten gehen.⁵⁶ Diese hatten eine Preiselastizität bei medizinischen Gütern von etwa 10-20% prognostiziert, was nach Auswertung der Rand-Experimentdaten auch tatsächlich der Fall war. Dies bedeutet, dass eine Krankenversicherung, und insbesondere eine alles abdeckende Vollversicherung, das Verhalten der Nachfrager beeinflusst und wenig Anreiz zum ressourcenschonenden Verhalten bietet. Es war weiter eine überraschende Feststellung, dass durch die höheren Kosten, die durch die Vollversicherten verursacht wurden, im Umkehrschluss sich keine besser Gesundheit feststellen ließ, mit der beschriebenen Ausnahme bei der unteren Einkommensgruppe.⁵⁷

4.2. Vertragsmodelle privater Krankenversicherer aus den USA

In dieser Untersuchung werden keinerlei Experimente durchgeführt, sondern bereits bestehende Daten von ähnlich aufgebauten Krankenversicherungsmodellen

⁵⁵ Vgl. Manning, W. G. / Newhouse, J. P. / Duan, N. u.a. (1987), S. 251-277

⁵⁶ Vgl. Anlauf, M. (2001), S. 32-33.

⁵⁷ Vgl. Manning, W. G. / Newhouse, J. P. / Duan, N. u.a. (1987), S. 251-277.

analysiert und ausgewertet. Die Strukturierung dieser Verträge ähnelt denen des Rand-Experimentes: Die ersten anfallenden Kosten sind von den Patienten komplett selber zu tragen. Dies waren im Durchschnitt USD 500,-. Kosten, die darüber hinaus anfielen, mussten mit einer Selbstbeteiligung von 20% bezahlt werden, bis eine maximale Obergrenze erreicht wurde, ab der die Versicherung Volldeckung bietet. Bemerkenswert sei an dieser Stelle erwähnt, dass ein solches Verfahren das nachgefragte Gut verbilligt je mehr man nachfragt, obwohl das Ziel ist, die Nachfrage einzudämmen. Eine weitere Besonderheit war es, dass Familien immer als eine Einheit versichert wurden. Die Kosten aller Mitglieder wurden so zusammengefasst und bildeten somit die Obergrenze.

In dieser Untersuchung wurden nun zwei Gruppen von Familien unterschieden, die sonst keine Unterschiede beispielsweise hinsichtlich ihres Einkommens aufwiesen. Man verglich die Familienmitglieder und das Verhalten jenes Individuums, welches die erste Grenze von USD 500 überschritten hatte mit solchen, bei denen dies nicht der Fall war. Der Unterschied lag darin, dass die erste Gruppe von nun an medizinische Leistungen in Anspruch nehmen konnte, und lediglich 20% des Preises selber zahlen musste. Die andere Gruppe musste hingegen weiterhin einen Anteil von 100% tragen.

Was dies bedeutet, soll ein kleines Beispiel veranschaulichen. Verglichen werden zwei Familien, die am 01.01. von einer Silvesterfeier nach Hause gehen. Da die eine Familie in einer Etagenwohnung zu Hause ist, kommt es dazu, dass das Familienoberhaupt, leicht angetrunken, von der Treppe fällt und seine Knochenbrüche für über USD 500,- behandeln lassen muss. Damit ist für den Rest des Jahres die erste Grenze überschritten und jede weitere Versorgung für diese Familie um 80% billiger als für die andere Familie. Das Verhalten der übrigen Mitglieder, verglichen mit der anderen Familie über das nächste Jahr, war der Mittelpunkt dieser Untersuchung. Die Daten, welche durch diese Vorgehensweise erhoben wurden, beruhten auf 16.989 Angestellten, welche einen solchen Vertrag hatten und zwischen 25 und 55 Jahre alt waren. Der Erhebungszeitraum betrug zwei Jahre (1990-1992) und beinhaltete 487.000 Versicherungsfälle.⁵⁸

⁵⁸ Vgl. Eichner, M. J. (1998), S. 117-121.

Das Ergebnis dieser Untersuchung war ebenso kurz wie überraschend. Die berechnete Preiselastizität betrug im ersten Jahr $-0,74$ im zweiten $-0,75$ und im dritten $-0,61$ und ist damit deutlich größer als die des Rand- Experimentes. Die Bedeutung ist also die, dass eine stärkere Selbstbeteiligung die Menge und Kosten für Gesundheitsversorgung noch deutlicher senkt, als wie dies schon aus der oben erwähnten Untersuchung hervorgegangen ist.⁵⁹

4.3. Preiselastizität bei Gesundheitsleistungen am deutschen Markt

Eine genaue und aussagefähige Erhebung von Daten, die Auskunft über das Nachfragerverhalten am deutschen Markt geben sollen, ist insofern schwierig, als dass zum Untersuchungszeitpunkt 90% der deutschen Bevölkerung Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren. Die am Markt vertretenen privaten Anbieter boten trotz ihrer geringen Ausbreitung eine Vielfalt unterschiedlichster Vertragsmodelle an, unter denen der Versicherte dann wählen durfte. Am häufigsten waren die schon bekannten Modelle mit Selbstbehalten und Selbstbeteiligung mit variierenden Quoten vertreten. Anhand dieser Tarife konnte man untersuchen, wie sich das Nachfragerverhalten bezüglich einer Versorgung nach Gesundheitsleistung durch eine jeweils unterschiedliche Kostenbeteiligung verändert. In die genauere Analyse dieser Untersuchung gehen jedoch lediglich Modelle mit einer Selbstbeteiligung von 0% bis 30% ein.⁶⁰

Zu Beginn erstellte man ein Schätzmodell, in dem $K(0)$ die Behandlungskosten bei einer Vollversicherung und $K(\alpha)$ die bei einem Selbstbeteiligungsmodell für den Versicherer bildeten, wobei α den Anteil der Selbstbeteiligung darstellt. Weiter wird sich des Symbols β bedient, welches den Prozentsatz abbildet, um den sich die Kosten verringern, wenn eine Selbstbeteiligung eingeführt wird. Sollte β bei einem Selbstbeteiligungsmodell gleich Null sein, so gilt, dass sich $K(0)$ und $K(\alpha)$ nur durch den vom Versicherten zu tragenden Teil α unterscheiden, die gesamten Kosten

⁵⁹ Vgl. Eichner, M. J. (1998), S. 120.

⁶⁰ Die anderen höheren Beteiligungsmodelle gehen in die Untersuchung nicht ein, da sie zumeist von Beamten nachgefragt werden, die ihre Kosten ersetzt bekommen und damit praktisch vollversichert sind. Die Einbeziehung dieser Daten würde wahrscheinlich die Ergebnisse verfälschen. Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 93.

hingegen bleiben identisch. Setzt man dies in eine Gleichung ein und löst nach β auf so ergibt das folgende Formeln:⁶¹

$$K = \frac{100 - \alpha}{100} \cdot \frac{100 - \beta}{100} \cdot K(0) \quad \text{auflösen: } \Rightarrow \quad \beta = 100 - \frac{K(\alpha)/K(0)}{100 - \alpha} \cdot 100^2$$

Unter der Annahme, dass die Größe der Prämien identisch mit der Höhe der Kosten ist, lässt sich noch folgende Substitution vornehmen:⁶²

$$\beta = 100 - \psi \quad \text{mit} \quad \psi = \frac{T(\alpha)/T(0)}{100 - \alpha} \cdot 100^2.$$

Die Bezeichnung $T(\alpha)$ hat in diesem Fall die Bedeutung eines Tarifes mit einer Selbstbeteiligung in Höhe von α . Das entscheidende Ergebnis dieses Vorgehens ist jetzt der Wert ψ , welcher einen normierten Tarifindex angibt, der veranschaulicht, um wie viel sich die Gesamtkosten inklusive Selbstbeteiligung im Vergleich zu einer Vollversicherung unterscheiden. Hat ψ zum Beispiel einen Wert von 100, dann sind die Gesamtkosten bei Selbstbeteiligung und Vollversicherung gleich, gilt aber $\psi < 100$, so kommt es zu Kosteneinsparungen. Notwendig ist dieser Index, um Verzerrungen, die bei unterschiedlichen Tarifen aufgrund von speziellen Vertriebswegen und Vertragsgestaltungen auftreten können, entgegenzuwirken. Die Versicherungen gestalten schließlich ihre Verträge nicht bloß aufgrund von verschiedenen Selbstbeteiligungen anders, sondern auch durch unterschiedlich auftretende Kostenstrukturen. Dies ist der Grund, weswegen man sich entschließt, nicht die Tarife direkt zu verwenden, sondern den Wert ψ zu entwickeln.⁶³

In die Ergebnisse der getätigten Untersuchung gingen 76 unterschiedliche Tarife ein, welche für die ambulante Krankenbehandlung galten bei einem Eintrittsalter von 28 und 35 Jahren. Es stellte sich heraus, dass eine 20%ige Selbstbeteiligung zu einer Nachfrageelastizität von $-0,078$ führte und erwartungsgemäß mit der Quote der Selbstbeteiligung bei 30% bis auf $-0,234$ sich verringerte. Aus der folgenden Tabelle wird dies deutlich ersichtlich.⁶⁴

⁶¹ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987), S. 58.

⁶² Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 94.

⁶³ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987), S. 60-61.

⁶⁴ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 101.

Tabelle 3: Geschätzte Finanzierungs- Nachfragedämpfungseffekte einer proportionalen Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligungsquote α	Reaktionskoeffizient ψ	Statischer Effekt insgesamt α	Dynamischer Effekt insgesamt β	Ersparnis der Krankenversicherung $\alpha + \beta - (\alpha\beta/100)$	Effektive Mehrbelastung der Versicherten bei ungekürzter Prämie $\psi \cdot \alpha/100$	Nachfrageelastizität η
10%	89,3	10%	10,7%	19,9%	8,9 %	-0,078
20%	82,6	20%	17,4%	33,9%	16,5%	-0,156
30%	76,4	30%	23,6%	46,5%	22,9%	-0,234

Quelle: Daten aus Schulenburg, J. M. / Greiner, W. (2000).

Der aus diesen Daten sich ergebende Schluss ist jener, dass die Nachfrage nach medizinischer Versorgung preiselastisch ist. Wenn die Preise für Gesundheitsgüter steigen, reagiert der Konsument mit einer Nachfragesenkung bei einer Selbstbeteiligung. Die Untersuchung hat sogar bei Frauen eine stärkere Verhaltensänderung als bei Männern gezeigt; es wird angenommen, dass dies mit geringeren Opportunitätskosten durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern zusammenhängt. Grund zu dieser Annahme ist der Hinweis, dass Frauen häufig gar nicht oder nur halbtags beschäftigt sind. Das besondere ist, dass die gezeigte Verhaltensänderung hier deutlich geringer ausfällt als bei den anderen empirischen Erhebungen. Es wird sogar vermutet, dass die Elastizitäten noch überschätzt werden könnten⁶⁵. Man kann aber nicht endgültig sagen, welche Wirkungen die Verzerrungen auf diesem Markt haben, die durch die gesetzliche Krankenkasse entstehen; durch Schätzungen versucht man dies zu berücksichtigen. Solche angenommenen Werte enthalten zwar einen Unsicherheitsfaktor, aber lassen trotzdem allen Grund zur Annahme, dass es auf der Nachfragerseite zu den errechneten, signifikanten Verhaltensänderungen kommt. Auch aus dieser

⁶⁵ Es kann sein, dass die hohen Selbstbeteiligungen nur von Konsumenten nachgefragt werden, die von einem besonders niedrigen Krankheitsrisiko ausgehen; die anderen wählen niedrigere Selbstbeteiligungen oder bleiben womöglich gleich in der gesetzlichen Versicherung. Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 102-103.

Untersuchung geht hervor, dass durch Selbstbeteiligungen die Kosten im Gesundheitswesen deutlich gesenkt werden können.⁶⁶

5. Schlussfolgerungen

Die vorgestellten Untersuchungen hatten zum Ziel zu beobachten, inwiefern man das Nachfragerverhalten auf den Krankenversicherungsmärkten steuern kann. Die Motivation dazu rührte aus der Tatsache, dass die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren immer dramatischer anstiegen, die Finanzierung solcher Aufwendungen aber schwieriger wurde. Mit Hilfe von Eigenbehalten und Selbstbeteiligungen haben nicht nur die vorgestellten Forschungsergebnisse in den vergangenen 25 Jahren immer wieder gezeigt, dass damit eine signifikante Kostenreduktion im medizinischen Versorgungssektor möglich ist. Die nachgewiesenen Preiselastizitäten mögen zwar mitunter gering erscheinen, wie aus der letzten hier vorgestellten Untersuchung hervorgeht, kumuliert auf eine gesamte Volkswirtschaft lassen sich aber Einsparungen ermöglichen, die sehr hoch einzuordnen sind.⁶⁷ Ein weiterer wichtiger Effekt von Kostenbeteiligungen der Patienten ist es, dass diese einen stärkeren Anreiz gesetzt bekommen, sich über Qualitäts- und Preis- Leistungsverhältnisse zu informieren und somit eine effizientere Versorgung gewährleistet werden kann. Wer an den Ausgaben direkt beteiligt wird, hat einen stärkeren Anreiz, den Markt, seine Produkte sowie ihre Preise sorgfältiger zu beobachten, als dies ohne eine Beteiligung der Fall wäre. Ein solcher Effekt senkt vielleicht nicht allein die Kosten im notwendigen Ausmaß und es lässt sich mehr in der Bagatelltherapie eine solche Wirkung erwarten, aber es kommt zu einer Wohlfahrtssteigerung am Gesundheitsmarkt.⁶⁸ Für den Anbieter besteht ein Anreiz Leistungen und Kosten auszuweiten, wenn der Nachfrager die Kosten nicht selber trägt; eine Selbstbeteiligung kann dem entgegensteuern.⁶⁹

Wie aktuell dieses Thema ist, lässt sich fast täglich aus der Tagespresse entnehmen. Die von der Regierung um den Bundeskanzler Gerhard Schröder

⁶⁶ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987), S. 62-64.

⁶⁷ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (2000), S. 99-100.

⁶⁸ Vgl. Hajen, L. / Paetow, H. (2000), S. 66-67.

⁶⁹ Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1984), S. 27.

eingesetzte Rürup- Kommission hat ein Modell zur Kostensenkung bei der gesetzlichen Krankenkasse ausgearbeitet, nach der die Patienten unter anderem eine Praxisgebühr von 15 Euro leisten sollen. Von dieser Maßnahme ausgenommen sind Kinder, Unfallopfer und chronisch Kranke. Bei einer solchen Regelung, insbesondere den Ausnahmefällen, sind Parallelen zu den Erkenntnissen des Rand-Experiments zu finden. Das dort vorgestellte Ergebnis zeigte eine Preiselastizität durch einen Selbstbehalt, was somit zu einer Kostenreduzierung führt. Gesundheitliche Folgen waren bei chronischen Bluthochdruckpatienten zu finden, die nach dem Rürup- Vorschlag von der Maßnahme ausgenommen wären. Von diesen und weiteren Änderungen verspricht sich die Kommission Einsparungen von bis zu 24 Milliarden Euro.⁷⁰ Mit Maßnahmen, deren Ergebnis empirisch belegt umso deutlicher sein wird, je drastischer die Zuzahlung ausfällt, wird insbesondere den Moral Hazard Effekt verringern. Eine solche Erkenntnis steht jedoch im sozialen Konflikt mit dem Ziel, dass gerade kranke Menschen keine Einkommenseinbußen erleiden sollen; das Risiko zu erkranken sollte in der Zukunft verringert werden, nicht umgekehrt. Amerikanische Untersuchungen haben gezeigt, dass besonders in den einkommensschwachen Schichten die Wirkung von Kostenbeteiligungen am stärksten ist mit allen Folgen, was ein soziales Ungleichgewicht noch verstärkt.⁷¹

Es ist abschließend zu sagen, dass viele der erbrachten Ergebnisse wenig Rücksicht auf eventuelle Langzeitfolgen nehmen, empirische Untersuchungen jedoch bisher keine Rückschlüsse auf deren Existenz zuließen. Es sei aber für die Zukunftsfragen einer Gesellschaft erwähnt, dass die Ökonomie mit ihrer Empirie bei vielen Fragen an Grenzen stößt und stoßen wird. An dieser Stelle wird ein interdisziplinäres Zusammenwirken von Medizinern verschiedenster Richtung und Ökonomen immer wichtiger. Letztendlich sei darauf hingewiesen, dass empirische Ergebnisse zwar viele Schlüsse zulassen, aber mitunter auch viele Fragen aufwerfen, da eine Erhebung die frei von Verzerrungen ist, bisher nicht möglich war. Häufig wird auch durch gleiche Verfahrensmuster vorgegangen, welche dann die Ergebnisse laufender Diskussionen untermauern, sie aber nicht entscheidend

⁷⁰ Vgl. Doemens, K. (2003), S. 1-4.

⁷¹ Vgl. Hajen, L. / Paetow, H. (2000), S. 68.

vorantreiben, denn:⁷² „Nur aus dem Unterschied sind neue Erkenntnisse zu gewinnen“.⁷³

⁷² Vgl. Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987), S. 188-189.

⁷³ Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987), S. 189.

Literaturverzeichnis

Akerlof, G. A. (1970):

The Market for "Lemons": Quality uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics 84, Nr. 3, S. 488-500.

Anlauf, M. (2001):

Krankenversicherung, Anreize im Gesundheitswesen und Konsumentenwohlfahrt, Aachen.

Arrow, K. J. (1963)

Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review 53, Nr. 5, S. 941-973

Breyer, F., Zweifel, P. (1999):

Gesundheitsökonomie, Berlin / Heidelberg / New York.

Doemens, Karl (2003):

Konturen einer Reform, die vor allem Kranke Geld kostet, in: Frankfurter Rundschau, 10 April 2003, S. 1-4.

Eichner, M. J. (1998):

The Demand for Medical Care: What People Pay Does Matter, in: American Economic Review, Papers and Proceedings 88, Nr. 2, S. 117-121.

Feldstein J. Paul (1999):

Health Care Economics, Albany / Boston / Bonn u.a.

Greenberg, L. M. (1994):

Take Two Tablespoons of Mustard and Call if You Don't Feel Better, in: The Wall Street Journal, 22. Feb. 1994, S. B1.

Hajen, L./ Paetow, H. (2000):

Gesundheitsökonomie, Strukturen- Methoden- Praxisbeispiele, Stuttgart / Berlin / Köln.

Hoffmeyer, U. K. / McCarthy, T. R. (Hrsg.) (1994):

Financing Health Care, Volume I, Dordrecht / Boston / London.

Kielhorn, A. / Schulenburg, J.- M. (Hrsg.) (2000):

The Health Economics Handbook, Chester.

Manning, W. G. / Newhouse, J. P. / Duan, N. u.a. (1987):

Health Insurance and Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, in: American Economic Review 77, Nr. 3, S. 251-278.

Med. Pharmazeut. Studiengesellschaft. e.V. (1989):

Handwörterbuch des Gesundheitswesens, Baden Baden.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003):

Selbstbeteiligung, Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich, Wien.

Pauly, M. V. (1968):

The Economics of Moral Hazard: Comment, in: American Economic Review 58, Nr. 3, S. 537.

O. V. (2003a):

Rürup: Entlastung um 24 Milliarden Euro möglich, in: Frankfurter Allgemeinen Zeitung, 10. April 2003, S. 1-2.

O.V. (2003b):

Für jeden Arztbesuch 15 Euro?, in: Hannoversche Allgemeine Zeitung, 10. April. 2003, S.2.

Phelps, C. E. / Newhouse, J. P. (1974):

Coinsurance, the Price of Time and the Demand for Medical Service, in: the Review of Economics and Statistics 56, Nr. 3, S. 334-342.

Rahmtun, C. (2003):

Valium fürs Volk, Das Dogma der paritätischen Finanzierung im deutschen Sozialsystem wackelt auch im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftswoche, Nr. 15, S. 42-44.

Santerre, R. E. / Neun, S. P. (1996):

Health economics: theory insights and industry studies, Chicago / Bogota / Boston u.a.

Schneider, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M. u.a. (1994):

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Augsburg.

Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1984):

Zum Verhalten von Versicherungsnachfragern in der Sozialen Marktwirtschaft, in: Discussion Papers, Berlin.

Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1987):

Selbstbeteiligung, theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Hannover.

Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1989):

Die Versicherung als Gegenstand der ökonomischen Forschung, Antrittsvorlesung von Herrn Prof. Dr. J.- Matthias Graf v. d. Schulenburg, Hannover.

Schulenburg, J.- M. Graf v. d. (1992):

Wie souverän darf der Konsument auf Versicherungsmärkten sein? Nachfragerverhalten und Regulierung auf Versicherungsmärkten, in: Schulenburg J. M. (Hrsg.), Diskussionspapier Nr. 4, Hannover.

Schulenburg, J.- M. Graf v. d. / Schöffski, O. / Glaser, P. (1998):

Gesundheitsökonomische Evaluationen, Grundlagen und Standortbestimmung, Berlin / Heidelberg / New York (1. Auflage).

Schulenburg, J.- M. Graf v. d. / Greiner, W. (2000):

Gesundheitsökonomik, Tübingen.

Spiegel Online (2003):

Die Empfehlungen der Rürup-Kommission, URL:
<http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,244044,00.html>(Stand: 03.04.2003)