



EUROPE

CHILDREN AND ADOLESCENTS

CIVIL JUSTICE

EDUCATION

ENERGY AND ENVIRONMENT

HEALTH AND HEALTH CARE

INTERNATIONAL AFFAIRS

POPULATION AND AGING

PUBLIC SAFETY

SCIENCE AND TECHNOLOGY

SUBSTANCE ABUSE

TERRORISM AND
HOMELAND SECURITY

TRANSPORTATION AND
INFRASTRUCTURE

U.S. NATIONAL SECURITY

This PDF document was made available from www.rand.org as a public service of the RAND Corporation.

[Jump down to document](#) ▼

The RAND Corporation is a nonprofit research organization providing objective analysis and effective solutions that address the challenges facing the public and private sectors around the world.

Support RAND

[Browse Books & Publications](#)

[Make a charitable contribution](#)

For More Information

Visit RAND at www.rand.org

Explore [RAND Europe](#)

View [document details](#)

Limited Electronic Distribution Rights

This document and trademark(s) contained herein are protected by law as indicated in a notice appearing later in this work. This electronic representation of RAND intellectual property is provided for non-commercial use only. Permission is required from RAND to reproduce, or reuse in another form, any of our research documents for commercial use.

This product is part of the RAND Corporation technical report series. Reports may include research findings on a specific topic that is limited in scope; present discussions of the methodology employed in research; provide literature reviews, survey instruments, modeling exercises, guidelines for practitioners and research professionals, and supporting documentation; or deliver preliminary findings. All RAND reports undergo rigorous peer review to ensure that they meet high standards for research quality and objectivity.

Möglichkeit oder Utopie? (Possibility or Utopia?)

Walfreiheit im Gesundheitswesen
Eine Literaturübersicht (Consumer
Choice in Health Care: A Literature
Review)

INEKE VAN BEUSEKOM, SILKE TÖNSHOFF, HAN
DE VRIES, CONNOR SPRENG, EMMETT B. KEELER

TR-105/1-BF

March 2004

Prepared for the Bertelsmann Foundation

The research described in this report was prepared for the Bertelsmann Foundation.

The RAND Corporation is a nonprofit research organization providing objective analysis and effective solutions that address the challenges facing the public and private sectors around the world. RAND's publications do not necessarily reflect the opinions of its research clients and sponsors.

RAND® is a registered trademark.

© Copyright 2004 RAND Corporation

All rights reserved. No part of this book may be reproduced in any form by any electronic or mechanical means (including photocopying, recording, or information storage and retrieval) without permission in writing from RAND.

Published 2004 by the RAND Corporation
1700 Main Street, P.O. Box 2138, Santa Monica, CA 90407-2138
1200 South Hayes Street, Arlington, VA 22202-5050
201 North Craig Street, Suite 202, Pittsburgh, PA 15213-1516
RAND URL: <http://www.rand.org/>
To order RAND documents or to obtain additional information, contact
Distribution Services: Telephone: (310) 451-7002;
Fax: (310) 451-6915; Email: order@rand.org

Inhalt

1. Einführung	10
2. Theoretischer Rahmen	13
3. Methodik	20
4. Das deutsche Gesundheitswesen	28
5. Ergebnisse der Übersicht	50
5.1 Einführung: Wahlfreiheit im Gesundheitswesen	50
5.2 Persönliche Faktoren bei der Wahl einer Versicherungspolice	53
5.2.1 Präferenzen des Verbrauchers	53
5.2.2 Andere Einflussfaktoren der Wahlentscheidung	56
5.3 Institutionelle Faktoren bei der Wahl einer Versicherung	57
5.3.1 Kalkulation von Einheitsprämien	58
5.3.2 Wettbewerb unter den Versicherern	60
5.3.3 Adverse Selektion und Risikoausgleich	62
5.3.4 Wettbewerb unter den Leistungserbringern	64
5.3.5 Association Health Plans und HealthMarts	65
5.3.6 Betriebliche Krankenversicherung	66
5.4 Information	69
5.4.1 Einführung	70
5.4.2 Report Cards	71
5.5 Instrumente zur Ausgabenreduktion auf der Verbraucherseite	80
5.5.1 Vorbeugung	81
5.5.2 Zuzahlungen	84
5.5.3 Selbstbehalte	89
5.5.4 Rückerstattung/Bonus	90
5.5.5 Andere Initiativen der Kostenbegrenzung	92
5.5.6 Umfang des Versicherungsschutzes	92
5.5.7 Aspekte der Gerechtigkeit bei der Kostenbeteiligung	92
5.6 Auswirkungen der Versorgungsorganisation auf die Kosten	93
5.6.1 Gatekeeper-System	94
5.6.2 Managed Care: PPO/HMO/IPA	97
5.6.3 Einzelleistungsvergütung (FFS)	99
5.7 Reformmöglichkeiten	100
6. Ergebnis und Diskussion	105
Anhang 1	111
Anhang 2	114
Anhang 3	154
Referenzliste	163

Vorwort

Diese für die Bertelsmann Stiftung erarbeitete und von dieser finanzierte Literaturübersicht ist Teil des umfassenderen Projektes „Eigenverantwortung im deutschen Gesundheitswesen“, welches das RAND-Institut Europe gemeinsam mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Abstimmung mit der Bertelsmann Stiftung durchführt. Das Projekt zielt darauf ab, politisch machbare und bezahlbare Reformen des deutschen Gesundheitswesens zu untersuchen, insbesondere unter den Aspekten der größeren Eigenverantwortung und Wahlfreiheit.

Als Spiegel der wissenschaftlichen Literatur zur Wahlfreiheit im Gesundheitswesen steckt diese Literaturübersicht den Rahmen ab, in dem sich das Problem stellt. Sie konzentriert sich dabei auf die sowohl in Deutschland als auch im Ausland gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen zu dieser Thematik. Zweck dieser Literaturübersicht ist es, Modelle der Wahlfreiheit und ihre Auswirkungen mit Blick auf weitere Vertiefungsmöglichkeiten im Rahmen dieses Projektes zu untersuchen. Es wurde der Versuch unternommen, Belege für die Auswirkungen der verschiedenen Modelle der Wahlfreiheit auf eine Reihe von Ergebnisvariablen, wie Inanspruchnahme, Gesundheitsstatus, Zufriedenheit, Gerechtigkeit und den gesamtwirtschaftlichen Effekt zusammenzutragen, um eine Ausgangsbasis für eine Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens zu erarbeiten. Die Auswahl der Ergebnisvariablen erfolgte zum Einen im Hinblick auf die größer werdende Finanzierungslücke im deutschen Gesundheitswesen, zum Anderen berücksichtigte sie die aktuelle Debatte in Deutschland, die über Maßnahmen zur Kostenbegrenzung hinausgeht.

Da unter Umständen nicht alle Leser mit den Gegebenheiten des deutschen Gesundheitswesens vertraut sind, umfasst der Bericht im Anschluss an den Abriss der theoretischen Grundlagen des Begriffes „Wahlfreiheit“ und der Beschreibung der Suchstrategie auch eine Darstellung der grundlegenden Merkmale des deutschen Gesundheitswesens, unter besonderer Berücksichtigung bereits vorhandener Wahlmöglichkeitender Konsumenten.

Es folgen Definition und Beschreibung des Begriffes der Wahlfreiheit sowie eine Zusammenstellung von Fakten zu Modellen der Wahlfreiheit und Erfahrungen in anderen Industriestaaten. Das Schlusskapitel enthält eine Zusammenfassung der

Ergebnisse und eine Diskussion der Bedeutung, die diese für das deutsche Gesundheitssystem haben könnten.

Das Kapitel über das deutsche Gesundheitswesen ist anhand einer Literaturrecherche in der aktuellen deutschsprachigen Fachliteratur zur Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik zu den allgemeinen Merkmalen der Wahlfreiheit, zur Kosteneindämmung und zu Reformansätzen im deutschen Gesundheitssystem zusammengestellt worden.

Die folgenden Kapitel zum Begriff der Wahlfreiheit, zu seiner Definition sowie zu den Modellen der Wahlfreiheit und deren Auswirkungen erforderten aufgrund des von uns erhobenen Anspruches, eine umfassende Übersicht über diese Thematik zu bieten, , komplexe, mehrstufige Recherchen in einer Reihe spezifischer Fachzeitschriften und Datenbanken sowie manuelle Sichtungen der Fachliteratur und eine Selektion derselben durch Experten (peer-review) .

Da zugegebenermaßen hinsichtlich der Anwendbarkeit der verschiedenen Instrumente und ihrer Eingliederung in das deutsche System weiterer Forschungsbedarf besteht, stellt die Literaturübersicht das erste Modul des Projektes dar. Weitere Teile des Projektes sind

- Modul II: Simulation von Reformszenarien im Modell auf der Grundlage der aktuellen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitswesens, der Ergebnisse der Literaturübersicht sowie der allgemein bekannten Effekte bestimmter Politikinstrumente.
- Modul III: Szenarienworkshops, bei denen Reformpakete mit Blick auf mehr Wahlfreiheit vor Vertretern der Hauptakteure des deutschen Gesundheitswesens vorgestellt werden .
- Modul IV: Präsentation und Diskussion stringenter und kohärenter Reformoptionen vor Vertretern der Entscheidungsträger.

Die Literaturübersicht wendet sich an deutsche und internationale Gesundheits- und Sozialpolitiker, an die Akteure im deutschen Gesundheitswesen, an Forscher, die sich mit der Thematik der Wahlfreiheit in Gesundheitssystemen beschäftigen, sowie an das interessierte Publikum, das die Debatte in Deutschland verfolgen möchte.

Der Qualitätssicherungsprozess der RAND Corporation

Die Peer Review stellt einen integrierten Bestandteil aller von RAND durchgeführten Forschungsprojekte dar. Dementsprechend wurde auch diese Literaturreview, wie alle Dokumente der Technical Report Serie von RAND, einer Qualitätsüberprüfung unterzogen, um zu gewährleisten, dass die Forschungsarbeit eine Reihe von Standards erfüllt. Zu diesen zählen unter anderem: Die Problemstellung ist gut formuliert; ein gut strukturierter wissenschaftlicher Ansatz wurde gewählt; Datenmaterial und Annahmen sind fundiert; die Erkenntnisse sind brauchbar und leisten einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung des derzeitigen Wissensstandes; die Implikationen und Empfehlungen folgen in logischer Weise den Erkenntnissen und sind schlüssig erklärt; der Bericht zeichnet sich durch Präzision, Verständlichkeit, Stichhaltigkeit sowie klare sprachliche Formulierung aus; die Forschungsarbeit beweist die Berücksichtigung bereits durchgeführter Studien; die Forschungsarbeit zeichnet sich durch Relevanz, Objektivität, Unabhängigkeit und Ausgewogenheit aus. Die Peer Review wird von Wissenschaftlern durchgeführt, die nicht an dem Projekt mitgewirkt haben.

RAND ist um eine stetige Verbesserung des Qualitätssicherungsprozesses bemüht und unterzieht die Qualität seiner Ergebnisse regelmäßig sowohl externen als auch internen Überprüfungen. Weitere Informationen zur Qualitätssicherung von RAND finden Sie unter <http://www.rand.org/standards/>.

Kontakt

Für weitere Informationen über dieses Projekt wenden Sie sich bitte an:

James P. Kahan

RAND Europe

Newtonweg 1

2333 CP Leiden

+3171 5245151

reinfo@rand.org

www.randeurope.org

Für weitere Informationen bezüglich anderer Projekte dieses Sponsors wenden Sie sich bitte an:

Henrik Brinkmann

Bertelsmann Stiftung

Carl-Bertelsmann-Str. 256, Postfach 103

33311 Gütersloh

Tel.: ++49-5241-8181342

henrik.brinkmann@bertelsmann.de

www.bertelsmann-stiftung.de

Liste häufig verwendeter Ausdrücke

Deutsch	Englisch
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)	General regional sickness fund
Ambulanter Patient	Outpatient
Anstaltspatient/Krankenhauspatient	Inpatient
Ausgaben	Expenditures
Bagatellerkrankung	Minor disease
Befreiung von Eigenbeteiligung	Exemption from co-payment
Beitragsbemessungsgrenze	Assessable income limit / income assessment limit
Beitragspflichtiges Einkommen	Contributory income
Beitragsrückerstattung/-bonus	No-claim
Beitragsrückerstattungsmodell bei Nichtinanspruchnahme	"no claims" bonus model
Betriebskrankenkasse	Company-based fund
Bonus-Malus-System	Merit pricing system
Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen	Federal Supervisory Office for the Insurance Sector
Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen	Federal Committee for Physicians and Sickness Funds
Bundesversicherungsamt	Federal Insurance Office
Ermächtigung von Krankenhausärzten	Authorization of hospital doctors
Ersatzkasse	Substitute fund
Fallpauschale	Case-based lump sum
Freie Kassenwahl	Open enrollment
Freiwillig Versicherter	Voluntary insured
Gerechtigkeit	Fairness/equity (WHO)
Gesamtwirtschaftlicher Effekt	Macro-economic effects
Gesundheit	Health/health status
Gesundheitsstrukturgesetz	Health Care Structure Act
GKV-Gesundheitsreform	Reform of Statutory Health Insurance

GKV-Neuordnungsgesetz	SHI-Reorganisation Act
Härtefallregelung	Hardship provision
Hausarztmodell	General practitioner as gatekeeper
Heil- und Hilfsmittel	Physiotherapy, wheelchair, devices
Inanspruchnahme	Utilisation
Innungskrankenkassen	Guilds' Health Funds
Instrumente zur Verhaltensmodifikation	Prevention; changing behavior
Integrierte Versorgung	Integrated care as an organizational model (for example case management)
Kassenärztliche Bundesvereinigung	Federal Association of SHI-Physicians
Kassenzulassung	Accredited to the statutory health insurance
Konsultationsgebühr	Basic consultation fee / visit fee
Kostenerstattung	Reimbursement
Krankenkassen	Sickness funds
Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz	Health Insurance Contribution Exoneration Act
Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz	Health Insurance Cost Containment Act
Kuren	In-patient rehabilitation services
Leistung	Benefit
Leistungserbringung	Provision of benefits
Leistungspaket	Benefit package
Medizinische Notwendigkeit	Medical necessity
Nutzen	Benefit
Pflichtversicherter	Mandatory insured
Präventionstarif	Bonus for health behaviour
Private Krankenkasse	Private Health Insurance
Prozentuale Zuzahlung	Co-insurance
Risikostrukturausgleich	Risk structure compensation scheme
Sachleistungsprinzip	Benefit in kind

Satzungsleistungen	Optional benefits
Selbstbehalt	Deductible
Solidaritätsstärkungsgesetz, GKV SolG	SHI Solidarity Empowerment Act
Tagessatz	Per diem charge
Verband der privaten Krankenversicherung	Association of Private Health Insurance
Vergütungshöhe	Relative point value
Wirksamkeit	Effectiveness
Wirtschaftlichkeit	Efficiency
Zahnersatz	Dental replacement
Zufriedenheit	Satisfaction
Zuzahlungen	Co-payment / Out of pocket payments
Zweckmässigkeit	Appropriateness

1. Einführung

Wie die Gesellschaft, so ist auch die Nachfrage nach und das Angebot von Gesundheitsversorgung ständigen Veränderungen unterworfen. Derzeit erwägen zahlreiche Regierungen eine Reform des Gesundheitswesens ihrer Länder, um bei unverändertem oder höherem Zugang eine qualitativ bessere und effizientere Versorgung gewährleisten zu können.

Das deutsche Gesundheitswesen sieht den allgemeinen Zugang zu einer umfassenden Krankenversicherung (einschließlich einer Pflegeversicherung) sowie die freie Wahl von Leistungserbringern und Krankenkasse vor (Jost 1998). Anders als in anderen Ländern, in denen eine Reformdebatte stattfindet, hat das deutsche Gesundheitswesen in der Vergangenheit die Erwartungen der Bevölkerung weitgehend erfüllt.

Qualität, Zugang, Zuverlässigkeit sowie die Versicherung praktisch aller Gesundheitsrisiken haben – wenn auch mit einigen Debatten über bestimmte Missstände – zu einem hohen Maß an Zufriedenheit geführt. Mit Blick auf diese Vorgeschichte scheint das aus Umfragen herauszuhörende aktuelle Gefühl von Unsicherheit und Pessimismus in der Bevölkerung ungewöhnlich und auffällig (Donges; J. Eekhoff; W. Franz; W. Moeschel; M.J.M. Neumann, und O. Sievert 2002).

In neueren Umfragen beurteilen Patienten ihre Situation negativ, und eine Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland rechnet damit, dass die Beitragssätze für die gesetzliche Krankenversicherung in naher Zukunft steigen werden (Nolting und Wasem 2002). Frühere Reforminitiativen, bei denen Maßnahmen zur Kostenbegrenzung auf gesamtwirtschaftlicher Ebene (wie etwa die Budgetierung ganzer Sektoren oder einzelner Leistungserbringer) die Maßnahmen zur Kostenbegrenzung auf der Ebene der Nachfrage (wie Zuzahlungen oder Selbstbehalte) ersetzen sollten, haben den Anstieg der Beitragssätze nicht eindämmen können. Vielmehr haben Finanzierungslücken im Krankenversicherungssystem den Druck für Reformen erhöht. Die Debatte in den Medien sowie das Tempo der politischen Entscheidungen in diesem Bereich gewinnen zunehmend an Fahrt.

Die Diskussion zur Wahlfreiheit ist bisher ohne empirischen Nachweis für die Auswirkungen der verschiedenen Reformoptionen bzw. Instrumente im deutschen Kontext geführt worden. Die Politiker haben ein breites Spektrum politischer Optionen diskutiert, die sich von auf in erster Linie kosteneindämmende Maßnahmen bis hin zu Strukturreformen der vertraglichen Rahmenbedingungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherungen erstreckten.

In dieser Übersicht geht es um die Wahlfreiheit der Versicherten.

In Deutschland ist das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorherrschend, 90 % der Bevölkerung sind in diesem System versichert. Dieses System gewährt seinen Mitgliedern nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten: Für Pflichtversicherte wie freiwillig Versicherte bestehen zwei grundlegende Wahlmöglichkeiten, nämlich die freie Arztwahl und die freie Wahl der einzelnen Krankenversicherung. Der Versicherte erhält wenig Anreize, die Ausgaben für die Gesundheit zu reduzieren und zudem wenig Informationen über die für ihn erbrachten Gesundheitsleistungen. Die Einführung von Versicherungsstrukturen, die zu mehr Eigenverantwortung, Information und Wettbewerb innerhalb der GKV führen könnten, scheint ein gangbarer Weg für Reformen zu sein.¹

Die zentrale Frage dieser Studie lautet:

Welche Möglichkeiten der Wahlfreiheit gibt es und welche Auswirkungen haben sie?

Dem zugrunde liegt die Frage:

Welche Instrumente stehen den Versicherern dafür zur Verfügung, und welche Auswirkungen haben diese Instrumente, auch auf die Kosten im Gesundheitswesen?

Zur Beantwortung dieser Fragen untersuchten wir die Erfahrungen, die andere Industriestaaten, insbesondere die USA, mit Modellen der Wahlfreiheit gemacht haben: Anreize wie Zuzahlungen, Rückerstattungs-/Bonusmodelle sowie

¹ Die Janssen-Cilag-Umfrage (Nolting und Wasem 2002) unter den Patienten und Versicherungsnehmern in Deutschland ergab keine Mehrheit für eine Gesundheitspolitik, die allein die Kostenbegrenzung im Blick hat: Jede Reform muss also mehr Ergebnisvariablen als nur die Ausgaben anpeilen. Die Bertelsmann Stiftung hat in ihrem Gesundheitsmonitor 2002 ermittelt, dass 53 % der Befragten das bestehende System erhalten möchten, 33 % würden es gern um die Einführung optionaler Leistungen und Vorteile ergänzen, und nur eine Minderheit von 13 % wünscht die Privatisierung der Versicherung. (Boecken et al 2002).

Selbstbehalte und strukturelle Elemente wie Gatekeeper-Systeme und selektive Verträge mit Leistungserbringern. Bei unserer Untersuchung natürlicher Experimente² und empirischer Erfahrungen anderer Länder haben wir den Blick nicht allein auf die Kostenbegrenzung gerichtet. Auch die Auswirkungen auf Gesundheitsstatus, Zufriedenheit, Gerechtigkeit und die gesamtwirtschaftliche Situation wurden einbezogen, soweit die untersuchte Literatur darüber Aufschluss gab.

Verständlicherweise konnten nicht alle Modelle derart eingehend untersucht werden, dass feste Aussagen zu ihrer Wirksamkeit oder Anwendbarkeit auf Deutschland getroffen werden könnten. Auch handelt es sich bei dieser Arbeit nicht um einen internationalen Vergleich. Vielmehr legen wir mit dieser Arbeit eine Beschreibung der vorliegenden Erkenntnisse und Erfahrungen zu Modellen der Wahlfreiheit und deren Auswirkungen vor.

Kapitel 2 enthält eine Beschreibung gesundheitsökonomischer Kernbegriffe, die das theoretische Fundament des Begriffes „Wahlfreiheit“ bilden. In Kapitel 3 wird die zur Erstellung der Literaturübersicht angewandten Methodik vorgestellt. Kapitel 4 enthält eine Darstellung des deutschen Gesundheitswesens, der aktuellen Ausgestaltung der Wahlfreiheit in Deutschland, sowie der in der Vergangenheit ergriffenen Maßnahmen zur Kostenbegrenzung. Den Hauptteil dieser Übersicht bildet Kapitel 5 mit einer Beschreibung von Untersuchungen zur Wahlfreiheit bei Versicherern und Leistungserbringern. Da sich Versicherte unter Umständen für einen kostengünstigeren Versicherungsschutz entscheiden möchten, wird auch die Literatur zu Instrumenten der Kostensteuerung ausgewertet. Analysiert und diskutiert wurde die ab 1999 veröffentlichte Literatur zur Wahlfreiheit sowie zahlreiche davor veröffentlichte Studien. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse zusammengefasst und die Relevanz der Erkenntnisse für Deutschland diskutiert.

² Ein natürliches Experiment ist ein von selbst eintretendes Ereignis oder eine von selbst eintretende Situation, das/die einem Forscher Hinweise bietet, anhand derer eine Antwort auf eine Forschungsfrage gegeben werden kann. Bei diesen Typen von Experimenten handelt es sich um Quasi-Experimente, bei denen der Experimentator wenig oder gar keine Kontrolle über die beobachtete Situation hat.

2. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel beschreiben wir eine Reihe von gesundheitsökonomischen Kernbegriffe, die das theoretische Fundament des Begriffes „Wahlfreiheit“ bilden. Des Weiteren gehen wir auf in der Literatur häufig erwähnte Begriffe der Organisation der Versorgung und andere Begriffe ein. Soweit nicht anders angemerkt, basieren die Informationen dieses Kapitels auf dem *Handbook of health economics, volume 1A* (Culyer und Newhouse, 2000).

Da der Bedarf an Gesundheitsversorgung wenig vorhersehbar ist und eine medizinische Behandlung mit hohen Kosten verbunden sein kann, sind die meisten Individuen bestrebt, eine Krankenversicherung abzuschließen, die die eigene finanzielle Belastung angesichts des Risikos einer potenziell teuren Erkrankung begrenzt. Im Ergebnis wirkt sich Wahlfreiheit in zwei miteinander verknüpften Märkten aus, nämlich erstens bei der Wahl des Krankenversicherungsschutzes, welche auf den Erwartungen für die eigene zukünftige Gesundheit basiert, und zweitens bei einem Spektrum von Wahlmöglichkeiten bezüglich der Leistungserbringung, bei der die Bedingungen des Versicherungsschutzes berücksichtigt werden müssen. Aus Gründen, die im Folgenden beschrieben werden, können Individuen, die die Ausgaben für ihre eigene Gesundheit verringern möchten,³ dies am besten tun, indem sie sich für einen Versicherungsschutz entscheiden, der auf eine Begrenzung der Kosten angelegt ist. Zugespitzt formuliert, kann mehr Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Versicherungsprodukts gerade dadurch eine Reduktion der Kosten bewirken, dass die Individuen Versicherungspakete erwerben, die ihre Wahlmöglichkeiten im Falle einer Erkrankung einschränken.

In den meisten westlichen Demokratien dient die Krankenversicherung zwei Zwecken: Erstens kann sie, wie jede Art von Versicherung, innerhalb des Versichertenkollektivs einen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken herstellen. Zweitens stärkt sie die Solidarität, da sie für die Versorgungskosten aufkommt,

³ Je nach ihren Präferenzen werden Individuen auch höhere Gesundheitskosten in Kauf nehmen, wenn damit eine qualitativ bessere Versorgung bereitgestellt wird.

indem sie finanzielle Ressourcen von den Zahlungskräftigeren (Gesunde, Junge und Reiche) hin zu den Zahlungsschwächeren (Kranke, Alte und Arme) transferiert.

Jeder Markt wird von dem Wechselspiel zwischen Nachfrage und Angebot bestimmt. Auf dem Markt für **Krankenversicherung** kann die Nachfrage von Arbeitgebern, Einzelpersonen oder von staatlicher Seite kommen. Mögliche Anbieter sind der Staat, Versicherungsunternehmen oder Managed-Care-Organisationen. Auf dem Markt für **Gesundheitsleistungen** wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch den Patienten oder seinen Arzt getätigt. Das Angebot wird von Leistungserbringern des Gesundheitswesens bereitgestellt.

Eine Person muss Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung für die Zeit vor dem Erkranken sowie für die Zeit danach treffen: Vor dem Erkranken kann sie sich zur Vermeidung von Gesundheitskosten für eine gesunde Lebensweise entscheiden und auswählen, welchen Krankenversicherungsschutz sie wünscht und welche möglicherweise anfallenden Gesundheitsausgaben abgedeckt werden sollen. Nach dem Erkranken kann sie wählen, welche Leistungserbringer sie aufsuchen wird, und, wenn eine Behandlung erforderlich ist, welche Behandlungsoption sie in Anspruch nehmen wird. Die Individuen treffen ihre Entscheidungen unter Berücksichtigung zahlreicher Faktoren: Die wichtigsten sind Gesundheitszustand, Einkommen und erwartete Kosten (Preis) sowie die Neigung der einzelnen Individuen, Risiken hinsichtlich der Quantität und Qualität der Gesundheitsversorgung selbst zu tragen.

Eine Möglichkeit, Versicherte zur Verringerung der Ausgaben zu veranlassen, ist die Einführung von Anreizen zur Verbesserung der eigenen Gesundheit: Die Verlagerung des Schwerpunktes auf Prävention oder sogar die Zahlung eines Bonus für gesundes Verhalten, entweder ex ante über eine Senkung der Versicherungsprämie (etwa für Nichtraucher) oder ex post durch eine Rückerstattung derselben. Überwiegend wird in der Literatur allerdings auf eine andere Methode zur Senkung der Gesundheitsausgaben verwiesen: auf Versicherungsstrukturen mit kostensenkendem Potenzial, die wir im Folgenden besprechen möchten. All diese Strukturen reduzieren den Umfang der angebotenen Versicherungsleistungen oder die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen für die Versicherten. Wenn die Leistungen, auf die verzichtet wird, nur von geringem Nutzen sind und die

Versicherungsbeiträge in der Folge sinken, können Versicherungsnehmer einen reduzierten Leistungskatalog durchaus attraktiv finden.

Eine kostenlose Gesundheitsversorgung mit voller Erstattung aller Gesundheitsausgaben wäre hinsichtlich der Zugangsgerechtigkeit zur medizinischen Versorgung optimal, bedeutete aber ein Mehr an Kosten. Wie die meisten Güter werden auch Gesundheitsleistungen ab einem bestimmten Niveau weniger nützlich, und es gibt zahlreiche Gesundheitsleistungen, die dem Patienten zwar ein wenig nützen, den Kostenaufwand aber nicht rechtfertigen. Ist alles und jedes versichert, können Versicherte und Leistungserbringer, die nach Einzelleistungen abrechnen, jede Behandlung mit positiver Auswirkung auf die Gesundheit in Anspruch nehmen und damit Ressourcen für geringwertige Leistungen verschwenden. Eine solche Verhaltensänderung, die durch die niedrige direkte Belastung des eigenen Portemonnaies bewirkt wird, wird mit dem Begriff des **Moral Hazard** erfasst.⁴ Übernimmt die Versicherung einfach alle Rechnungen, haben auch die Leistungserbringer keinen Anlass, Kosten zu reduzieren. Um dem Erbringen von Leistungen mit geringem Nutzen vorzubeugen, muss jemand für die Kosten des Gesundheitswesens verantwortlich sein und Anreize für das ausschließliche Erbringen von Leistungen mit hohem Nutzen an der Hand haben.

Anreize zur Kostenreduktion auf der Seite der Nachfrage zielen dadurch auf eine Begrenzung der Ausgaben, dass den Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen einer zuzahlungsfreien Grundversorgung und alternativen Behandlungsmöglichkeiten mit höher **Zuzahlung** angeboten werden (diese Methode wird auch **Eigenbeteiligung** der Versicherten genannt). Eigenbeteiligung oder **prozentuale Zuzahlung** bedeutet, dass der einzelne Versicherte die Behandlungskosten teilweise oder ganz

⁴ Es werden drei Typen der Moral Hazard unterschieden. Um eine ex ante Moral Hazard handelt es sich, wenn eine Einzelperson sich nach dem Abschluss einer Krankenversicherung nicht mehr ausreichend um ihre Gesundheit kümmert, so dass Behandlungsbedarf entsteht. Eine viel größere Bedeutung hat die ex post Moral Hazard, wie in Kapitel 5 gezeigt wird. Eine statische ex post Moral Hazard bezeichnet das Risiko, dass die Nachfrage nach medizinischer Versorgung mit der verfügbaren Medizintechnologie steigt, sofern diese großzügig vergütet wird. Dynamisch ex post ist die Moral Hazard - tendenziell in Gesellschaften mit hohem Versicherungsgrad -, wenn neue Technologien schneller entwickelt werden, weil die Entwickler wissen, dass die direkte Eigenbelastung der Versicherungsnehmer gering sein wird und sie deshalb mit einer Nachfrage nach den neuen, teuren Technologien rechnen können.

selbst trägt. Dabei kann es sich um einen prozentualen Anteil an den Kosten handeln – häufig in Kombination mit einem Höchstbetrag – oder um einen festen Betrag pro Arztbesuch oder Rezept. Auf diese Weise hoffen Regierungen oder Versicherungsunternehmen, die Versicherten zu einem verantwortlichen Abwägen der Notwendigkeit ihrer Ausgaben zu bewegen, bevor sie Leistungen nachfragen. Eine andere Art der Kostenbeteiligung sind **Selbstbehalte**. Bei Selbstbehalten müssen die Versicherten die innerhalb eines Jahres anfallenden Behandlungskosten bis zu einem im Voraus festgelegten Betrag selbst tragen, erhalten aber die Kosten, die diesen Betrag übersteigen, erstattet.

Die Versicherer können auch versuchen, die Leistungserbringer an einem Teil der Gesundheitsausgaben zu beteiligen. Dies wird in der Literatur auch als Cost-Sharing durch die Leistungserbringer bezeichnet. Zahlen Versicherungsunternehmen Leistungserbringern jährliche Pauschalbeträge pro Person (Kopfpauschalen) oder eine Kombination aus Kopfpauschalen und Teilerstattung der Kosten erbrachter Leistungen, haben die Leistungserbringer einen starken finanziellen Anreiz, die Ausgaben zu begrenzen. Durch Managed Care können Leistungserbringer dieses Ziel zu erreichen suchen. Unter dem Begriff **Managed Care** sind verschiedene Instrumente zur Kostensteuerung zusammengefasst, die abhängig von den jeweiligen Wünschen der Leistungserbringer und der Patienten in einem Managed-Care-Plan (oder auch einer Managed-Care-Organisation) zusammengestellt und kombiniert werden.

Um der unvernünftigen Inanspruchnahme unnötiger Leistungen vorzubeugen, können solche Pläne beispielsweise ein **Gatekeeper-System** vorsehen. Bei einem Gatekeeper handelt es sich um einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt, der über den Zugang zur teuren Versorgung durch Spezialisten oder zu speziellen Verfahren wacht; die Versicherten können sich also nicht selbst an einen Spezialisten wenden, sondern benötigen eine Überweisung ihres Allgemeinmediziners oder Hausarztes. Andere Instrumente zur Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens und zur besseren Strukturierung der Versorgung durch Managed-Care-Organisationen stellen beispielsweise Preferred Provider Organizations (PPO), Independent Practice Associations (IPA), Health Maintenance Organizations (HMO) oder eine Genehmigungspflicht vor dem Kauf teurer Medikamente dar. All diese Akronyme werden in den USA weithin verwendet, leider aber nicht immer mit durchgängig identischer Bedeutung. Nachstehend werden sie kurz diskutiert.

Im Rahmen von Managed Care kann der Versicherungsschutz mehr oder weniger stark in die medizinischen Versorgung integriert sein. Bei vollständiger Integration von Versicherungsschutz und Leistungserbringung wird von integrierter Versorgung oder, wie in den USA, von einer Staff/Group-Model **Health Maintenance Organization** (HMO) gesprochen. Schließt der Versicherer Verträge mit einem Zusammenschluss unabhängiger Leistungserbringer ab, wird ein solches Netzwerk als IPA (Independent Practice Association), gelegentlich auch als IPA HMO bezeichnet. Die Selbstbeteiligung an den Versorgungskosten für die innerhalb dieser Organisationen Versicherten ist gewöhnlich niedrig, häufig aber sind Leistungen, die außerhalb der HMO erbracht werden, mit Ausnahme von Notfällen überhaupt nicht versichert. Erstattet der Krankenversicherer außerhalb der HMO erbrachte Leistungen zum Teil, wird von einem Point-of-Service-Plan (POS) gesprochen.

Im Falle einer **Preferred Provider Organization** können die Versicherten ihren Leistungserbringer zwar frei wählen, doch schafft der Versicherer starke finanzielle Anreize, denjenigen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, der zum Netzwerk des Versicherers gehört. Bei Kooperation mit einem Leistungserbringer-Netzwerk können Versicherer ihre Marktmacht, die sich aus der Größe ihres Versichertenbestandes ergibt, dazu nutzen, in Verhandlungen mit Leistungserbringern auf niedrige Kosten hinzuwirken. Leistungserbringer, die dem Netzwerk angehören möchten, müssen also niedrigeren Honoraren oder einem wirtschaftlicheren Versorgungsansatz zustimmen.

Niedrige Versorgungskosten können prospektiv angestrebt werden, indem vor der Genehmigung bestimmter Leistungen oder Überweisungen die Einholung von Zweitmeinungen vorgeschrieben wird, oder retrospektiv, indem im Nachhinein das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten beurteilt wird, Ärzte-Rankings vorgenommen werden oder bestimmte Leistungserbringer herausgehoben werden.

Leistungserbringer, die darin nicht einwilligen, werden nicht in das Netzwerk aufgenommen und von den betreffenden Versicherten entsprechend weniger aufgesucht. In ähnlicher Weise können öffentliche oder private Apotheken die Macht der Nachfrage nutzen, um mit den Pharmafirmen bessere Bedingungen auszuhandeln. Auch hier können Versicherungsnehmer bereit sein, Einschränkungen hinzunehmen, wenn dies zu niedrigeren Versicherungsprämien führt.

All diese Instrumente zur Eindämmung einer geringwertigen Versorgung können in eingeschränkten Systemen Wirkungen entfalten, in denen entweder ein Arbeitgeber oder der Staat nur eine Option anbietet. Gewöhnlich aber werden sie im **Wettbewerb der Managed Care-Organisationen** angeboten, wobei die Versicherten aus einer Reihe von Versicherungsprodukten (health plans) auswählen können, bei denen die Versicherungsprämie mit einem definierten Katalog versicherter Leistungen und mit Vorgaben hinsichtlich einer Beteiligung an den Kosten oder hinsichtlich der Inanspruchnahme bestimmter Leistungserbringer kombiniert wird. Aufgrund einer Reihe von Problemen, die nachstehend diskutiert werden, ist der Wettbewerb im Rahmen von Managed Care auf eine Reihe von Einschränkungen bei Wahlfreiheit und Zuzahlungen angewiesen, um Gerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

Versicherer, die eine fixe Prämie pro Person erhalten, sind bestrebt, Personen zu versichern, die einen Versicherungsschutz am wenigsten benötigen, Personen mit schlechterem Gesundheitsstatus ziehen dagegen im Allgemeinen einen großzügigeren Versicherungsschutz vor. Wenn nun kranke Personen einen großzügigeren Versicherungsschutz erwerben, könnte dies zu einem Anstieg der auf bestimmten Erfahrungen basierenden Versicherungsprämien führen und damit gesündere Versicherte, die ein preiswerteres Versicherungsprodukt erhalten können, dazu veranlassen, einen weniger großzügigen Versicherungsschutz oder im Extremfall gar keinen Versicherungsschutz nachzufragen. Dieser Mechanismus heißt **Adverse Selektion**. Versucht der Versicherer, nur gesunde Personen in seinen Versichertenbestand aufzunehmen, wird dies auch als **Cream-Skimming (Rahm abschöpfen)** bezeichnet. Adverse Selektion kann verschiedene Probleme nach sich ziehen: Eine Aufspaltung der Versicherten in Gruppen mit hohem bzw. geringem Risiko mit entsprechend hohen bzw. niedrigen Prämien ist nicht unwirtschaftlich, wird aber häufig für ungerecht gehalten, weil Kranke hier mit sehr hohen Versicherungsprämien belastet werden. Des Weiteren kann die adverse Selektion dazu führen, dass ein großzügiger Versicherungsschutz wegen einer für die meisten Personen unattraktiven Prämie nicht mehr angeboten wird. Regierungen oder Arbeitgeber haben nun die Möglichkeit, einem solchen Marktversagen durch einen so genannten **Risikostrukurausgleich** entgegenzuwirken. Dies bedeutet, dass eine Versicherungsgesellschaft mehr Geld für das Versichern von Personen erhält, für die sie wahrscheinlich mehr Ausgaben tätigen muss. Die Ausgleichszahlungen können

auf der Grundlage demographischer Variablen (z.B. mehr Geld für das Versichern zahlreicherer älterer Menschen), Vorerkrankungen, Indikatoren zum Gesundheitszustand der Personen (z.B. im Rahmen der Versorgung verzeichnete Diagnosen) oder früherer bzw. aktueller jährlicher Leistungsausgaben festgelegt werden.

Es gibt Staaten mit obligatorischer Krankenversicherung und solche, in denen sich die Bevölkerung freiwillig versichern kann. Im Falle der **Pflichtversicherung** sind die Versicherungsgesellschaften gewöhnlich verpflichtet, jeden Antragsteller aufzunehmen. Auf diese Weise bleibt weniger Raum für Cream-Skimming. Im Falle einer **freiwilligen Versicherung** bleibt es dem Einzelnen überlassen, ob er sich versichern möchte oder nicht, es besteht aber das Risiko, dass die Ärmsten gerade bei der Krankenversicherung sparen – was ein soziales Gefälle hinsichtlich des Gesundheitsstatus nach sich zieht. In Deutschland gibt es für die Krankenversicherung der Bevölkerung eine Mischung von Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung. Bei Erreichen einer bestimmten Einkommensgrenze haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, in eine private Krankenversicherung zu wechseln. Sie können aber auch in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. Dagegen können privat Versicherte nur unter sehr restriktiv gefassten und eng definierten Bedingungen in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren.

3. Methodik

Allgemeiner Ansatz

Zur Beantwortung unserer Forschungsfrage – Welche Möglichkeiten der Wahlfreiheit gibt es und welche Auswirkungen haben sie? – haben wir eine umfassende Untersuchung der wissenschaftlichen Literatur durchgeführt. Diese Untersuchung setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

1. Definition und Beschreibung des *Begriffes* der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen, wie er aktuell in der von Experten revidierten Literatur diskutiert wird.
2. Zusammenstellung von Belegen für die Auswirkungen der verschiedenen *Modelle* der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen anhand der Literatur sowie anhand der in den verschiedenen Ländern gemachten Erfahrungen.

Teil 1 bietet eine gute begriffliche Grundlage für die Beschreibung früherer und aktueller *theoretischer Überlegungen* zur Wahlfreiheit: Welche Bedeutung hat es für den Einzelnen, in bezug auf die Gesundheitsversorgung oder in bezug auf die Krankenversicherung frei wählen zu können? In welcher Beziehungen steht dies zu anderen wirtschaftlichen Kräften oder Zusammenhängen? In Teil 2 wird die *Praxis* der Wahlfreiheit beschrieben. Welche Maßnahmen haben Krankenversicherer und Regierungen ergriffen, um den Konsumenten im Gesundheitswesen mehr Wahlfreiheit zu gewähren? Welche Hinweise für die Auswirkungen von Wahlfreiheit auf die tatsächliche Situation gibt es?

Um die Zielsetzung dieser Übersichtsarbeit zu verdeutlichen, soll noch einmal an ihre Rolle im Gesamtprojekt erinnert werden: Das Projekt zielt darauf ab, politisch machbare und bezahlbare Reformen des deutschen Gesundheitswesens zu untersuchen, insbesondere unter den Aspekten der größeren Eigenverantwortung und Wahlfreiheit. Offensichtlich kann ein Überblick darüber, „was in der Vergangenheit in anderen Systemen erprobt wurde“ – also die *Praxis* – zahlreiche Hinweise darüber vermitteln, welche Maßnahmen auch in Deutschland in Frage kommen könnten. Um die Aussichten für eine erfolgreiche Anpassung der Reformen an die Situation in Deutschland zu verbessern, ergänzen wir diese empirischen

Fakten um eine gründliche Erläuterung des begrifflichen Grundgerüsts – die *theoretischen Konzepte*.

Literaturrecherche zum Thema Wahlfreiheit im Gesundheitswesen

Wir hoffen, dass die kurze theoretische Diskussion des Begriffes der Wahlfreiheit in Kapitel 2 den Lesern bei der detaillierten Übersicht über die Literatur zur Wahlfreiheit in Kapitel 5 eine gute „Navigationshilfe“ ist.

Abbildung 1: Literaturrecherche zum Thema Wahlfreiheit

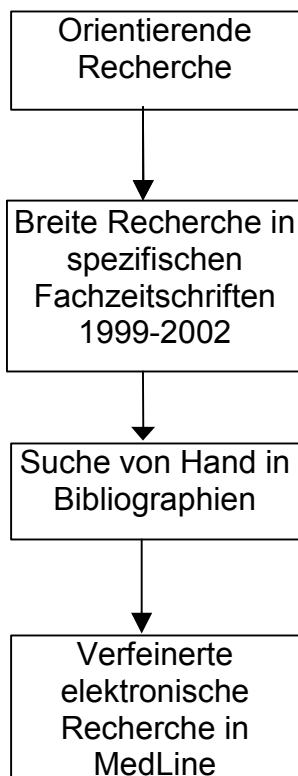


Abbildung 1 zeigt das Schema der Literaturrecherche zum Thema Wahlfreiheit im Gesundheitswesen. Eine erste, orientierende Recherche ergab eine sehr große Anzahl von Artikeln zur Wahlfreiheit, und es wurde deutlich, dass eine Recherche mit dem Begriff „Wahlfreiheit“ (consumer choice) und ähnlicher Suchbegriffe zu zahlreichen irrelevanten Artikeln führen würde. Nur eine stark verfeinerte Suchstrategie hätte die Anzahl der Treffer klein halten können, wobei die Gefahr bestanden hätte, dass zahlreiche relevante Artikel übergangen worden wären. Deshalb entschieden wir uns,

mit einer breiter angelegten Recherche in einer Reihe spezifisch gesundheitspolitischer und/oder gesundheitsökonomischer Fachzeitschriften der Jahre 1999-2002 zu beginnen. Anschließend an diese erste Suche wollten wir dann die Literaturhinweise der betreffenden Artikeln sichten und so mehr Tiefe gewinnen. Eine detaillierte Beschreibung der von uns verwendeten Suchstrategie finden Sie in **Anhang 1**. Damit folgt die Literaturrecherche einem Baummodell.

Berücksichtigt wurden die nachstehenden Fachzeitschriften:

- Journal of health economics
- Health affairs
- Inquiry
- Health and social service journal
- Health economics
- Health care financing review
- Health policy
- Health services research
- Journal of health and human behavior
- Journal of health politics policy and law
- Medical care review
- Medical care research and review
- New England Journal of Medicine
- Social science and medicine
- JAMA

Da alle diese Fachzeitschriften in der National Library of Medicine vorgehalten werden, ist ausschließlich mit PubMed gearbeitet worden.

Zwei erfahrene Forscher haben unabhängig voneinander die Titel und Abstracts durchgesehen. Bei Uneinigkeit wurde in einer Diskussion versucht, die bestehende Differenz aufzulösen. Bei fortbestehender Uneinigkeit oder bei Zweifeln entschieden wir uns immer für den Abruf des Artikels.

Für alle Titel und Abstracts galten die nachstehenden Einschlusskriterien:

- Veröffentlichung 1999 - 2002
- Humanes Gesundheitswesen
- Relevanz für das Thema Wahlfreiheit im Gesundheitswesen

Eindeutig einzuschließende Artikel und Artikel mit nicht aussagekräftigem Abstract wurden zur eingehenderen Beurteilung abgerufen. Daraus wurden dann wiederum diejenigen Artikel ausgewählt, die den Einschlusskriterien genügten.

Im nächsten Schritt haben wir die Bibliographien dieser Artikel von Hand auf weitere Arbeiten hin durchsucht. Berücksichtigt wurden dabei auch vor 1999 veröffentlichte Arbeiten, Artikel mit einem Publikationsdatum vor 1990 schlossen wir allerdings generell aus.

Daraufhin erfolgte wiederum eine verfeinerte elektronische Recherche in MedLine, da alle oben aufgeführten Fachzeitschriften in dieser elektronischen Datenbank enthalten sind. **Anhang 1** enthält eine detaillierte Darstellung der Suchstrategie. Bei der Datenbankrecherche verwendeten wir auch die Namen einiger Autoren, wenn wir diese als Schlüsselpersonen auf dem Gebiet der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen erachteten.

Die Suchdurchläufe erbrachten eine hohe Anzahl von Treffern. So ergab die erste Suche in MedLine mit den genannten Suchbegriffen, aber ohne die Namen der Fachzeitschriften, 4095 Treffer. Die Forscher erhielten einen Auszug dieser Treffer zur Begutachtung der Ergebnisse, sowie als Hilfestellung zur Verfeinerung der Suchbegriffe. Daraufhin wurden die Suchdurchläufe 2, 3 und 4 durchgeführt.

Der zweite Suchdurchlauf mit dem Schwerpunkt auf Pilotstudien und auf Demonstrationsstudien erbrachte 126 Treffer. Beim dritten Suchdurchlauf wurden erstmals auch die Namen der Fachzeitschriften eingegeben. Dieser schloss auch Finanzierungssysteme des Gesundheitswesens und Versicherungsschutz ein. So wurde die Anzahl der Treffer auf 519 reduziert. Der vierte Suchdurchlauf entsprach weitgehend dem dritten, jedoch ohne die Erweiterung auf Finanzierungssysteme des Gesundheitswesens und Versicherungsschutz. Dieser Suchdurchlauf ergab 282 Treffer.

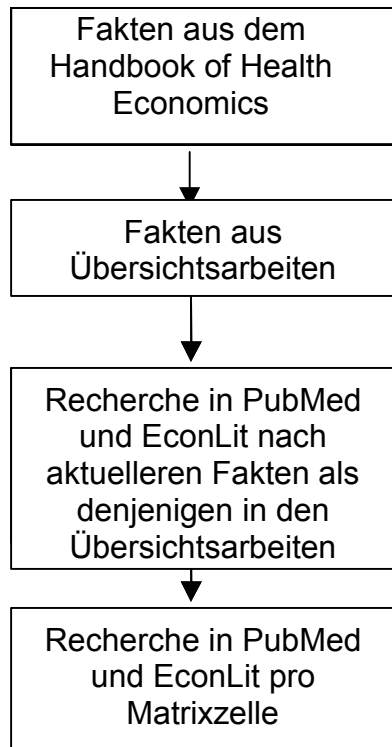
Zwei Forscher des RAND-Institutes Europe beurteilten die Ergebnisse des zweiten, dritten und vierten Suchdurchlaufs anhand der vorstehend aufgeführten Auswahlkriterien und wählten 70 Titel zur weiteren Auswertung aus. Da in vielen Fällen keine Abstracts verfügbar waren, war die Auswahlphase kurz und die meisten Artikel wurden direkt bestellt. Nach Prüfung der Artikel erwiesen sich acht aus einem oder mehreren der nachstehenden Gründe als nicht relevant für diese Untersuchung (nur der Hauptausschlussgrund wurde gezählt):

- Wahlfreiheit war nicht Schwerpunkt des Artikels.
- Wahlfreiheit war generell nicht Inhalt (23) – Zahlreiche dieser Artikel konzentrierten sich auf Reformpolitik ohne Diskussion der Position des Konsumenten.
- Reine Qualitätsbeurteilungen ohne Bezugnahme auf Parameter der Wahlfreiheit (6).
- Reine Verhaltensdarstellung ohne Bezugnahme auf getroffenen Wahlentscheidungen (9).
- Wahlfreiheit des Arbeitgebers und nicht des einzelnen Konsumenten (4).
- Artikel konnte nicht abgerufen werden (62, davon 55 Artikel über die Situation in einzelnen Ländern)
- Thema war nicht die Wahlfreiheit im Gesundheitswesen (1).
- Schwerpunkt war die Methodik und nicht das Resultat (9).

Alle anderen Artikel wurden als relevant erachtet und in die Übersicht aufgenommen. Die Bibliographien dieser Artikel haben wir mit Blick auf wichtige Literaturhinweise durchgearbeitet; dabei sind wir auf eine Reihe weiterer Artikel gestoßen, die wir abgerufen haben. Des Weiteren ist eine separate Recherche zu Gesundheitsreformen in den OECD-Staaten durchgeführt worden, da die Mehrzahl der bis zu diesem Zeitpunkt gefundenen Artikel schwerpunktmäßig die Situation in den USA behandelte. Insgesamt sind in diese Übersicht **124** Artikel aufgenommen worden.

Literaturrecherche zu Modellen der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen

Abbildung 2: Literaturrecherche zu Modellen der Wahlfreiheit



Wie im Abschnitt zu unserem allgemeinen Ansatz bereits dargelegt, beschäftigt sich der zweite Teil der Untersuchung mit den Belegen für Erfahrungen, die im „wirklichen Leben“ mit den verschiedenen Modellen von Wahlfreiheit gemacht wurden. Innerhalb des größeren Rahmens des Gesamtprojektes zur Eigenverantwortung im deutschen Gesundheitswesen interessierte uns vor allem, welche Effekte diese Modelle im Einzelnen auf verschiedene Ergebnisvariablen haben. Dabei handelt es sich um:

1. Inanspruchnahme/Ausgaben
2. Gesundheitsstatus
3. Zufriedenheit
4. Gerechtigkeit
5. Gesamtwirtschaftlicher Effekt

Auf der Grundlage (a) unseres in Kapitel 2 beschriebenen theoretischen Fundamentes, (b) der Ergebnisse der Literaturrecherche zum Thema Wahlfreiheit im

Gesundheitswesen sowie (c) der aktuellen Debatte in Deutschland haben wir bestimmte Instrumente der Ausgabenbegrenzung untersucht, deren Einsatz in Frage kommen könnte, wenn die Konsumenten einen kostengünstigeren Versicherungsschutz wünschen. Die Definition des nachstehend zusammengestellten Instrumentariums erfolgte in Zusammenarbeit mit dem IGES:

1. Instrumente zur Reduzierung der Inanspruchnahme
 - a. Zuzahlungen
 - b. Selbstbehalte
 - c. Beitragsrückerstattung/-bonus
2. Zusatzversicherung, Diversifikation von Leistungspaketen
 - a. Grundsicherungspaket
 - b. Vollversicherung
 - c. Ausschluss oder Einschluss von Versorgung bei unbedeutender Erkrankung / Bagatellerkrankung
 - d. Ausschluss oder Einschluss bestimmter Arzneimittel oder selektiver Zuzahlungen (z. B. abgestufte Zuzahlungen, „multi-tiered pricing“)
3. Instrumente zur Verhaltensänderung
 - a. Bonus für gesunde Lebensweise
4. Verschiedene Schemata der Versorgungsstruktur
 - a. Gatekeeper-Modell
 - b. Preferred Provider Organisationen
 - c. Health Maintenance Organisationen
 - d. Freie Arztwahl

Die Kombination jedes der Instrumente/Modelle mit jeder Ergebnisvariablen ergibt eine Matrix aus 12 Reihen (Instrumente/Modelle) und 5 Spalten (Ergebnisse/Auswirkungen). Diese Matrix ist als Anhang beigelegt und markiert die Eckpunkte für Teil 3 dieser Literaturlauswertung.

Für den zweiten Teil der Literaturübersicht gelangte eine andere Suchstrategie zur Anwendung: Instrument für Instrument („Reihen“ in der Matrix) suchten wir die Datenbanken PubMed sowie EconLit ab und nahmen dabei keine Eingrenzung auf bestimmte Fachzeitschriften oder einen bestimmten Veröffentlichungszeitraum vor. Daneben zogen wir für Fakten das *Handbook of Health Economics* (Phelps 2002) zu Rate. Trafen wir auf eine Übersichtsarbeit (Review Article) mit Aussagekraft bis zu

einem bestimmten Jahr, führten wir weitere Recherchen in PubMed und EconLit für die Jahre nach dem Berichtszeitraum der Übersichtsarbeit durch. Weiterhin führten wir unter Kombination der Begriffe jeder Reihe und jeder Spalte der Matrix (12 x 5=) 60 Recherchen in beiden Datenbanken durch. Die Details der Suchstrategie sind dem Nachstehenden zu entnehmen.

Literaturrecherche zum Gesundheitswesen in Deutschland

Da diese Studie als Grundlage für ein Projekt zu Reformansätzen in Deutschland erarbeitet wurde, haben wir neben den oben beschriebenen Schritten zunächst nach Literatur gesucht, die das deutsche Gesundheitswesen beschreibt. Diese Literatur sollte es insbesondere denjenigen Lesern ermöglichen, sich einen allgemeinen Überblick über das deutsche Gesundheitswesen zu verschaffen, die mit den Gegebenheiten in Deutschland oder dem deutschen Gesundheitswesen weniger vertraut sind.

Dabei handelte es sich um eine direkte Recherche in der deutschen Literatur zum deutschen Gesundheitswesen im Allgemeinen, zu Reformen, zur Kostenbegrenzung sowie zu den (sehr eingeschränkten) Möglichkeiten der Wahlfreiheit. Obwohl eine einzelne Quelle uns ausreichend Material für eine umfassende Übersicht über das deutsche Gesundheitswesen geboten hätte, zogen wir es vor, auf mehrere sowohl deutsche als auch internationale Quellen zurückzugreifen. Wir danken den Wissenschaftlern des IGES für die Überprüfung unserer aus der Literatur gewonnenen Ergebnisse, die sie für uns nach den Regeln eines kurzen Peer-Review durchgeführt haben. Diese anfängliche Suche nach Darstellungen des deutschen Gesundheitswesens wurde von einem deutschen Muttersprachler ausgeführt, die Ergebnisse sind in Kapitel 4 zusammengefasst.

4. Das deutsche Gesundheitswesen

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Charakteristika des aktuellen Gesundheitswesens in Deutschland sowie der Status quo der Wahlfreiheit im deutschen Gesundheitswesen erörtert.

Das deutsche Gesundheitswesen hat in der Historie die Erwartungen an ein gut funktionierendes System weitgehend erfüllt, in Umfrageergebnissen war der Grad der Zufriedenheit in der Bevölkerung hoch, der allgemeine Zugang zu Gesundheitsleistungen garantiert, und praktisch jeder Einwohner erhielt umfassenden Krankenversicherungsschutz.⁵ Mit Gesundheitsausgaben von insgesamt 10,6 % des BIP im Jahre 2000 gehört das deutsche Gesundheitswesen jedoch zu den weltweit teuersten Systemen.

Tabelle 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben je Einwohner (in Euro)

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
2030	2070	2210	2380	2480	2490	2540	2610	2660

Quelle: (Bundesministerium für Gesundheit 2002)

Die Lebenserwartung bei Geburt spiegelt dies beim Vergleich mit anderen Industriestaaten nicht wider.⁶ Da der Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Gesundheitsindikatoren in Industriestaaten schwach ist und die Gründe für Unterschiede bei den Ausgaben vielschichtig sind, kann dies nicht überraschen. Die verschiedenen Ausgabenniveaus können aus so unterschiedlichen Faktoren wie Morbidität, subjektiver Empfindung von Gesundheit und Erkrankung sowie Konsumgewohnheiten, historischen Strukturen, gesellschaftlichen Präferenzen und politischen Entscheidungen entstehen (Kern und Kupsch 2002).

⁵ 1999 waren nur 0,2 % der Bevölkerung nicht versichert (Bundesministerium für Gesundheit 2002).

⁶ Das Gleiche gilt für andere Indikatoren (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2000).

Tabelle 2: Ausgewählte Indikatoren für das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Staat	Gesamtausgaben für Gesundheit in % des BIP im Jahr 2000	Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2000 in US-Dollar (durchschnittlicher Wechselkurs)	Lebenserwartung in guter Gesundheit (HALE) der Gesamtbevölkerung in Jahren bei Geburt 2001
USA	13	4499	67,6
Schweiz	10,7	3573	72,8
Deutschland	10,6	2422	70,2
Frankreich	9,5	2057	71,3
Kanada	9,1	2058	69,9
Belgien	8,7	1936	69,7
Schweden	8,4	2179	71,8
Dänemark	8,3	2512	70,1
Griechenland	8,3	884	70,4
Australien	8,3	1698	71,6
Portugal	8,2	862	66,8
Niederlande	8,1	1900	69,9
Italien	8,1	1498	71,0
Neuseeland	8	1062	70,3
Österreich	8	1872	71,0
Japan	7,8	2908	73,6
Norwegen	7,8	2832	70,8
Spanien	7,7	1073	70,9
Vereinigtes Königreich	7,3	1747	69,6
Finnland	6,6	1559	70,1

Quelle: (WHO 2002)

Das deutsche Gesundheitswesen geht auf das so genannte "Bismarck-System" zurück, ein Prinzip der Sozialversicherungspflicht mit Finanzierung durch einkommensabhängige Beiträge bei überwiegend privat organisierten Leistungsanbietern.⁷

Das System wird von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen Teilen finanziert. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der verschiedenen Krankenkassen beträgt 14 % (am 1. Januar 2002), d.h. das Mitglied zahlt 7 % des Bruttoarbeitsentgeltes (bis zur Grenze von 3.375 Euro pro Monat) und der Arbeitgeber entrichtet zusätzlich zum Arbeitsentgelt 7 % des Bruttoarbeitsentgeltes bis zur o.g. Grenze.

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist damit von der Lage auf dem Arbeitsmarkt und von den demographischen Gegebenheiten abhängig, hohe Arbeitslosenquoten führen zu Beitragsrückgängen, somit hat die gegenwärtig problematische Arbeitsmarktsituation in Deutschland negative Auswirkungen auf die Beiträge der GKV. Etwa 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Trotzdem trägt die gesetzliche Krankenversicherung lediglich circa 60 % der Gesundheitsausgaben. Weitere Finanzierungsquellen sind Steuern⁸, Zuzahlungen und private Krankenversicherungen.

Mitglieder in der GKV können pflichtversichert oder freiwillig versichert sein: Mitgliedschaft als Pflichtversicherter im Falle von Arbeitnehmern, deren Arbeitseinkommen eine bestimmte Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt (seit dem 1. Januar 2002 liegt diese bei 3.375 Euro pro Monat oder 40.500 Euro jährlich). Ehegatten und Kinder mit einem monatlichen Bruttoarbeitseinkommen unter einem bestimmten Betrag (335 Euro monatlich) müssen keine Beiträge entrichten.

Eine der Hauptcharakteristika der GKV ist es, dass Familienmitglieder ohne zusätzliche Beiträge mitversichert sind, d. h. die Krankenkassenbeiträge stellen keine individuellen Prämien dar. Die Beiträge basieren auf dem Arbeitseinkommen und nicht auf dem Risiko oder der Morbidität. Sie werden somit nicht versicherungsmathematisch berechnet.

Bei Arbeitslosengeld-Beziehern trägt die Arbeitslosenversicherung den vollen Beitrag. Rentner und Rententräger teilen sich den Beitrag hälftig. Studenten zahlen – soweit sie nicht familien- oder anderweitig pflichtversichert sind – einen einheitlichen Beitragssatz. Eine freiwillige Versicherung ist möglich, wenn die versicherte Person zuvor Mitglied einer Krankenkasse war. Generell können Versicherte ohne Einschränkung alle 18 Monate die gesetzliche Krankenkasse wechseln. Überschreitet das Arbeitseinkommen eine definierte Einkommensgrenze

⁷ Im Wesentlichen entstand die Krankenversicherung mit Beginn einer regelmäßigen Lohnzahlung.

⁸ Steuern sind eine Finanzierungsquelle für eine Vielzahl von Aufgaben, darunter die Erstattung von Teilen der Krankheitskosten von Beamten, Beitragszahlungen für Sozialhilfeempfänger, Kapitalinvestitionskosten für Krankenhäuser. (European Observatory on Health Care Systems 2000)

(Versicherungspflichtgrenze), kann ein Versicherter zu jedem Zeitpunkt aus der GKV austreten und gegebenenfalls in die private Krankenversicherung eintreten.

In der privaten Krankenversicherung wird der Versicherungsschutz durch private Unternehmen angeboten.⁹ Die Beiträge für die private Krankenversicherung werden risikoäquivalent abhängig von den individuellen Risikofaktoren Eintrittsalter, Geschlecht und Vorerkrankungen erhoben. Es gibt keine beitragsfreie Familienversicherung wie in der GKV. Nur "gute Risiken" (gesunde Alleinstehende mit hohem Einkommen) werden daher in der Regel in die private Krankenversicherung wechseln. Angeboten werden in der privaten Krankenversicherung Paletten unterschiedlicher Versicherungsprodukte, aus denen die Versicherungsnachfrager auswählen können. Eine Rückkehr in die GKV ist generell nur unter sehr restriktiven Bedingungen möglich.¹⁰

Traditionell hatten die meisten Nachfrager keine Wahlfreiheit hinsichtlich der Krankenkasse, sondern wurden nach spezifischen regionalen oder mit dem Arbeitsplatz verbundenen Kriterien einer Kasse zugewiesen. Daher entstanden für die verschiedenen Krankenkassen äußerst unterschiedliche Risikostrukturen. Seit 1996 haben praktisch alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht, in eine Krankenkasse ihrer Wahl aufgenommen zu werden. Die Wahl besteht zwischen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, offenen Betriebskrankenkassen oder der Krankenkasse des Ehegatten. Allgemeine Ortskrankenkassen und Ersatzkassen sind für jedermann geöffnet worden und müssen jeden interessierten Nachfrager unabhängig von seinem Gesundheitszustand

⁹ Die Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

¹⁰ Fällt das zu Grunde zu legende Einkommen pro Jahr in einem Jahr unter die Versicherungspflichtgrenze von 40.500 Euro (Stand vom 1. Januar 2002), erklärt der Arbeitgeber automatisch die Pflichtmitgliedschaft des Arbeitnehmers in der GKV. Die private Krankenversicherung muss sofort beendet werden, wenn der Arbeitnehmer nicht Einspruch einlegt und um endgültige Befreiung von der Pflichtversicherung nachsucht. § 9 (1) SGB bestimmt die Bedingungen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV.

Bei Arbeitslosigkeit kommt es automatisch zur Pflichtversicherung. Seit Juli 2000 ist eine Rückkehr in die GKV von Personen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Mitgliedschaft älter als 55 Jahre sind, selbst dann ausgeschlossen, wenn ihr jährliches Einkommen unter den Grenzbetrag fällt. Sie bleiben privat krankenversichert.

und seiner Einkommenssituation aufnehmen.¹¹ Dieser Kontrahierungszwang ist für die Krankenkassen eingeführt worden, um die Krankenkassen an einer aktiven Risikoselektion zu hindern. Riemer-Hommel sieht darin die Etablierung der "... Wahlfreiheit als Einbahnstraße ..." (Riemer-Hommel 2002).

Tabelle 3: Mitglieder und Mitversicherte in der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) am 1. Juli 2001 in 1000

Status	Westdeutsche Länder	Ostdeutsche Länder
Pflichtversicherte Mitglieder (ohne Rentner)	23.188	5.632
Rentner	11.853	3.464
Freiwillig versicherte Mitglieder	6.086	587
Mitversicherte Familienangehörige	17.711	2.419
Total	58.838	12.082

Quelle: (Bundesministerium für Gesundheit 2002)

Organisation

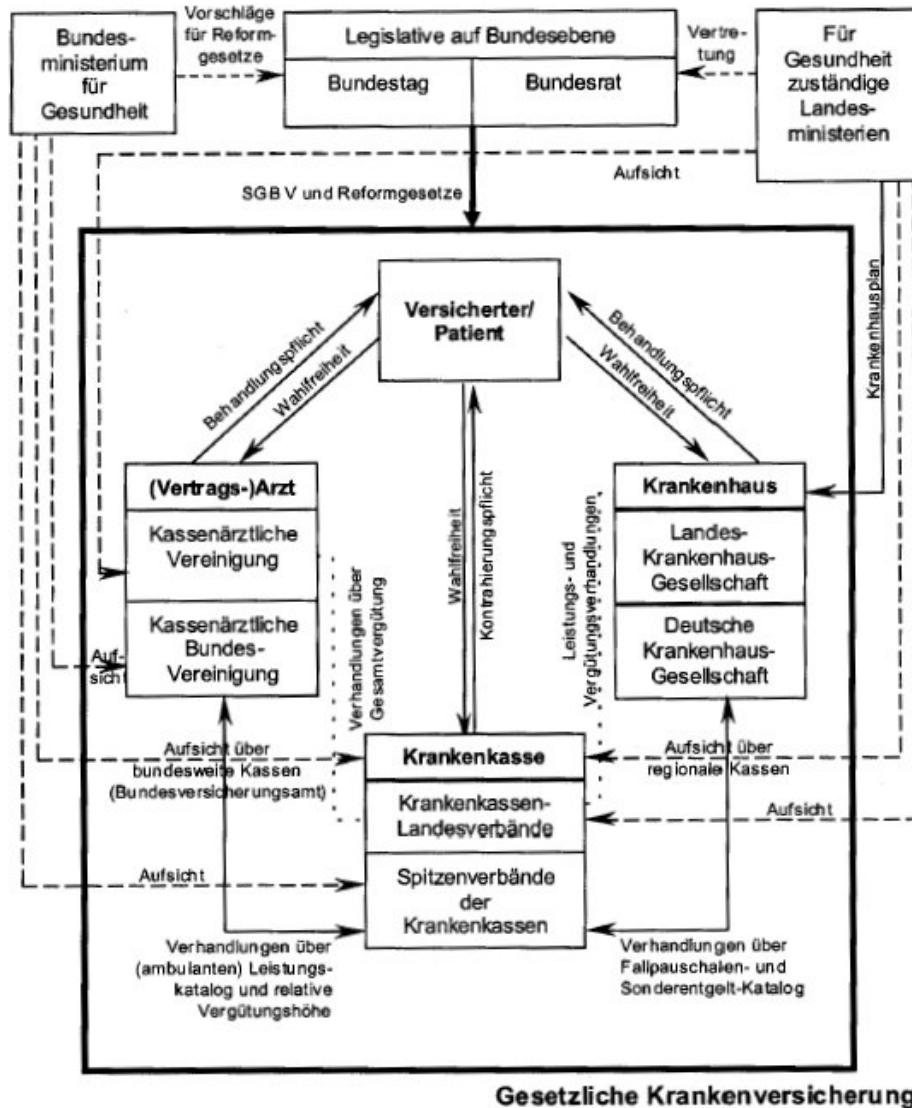
Das System der gesetzlichen Krankenversicherung kombiniert staatliche Regulierung auf Bundesebene und regionaler Ebene mit öffentlichen Körperschaften auf der Ebene der Leistungserbringer und Kassen.

Auf der Seite der Leistungserbringer sind das die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung auf Bundesebene und ihre Mitgliedsorganisationen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen der Länder. Die gesetzlichen Krankenkassen sind in Landesverbänden und Bundesverbänden (sog. Spitzenverbände der Krankenkassen) organisiert.

Das „korporatistische System“ beinhaltet neben der expliziten Delegation von Rechten an die Selbstverwaltungsorgane auch die Pflichtmitgliedschaft bei den Körperschaften und somit das Recht der Generierung eigener Finanzmittel (European Observatory on Health Care Systems 2000).

¹¹ Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen erhielten die Möglichkeit, geschlossen zu bleiben und weiterhin nur ihre angestammten Nachfrager aufzunehmen.

Abbildung 3: Beziehungen zwischen den Hauptakteuren des deutschen Gesundheitswesens



Quelle: (European Observatory on Health Care Systems 2000)

Alle Einzelheiten der Sozialversicherung werden vom Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt, fallen aber in die Zuständigkeit verschiedener Ministerien. Das Bundesgesundheitsministerium lässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die bundesweit agierenden Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt und die für Gesundheit zuständigen Landesministerien kontrollieren (Abbildung 3). Die

Landesministerien überwachen die regionalen Kassen. Alle Kassen haben den Status der Gemeinnützigkeit und arbeiten nach dem Prinzip der Selbstverwaltung. Die Kassen haben einen Vorstand zur Führung des täglichen Geschäfts sowie einen Verwaltungsrat (European Observatory on Health Care Systems 2000).¹²

Krankenkassen können ihre Beitragssätze bestimmen, jedoch dürfen die Veränderungen einen bestimmten Rahmen pro Jahr nicht überschreiten (§71 SGB V). Die Verbände der Krankenkassen und Leistungserbringer handeln (entweder auf Landes- oder auf Bundesebene) Leistungen, Preise, Mengen und Qualitätsmaßnahmen aus, im Gegensatz dazu wird das Krankenhausbudget direkt mit dem einzelnen Krankenhaus vereinbart.

Bisher waren die Krankenkassen verpflichtet, Verträge als Kollektivverträge auszuhandeln.^{13 14} Die Verhandlungen sind durch bilaterale Kartelle charakterisiert, die die Bedingungen für ihre jeweiligen Mitglieder aushandeln (Riemer-Hommel 2002).

Die Krankenkassen entrichten an die jeweilige kassenärztliche Vereinigung (KV) eine Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder in der betreffenden Region. Nach einem Honorarverteilungsmaßstab wird diese auf die einzelnen Vertragsärzte verteilt. Die Gesamtvergütung, die eine einzelne Kasse entrichtet, wird üblicherweise über einheitliche, auf die Mitglieder bezogene Kopfpauschalen berechnet. Die Kopfpauschale variiert je nach Typ der Krankenkasse und Bundesland. (European Observatory on Health Care Systems 2000).

Die Aufteilung dieser Gesamtvergütung auf die Ärzte einer KV erfolgt anhand einer einheitlichen Bewertungsskala (EBM, Einheitlicher Bewertungsmaßstab) sowie der Regelungen der betreffenden KV. Erstattungsfähige Leistungen sind im EBM aufgelistet; die allgemeine Zulassung eines Behandlungsverfahrens erfolgt durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

¹² Die Zusammensetzung dieser Verwaltungsräte variiert abhängig vom Typ der Krankenkasse. Siehe weitere Einzelheiten in (European Observatory on Health Care Systems 2000).

¹³ Siehe zu Ausnahmen und Reformen in diesem Bereich weiter unten Tabelle 6

¹⁴ (Jost 1998) sieht einen Grund für das Fehlen direkter Abschlüsse zwischen Versicherern und Ärzten in den gesetzlichen Barrieren. Des Weiteren dürfen die Krankenkassen nur sehr spezifische Daten der einzelnen versicherten Person gewinnen und keine Daten zur Krankengeschichte eines Patienten erfassen (§ 284 SGB). So können Krankenkassen nicht als Care Manager aktiv werden (Jost 1998).

Die mögliche Honorierung eines einzelnen Vertragsarztes hängt von mehreren Faktoren ab:

- 1) Ein Faktor ist die Menge der von dem einzelnen Arzt erbrachten Leistungen. Jeder Leistungserbringer erhält für eine bestimmte medizinische Leistung eine bestimmte Anzahl von Punkten, die dann jeweils pro Quartal eines Jahres zusammengezählt werden.
- 2) Determinierend ist außerdem die Summe der mit den Krankenkassen ausgehandelten Gesamtvergütungen, die nach dem Honorarverteilungsmaßstab auf alle von den Vertragsärzten einer KV erbrachten Leistungen verteilt wird.
- 3) Der Geldwert eines einzelnen Leistungspunktes ergibt sich aus dem Quotienten der Summe der Gesamtvergütungen, die die KV von den Kassen erhalten hat, zu der Gesamtsumme der Punkte aller Leistungserbringer der KV.

Mittlerweile sind die Voraussetzungen für individuelle Kontrakte einzelner Kassen mit einzelnen Leistungserbringern unter sehr spezifischen Bedingungen geschaffen worden. Möglichkeiten dazu bestehen im Rahmen von Modellvorhaben (§ 63ff SGB V) und Strukturverträgen (§ 73a SGB V).¹⁵ Weitere Reformelemente für alternative, sektorübergreifende Versorgungsstrukturen stellen integrierte Versorgungsformen (§ 140aff. SGB V) sowie Disease Management-Programme (§ 137 SGB V) dar.

Gesundheitsausgaben und -einnahmen

- Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002) stellt in seinem aktuellen Jahresbericht fest, dass das deutsche Gesundheitswesen ein Ausgaben- und ein Einnahmenproblem hat: Das Ausgabenproblem als Konsequenz falscher Anreize sowie Ineffizienzen bei den individuellen Beziehungen zwischen Patient und Arzt sowie den institutionellen Beziehungen zwischen den Vertretungen der Krankenkassen, ambulanten Leistungserbringern, Krankenhäusern und Arzneimittelherstellern.

¹⁵ Siehe dazu weiter unten Tabelle 6.

- Das Einnahmenproblem in Form der geschwächten Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von Arbeitslosigkeit, niedrigeren Renten und Mitgliederverlust an die private Krankenversicherung sowie immer zahlreicheren Verrentungen.

Die Aufspaltung in Krankenkassen und Leistungserbringer mit der daraus resultierenden automatischen Trennung von Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie die Unterteilung in stationäre Versorgung und ambulante Versorgung durch Spezialisten führen zu höheren Gesundheitskosten (Busse und Howorth 1999). Verhandlungen zwischen Leistungsträgern (Krankenkasse) und Leistungserbringer können dabei verglichen mit einem Einheitssystem zu einem erweiterten Leistungskatalog führen und höhere Investitionen in Medizintechnologie sowohl für die stationäre Versorgung als auch für die ambulante Versorgung in den Facharztpraxen nach sich ziehen. Des Weiteren erfolgen Untersuchungen häufig doppelt, wenn Patienten von der ambulanten in die stationäre Versorgung überwiesen werden.(Busse und Howorth 1999).

Bei den Krankenhäusern erfolgt die Finanzierung zweigleisig: Die Investitionskosten werden von den Ländern getragen, für die laufenden Kosten kommen die Krankenkassen auf. Das System der Krankenhausfinanzierung ist mit dem Ziel der Kostenbegrenzung seit der Mitte der 80-er Jahre des letzten Jahrhunderts mehrfach verändert worden (European Observatory on Health Care Systems 2000).

Den drittgrössten Posten bei den Gesundheitsausgaben bilden die Arzneimittel. Beim Verkauf von Arzneimitteln haben die Apotheken gegenwärtig eine monopolähnliche Position. Dies gilt sowohl für verschreibungspflichtige wie nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Für verschreibungspflichtige Arzneimittel erhalten die Apotheker den Preis der betreffenden Arzneimittel abzüglich der Zuzahlung der Patienten. Für einzelne Arzneimittel und auch Hilfsmittel sind Festbeträge festgelegt. Hier tragen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags (abzüglich der von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen). Überschreitet ein Arzneimittelpreis diesen Festbetrag, müssen die Versicherten die Differenz übernehmen. Nach §130 SGB V erhalten die Krankenkassen einen Zwangsabschlag von 5 % auf den Preis

verschreibungspflichtiger Arzneimittel (European Observatory on Health Care Systems 2000).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sieht besonders in diesem Bereich aufgrund der monopolistischen Struktur des Arzneimittelverkaufs einen Mangel an Wettbewerb.

Tabelle 4: Gesundheitsausgaben in der GKV

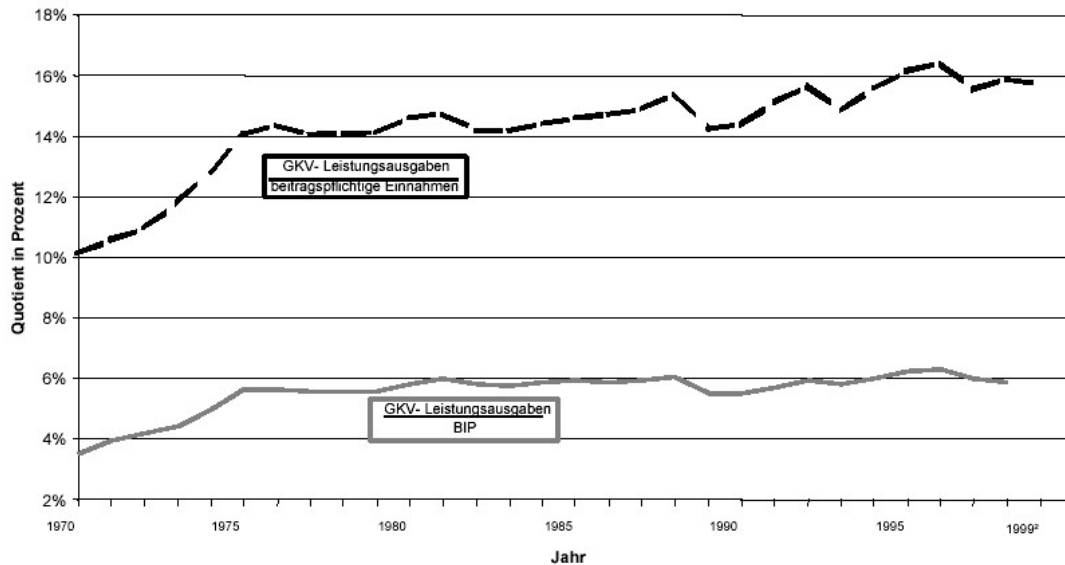
Gesundheitsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Kategorien in Prozent (vor 1995 nur westdeutsche Länder)				
Jahr	1970	1980	1990	2000
Ambulante Versorgung durch Allgemeinärzte	22,9	17,9	18,2	17,7
Ambulante Versorgung durch Zahnärzte	7,2	6,4	6,1	6,1
Stationäre Versorgung	25,2	29,6	33,2	35,0
Arzneimittel	17,7	14,3	16,3	14,9
Heil- und Hilfsmittel	2,8	5,7	6,5	6,3
Zahnersatz	3,5	8,6	3,6	2,8

Quelle: (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001), (Donges et al. 2002).

Darüber hinaus erhöht die Überalterung der Bevölkerung und die medizin-technische Innovation die Finanzierungslast.

Die GKV-Leistungsausgaben ausgedrückt als Anteil pro Kopf am BIP sind von 1975 bis 1998 relativ stabil geblieben, während die GKV Leistungsausgaben als Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen um zwei Prozentpunkte auf 14 % gestiegen sind. Die Zunahme der beitragspflichtigen Einnahmen war deutlich niedriger als das Wachstum des BIP (Wille 2001).

Abbildung 4: Verhältnis von GKV-Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 1999 (westdeutsche Bundesländer)



Quelle: (Wille 2001)

Kostenbegrenzung und Beitragssatzstabilisierung

Kostenbegrenzung ist mit dem Beitragssatzstabilitätsgesetz im Jahre 1977 ein Thema geworden. Sie wird weniger als Reduzierung der gesamten Gesundheitskosten als vielmehr mit Blick auf einen Anstieg der Beitragssätze diskutiert. Die Beitragssätze sind seit 1975 von 10,4 % des beitragspflichtigen Einkommens auf 14 % (am 01.01.02) gestiegen (European Observatory on Health Care Systems 2000; Bundesministerium für Gesundheit 2002)

Die Stabilität der Beitragssätze ist seither ein primäres politisches Ziel der Gesundheitspolitik, und die Entwicklung der Beitragssätze dient als wichtiger Indikator.¹⁶

Der Grund für die Vordringlichkeit der Beitragssatzstabilität als politisches Ziel ist einerseits die Befürchtung steigender Arbeitskosten und andererseits die Hoffnung,

¹⁶ Der Beitragssatz ist definiert als Prozentsatz des Arbeitseinkommens eines Arbeitnehmers, das für die Bemessung seiner Beitragsverpflichtung in die Sozialkassen zu Grunde gelegt wird (Busse und Howorth 1999).

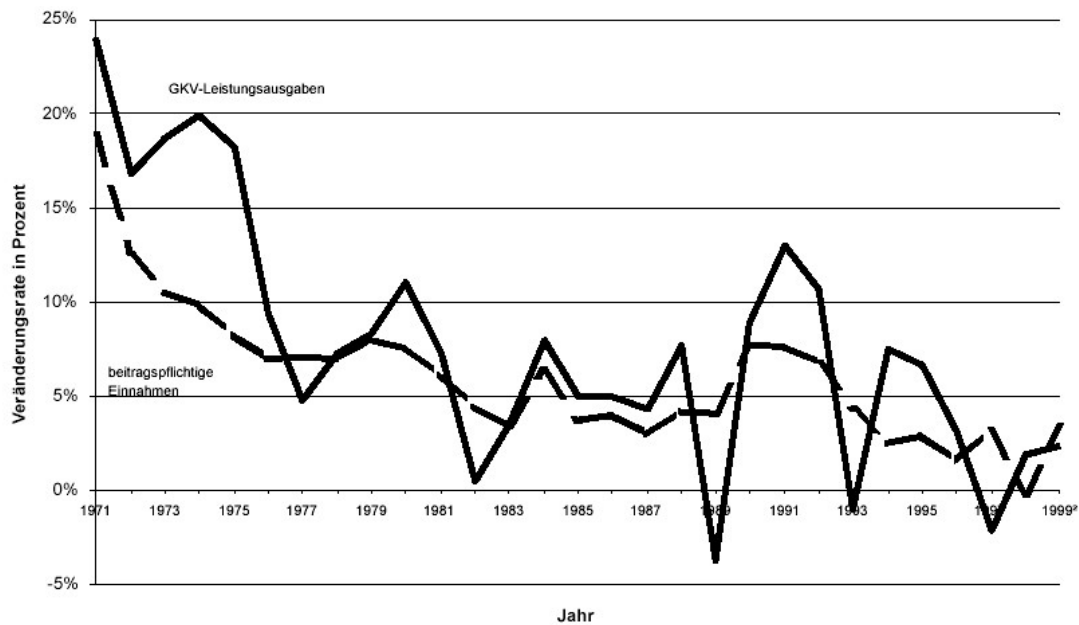
dass eine Stabilität der Beitragssätze unter Umständen zur Beseitigung von Ineffizienzen beitragen kann (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2000).

Am Ziel der Kostenbegrenzung ist seit 1977 festgehalten worden, allerdings weitgehend ohne Erfolg.

Das Grundprinzip der Kostenbegrenzung "auf deutsche Art" war somit eine an den Einnahmen orientierte Ausgabenpolitik. Sie konzentrierte sich primär auf die Begrenzung der Gesamthöhen von Ausgaben und Leistungen, weniger auf individuelle oder nachfragerorientierte Maßnahmen der Kostenbeteiligung, weniger auf eine Begrenzung der Leistungen für den einzelnen Patienten.

Die jährlichen Veränderungsraten der GKV-Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (westdeutsche Bundesländer) sind der nachstehenden Abbildung zu entnehmen und zeigen, dass Maßnahmen der Kostenbegrenzung oder Reformen kurzfristig die Wachstumsrate der GKV-Leistungsausgaben unter die Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einnahmen stabilisieren konnten (Wille 2001). Eine mittelfristige Begrenzung der Kostensteigerung konnte durch die bisherigen Reformmaßnahmen nicht erreicht werden.

Abbildung 5: Jährliche Veränderungsrate der GKV-Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (westdeutsche Bundesländer)



Quelle: (Wille 2001)

In den Jahren 1977, 1981, 1988, 1992 und 1996/1997 sind zur Stabilisierung der Beitragssätze Reformgesetze beschlossen worden. Dies führte, wie die Abbildung verdeutlicht, zu einem kurzfristigen Rückgang bei den Leistungsausgaben.

(Busse und Howorth 1999) führen die wesentlichen Maßnahmen der Kostenbegrenzung wie folgt auf:

- Budgets für einzelne Leistungsbereiche oder einzelne Leistungserbringer (nicht aber für das Gesamtsystem).
- Begrenzung bei der Zulassung kostenintensiver medizintechnischer Ausstattungen.
- Begrenzung bei der Zulassung niedergelassener Ärzte.
- Erhöhung bestehender Zuzahlungen und Einführung von Zuzahlungen in weiteren Leistungsbereichen.

Außerdem wurden die Zahnersatzleistungen für die Jungen gestrichen. Diese Leistungskürzung wurde jedoch 1999 wieder aufgehoben.

Budgetierungen oder Kostenkontrollen waren substantielle Elemente von Versuchen der Kostenbegrenzung (Jost 1998).

Tabelle 5: Kostenbegrenzung durch Budgetierungen und Deckelungen 1989-1999

	Ambulante medizinische Versorgung ¹⁷	Stationäre Versorgung	Arzneimittel
1989 bis 1992	Ausgehandelte regionale Festbudgets	Ausgehandelte Zielbudgets auf Krankenhausebene	Kein Budget oder Ausgabendeckel
1993	Gesetzlich vorgegebene	Gesetzlich vorgegebene	Gesetzlich vorgegebener nationaler Ausgabendeckel
1994	regionale	Festbudgets auf Krankenhausebene	Ausgehandelte regionale Ausgabendeckel
1995	Festbudgets		
1996	Ausgehandelte		
1997	regionale Festbudgets	Ausgehandelte Zielbudgets auf	Ausgehandelte Zielvolumina für Einzelpraxen
1998	Zielvolumina für Einzelpraxen	Krankenhausebene	
1999	Ausgehandelte regionale	Ausgehandelte Zielbudgets auf	Gesetzlich vorgegebene regionale Ausgabendeckel
2000	Festbudgets mit gesetzlich festgelegter Grenze	Krankenhausebene mit gesetzlich festgelegter Grenze	Ausgehandelte regionale Ausgabendeckel

Hinweis: Je größer die Schrift des Eintrags, desto stärker reguliert ist der betreffende Bereich.

Quelle: (European Observatory on Health Care Systems 2000)

¹⁷ Für zahnärztliche Leistungen gab es solche Deckelungen nicht.

Wahlfreiheit, Kostenbeteiligung, neuere Reformen und Wettbewerb

Ein Patient hat es in Deutschland im Wesentlichen mit drei Institutionen des Gesundheitswesens zu tun: (1) der Krankenkasse, (2) dem niedergelassenen Arzt und (3) dem Krankenhaus (Busse und Howorth 1999). Die gesetzlich Versicherten können zunächst ihren ambulant versorgenden Arzt frei wählen oder ein Krankenhaus ihrer Wahl wenden.¹⁸ Der Versicherte soll den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt allerdings innerhalb eines Quartals nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln § 76 Abs 3 SGB V.

Die Folge ist eine äußerst hohe Kontaktquote (Kontakte zwischen Versichertem und Arzt pro Versichertem in einer Periode), die durchschnittlich 12 Kontakte pro Jahr beträgt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2000).¹⁹

Versicherte der GKV können, wie bereits mehrfach erwähnt, ihre Krankenkasse frei wählen, und für die Krankenkassen gilt Kontrahierungszwang. Allerdings können die Versicherten im Gegensatz zu den Versicherten bei privaten Krankenversicherungen nicht zwischen verschiedenen Versicherungsprodukten auswählen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002), kam in seinem neuesten Bericht über die Zweckdienlichkeit und Wirtschaftlichkeit des deutschen Gesundheitswesens zu dem Schluss, dass die Leistungsnachfrager des deutschen Gesundheitswesens eine zentrale, jedoch weitgehend unbekannte Determinante für die Prozesse im Gesundheitswesen und ihre Resultate darstellen. Der Sachverständigenrat sieht in der Information der Leistungsnachfrager und der Erhöhung der Transparenz im Gesundheitssystem ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik. Der erforderliche Umfang und die notwendige Qualität der Information sowie der Zugang dazu sollten in einer allgemeineren Debatte ausgelotet werden.

¹⁸ Folgende Einschränkung ist gegeben: "Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächst-erreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte oder ärztlich geleiteten Einrichtungen in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen." (§ 76 Abs 2 SGB V).

¹⁹ Im Vergleich zu den USA, Frankreich und Großbritannien weist diese Quote in Deutschland doppelt so viele Arztkontakte aus, gegenüber Skandinavien viermal so viele. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2000).

Die Forderung nach mehr Information und Transparenz im deutschen Gesundheitswesen geht auch aus der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002 hervor (Nolting und Wasem 2002). 37 % der Teilnehmer erklärten, über die Qualität der Leistungserbringer nicht ausreichend informiert zu sein; 13 % wären sicher bereit, für bessere Information zu zahlen, 44 % würden dies unter Umständen tun. Wie aus dem neuesten Gesundheitsmonitor 2002 (Böcken; Braun, und Schnee 2002) der Bertelsmann Stiftung, einer regelmäßigen Umfrage in einer Gruppe von Versicherten und Leistungserbringern, hervorgeht, ist das Vertrauen in das Gesundheitswesen – die Stiftung unterschied zwischen verschiedenen Bereichen und Akteuren des Systems – relativ schwach.

Die gleichmäßige Verfügbarkeit von Leistungen, paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragene Beiträge, Finanzierung ausschließlich aus Arbeitseinkommen und nicht nach Risiko oder Leistungsnachfrage sowie die Erbringung der Leistungen als Sachleistungen galten lange Zeit als Säulen des Solidaritätssystems der GKV.

Allerdings haben steigende Beitragssätze in Deutschland den Druck für mehr Wettbewerbselemente in der GKV erhöht.

Bisher bildete im Wesentlichen die Freiheit der Nachfrager bezüglich der Wahl der Krankenkasse den Mittelpunkt des Wettbewerbs. Andere diskutierte Wettbewerbsfelder sind der Wettbewerb unter den Leistungserbringern sowie eine Differenzierung der von den Krankenkassen angebotenen Leistungspakete.

Zur Herstellung gleicher Bedingungen für alle Krankenkassen beim Wettbewerb um die Versicherten ist 1994 ein Risikostrukturausgleich eingeführt worden. Damit sollten die zwischen den verschiedenen Krankenkassen historisch gewachsenen Strukturunterschiede bei den Ausgaben, der Morbidität der Versicherten und den Beitragssätzen verringert werden.

Der Risikostrukturausgleich ist vor Einführung der freien Kassenwahl geschaffen worden, um das Entstehen eines funktionierenden Marktes konkurrierender Krankenkassen ohne Verzicht auf Grundsätze der Solidarität zu begünstigen. Der Ausgleichsbetrag für eine Krankenkasse wird aus dem Vergleich ihrer Finanzkraft mit ihrem Beitragsbedarf errechnet. Der Beitragsbedarf basiert nicht auf den tatsächlichen Ausgaben, sondern auf den durchschnittlich von Versicherten mit gleichem Risikoprofil verursachten Ausgaben (standardisierte Leistungsausgaben).

Krankenkassen erhalten eine nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungs-Rentner: (ja/nein) berechnete Prämie.

Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs ist das Bundesversicherungsamt zuständig. Die freie Kassenwahl hat zu einer Reihe von Veränderungen im Versicherungsmarkt und bei der Struktur der Mitglieder der Krankenkassen geführt: Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen ist von 1.152 im Jahre 1994 auf 355 in 2002 zurückgegangen. Die Anzahl der ihre Krankenkasse wechselnden Mitglieder hat zugenommen, und die Unterschiede der Beitragssätze zwischen den Krankenkassen sind geringer geworden, allerdings bewirken Morbiditätsunterschiede in den Versichertenbeständen auch weiterhin unterschiedliche Beitragssätze. Die Krankenkassen erhalten dadurch Anreize zum Cream Skimming.

Seit dem 1. Januar 2002 ist ein neues Gesetz über eine Reform des Risikostrukturausgleichs in Kraft. Vor diesem Gesetz blieben die Morbiditätsunterschiede der Versicherten beim Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen unberücksichtigt. Die Folge waren Verzerrungen des Marktes. Aus diesem Grunde wurde beschlossen, das Kriterium der Einschreibung in ein akkreditiertes Disease Management Programm für bestimmte chronische Krankheiten als zusätzliches Merkmal für den RSA aufzunehmen. Für Kassenpatienten mit chronischer Erkrankung (Diabetes mellitus-Typ, Brustkrebs, koronare Herzerkrankungen, chronische obstruktive pulmonale Erkrankung (COPD)/Asthma), die an Disease Management Programmen teilnehmen, erhalten die Kassen höhere Ausgleichszahlungen und damit einen Anreiz, ihren chronisch kranken Mitgliedern diese Programme anzubieten. Das Bundesversicherungsamt muss die betreffenden Programme genehmigen und überwachen.²⁰ Die Teilnahme der gesetzlich Versicherten an solchen Programmen ist freiwillig.

Darüber hinaus wurde ein Risikopool zum Ausgleich überdurchschnittlicher Kosten für einzelne Versicherte geschaffen.²¹ Beginnend mit dem 1. Januar 2007 wird die indirekte Rechnungslegung für Erkrankungsunterschiede durch eine direkte Rechnungslegung ersetzt. Es wird für die Krankenkassen dann nicht mehr möglich

²⁰ Disease Management Programme, die im Risikostrukturausgleich Berücksichtigung finden, sind bisher erst für die beiden erstgenannten Erkrankungen per Rechtsverordnung definiert.

²¹ Übersteigen die Kosten für eine versicherte Person in einem Jahr einen Grenzbetrag von 20.450 Euro, erhält die Krankenkasse aus dem Risikopool 60 % des Betrages über dem Grenzbetrag. Die verbleibenden Kosten sind von der Krankenkasse zu tragen.

sein, sich Wettbewerbsvorteile durch das selektive Anwerben gesunder Personen zu verschaffen. Der Risikopool wird in einen Hochrisikopool übergeführt, wobei nur weit überdurchschnittliche Kosten ausgeglichen werden.

Bisher wurden Reformen in Deutschland immer Schritt für Schritt sequentiell durchgeführt und zielten auf Veränderungen der finanziellen Anreize für Leistungserbringer und Patienten, etwa im Rahmen von Strukturverträgen und Modellvorhaben, die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz eingeführt wurden (Riemer-Hommel 2002).

Tabelle 6: Eigenschaften von Modellvorhaben und Strukturverträgen

	Modellvorhaben	Strukturverträge
Definition	§ 63-65 SGB V	§ 73 a SGB V
Zielsetzung	Verbesserung sowohl der Qualität als auch der Effizienz der Gesundheitsversorgung (Abschnitt 63)	Schaffung von Netzwerken von Leistungserbringern als alternative organisatorische Form
Verhandlungspartner	Krankenkassen und ihre Verbände unter Zustimmung der Vereinigungen der GKV-Leistungserbringer (§ 63 (1) und (2), § 64)	Vereinigungen der GKV-Leistungserbringer und regionale Verbände der gesetzlichen Krankenkassen
Inhalt	Vorhaben zur Verbesserung des Prozesses der Gesundheitsversorgung, ihrer Organisation, Finanzierung und Honorierung (§63 (1)) oder zur Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung von Erkrankungen, die von den regulären Verträgen nicht abgedeckt sind (Abschnitt 63(2))	Erbringer von Primärversorgung und Netzwerke von Spezialisten und Erbringern von Primärversorgung
Teilnahme	Freiwillig für Patienten und Leistungserbringer, mindestens 50 % der in Frage kommenden Leistungserbringer müssen ihre Teilnahme erklären, damit das Projekt initiiert werden kann	Freiwillig für Patienten und Leistungserbringer
Dauer der Modellvorhaben/Strukturverträge	Maximale Laufzeit von 8 Jahren, Abweichungen vom Rahmenvertrag können ausgehandelt werden	Keine zeitlichen Begrenzungen, Abweichungen vom Rahmenvertrag können ausgehandelt werden

Quelle: (Riemer-Hommel 2002)

(Riemer-Hommel 2002) bezweifelt, dass diese Initiativen zu stärkerer Wirtschaftlichkeit führen werden, da die Leistungserbringer freiwillig teilnehmen; die Möglichkeit, einen Leistungserbringer auszuschließen besteht nicht und den versicherten Patienten können bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern außerhalb des Netzwerks keine Zuzahlungen auferlegt werden.

Auch Modelle der integrierten Versorgung (§ 140a ff SGB V) – als Nachfolgeregelung für die Modell- und Strukturverträge mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführt - sollten durch eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen ermöglichen.

Über eine Differenzierung der Leistungspakete ist in Deutschland viel diskutiert worden. Gegenwärtig prägen weiterhin weitgehend identische Leistungspakete die Situation.

Mit den GKV-Neuordnungsgesetzen sind 1997 Elemente der privaten Krankenversicherung in die GKV eingeführt worden, etwa Beitragsrückerstattungen, Selbstbehalte und erweiterte Zuzahlungen. Gegen diese Maßnahmen ist vorgebracht worden, sie schränken das Prinzip der Solidarität ein. Mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV SolG) wurden die betreffenden Elemente im Jahre 1998 wieder gestrichen.

Zuzahlungen gibt es bei einer Reihe von Leistungen, etwa bei Krankenhausaufenthalten, stationären präventiven Kuren, Heil- und Hilfsmitteln, Arzneimittelverordnungen, Reisekosten, nicht allgemein zahnärztlichen parodontologischen Leistungen, Kronen und Zahnersatzbehandlungen sowie bei stationärer Rehabilitationsbehandlung. Die Kostenbegrenzung in der GKV war bei der zahnärztlichen Versorgung – mit Zuzahlungen von bis zu 50 % – erfolgreicher als bei der ambulanten medizinischen Versorgung. Zwischen 1975 und 1990 beispielsweise sind die Ausgaben der Krankenkassen für zahnärztliche Leistungen ausgedrückt als Anteil des BIP pro Kopf kontinuierlich gefallen, stiegen aber nach dem Auslaufen der gesetzlichen Budgetierungen sofort an. Für nach 1978 geborene Versicherte sind 1997 Kronen und Zahnersatzbehandlungen aus dem Leistungskatalog herausgenommen worden. Sie wurden 1999 wieder aufgenommen.

Die direkte Honorierung prothetischer Behandlungen durch die Krankenkassen wurde dahingehend verändert, dass die Patienten direkt Rechnungen von den Zahnärzten erhielten, die dann von den Krankenkassen erstattet wurden. 1998 wurde diese Regelung aufgegeben und die alte prozentuale Zuzahlung wieder eingeführt. Bei der vom Patienten zu leistenden Zuzahlung zu den Ausgaben für Kronen und Zahnersatz wird abhängig von der Regelmäßigkeit der jährlich von den Patienten wahrgenommenen Kontrolluntersuchungen zwischen Zuzahlung von 35 % und 50 % unterschieden.

Ein anderer Bereich, in dem die Beteiligung an den Ausgaben in der GKV wirksam eingesetzt wurde, waren die Arzneimittel. Ein Instrument zur Kostendämpfung in diesem Bereich sind die 1989 eingeführten Festbeträge. Mit den Festbeträgen sollte eine Obergrenze für die durch die Krankenkassen erstattungsfähigen Kosten eingerichtet werden.²² Der Versicherte kann mit dem Festbetragssystem ein medizinisch notwendiges Medikament zum Festbetrag erhalten. Eine eventuell sich ergebende Differenz zum Festbetrag durch den Kauf eines teureren Arzneimittels muss der Versicherte selber zahlen. Um einen Preiswettbewerb auszulösen, wurden die Festbeträge auf der Grundlage günstiger Verordnungsmöglichkeiten festgelegt. Mit einer neuen Festbetrags-Anpassungsverordnung (Anwendung seit dem 1. Januar 2002) wurden die Grenzbeträge festgelegt, bis zu denen die Krankenkassen die Kosten für die entsprechenden Arzneimittel erstatten. Die Festbeträge wurden für Standard-Packungen um höchstens 27,5 Prozent abgesenkt. Zum 1. Juli 2002 gab es Festbeträge für über 23.350 Arzneimittelpackungen (verschiedene Fertigarzneimittel unter Berücksichtigung von Wirkstärken, Packungsgrößen und Darreichungsformen). Seit Februar 2002 bestimmt ein neues Gesetz, das Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz (AABG), dass Ärzte mit der Verordnung nur die das Arzneimittel charakterisierende Wirksubstanz bestimmen.²³ Schließt ein Arzt dies nicht ausdrücklich aus, kann der Apotheker seitdem das verordnete Arzneimittel oder "ein gleich wirkendes" (in der deutschen Gesetzgebung mit "aut idem" bezeichnet) abgeben. Er soll ein Arzneimittel im unteren Drittel der Preisspanne auswählen.

²² Siehe dazu (European Observatory on Health Care Systems 2000).

²³ Diese "verbindliche generische Substitution" ist in den USA verbreitet. Weil aber praktisch alle teuren Arzneimittel unter Patentschutz stehen und deshalb keine billigeren Generika vorhanden sind, kann sie keine große Wirkung zeigen.

Ein wichtiger Faktor für die ökonomische Wirksamkeit von Zuzahlungen ist die Regelung der Ausnahmen. Abhängig von der Einkommenssituation besteht die Möglichkeit, teilweise oder vollständig von Zuzahlungen befreit zu werden; für Kinder brauchen keine Zuzahlungen geleistet zu werden. Der Prozentanteil der vollständig von Zuzahlungen befreiten Mitglieder der Krankenversicherungen betrug beispielsweise im Jahre 1994 schätzungsweise etwa 8,7 % der Versicherten (ohne Kinder oder Minderjährige, für die generell keine Zuzahlungen zu leisten sind) in den westdeutschen Ländern und 16,1 % in den ostdeutschen Ländern.

5. Ergebnisse der Übersicht

5.1 Einführung: Wahlfreiheit im Gesundheitswesen

Die Versicherungsnehmer müssen hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung zahlreiche Entscheidungen treffen: Von der anfänglichen Entscheidung für oder gegen eine Versicherung bis hin zu einer Reihe von Entscheidungen im Falle einer Erkrankung. Leider sind sie, wie von Kenneth Arrow (Arrow 1963) beschrieben, über zahlreiche Aspekte dessen, was sie erwerben könnten, nur schlecht informiert - im Gegensatz zu ihrem Informationsstand beim Erwerb privater Güter. Erstens ist der Verbraucher medizinischer Leistungen schlecht über medizinische Vorgehensweisen oder die Qualität des Leistungsbringers, in dessen Hände er sich begeben will, informiert. Ärzte verfügen zum Einen aufgrund ihrer Ausbildung über einen Informationsvorteil, zum Anderen, weil sie täglich praktizieren. Versicherungsnehmer verfügen im Regelfall nicht über solches Erfahrungswissen. Arrow beschrieb, dass ein gut informierter Patient/Nachfrager ebenso informiert über den Nutzen einer Leistung sein müsste wie der Leistungserbringer selbst (Arrow 1963).

Noch schwieriger kann die Wahl der Krankenversicherung sein. Selbst bei umfassender Information im Krankheitsfall bleibt die Wahl einer Versicherung für den Verbraucher schwierig, weil diese Wahl der medizinischen Behandlung vorausgeht. So lässt sich die Inanspruchnahme einer Versicherung nicht planen, sie unterliegt vielmehr den Regeln der Wahrscheinlichkeit (Sloan 2001). Der Verbraucher muss sich fragen, was er wollen würde, wenn ein bestimmtes Ereignis einträte.

Ein fortbestehendes Problem des Gesundheitswesens in westlichen Staaten sind die Kosten der Versorgung – bei technologischem Fortschritt und sinkenden Nutzen kann es dazu kommen, dass zahlreiche teure Leistungen mit geringem Nutzen erbracht werden. Es gibt eine Reihe von Mechanismen zur Rationierung derartiger Leistungen unter Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, notwendigen Versorgung, die aber alle auch Probleme mit sich bringen. In diesem Kapitel werden wir Forschungsergebnisse zu diesen Mechanismen zusammenfassen, und uns dabei auf diejenigen Ergebnisse konzentrieren, bei denen die Wahlfreiheit gut informierter Verbraucher eine Rolle spielt.

Mossialos et al. (Mossialos 2002) haben in der nachstehenden Tabelle einige der Probleme mit diesen Mechanismen sowie Lösungsmöglichkeiten dargestellt:

Marktversagen	Folgen	Möglichkeiten zur Korrektur des Marktversagens	Empirische Ergebnisse
Adverse Selektion	Wenig Risiko-Pooling, kein Versicherungsmarkt, nur ein Teil der Bevölkerung versichert sich überhaupt	Menschen für das Abschließen von Versicherungen schulen Steuervergünstigungen Umfassender Pflichtversicherungsschutz Lebenslange Mitgliedschaft	Unwirksam Unwirksam Wirksam Wirksam
Risikoselektion	Keine Versicherung für Behinderte, Kranke, Arme und Ältere	Freie Kassenwahl Einheitsprämien Versichertenindividuell adaptierte Risikoprämien	Moderat wirksam Moderat wirksam Technisch nicht durchführbar
Monopol oder Versicherungskartell	Überhöhter Gewinn, schlechte Produktqualität und mangelnde Produktivität	Kartellrecht	Wirksam
Moral Hazard	Überinanspruchnahme von Serviceleistungen durch die Patienten	Selbstbehalte oder Zuzahlungen Gatekeeper Wartelisten	Moderat wirksam Unzufriedenheit der Patienten Unzufriedenheit der Patienten

Quelle: (Mossialos 2002)

Im Folgenden werden diese Themen detaillierter erörtert. Wir beginnen mit der Beschreibung, nach welchen Kriterien Verbraucher ihre Versicherung wählen, angefangen bei persönlichen Faktoren, und betrachten dann Institutionen, die diese Wahl beeinflussen können. Bietet ein Arbeitgeber etwa nur eine Art von Krankenversicherungsschutz an, geht die Wahl des Versicherers vom Verbraucher auf seinen Arbeitgeber über. Anschließend erörtern wir in Kapitel 5.3, wie sich Initiativen zur Patienteninformation, etwa Report Cards und Internetseiten, auf die Wahl des Krankenversicherungsschutzes und des Leistungserbringers auswirken.

Eine Schlüsseldeterminante bei der Versicherungswahl ist die Versicherungsprämie, die den erwarteten Umfang und die Ausgaben für die Versorgung der Versichertengemeinschaft im kommenden Jahr reflektiert. In Kapitel 5.4 erörtern wir Instrumente der Kostenkontrolle, die auf eine Verhaltenssteuerung der Verbraucher abzielen, z. B. durch Hilfestellung zur Krankheitsvermeidung oder durch Reduktion der Nachfrage durch eine Beteiligung an den Kosten. Instrumente wie Zuzahlungen und Selbstbehalte machen den Verbraucher von Gesundheitsleistungen auf die Versorgungskosten aufmerksam und sorgen für eine höhere Kostensensibilität. Wir beschreiben in diesem Abschnitt Erkenntnisse über die Wirkung solcher Zuzahlungen auf die Ausgaben, auf den Gesundheitszustand und auf die Gerechtigkeit. Der andere Hauptansatz zur Kostenkontrolle wird in Kapitel 5.5 erörtert. Tragen Versicherungsanbieter oder Leistungserbringer die finanzielle Verantwortung für die Kosten der Gesundheitsversorgung, stellt dies für sie ein Anreiz zu sparsamem Wirtschaften dar. Wir beschreiben Wege, wie Krankenversicherungen die Erbringung von Gesundheitsleistungen organisieren können und welche Effekte sich dabei erreichen lassen. Der abschließende Abschnitt ist der Beschreibung der internationalen Erfahrungen mit Reformen des Gesundheitssektors gewidmet. Die Vielzahl von Ergebnissen und Untersuchungen in all diesen Bereichen kann für die Reform des deutschen Gesundheitswesens Einsichten vermitteln.

5.2 Persönliche Faktoren bei der Wahl einer Versicherungspolice

5.2.1 Präferenzen des Verbrauchers

Entscheidungen einzelner Wirtschaftssubjekte über Krankenversicherungen und Gesundheitsleistungen basieren auf den Preisen für diese Gesundheitsgüter, für die anderer Güter, dem Einkommen und den Präferenzen des Wirtschaftssubjektes. Deshalb ist die Wertigkeit bestimmter Präferenzen von entscheidender Bedeutung. Weiterhin wichtig ist, welche unterschiedlichen Präferenzen unterschiedliche Verbrauchergruppen aufweisen und wie diese sich im Lauf der Zeit verändern.

In ihrer Literaturübersicht über Verbraucherpräferenzen beschreibt McLaughlin die Gründe, die Arbeitnehmer bei der Entscheidung für eine bestimmte Krankenversicherung anführen (McLaughlin 1999). Zunächst beurteilen die Arbeitnehmer Angebot, Qualität und versicherte Leistungen. Legen einige Verbraucher mehr Wert auf die freie Arztwahl, so achten andere stärker auf die Kosten der Versicherung. Daher entscheiden sich die einzelnen Verbraucher für unterschiedliche Arten des Krankenversicherungsschutzes, die deshalb nicht ohne weiteres zu vergleichen sind (Mechanic 1990). Auch die Leistungsempfänger reagieren hochsensibel auf die Kosten des Krankenversicherungsschutzes: Aus einigen Studien geht hervor, dass Arbeitnehmer auf Veränderungen bei den Zuzahlungen reagieren. Verhaltensänderungen werden auch durch Änderungen beim medizinischen Bedarf des Arbeitnehmers bzw. seiner Familie induziert, etwa wenn eine Schwangerschaft erwogen wird. Für Report Cards und andere Informationen zur Qualität des Krankenversicherungsschutz ist kein Einfluss auf die Auswahl des Krankenversicherungsschutzes festgestellt worden. Warum aber Qualitätsinformationen unwichtig zu sein scheinen, ist umstritten: Entweder nutzen die Versicherten die Informationen nicht, oder sie halten sie für verwirrend oder nicht neutral. Familienmitglieder und Freunde werden als vertrauenswürdiger Ratgeber angesehen. Auf der anderen Seite können auch die Kosten die Verbraucher dazu bewegen, die Qualität ihres Krankenversicherungsschutzes in einem anderen Licht zu sehen. So wird berichtet, dass Versicherungsnehmer, die mehr zahlen müssen, wenn sie einen Arzt außerhalb ihres bestimmten Krankenversicherungsschutzes aufsuchen, (McLaughlin 1999), zu einem großen Teil (47 Prozent) mit dem Arzt innerhalb des eigenen Krankenversicherungsschutzes zufrieden sind, und nur 16 Prozent sind unzufrieden oder sehr unzufrieden.

Weitere Studien haben zusätzliche Faktoren aufgedeckt, die bei der Wahl eines Leistungserbringers oder Krankenversicherers wichtig sind. In einer Untersuchung der Gesundheitsreformen in Großbritannien ermittelte Fotaki, dass 62 Prozent der Befragten als wichtigstes Kriterium bei der Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus die Entfernung zum Wohnort angaben, für 14 Prozent war dies eine kürzere Wartezeit, und 18 Prozent nannten die Qualität des Krankenhauses, wie sie durch ihren Hausarzt oder durch Freunde und Verwandte bewertet wurde (Fotaki 1999). Es sind zahlreiche derartiger sogenannter "stated preference studies" (Auswertungen formulierter Präferenzen) durchgeführt worden, und alle belegten die Wichtigkeit dieser Faktoren. Allerdings sind diesen Faktoren in den Studien unterschiedliche relative Gewichte beigemessen worden.

Auch in Deutschland wird die Nachfrage im Gesundheitswesen eher durch individuelle Präferenzen gesteuert. Andersen und Schwarze untersuchen diese Veränderungen seit der teilweisen Liberalisierung durch die Öffnung der Krankenkassen. Da Versicherte ihre Krankenkasse frei wählen können, haben die Präferenzen der Krankenkassenmitglieder an Bedeutung gewonnen (Andersen und Schwarze 2000).

Bei älteren Menschen handelt es sich um eine Verbrauchergruppe, die häufig anders behandelt wird als jüngere Menschen. Während jüngere Menschen mit Behinderungen bei der Reintegration in die Gesellschaft Unterstützung erfahren, werden die Älteren eher aus der Gesellschaft ausgegrenzt. Dies geschehe zu Unrecht, argumentieren Kane und Kane (Kane und Kane 2001). Sie vertreten die Auffassung, Ältere sollten mehr Wahlmöglichkeiten erhalten und in die Lage versetzt werden, ihren Präferenzen Ausdruck zu verleihen. Zu ihrer Unterstützung sollten mehr und bessere Informationsmöglichkeiten für Verbraucher bereitgestellt werden.

Des Weiteren haben ältere Menschen häufig ein anderes Preisbewusstsein als jüngere Menschen. Buchmueller fand in einer Studie heraus, dass Rentner bei Beitragsanpassungen wesentlich seltener die Krankenversicherung wechseln als jüngere, noch aktive Arbeitnehmer. Die Studie verweist darauf, dass dies die Entscheidungen von Politikern bezüglich der Einführung von preislichen Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen beeinflussen könnte. Auch bei

verschiedenen ethnischen Gruppen sind unterschiedliche Entscheidungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung beobachtet worden (Buchmueller 2000).

Aber nicht nur Menschen, die bereits länger im Besitz eines bestimmten Krankenversicherungsschutzes sind, wechseln diesen seltener, auch bei älteren und weniger gesunden Mitgliedern ist die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels geringer ausgeprägt als bei jüngeren und gesünderen Mitgliedern. Strombom et al. untersuchten die Preissensitivität der Versicherten und fanden heraus, dass diese an Elastizität verliert, je stärker die Versicherten an einmal getroffenen Entscheidungen festhalten. Die nichtpekuniären Kosten eines Wechsels des Leistungserbringers fielen bei älteren und weniger gesunden Menschen stärker ins Gewicht (Strombom; Buchmueller, und Feldstein 2002).

Royalty und Solomon untersuchen, ob bestimmte Personen mit größerer Wahrscheinlichkeit ihren Krankenversicherungsschutz wechseln als andere (Royalty 1999). Ihr Befund ist, dass die monetären und nichtmonetären Kosten eines derartigen Wechsels für ältere und weniger gesunde Personen sowie für Personen, die bereits seit längerem einem bestimmten Krankenversicherungsschutz angehören, höher ausfallen. Die Autoren geben zu bedenken, dass solche Reaktionsgefälle zu adverser Selektion führen können. Schätzungen der Preiselastizität bei der Nachfrage nach Krankenversicherungsschutz variieren stark, von -1,8 bis -0,1 (Ringel 2002).

Angesichts einer Vielfalt unterschiedlicher Selbstbehalte können Versicherte den gewünschten Risikograd für sich frei wählen, wobei Selbstbehalte im Allgemeinen zur Kostenbegrenzung beitragen. Bei niedrigerem Selbstbehalt ist eine höhere Versicherungsprämie zu zahlen und umgekehrt. Gesunde Menschen könnten sich für einen hohen Selbstbehalt entscheiden, weil seine Kosten den Vorteil einer niedrigeren Versicherungsprämie nicht übersteigen. Eine Schweizer Studie über Selbstbehalte ermittelte, dass sich die nachstehenden Faktoren auf die Wahl des Selbstbehaltes auswirken (Schellhorn 2001):

- Alter: Ältere Menschen scheinen weniger risikofreudig zu sein und wählen zumeist niedrigere Selbstbehalte.
- Gewicht: Übergewicht begünstigt die Entscheidung der betreffenden Menschen für einen niedrigeren Selbstbehalt.

- Schwangerschaft: Schwangere können einen höheren Selbstbehalt wählen, weil alle im Zusammenhang mit der Schwangerschaft anfallenden Kosten frei von Selbstbehalten und Zuzahlungen sind. Außerdem sind Schwangere allgemein in einem guten Gesundheitszustand.
- Lebensweise: Raucher entscheiden sich allgemein für niedrigere Selbstbehalte als Nichtraucher.
- Einkommen: Wohlhabende Menschen können offensichtlich etwas risikofreudiger sein; sie wählen höhere Selbstbehalte. Dies kann auch darauf zurückzuführen sein, dass Menschen mit höherem Einkommen auch gesünder sind.
- Regionale Preisdifferenzen: Einwohner von Kantonen mit hoher Versicherungsprämie wählen höhere Selbstbehalte.

Dies könnte auch erklären, dass Versicherte mit einem höheren Selbstbehalt deutlich seltener ihren Hausarzt aufsuchen als Versicherte mit einem niedrigen Selbstbehalt. Es scheint, dass die Selbstselektion der Versicherten zum Zeitpunkt der Wahl des Selbstbehaltes stattfindet. Wird die Entscheidung über die Höhe des Selbstbehaltes also dem Versicherten überlassen, dann kann es nicht der Selbstbehalt an sich sein, der das Inanspruchnahmeverhalten – oder auch Moral Hazard – beeinflusst. Vielmehr scheint das hier beschriebene System einen selbstregulierenden Risikoausgleich zu ermöglichen (Schellhorn 2001).

5.2.2 Andere Einflussfaktoren der Wahlentscheidung

Für den einzelnen Verbraucher ist nicht nur der Typ des Leistungserbringers wichtig, es zählt auch die geografische Entfernung zu diesem Leistungserbringer. In einer Untersuchung über selektive Verträge mit einzelnen Leistungserbringern haben Fortney et al. herausgefunden, dass die Einschränkungen eines bestimmten Krankenversicherungsschutzes hinsichtlich der Wahl des Leistungserbringers in ländlichen Gegenden mit geringerer Arztdichte als in städtischen Gegenden große Auswirkungen haben kann (Fortney; Thill; Zhang; Duan, und Rost 2001). Sind nur wenige Landärzte von der Krankenversicherung abgedeckt, bleibt den Versicherten in ländlichen Gegenden nur noch äußerst geringer Spielraum. Dementsprechend zeigten Adams et al., dass in ländlichen Gegenden ansässige Medicare-Berechtigte sich tendenziell für Krankenhäuser mit einem größeren Leistungsspektrum entschieden als für solche mit einem kleineren Leistungsspektrum (Adams et al.

1991). Landkrankenhäuser werden überwiegend bevorzugt, weil Entfernungen insbesondere für ältere Menschen eine große Rolle spielen (Adams et al. 1991), (Burgess 1994).

Eine Reihe von Arbeiten mit additiven logarithmischen Modellen (Conjoint-Analysen) und Techniken für formulierte Präferenzen (Stated Preferences), wie in Ryan et al. beschrieben, ermittelten die Relevanz der nachstehenden Wahlparameter für die Patienten (Ryan 1995):

- Wartezeit
- Kosten
- Entfernung und Fahrzeit
- Bequemlichkeit
- Art des Krankenhauses bzw. Arztes

Werden Versicherten eine Reihe von alternativen Wahlmöglichkeiten angeboten, bestimmen ihre Präferenzen die relative Bedeutung, die den Eigenschaften der betreffenden Alternativen zugemessen wird und damit letztlich die Auswahl selbst. Klarheit darüber, wie sich die persönlichen Präferenzen insgesamt darstellen, ist von entscheidender Bedeutung dafür, wie sich Wahlfreiheit sich auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirkt. Die untersuchte Literatur bestätigt, dass aggregierte Präferenzen sich innerhalb und zwischen Gruppen mit der Zeit ändern. Diese Erkenntnis behält ihre Bedeutung, wenn wir weiter unten die Tragweite verschiedener Alternativen, z. B. hinsichtlich der Gerechtigkeit, betrachten.

Nach der Betrachtung der persönlichen Präferenzen der Verbraucher wenden wir uns dem institutionellen Kontext zu, innerhalb dessen eine Wahl getroffen wird.

5.3 Institutionelle Faktoren bei der Wahl einer Versicherung

Bei der Auswahl der Versicherung zählen nicht allein die Präferenzen des individuellen Versicherungsnehmers, sondern auch der Kontext, innerhalb dessen die Wahlentscheidung getroffen werden. In diesem Abschnitt betrachten wir die Literatur, die sich mit den unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen und Veränderungen dieser Rahmenbedingungen befasst. Wie sich die einzelnen Verbraucher verhalten und auf welche Weise die Wahlfreiheit davon betroffen ist,

hängt teilweise von den institutionellen Faktoren ab. Zunächst betrachten wir, wie sich die Festsetzung der Versicherungsprämien bei der Kalkulation von Einheitsprämien auswirkt, um uns dann den Auswirkungen des Wettbewerbs unter den Versicherern zuzuwenden. Da der Wettbewerb unter den Versicherern eine adverse Selektion verursachen kann, erörtern wir anschließend eine Reihe von Studien zur Risikoanpassung als einer bestimmten institutionellen Reaktion auf das Problem. Anschließend stellen wir die Literatur zum Wettbewerb unter den Leistungserbringern vor, bevor wir auf zwei spezifischere Faktoren eingehen, die Association Health Plans und HealthMarts²⁴ sowie schließlich auf die vom Arbeitgeber angebotene Versicherung.

5.3.1 Kalkulation von Einheitsprämien

Die Kalkulation von Einheitsprämien ist eine Möglichkeit, eine Versicherungsprämie festzusetzen. Anders als bei Prämien, die sich auf Erfahrungen mit individuellen Versicherten stützt, gründen die Versicherer bei der Kalkulation von Einheitsprämien ihre Preispolitik auf die Gesamtansprüche aller Versicherten und gestalten die Prämien nicht für jede Gruppe separat (Buchanan und Marquis 1999). Auf diese Weise wird das Risiko auf alle Gruppen von Versicherten verteilt, und nicht auf Gruppen von Personen mit niedrigem Risiko und niedriger Prämie und Gruppen von Personen mit hohem Risiko und hoher Prämie. Bei der Kalkulation von Einheitsprämien müsste die Prämie für Personen mit niedrigem Risiko leicht höher ausfallen, allerdings hätten Personen mit höherem Risiko leichteren Zugang zur Krankenversicherung.

Um diese Aussage zu überprüfen, haben Buchanan und Marquis eine vierjährige Studie zur Darstellung der Quoten für beide Formen der Prämienkalkulation, die Einheitsprämie (Berücksichtigung des gesamten Versichertenkollektivs) und die erfahrungsbasierte Prämie (Berücksichtigung einzelner Versichertenkollektive), durchgeführt (Buchanan und Marquis 1999). Sie zeigten, dass zwar weniger Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern Versicherungen mit Einheitsprämien (über einen Vierjahreszeitraum durchschnittlich 55,8 Prozent) anbieten als mit erfahrungsbasierten Prämien (durchschnittlich 61,4 Prozent), die Angebote aber

²⁴ Bei Association Health Plans und Health Marts handelt es sich um Formen genossenschaftlicher Versicherungen für kleine Firmen in einer bestimmten Region.

stabiler waren. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit der jährlichen Veränderung beim Versicherungsschutz oder der Versicherungsprämien war bei Einheitsprämien geringer als bei erfahrungsbasierten Prämien. Unter den Familien, denen man einen Versicherungsschutz angeboten hatte, war der Prozentsatz derjenigen, die ihn dann tatsächlich auch erwarben, bei Einheitsprämien leicht höher (58,3 Prozent) als bei erfahrungsbasierten Prämien (52,8 Prozent), wo die Prämien 40 Prozent höher waren. Wie erwartet, hatten die Unternehmen unter Einheitsprämien, die keine Krankenversicherung anboten, Personal mit einem niedrigeren Gesundheitsrisiko als diejenigen, die eine Krankenversicherung anboten. Bei den Unternehmen, die eine Krankenversicherung anboten, war die Wahrscheinlichkeit, dass gesündere Familien einen Versicherungsschutz mit Einheitsprämien erwarben, geringer (die Einheitsprämie führt dazu, dass gesunde Populationen niedrigere Prämien zahlen). Die Autoren stellen fest, dass eine Gesellschaft unter Umständen ein System, in dem mehr kranke Menschen versichert sind, einem System vorziehen kann, das gesunde Menschen zu einer niedrigeren Prämie versichert (Buchanan und Marquis 1999)

Eine andere Studie ergab, dass Einheitsprämien in New York und Pennsylvania nicht zu einer Spirale adverser Selektion führten (Buchmueller 1999). Das Ergebnis der Studie war, dass zahlreiche Menschen von der Erstattungsversicherung zu einer HMO wechselten, sobald die Einheitsprämie eingeführt wurde. Allerdings haben Goldman et al. (Goldman 1997) herausgefunden, dass es in Kalifornien, wo verschiedene Regionen äußerst unterschiedliche Risikopools haben, zu adverser Selektion kam. Sie beobachteten, dass die Einführung einer Einheitsprämie Wohlstand von den ärmeren, ländlichen Gemeinden zu den reicheren, städtischen Gemeinden (die gewöhnlich aufgrund von Einkommenseffekten mehr ausgeben) transferiert hat. Die Autoren schlagen vor, die Versicherungsprämien entsprechend der regionalen Kosten der medizinischen Versorgung zu variieren oder Familien mit niedrigen Einkommen Zuschüsse zur Krankenversicherung zu gewähren. Auf diese Weise könnten die adversen Effekte gemildert werden.

Ein weiteres Ziel der Einheitsprämie sind Anreize für Versicherer und Leistungserbringer, in einen Qualitätswettbewerb einzutreten und die Versorgung effizient zu organisieren, da die Prämien für alle Patienten gleich sind. Ohne eine Verpflichtung zur Einheitsprämie wird der Wettbewerb derartige Bemühungen aber zunichte machen, da Versicherungsunternehmen, die mit Einheitsprämien arbeiten,

diejenigen Versicherten, die die geringsten Kosten verursachen, für sich gewinnen können, indem sie diesen eine niedrigere Prämie anbieten, wodurch den anderen Versicherern nur die sehr teuren Mitglieder bleiben.

5.3.2 Wettbewerb unter den Versicherern

Die Einführung der freien Kassenwahl in Deutschland war der Startschuss für mehr Wettbewerb in der deutschen GKV. Anhand von Daten des sozio-ökonomischen Panels für die Bundesrepublik Deutschland analysierten Schwarze und Andersen in einer Studie die Gründe der Arbeitnehmer für einen Krankenkassenwechsel (Schwarze und Andersen 2001).

Gegenüber einer früheren Analyse (Andersen und Schwarze 1999) ist der Prozentsatz der Versicherten, die die Krankenkasse wechseln, leicht gestiegen. Als wichtigsten Grund für einen Wechsel geben die Autoren die Höhe des Beitragssatzes an. Eine Veränderung des Beitragssatzes um einen Prozentpunkt erhöht die Wechselwahrscheinlichkeit um vier Prozent. Die Wechselwahrscheinlichkeit ist bei Einkommen bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze größer und nimmt mit zunehmendem Alter der Versicherten ab. Des Weiteren geht aus der Analyse hervor, dass das Ausmaß der Inanspruchnahme stationärer medizinischer Versorgung die Wahrscheinlichkeit des Kassenwechsels verringert, genau umgekehrt ist es bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen.

In einer Studie zu Medicare untersuchten Rice et al. das Wechselverhalten derjenigen Berechtigten, die zusätzlich in einer Medigap- oder Medicare-HMO versichert waren (Rice; Snyder; Kominski, und Pourat 2002). Da Medigap mit seinem breiten Versicherungsschutz zunehmend teurer wird, untersuchten die Autoren die Anzahl derjenigen Personen, die in eine Medicare-HMO wechseln. Sie sehen darin das potenzielle Risiko, dass kränkere Menschen in Medigap verbleiben und dadurch die Prämien ansteigen könnten. Allerdings stellten die Autoren fest, dass die von ihnen untersuchten Medigap-Berechtigten selbst bei höheren Versicherungsprämien nicht häufiger wechselten. Hierin unterscheiden sie sich von den Ergebnissen anderer Studien. Zum Beispiel haben unterschiedlich hohe Zuzahlungen viele Menschen veranlasst, sich für einen günstigeren Versicherungsschutz zu entscheiden und damit bei den Arbeitgebern Einsparungen von 3,8 Millionen US-Dollar bewirkt. Im Jahre 1993 machten diese Einsparungen 5,9 Prozent der tatsächlichen

Versicherungsprämien für die betreffenden Versicherten aus (Feldman 1993). Buchmueller und Feldstein ermittelten, dass die einzelnen Versicherten selbst bei geringen Prämien erhöhungen (unter 10 Prozent) mit fünffach höherer Wahrscheinlichkeit den Krankenversicherungsschutz wechselten als bei konstanter Prämie (Buchmueller 1997; Buchmueller 1996a). Mit zunehmendem Prämienanstieg stieg auch die Wechselbereitschaft weiter an, jedoch nicht mit derselben Rate. Eine der Hürden für den Wechsel, nämlich die Notwendigkeit, bei einem Wechsel des Krankenversicherungsschutzes auch den Leistungserbringer zu wechseln, fehlte in diesem Fall, da zahlreiche Versicherte zwar ihren Krankenversicherungsschutz wechselten, den Leistungserbringer jedoch beibehalten konnten. Marquis und Holmer haben anhand von Daten des RAND Health Insurance Experiments gezeigt, dass fallende Preise für Versicherungen die Nachfrage nach umfassendem Versicherungsschutz erhöhen (Marquis 1996). Ein entsprechender Anstieg des Preises für Versicherungen führt aber zu einem geringeren Rückgang der Nachfrage nach umfassendem Versicherungsschutz. Eine Zunahme der angebotenen Versicherungsprodukte führt deshalb nicht zwingend zu mehr Wettbewerb, weil die einzelnen Versicherten tendenziell dem Status quo eine hohe Wertigkeit beimessen.

In einem Wettbewerbsmarkt sollten die Verbraucher die Möglichkeit haben, das Versicherungsprodukt ohne Verlust der erworbenen Rücklagen/Rechte wechseln zu können. Aus Sicht der Versicherungsunternehmen ist es wichtig, ein ausgewogenes Verhältnis von Versicherungsnehmern mit geringen und hohen Gesundheitsrisiken (oder geeigneten Risikoausgleich) zu aufrecht zu erhalten, wenn sie ihre Ausgaben begrenzen und eine wettbewerbsfähige Prämie anbieten möchten. Wechseln alle Versicherungsnehmer mit geringem Risiko zu einem Wettbewerber, können die Ausgaben für die verbleibenden Mitglieder mit hohem Gesundheitsrisiko nicht mehr ausgeglichen werden und die Prämien müssen steigen, was wiederum die Versicherungsnehmer mit mittlerem Risiko zur Kündigung bewegen könnte usw. (Akerlof 1970), (Donges et al. 2002). Breyer sieht darin den Grund dafür, dass es in zahlreichen Ländern eine Pflichtversicherung gibt: die Pflichtversicherung von Menschen mit geringem Gesundheitsrisiko gestattet die Umverteilung von Mitteln zugunsten von Menschen mit hohem Gesundheitsrisiko (Breyer 2000). Je größer das finanzielle Risiko für ein Versicherungsunternehmen ist, desto größer sind auch die Anreize für eine Risikoselektion (Gress 2002).

In einer vergleichenden Studie zur Kataraktchirurgie in London und Stockholm untersuchte Fotaki Quasi-Marktformen in Form erweiterter Wahlmöglichkeiten und verbesserter Informationsversorgung der Patienten (Fotaki 1999). In den meisten Fällen waren die Patienten weder besser informiert, noch haben sie ihre größere Wahlfreiheit als solche wahrgenommen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass zahlreiche Abteilungen bei derart hochtechnologischen Eingriffen wie der Behandlung des Grauen Stars eine abteilungsinterne Vorgehensweise verfolgen, die zwar zu höherer Sicherheit und Effizienz führt, nicht aber zu tatsächlicher Wahlfreiheit. Die meisten Patienten gaben an, dass sie mit den Entscheidungen, die hinsichtlich ihrer Behandlung getroffen wurden, zufrieden waren.

Eine andere Erhöhung der Wahlmöglichkeiten im Rahmen der schwedischen und britischen Gesundheitsreformen war die freie Wahl des Hausarztes, im Gegensatz zur bisherigen Regel, nach der jeder Patient einem Arzt zugewiesen wurde. Die Verbraucher haben diese Möglichkeit begrüßt. 35 Prozent beurteilten diese Möglichkeit als positivsten Aspekt der Reform, und 20 Prozent wechselten tatsächlich von dem ihnen zugewiesenen Allgemeinarzt zu einem Arzt ihrer Wahl. Die Studie weist darauf hin, dass aufgrund der Tatsache, dass der Hausarzt bestimmt, an welchen Spezialisten ein Patient überweisen wird; die Anreize für Spezialisten, auf Präferenzen der Patienten einzugehen, sehr gering sind (Fotaki 1999).

Da teure Versicherte dem Versicherungsschutz und den Versicherungskosten eine andere Wertigkeit beimessen können als gesunde Versicherte, geht das Abrücken von einer staatlichen Pflichtversicherung mit dem Risiko der adversen Selektion beim jeweils angebotenen Krankenversicherungsschutz einher. Eine Möglichkeit, die unerwünschten Konsequenzen dieses Phänomens zu mildern, ist der Risikoausgleich.

5.3.3 Adverse Selektion und Risikoausgleich

Cutler und Reber befassten sich mit verschiedenen Möglichkeiten, einen Risikoausgleich einzuführen, um adverser Selektion entgegenzuwirken (Cutler 1998). Sie haben auch die Einführung von Gesundheitsgutscheinen untersucht. Obwohl das aus einem Gutscheinsystem resultierende Mehr an Wettbewerb zu für den Arbeitgeber zu einer Senkung der Versicherungsprämie von fünf bis acht Prozent führte, war ein Wohlfahrtsverlust von zwei bis vier Prozent mit einem signifikanten Anstieg der adversen Selektion zu beobachten. In der Folge konnte selbst der

umfassendste Versicherungsschutz unter der Bedingung der Beitragsstabilität nicht aufrechterhalten werden. Die Autoren erörtern sowohl den prospektiven als auch den retrospektiven Risikoausgleich als mögliche Lösung für diese Situation. Beim prospektiven Risikoausgleich würden Krankenversicherungen mit weniger gesunden Versicherungsnehmern, basierend auf der demographischen Zusammensetzung der Versicherungsnehmer und ihrem gesundheitlichen Zustand in der Vergangenheit, überdurchschnittliche Ausgleichszahlungen und Krankenversicherungen mit gesünderen Versicherungsnehmern unterdurchschnittliche Ausgleichszahlungen erhalten. So könnte beispielsweise der Arbeitgeber den Versicherungen mit schlechterer Risikostruktur zusätzliche Mittel zukommen lassen, die er von Versicherungen mit besserer Risikostruktur erhält. Dieses System hat den Nachteil, dass der Versicherungsschutz selbst wenig Anreize bietet, die Inanspruchnahme zu reduzieren: Das Versicherungsunternehmen erhält die Ausgleichszahlungen nämlich in jedem Fall. Außerdem verursacht diese Art des Risikoausgleichs hohe Verwaltungskosten, und bei mangelhafter Durchführung besteht ein Anreiz für Cream-Skimming (Mossialos 2002).

In der Schweiz scheint der selbstregulierende Risikoausgleich eine positive Nebenwirkung der Einführung von Selbstbehalten zu sein. Hier können Versicherte frei entscheiden, ob sie eine niedrige Krankenversicherungsprämie mit einem hohen Selbstbehalt oder eine höhere Prämie mit einem niedrigeren Selbstbehalt wünschen. Die Versicherten wählten selbst den für ihr Risikoprofil am besten geeigneten Krankenversicherungsschutz, und es hat sich herausgestellt, dass Versicherte mit einem hohen Selbstbehalt ihren Hausarzt deutlich seltener aufsuchen als Versicherte mit einem niedrigen Selbstbehalt. Wahrscheinlich lag dies nicht am Selbstbehalt selbst, sondern daran, dass gesündere Menschen bei der Entscheidung für einen hohen Selbstbehalt von vornherein von einer geringen Anzahl von Arztbesuchen ausgehen (Schellhorn 2001).

Ein andere Möglichkeit, den negativen Auswirkungen marktwirtschaftlicher Reformen im Gesundheitswesen zu begegnen, ist die Einführung von 'Managed Competition' (gelenktem Wettbewerb). Dieses Modell wird in Belgien und den Niederlanden vorsichtig erprobt, sowohl durch die Einführung eines Risikoausgleichs als auch durch das Auferlegen umfassender Regulierungen (Schut und van Doorslaer 1999). Die niederländische Regierung ist im Begriff, den Markt langsam durch eine

Deregulierung zu öffnen. Mit Blick auf die bevorstehende Zunahme der Kräfte des Marktes haben niederländische Krankenhäuser und Krankenversicherer ihre Aktivitäten im Rahmen von Zusammenschlüssen konzentriert. Für neu auf dem Markt auftretende Versicherungsunternehmen oder Krankenhäuser ist es schwer, den Wettbewerb mit derart großen Konsortien aufzunehmen. In Belgien geht der Konzentrationsprozess nicht ganz so weit, doch ist die Anzahl der Wettbewerber zu gering, um einen wirksamen Wettbewerb sicherzustellen (Schut und van Doorslaer 1999).

Neben dem Wettbewerb der verschiedenen Versicherungsunternehmen und -produkte und der vorstehend diskutierten Probleme gibt es auch den Wettbewerb der Leistungserbringer, durch den sich ebenfalls sowohl mehr Wahlfreiheit für die Verbraucher als auch potentielle Effizienzgewinne erzielen lassen könnten.

5.3.4 Wettbewerb unter den Leistungserbringern

Der Wechsel von einem Festhonorarsystem zu einem deregulierten Honorarsystem in der zahnärztlichen Versorgung hat in Norwegen zu einer Überraschung geführt: Nichts hat sich verändert. Die Zahnärzte schienen weder ihr Monopol zu missbrauchen, noch traten sie in einen Qualitätswettbewerb ein. Grytten und Sørensen führen die Stabilität der Honorare auf standesrechtliche Normen zurück, die es den Zahnärzten untersagen, überhöhte Honorare zu fordern (Grytten und Sørensen 2000). (Wettbewerb kann Honorarsteigerungen auch begrenzen, nämlich dann, wenn die Patienten einen Teil der Rechnungen selbst begleichen müssen). In Israel führten Reformen der Vergütung zu einem Qualitätswettbewerb. Bei einer Umfrage unter Versicherten des israelischen National Health Service bekundeten die Befragten eine größere Zufriedenheit mit der Professionalität und dem Verhalten von Allgemeinärzten, Spezialisten und Pflegepersonal, der Vielfalt verfügbarer Arzneimittel, den Laborleistungen sowie mit der Sauberkeit und dem Zustand der Einrichtungen. Allerdings klafften weiterhin beträchtliche Lücken bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. So nahmen deutlich weniger Araber und Menschen mit einem niedrigeren Einkommen das Gesundheitswesen in Anspruch als gutsituierte Juden (Gross; Rosen, und Shirom 2001).

In der Hoffnung, Allgemeinärzte zu einem Qualitätswettbewerb zu bewegen, wurde im britischen National Health Service mit der Einführung einer Kopfpauschale für

jeden von einem Allgemeinmediziner behandelten Patienten ein ähnlicher Versuch unternommen. Die Möglichkeit, zu einem Hausarzt zu wechseln, der den Patienten besser betreut, sollte die Qualität der hausärztlichen Versorgung und die Gesundheit der Patienten verbessern. Im Ergebnis hat diese Honorarreform jedoch keinen Anreiz für eine bessere Information der Patienten geschaffen. So kann etwa eine unzureichende Information den Patienten dazu veranlassen, zu einer Praxis zu wechseln, in der er schlechter betreut wird. Des Weiteren entstehen dem Patienten bei einem Arztwechsel Kosten. Fehlentscheidungen und Kosten des Arztwechsels wirken sich auf die Wohlfahrt aus, doch unternahmen die Allgemeinmediziner nichts, um ihre Patienten besser zu informieren oder die Kosten des Arztwechsels einzudämmen (Gravelle 2000).

In der Tschechischen Republik wäre an sich ein großer Wettbewerb zu erwarten, da es dort ein Überangebot an Ärzten gibt. Insbesondere die Privatmediziner haben auf diese Situation mit einer Erhöhung der Patientenkontakte reagiert– 10 Konsultationen pro Patient und Jahr eines Privatmediziners stehen 6 Konsultationen pro Patient und Jahr eines staatlich angestellten Arztes gegenüber (Massaro; Nemec, und Kalman 1994).

Die Einführung von Prokopfpauschalen für Dialysepatienten hat in den USA zu interessanten Ergebnissen geführt. Die Leistungserbringer wurden zum Wettbewerb gezwungen und nahmen ihn auf verschiedene Weise auf: Private Versorgungseinrichtungen boten mehr Zusatzleistungen, aber weniger Qualität, während gemeinnützige Versorgungseinrichtungen qualitativ hochwertigere Versorgung bei verringerten Zusatzleistungen anboten. Die Prokopfpauschalen haben den Zugang zu einer Reihe neuer, höherwertiger Technologien nicht verhindert, und die verschiedenen Versorgungseinrichtungen wogen individuell ab, wie sie mit den Festpreisen umgehen wollten (Hirth; Chernew, und Orzol 2000).

5.3.5 Association Health Plans und HealthMarts

Weitere Innovationen, mit der weniger gesunde und ärmere Menschen zum Erwerb eines Krankenversicherungsschutzes ermutigt werden sollen, sind Association Health Plans und HealthMarts. Bei beidem handelt es sich um eine Form der genossenschaftlichen Versicherung für kleine Firmen in einer bestimmten Region, wobei Association Health Plans privat gefördert werden und HealthMarts

gemeinnützige Organisationen sind. Wie bei der Einheitsprämie können diese Formen des Krankenversicherungsschutz das Risiko auf Unternehmen mit unterschiedlich hohem Risiko verteilen und so Zugang und Umfang des Versicherungsschutzes verbreitern. Überdies verringern sie durch Größenvorteile einige Verwaltungskosten und können aufgrund ihrer starken Position mit den Leistungserbringern verhandeln. Baumgardner und Hagen haben am Modell die Wirkung untersucht, die diese neuen Einrichtungen auf den Versicherungsschutz und die Versicherungsprämien im Marktsegment der kleinen Krankenversicherer haben und welche Unterschiede sich zu 'traditionellen' Arten des Krankenversicherungsschutzes ergeben könnten (Baumgardner und Hagen 2001-2002). Auch die Auswirkung auf die Rate der angebotenen und erworbenen Versicherungsprodukte ist untersucht worden. An dieser Stelle möchten wir uns auf den Erwerb von Versicherungsschutz durch die Arbeitnehmer konzentrieren. Die Autoren haben errechnet, dass der Prozentanteil versicherter Personen um lediglich 1,3 Prozent ansteigen würde. Das heißt, 330.000 bisher im traditionellen Markt nicht versicherte Personen würden sich unter einem der beiden Formen des Krankenversicherungsschutzes versichern. Bei allen anderen Krankenkassenmitgliedern würde es sich um Personen handeln, die von einer herkömmlichen Krankenversicherung wechseln. Die Autoren vermuten, dass die Anzahl der krankenversicherten Beschäftigten kleinerer Firmen nicht steigen würde, solange die Prämien gleich blieben, da kleinere Firmen tendenziell einen größeren Anteil von Mitarbeitern mit niedrigem Einkommen aufweisen, die auf Preisunterschiede empfindlicher reagieren (Baumgardner und Hagen 2001-2002), (Bundorf 2002). Bundorf vermutet, dass Geringverdiener, die einen hohen Wert auf eine Krankenversicherung legen, über den Mechanismus der Selbstselektion zu größeren Unternehmen wechseln, die einen derartigen Versicherungsschutz anbieten (Baumgardner und Hagen 2001-2002).

5.3.6 Betriebliche Krankenversicherung

Die betriebliche Krankenversicherung ist in zahlreichen Ländern durchaus üblich. Sie bietet eine stabile Basis für diejenigen, die einen Arbeitgeber haben, lässt aber alle anderen außen vor. In vielen Fällen bietet der Arbeitgeber seinen Beschäftigten kaum eine Wahl zwischen verschiedenen Formen des Versicherungsschutzes, und der Arbeitnehmer hat nur wenig Möglichkeit, sich für einen Versicherungsschutz zu entscheiden, der den eigenen Präferenzen entspricht. Hat ein Arbeitnehmer einen passenden Krankenversicherungsschutz, kann dies einen möglichen Wechsel des

Arbeitsplatzes behindern und so eine regelrechte "Mobilitätssperre" darstellen. Dieses Phänomen betrifft Frauen häufiger als Männer (Buchmueller 1996b).

Monheit et al. haben herausgefunden, dass Haushalte bezüglich der Entscheidung über den Erwerb eines doppelten Krankenversicherungsschutzes äußerst preissensibel auf die vom Haushalt selbst zu tragenden Prämien reagieren (Monheit; Schone, und Taylor 1999). Sie untersuchten Haushalte, in denen beide Ehegatten arbeiten und demnach beide die Möglichkeit haben, einer betrieblichen Krankenversicherung beizutreten. Beinhaltet ein derartiger Krankenversicherungsschutz keinerlei Zuzahlungen, oder ist der Gesundheitszustand eines Ehegatten schlecht, kann es durchaus attraktiv sein, einen doppelten Versicherungsschutz zu erwerben. Offensichtlich liegt darin ein Potential für Moral Hazard. Arbeitnehmer mit niedrigem Einkommen und Arbeitnehmer in kleinen Unternehmungen optieren seltener für einen doppelten Versicherungsschutz.

Dickey schlägt eine Reform der betrieblichen Krankenversicherung vor, um Arbeitnehmern mehr Wahlfreiheit zu bieten (Dickey und McMenamin 1999). Er stellt fest, dass in den USA 47 Prozent der Arbeitnehmer in Großunternehmen und 80 Prozent der Arbeitnehmer in kleineren Unternehmen nur eine Art des Krankenversicherungsschutzes angeboten wird. Sein Vorschlag wäre, die Wahl des Krankenversicherungsschutzes den Arbeitnehmern zu überlassen. Um die Wahlfreiheit zu vergrößern, müssten die Arbeitgeber ihre Angebote mit fest definierten Gesundheitsleistungen auf Angebote mit fest definierten Beiträgen umstellen oder ihre Mitarbeiter dabei unterstützen, eine geeignete Krankenversicherung außerhalb des Unternehmens zu finden. Auf diese Weise ließe sich die Wahlfreiheit für die Arbeitnehmer vergrößern, ohne die Arbeitgeber mit weiterem Verwaltungsaufwand zu belasten. Derartige Formen des Krankenversicherungsschutzes könnten durch frei wählbare Genossenschaften angeboten werden, in denen sich sowohl Menschen mit als auch ohne Arbeitgeber bei größerer Wahlfreiheit zu einer geringeren individuellen Prämie versichern können – ähnlich wie bei der Einheitsprämie. Darüber hinaus schlägt er vor, einen Steuervorteil in Form einer einkommensabhängigen, zurückzahlbaren Steuergutschrift zu gewähren, welche den Arbeitnehmern die Konsequenzen der Versicherungswahl bewusster macht, gleichzeitig aber einen Teil der Krankenversicherungskosten finanzieren würde.

Die Einführung eines festen Dollarbetrages für die Angestellten der Universität von Kalifornien führte zu großen Einsparungen für die Universität. Die Gesundheitsausgaben pro Arbeitnehmer fielen im ersten Jahr um 9,3 Prozent und im folgenden Jahr nochmals um einen vergleichbaren Prozentsatz. Im ersten Jahr konnten ungefähr 40 Prozent des Rückganges auf niedrigere Prämien zurückgeführt werden und 60 Prozent auf den Wechsel in eine billigere Krankenversicherung. Die Studie ergab allerdings auch, dass die teure Krankenversicherung mit dem umfassendsten Versicherungsschutz adverser Selektion zum Opfer fiel. Ihr Risikopool verschlechterte sich, weil die Angestellten mit geringerem Gesundheitsrisiko die Prämie für zu hoch erachteten, wenngleich sie sich einen umfassenderen Versicherungsschutz gewünscht hätten (Mitchell 2002). Ohne geeigneten Risikoausgleich oder Quersubventionen begünstigen Festbeiträge gesunde Arbeitnehmer auf Kosten der Kranken.

Wie in Kapitel 3, Abschnitt 1 beschrieben, hat die betriebliche Krankenversicherung den Vorteil, dass effizienter über die verschiedenen Versicherungsprodukte informiert wird, sodass die Arbeitnehmer weniger Zeit auf diese Aktivität verwenden müssen. Wird andererseits nur eine begrenzte Anzahl von Versicherungsprodukten angeboten, was bei kleineren Firmen häufig der Fall ist, schränkt dies die Wahlfreiheit des Arbeitnehmers ein. Bundorf schreibt: "Die beschäftigungsabhängige Gruppenversicherung fasst potentiell Individuen mit heterogenen Präferenzen bezüglich ihrer Krankenversicherung in eine einzige Verbrauchergruppe zusammen". Allerdings ist der Erwerb unterschiedlicher Versicherungsprodukte für den Arbeitgeber teuer, da er sich selbst und seine Arbeitnehmer über jedes einzelne Versicherungsprodukt informieren muss und die Verwaltungskosten für jedes dieser Versicherungsprodukte zu tragen hat. Außerdem kann es innerhalb des Unternehmens zu adverser Selektion kommen, nämlich dann, wenn der Arbeitgeber die verschiedenen Formen des Krankenversicherungsschutzes nicht quersubventionieren kann (Bundorf 2002).

Bundorf untersuchte, inwieweit Arbeitgeber ihre Entscheidungen für oder gegen einen bestimmten Krankenversicherungsschutz an den Präferenzen ihrer Arbeitnehmer ausrichten, und auf welche Weise dies ihre eigenen Entscheidungen beeinflussen könnte. Er zeigte, dass die Anzahl der angebotenen

Versicherungsprodukte positiv mit der Heterogenität der Arbeitnehmer korreliert. Auch wurden mehr Versicherungsprodukte angeboten, wenn ein größerer Anteil des Personals hohe Einkommen erzielte und das Unternehmen mehr Beschäftigte hatte. Unterschiedliche Gesundheitsrisiken der Arbeitnehmer führen zu einem größeren Angebot von verschiedenen Versicherungsprodukten und häufigeren Entscheidungen für umfassenderen Versicherungsschutz. Kleinere Firmen könnten durch diese Faktoren am Erwerb eines Krankenversicherungsschutzes für ihre Arbeitnehmer gehindert werden, da sie sich mehrere Formen dieses Krankenversicherungsschutzes nicht leisten können (Bundorf 2002). Davor hat McLaughlin ermittelt, dass zahlreiche Arbeitgeber erst gar keine Krankenversicherung anbieten, da ihre Arbeitnehmer stattdessen lieber mehr verdienen möchten (McLaughlin 1999). Wird ihnen ein Krankenversicherungsschutz offeriert, entscheiden sich die Arbeitnehmer häufig gegen eine Teilnahme am arbeitgebergeförderten Krankenversicherungsschutz, weil ihnen die Kosten zu hoch erscheinen oder sie anderswo ein besseres Angebot in Anspruch nehmen können.

Die Auswahl erfolgt dabei nicht allein nach Kostenwirksamkeit oder Qualität eines Versicherungsproduktes. Aus mehreren Studien geht hervor, dass Versicherte dem Vertrauen in ihren Versicherer und Leistungserbringer eine herausragende Bedeutung beimessen und deshalb einem Wechsel des Versicherungsproduktes eher abgeneigt sind, selbst wenn sie dabei Geld sparen könnten. Goold und Klipp haben dies für die Mitglieder einer Managed-Care-Krankenversicherung festgestellt (Goold und Klipp 2002), während eine andere unter den Patienten eines Darmkrebs-Vorsorgeprogramms durchgeführte Studie zu dem gleichen Ergebnis kam. Die Patienten zeigten gegenüber einem neuen Programm eine signifikante Präferenz für die bestehende Vorsorgeuntersuchung (Salkeld; Ryan, und Short 2000).

Nach dieser Betrachtung der institutionellen Faktoren wenden wir uns jetzt der Frage zu, wie sich eine Verbesserung der Informationssituation der Verbraucher auswirkt.

5.4 Information

Wie zu Beginn des Kapitels erwähnt, machen Informationsprobleme den Kern der Schwierigkeiten bei der Gesundheitsversorgung aus. In diesem Abschnitt behandeln wir die Literatur zu den Auswirkungen einer Verbesserung der Informationssituation über die Gesundheitsversorgung. Hierbei verfolgen wir den Grundgedanken, dass

eine konzertierte Anstrengung zur Verbesserung der Informationslage die Verbraucher befähigen könnte, eine aktivere Rolle einzunehmen und mehr informierte (d. h. bessere) Entscheidungen zu treffen. In diesem Abschnitt erörtern wir die Verbesserung der Informationssituation im Allgemeinen und anschließend im Besonderen mit Blick auf die Verwendung von Report Cards.

5.4.1 Einführung

Seit dem Artikel von Arrow hat sich vieles geändert. Es hat mehrere Initiativen zur Verbesserung der Information der Verbraucher gegeben, sowohl im Hinblick auf ihre Rolle als Versicherungsnehmer als auch hinsichtlich ihrer späteren Entscheidung für oder gegen eine Behandlung. Sloan (2001) hat hierzu eine Zusammenfassung erarbeitet. Zunächst hat der Grundsatz von Aufklärung und Einverständniserklärung (Informed Consent) die Asymmetrie des Informationsstatus zwischen Arzt und Patient reduziert; er spiegelt eine graduelle Verlagerung der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlung vom Arzt auf den Patienten wider. Insbesondere in den USA stehen Ärzte unter dem Druck, eine solche Einverständniserklärung einzuholen, da die Anzahl der Klagen wegen medizinischer Kunstfehler steigt. Es wird sogar behauptet, dass die Zunahme derartiger Klagen zu einem gesteigerten Verbrauch medizinischer Güter geführt haben könnte – nämlich dann, wenn Ärzte „defensive Medizin“ praktizieren und mehr diagnostische Instrumente einsetzen als nötig, um sich vor möglichen Schadenersatzklagen abzusichern. Außerdem können sich Patienten Informationen leichter beschaffen, seit praktisch jeder Zugang zum Internet hat. Die Leistungserbringer haben den Patienten als möglichen Entscheidungsträger erkannt. Eine direkt an den Patienten gerichtete Werbung hat sich entwickelt. Trotzdem sind selbst informierte Verbraucher unter Umständen nicht in der Lage, alles richtig zu verstehen (Brown 1999). Daneben treten in den USA unter Managed Care die Krankenversicherungen selbst als Vermittler der Verbraucher auf: Die Krankenversicherung bestimmt alle Leistungserbringer und die angebotene Versorgung, und der Verbraucher wählt den Krankenversicherungsschutz, den er für sich selbst am geeignetsten hält. Der Verbraucher kann auf diese Weise die Informationsbeschaffung delegieren. Nach der Wahl eines Krankenversicherungsschutzes müssen jedoch trotzdem alle Entscheidungen für Versorgungsleistungen, die von dem betreffenden Versicherungsschutz nicht abgedeckt sind, jzusätzlich bezahlt werden.

Die Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002 untersuchte Entscheidungsverhalten und Eigenverantwortung der Patienten nach Verbesserung der Informationssituation in Deutschland (Nolting und Wasem 2002). Mitglieder der GKV wurden bezüglich ihrer Präferenzen hinsichtlich Information, Transparenz, Beteiligung und Wahlfreiheit bei der Versicherungsprämie befragt. Die repräsentative Befragung wurde unter 1000 Personen der beiden Altersgruppen der 25- bis 40-Jährigen und der 60- bis 69-Jährigen durchgeführt. Eine Mehrheit der Befragten forderte mehr Information in verschiedenster Form, mehr Transparenz bezüglich der ärztlichen Leistungen sowie externe Qualitätsprüfungen und Rankings für Ärzte.

Die Verbraucher sind durchaus in der Lage, Qualitätsunterschiede zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen wahrzunehmen und ihre Entscheidungen auf der Grundlage eines derartigen Qualitätswissens zu treffen (Harris; Schultz, und Feldman 2002). McCormack et al. versorgten Medicare-Berechtigte mit unterschiedlichen Informationsmodulen und befragten anschließend 2107 Probanden, um deren Informationsgewinn zu messen (McCormack; Garfinkel; Hibbard; Keller; Kilpatrick, und Kosiak 2002). Dabei stellte sich heraus, dass die Materialien einen moderat positiven Effekt auf den Informationsstand der Befragten hatten, und dass der Informationszuwachs größer war als bei herkömmlichen, durch Medicare bereitgestellte Informationsquellen.

Gesundheitsreformen, die zum Ziel haben, mehr Wahlfreiheit herbeizuführen, werden nur dann eine Wirkung entfalten, wenn die Verbraucher ausreichend informiert und in der Lage sind, kompetente Entscheidungen zu treffen. Segal kommt zu dem Schluss, dass Mechanismen zur Förderung einer aktiven Beteiligung der Verbraucher an Gesundheitsentscheidungen – auch 'Patientenmitbestimmung' genannt – für den Erfolg von Gesundheitsreformen kritische Bedeutung haben (Segal 1998).

5.4.2 Report Cards

Das zunehmende Interesse an der Qualität des Gesundheitswesens hat zur Entwicklung von "Report Cards" für die Bewertung und den Vergleich von Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung in drei Bereichen geführt (Krumholz; Rathore; Chen; Wang, und Radford 2002):

1. Krankenhäuser
2. Ärzte

3. Krankenversicherungsschutz unter Managed Care

Bisher haben sich die meisten Report Cards auf die Versorgungsqualität innerhalb verschiedener Krankenversicherungen konzentriert und nicht auf die Strukturen der Krankenversorgung, innerhalb derer die Leistungen erbracht werden (Braun; Kind; Fowles, und Suarez 2002).

Verwendung von Report Cards

Report Cards sind für verschiedene Anwender ein interessantes Instrument. Auf der Seite der Nachfrage können dies öffentliche oder private Einkäufer, Arbeitgeber, Patienten oder Regulierungsbehörden wie staatliche Versicherungen oder Gesundheitsministerien sein (Scanlon; Darby; Rolph, und Doty 2001). In einem wettbewerbsorientierten Markt für Krankenversicherungen, in dem verschiedene Versicherungsprodukte aus Sicht des Verbrauchers hinsichtlich Preis und Qualität konkurrieren, erfassen und verbreiten Arbeitgeber und andere Organisationen zunehmend Informationen über Aspekte der Leistung der Krankenversicherung, von denen angenommen wird, dass sie mit der Qualität der Krankenversicherung zusammenhängen (Scanlon 2002). Auf der Seite der Anbieter können Managed-Care-Organisationen die Messungen zur Steigerung der Qualität der angebotenen klinischen Versorgung und Betreuung nützlich finden (Thompson. J. 1999). Allerdings ist diese letztgenannte Anwendergruppe relativ neu. Scanlon et al. erwägen die Möglichkeit von Leistungsmessungen und Verbraucherinformationen für Preferred Provider Organizations (PPOs) (Scanlon 2001).

Wicks und Meyer formulieren sechs Voraussetzungen für die Effektivität von Report Cards (Wicks und Meyer 1999):

1. Die Verbraucher müssen willens sein, Report Cards zu verwenden.
2. Die Verbraucher müssen in der Lage sein, die mit Hilfe von Report Cards ermittelten Leistungsvergleiche korrekt zu interpretieren.
3. Leistungsberichte müssen diejenigen Kriterien des Krankenversicherungsschutzes und der Leistungserbringer messen, welche die potenziellen Einkäufer beeinflussen möchten.
4. Die Qualitätsindikatoren der Report Cards müssen die Leistung genau messen.

5. Die gemessenen Kriterien müssen Ergebnisse widerspiegeln, die sich durch die Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes signifikant beeinflussen lassen.
6. Die Krankenversicherungen müssen dazu gebracht werden, dass gute Leistung belohnt und schlechte Leistung bestraft wird.

Verbesserung von Wissen und Information der Verbraucher

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass eine allgemeine Bewertung von Report Cards oder Patienteninformationen schwierig ist, wenn deren Gestaltung sowie die vermittelten Informationen selbst alles andere als optimal sind. Zur Verbesserung von Report Cards tragen die Autoren eine Reihe von Lösungsvorschlägen vor.

In einer neueren Studie untersuchten McCormack et al., was Medicare-Berechtigte über Krankenversicherungen wissen (McCormack et al. 2002). Mit Blick auf frühere Forschungsarbeiten stellten sie fest, dass der Kenntnisstand über Krankenversicherungen von folgenden Faktoren abhängt:

1. Höherer Bildungsgrad
2. Höheres Einkommen
3. Jüngerer Alter
4. Männliches Geschlecht

Ihre Studienergebnisse legen nahe, dass sich der Wissensstand der Versicherten durch Schulungsmaßnahmen erhöhen lässt. Eine Untersuchung von Jewett ergab, dass Verbraucher mit unterschiedlichem Zugang zum und unterschiedlichen Erfahrung mit dem Gesundheitswesen unterschiedlich hohe Kenntnisstände aufweisen (Hibbard 1996).

Scanlon und Chernew haben ermittelt, dass Arbeitnehmer, die durch Report Cards informiert wurden, auf die so vermittelten Rankings nicht reagierten (Scanlon und Chernew 1999). Die Autoren vermuten, dass Versicherte sich möglicherweise stärker auf ihre eigenen Erfahrungen oder die Erfahrungen von Familienmitgliedern, Freunden und Kollegen verlassen. Zahlreiche Arbeitnehmer haben die Report Cards weder angesehen noch verwendet.

Mehrere Studien (Epstien 1998), (Lubalin und Harris-Kojetin 1999; Epstien 1998; Lubalin und Harris-Kojetin 1999) sagen, dass daraus nicht vorschnell auf die Nutzlosigkeit von Report Cards zu schließen sei, wenn die Gestaltung zahlreicher Report Cards de facto unmittelbar gegen grundlegende Prinzipien der Kognition verstößt (Vaiana und McGlynn 2002). Bei der Beurteilung der Präsentation von Informationen zahlreicher Internetseiten mit Gesundheitsinhalten zieht sie die wissensorientierte Konstruktion einer informationsvermittelnden Perspektive vor. Das heißt, die Besucher der Website sollten die Möglichkeit erhalten, die Informationen auszuwählen, die sie selbst wünschen und nicht die Informationen, die die Verfasser der Websites verbreiten möchten. Des Weiteren empfiehlt Vaiana, alle Formatierungen entsprechend der vorhandenen Erkenntnissen darüber vorzunehmen, wie Menschen Informationen aufnehmen, verarbeiten und verstehen, und die Möglichkeiten des Internets speziell dafür zu nutzen, Informationen in brauchbarer und flexibler Weise darzustellen.

Hibbard et al. haben mit ihrer Studie gezeigt, dass das Versehen der Bedeutung der Entscheidung über den Krankenversicherungsschutz mit einer *Risikowarnung* einen durchgängig und deutlich positiven Effekt darauf hat, wie Verbraucher Leistungsvergleiche aufnehmen, bewerten und gewichten (Hibbard; Harris-Kojetin; Mullin; Lubalin, und Garfinkel 2000). Frühere Erkenntnisse von Hibbard sprechen dafür, dass Verbraucher Qualitätsinformationen häufig nicht verstehen, weil sie deren aktuellen Bezug zum Gesundheitswesen nicht kennen, und Indikatoren, deren Bedeutung nicht verstanden wird, wird für unnütz gehalten (Hibbard 1997). Demzufolge ist also die Bedeutung eines Indikators allein nicht ausreichend für die Entscheidung, welche Indikatoren in Report Cards aufgenommen werden sollen.

Aus einer neueren Arbeit von Farley et al. geht hervor, dass Mitglieder von staatlichen Krankenversicherungen ihren Versicherungsschutz nach anderen Kriterien auswählen als Mitglieder von privaten Krankenversicherungen und Gruppensponsoren und die Entwickler von Informationsinitiativen wie der CAHPS unterschiedliche Ansätze für Medicare, Medicaid und private Versicherungen entwickeln und testen müssen (Farley 2000). Zum selben Ergebnis kommt die Fokusgruppenuntersuchung von Gibbs et al., die Unterschiede zwischen Medicare, Medicaid und privat Versicherten nachweist (Gibbs 1996). Alle Befragten legten

großen Wert auf eine dauerhafte Beziehung zu den bereits gewohnten Leistungserbringern.

Verhältnis zwischen Krankenversicherungs-Report Cards und Versicherungsbeitritt

Es liegen zahlreiche Studien vor, die das Verhältnis zwischen Krankenversicherungs-Report Cards und dem Versicherungsbeitritt untersuchen. Scanlon et al. schließen aus einem natürlichen Experiment bei General Motors, dass 'Arbeitnehmer einem Krankenversicherungsschutz, der mit relativ hohen Zuzahlungen verbunden ist, eher nicht beitreten' und dass 'Verbraucher einen Krankenversicherungsschutz mit zahlreichen unterdurchschnittlichen Bewertungen meiden' (Scanlon; Chernew; McLaughlin, und Solon 2002).

Eine Untersuchung des Effektes der HEDIS-Kriterien zum Beitritt in Managed-Care-Organisationen, die 1996 in einem großen Unternehmen durchgeführt wurde, zeigte, dass diese Bewertungen sich nicht stark auf die Beitrittswilligkeit auswirkten (Scanlon und Chernew 1999). Allerdings merken die Autoren auch an, dass zur Beurteilung des tatsächlichen Effektes einer Veröffentlichung von Leistungsrankings verschiedener Krankenversicherungen Daten aus Längsschnittstudien erforderlich wären, und dass die Studie keinesfalls als Argument für die Nutzlosigkeit von Leistungsvergleichen oder Report Cards herangezogen werden darf.

CAHPS

Ein exemplarisches Beispiel für Report Cards sind die CAHPS Report Cards. Bei der Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS) handelt es sich um eine von der Agency for Healthcare Research and Quality finanzierte fünfjährige Forschungsinitiative. Ziel ist dabei, zur Unterstützung der Verbraucher bei der Auswahl eines geeigneten Krankenversicherungsschutzes vergleichende Informationen über die Leistung einzelner Krankenversicherungen zu gewinnen. Eine neuere Untersuchung der Auswirkungen dieser Berichte (Hibbard; Berkman; McCormack, und Jael 2002) ergab Folgendes:

1. Eine Lektüre der Berichte korreliert mit einem höherem Informationsstand bezüglich der Leistungen der verschiedenen Krankenversicherungen nach den Kriterien der CAHPS-Berichte.

2. Personen, die den Bericht gelesen haben, messen den Berichtskategorien bezüglich der Auswahl des geeigneten Krankenversicherungsschutzes eine höhere Wichtigkeit bei als Personen, die den Bericht nicht gelesen haben.
3. Personen, die den Bericht gelesen haben, lassen sich von Informationen ihres Arbeitgebers stärker beeinflussen als Personen, die den Bericht nicht gelesen haben.

Die Frage ist, inwieweit sich die CAHPS-Kriterien eignen, um zwischen verschiedenen Krankenversicherungen zu differenzieren. Eine Studie von Zaslavsky et al. ergab, dass anhand der CAHPS-Rankings und der Berichtselemente Unterschiede zwischen Krankenversicherungen sowohl auf nationaler Ebene als auch innerhalb einzelner Märkte feststellbar sind (Landon; Zaslavsky; Beaulieu; Shaul, und Cleary 2001). Ihre Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass sich die CAHPS-Kriterien für mehrere potentielle Anwendungsbereiche eignen:

1. Auf der Ebene der Krankenversicherungen: Interne Qualitätsverbesserung durch Aufdecken von Problembereichen.
2. Auf der Marktebene: Identifizierung von regionalen oder marktinternen Qualitätsunterschieden konkurrierender Krankenversicherer durch Versicherungsnehmer oder Großeinkäufer.

Des Weiteren sind sie zu den nachstehenden Schlüssen gekommen:

1. Die mittleren Antworten sind im Verhältnis zur Breite der Antwortmöglichkeiten im Allgemeinen hoch. So geben Mitglieder ihren Krankenversicherungen und Leistungserbringern gewöhnlich gute Noten.
2. Stärkere Diskriminationskraft haben:
 - a. Die Bewertung der Gesamtqualität (anhand von Einzelementen).
 - b. Eine Zusammenstellung von Qualitätsberichten zum Kundendienst.
 - c. Bemängelung des Krankenversicherungsschutzes (Einzelement).
3. Schwächere Diskriminationskraft haben:
 - a. Gesamtbewertungen von Ärzten und Versorgungsleistungen.
 - b. Berichte der Versorgungserbringung in der Arztpraxis.

Marshall et al. führten eine umfassende Untersuchung der Auswirkungen einer Offenlegung von Leistungsdaten durch. Daraus geht hervor, dass 'offensichtlich weder einzelne Verbraucher noch Gruppeneinkäufer die gegenwärtig verfügbaren Informationen in nennenswertem Ausmaß sichten, verstehen oder verwenden'.

Allerdings verweisen sie auf die Tatsache, dass Report Cards einen Einfluss auf das Verhalten der Leistungserbringer haben können, da diese durchaus auf ihr Bild in der Öffentlichkeit achten. In diesem Sinne liegt der größte Wert einer Offenlegung von Leistungsdaten wahrscheinlich in der Stimulierung und Förderung interner Mechanismen zur Qualitätssicherung.

HEDIS

HEDIS ist die Abkürzung für Health Plan Employer Data and Information Set. Die HEDIS-Leistungsmessungen sind vom National Committee for Quality Assurance (NCQA) in Zusammenarbeit mit Krankenversicherungen und großen Arbeitgebern in den USA entwickelt worden.

Das Verhältnis zwischen den Bewertungen durch Report Cards und der 'tatsächlichen' Qualität

Eine wichtige Frage im Zusammenhang mit Report Cards ist, inwieweit diese bei Krankenhausleistungen zwischen Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung unterscheiden können. Eine neuere Studie stellt diese Eigenschaft deshalb in Frage, weil die Krankenhausbewertungen eines bekannten Internet-Bewertungssystems nur sehr schlecht zwischen der Krankenversorgung und der Mortalitätsrate zweier beliebiger Krankenhäuser unterscheiden konnte (Krumholz et al. 2002).

Da zahlreiche Elemente von Report Cards auf die Patientenzufriedenheit abzielen, sind die Ergebnisse einer Studie zu den Faktoren, die die Zufriedenheit stationärer Patienten bestimmen, bedeutsam (Thi; Briancon; Empereur, und Guillemin 2002). Die Autoren gelangen zu dem Schluss, dass die beiden stärksten Prädiktoren für die Zufriedenheit in allen Bereichen ein höheres Lebensalter und eine günstigere Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Aufnahme waren. Obwohl nur stationäre Patienten befragt wurden, die wegen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Atemwege, der Harnwege oder des Bewegungsapparates medizinisch betreut wurden, sind die Ergebnisse dieser Studie interessant. Der wichtigste Punkt ist, dass reine Zufriedenheitswerte beim Vergleich von Krankenhäusern oder Leistungen bedeutungslos sind. Aussagekräftig werden diese Vergleiche nur dann, wenn die wesentlichen assoziierten Faktoren wie Alter und Gesundheitszustand der Patienten einer Gewichtung unterzogen werden.

Qualitätsinformation und Verbraucherverhalten

Verschiedene Verbraucher können auf ein und dieselbe Information unterschiedlich reagieren. Phibbs et al. konzentrierten sich zur Untersuchung dieses Phänomens auf schwangere Frauen (Phibbs 1993). Anders als die meisten anderen Verbraucher von Gesundheitsleistungen wissen schwangere Frauen bereits Monate im Voraus um ihren Versorgungsbedarf und sollten ausreichend Zeit für die Beschaffung von Qualitätsinformationen haben. Die Autoren fanden heraus, dass Frauen mit hohem Geburtsrisiko Qualitätsinformationen einen höheren Wert beimaßen als Frauen mit unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die zusammenfassende Betrachtung aller Patienten insofern irreführend sein kann, als sich der Risikostatus der Patienten auf ihre Entscheidung auswirkt.

So wechselten Angestellte der Harvard University den Krankenversicherungsschutz, nachdem sie Informationen zur Qualität ihrer Krankenversicherungen erhalten hatten. Beaulieu ermittelte, dass eine signifikante Anzahl von Personen aus Krankenversicherungen, deren Qualität niedrig bewertet worden war, austraten, während Mitglieder einer höher bewerteten Krankenversicherung seltener zu einem Wechsel der Krankenversicherung neigten (Beaulieu 2002).

Auf der Grundlage einer Befragung von mehr als 82.000 Medicare-Berechtigten ermittelten Landon et al., dass nach Ansicht der Berechtigten gewinnorientierte Krankenversicherungen und staatliche Krankenversicherungen weniger gut abschnitten als gemeinnützige und lokale oder regionale Krankenversicherungen (Landon et al. 2001). So wurden gewinnorientierte Krankenversicherungen mit Blick auf den Kundenservice und Versorgungszugang deutlich schlechter bewertet, die Qualität der Ärzte war vergleichbar. Man könnte sagen, dass bei gewinnorientierten Versicherern der Zugang zur Krankenversorgung zwar schwieriger ist; wird Versorgung aber einmal gewährt, ist ihre Qualität genau so gut wie bei anderen Krankenversicherungen. Dies gilt nicht für staatliche Krankenversicherungen, seien sie gewinnorientiert oder gemeinnützig, da sie bei Kundenservice, Krankenversorgung, fachärztlicher Betreuung und dem Versicherungsschutz insgesamt schlechtere Noten erhalten.

Die Austrittsraten waren bei staatlichen gewinnorientierten Krankenversicherungen deutlich höher (14,7 Prozent) als bei staatlichen gemeinnützigen

Krankenversicherungen (7,7 Prozent). Gleiches gilt für lokale gewinnorientierte Krankenversicherungen, die eine Austrittsrate von 16,3 Prozent aufwiesen, während die Austrittsrate bei lokalen gemeinnützigen Krankenversicherungen 11,7 Prozent betrug. Statistisch war diese Differenz nicht signifikant (Landon et al. 2001).

Mehr Information führt zu anderen Entscheidungen, sagt eine Untersuchung zur Bereitstellung zusätzlicher Informationen über die erwartete Höhe von Zuzahlungen bei verschiedenen Krankenversicherungen. In einem Labormodell entschieden sich die Verbraucher für einen deutlich geringeren (und dadurch teureren) Versicherungsschutz, sobald sie Klarheit über die zu erwartenden Zuzahlungen gewonnen hatten. Wenig überraschend übernahmen gesündere Verbraucher mehr Risiken als kränkere, was zu adverser Selektion führte. Die Autoren fanden keine Anzeichen dafür, dass die Nachfrage nach Krankenversicherungen mit hoher Prämie und großem Leistungsumfang abnahm, wenn Versicherungspreis und Qualitätsbewertung nicht übereinstimmten. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Ergebnisse außerhalb des Realitätsmodells weniger signifikant sein könnten. Sie merken an, dass Verbraucher, die bereits Mitglied einer Krankenversicherung sind, mit geringerer Wahrscheinlichkeit einen neuen Krankenversicherungsschutz wählen als Neumitglieder (Schoenbaum; Spranca; Elliott; Bhattacharya, und Short 2001).

Booske et al. versorgten 201 Angestellte des Staates Wisconsin, die an einem Experiment zur Wahl einer Krankenversicherung teilnahmen, mit Informationen über Kosten, Qualität und Umfang verschiedener Krankenversicherungen. Die Bereitstellung dieser Informationen veränderte die Präferenzen der einzelnen Angestellten. Den größten Wert legten die Befragten auf Informationen zu Kosten und Umfang des Versicherungsschutzes, und bei vielen änderte sich die Präferenz für eine Krankenversicherung auf der Grundlage dieser Information; jedoch waren auch Informationen zu Qualität und Funktionsweise der Krankenversicherung von Interesse (Booske; Sainfort, und Hundt 1999).

Zahlreiche Wahlmöglichkeiten sind nicht immer erwünscht. McLaughlin (McLaughlin 1999) und Hibbard (Hibbard 1997) haben unabhängig voneinander herausgefunden, dass viele Verbraucher weniger Krankenversicherungen und weniger komplexe Information bevorzugen, da die Vielzahl der Krankenversicherungen Vergleiche zu teuer und kompliziert macht.

Wie zu Beginn dieses Abschnittes erwähnt, sind es im Wesentlichen Informationsprobleme, die zu den größten Herausforderungen im Gesundheitswesen zählen. Wie aus den vorerwähnten Studien hervorgeht, ist ein verbessertes Informationsangebot kein Allheilmittel für dieses Problem. Im Gesundheitswesen ist die Bereitstellung von Information per se ein schwieriges Unterfangen. Erfolgt sie optimal, kann sie im Allgemeinen sehr hilfreich sein, niemals aber wird sie die Informationsasymmetrie komplett eliminieren können.

Die Fähigkeit des Verbrauchers zu verbessern, informierte Entscheidungen zu treffen, wirkt sich auch in dem Bereich aus, in dem es um die Ausgaben geht, dem überragenden Thema der nächsten zwei Abschnitte.

5.5 Instrumente zur Ausgabenreduktion auf der Verbraucherseite

Die zentrale Problematik des deutschen Gesundheitswesens sind die hohen und weiter steigenden Ausgaben. Die Begrenzung oder gar Reduzierung der Gesundheitsausgaben ist daher eines der Hauptziele einer Gesundheitsreform. Während allgemein Modelle der Wahlfreiheit und ihre Auswirkungen auf die eingangs benannten Ergebnisgrößen anfänglicher Schwerpunkt dieser Literaturübersicht waren, ist die Ausgabenbegrenzung aufgrund ihrer großen Bedeutung für Deutschland insgesamt zweifellos einer der Gründe für Überlegungen zur Wahlfreiheit deutscher Verbraucher. In diesem Abschnitt betrachten wir die verbraucherseitigen Instrumente, die Versicherungsunternehmen zur Senkung der Ausgaben einsetzen können, während wir im nächsten Abschnitt die Auswirkungen unterschiedlicher Organisationsformen der Leistungserbringer betrachten.

Zunächst betrachten wir die Bedeutung der Prävention und ihrer Funktion als kostensenkendem Mechanismus, bevor wir uns der Frage der Kostenbeteiligung durch die Verbraucher - sowohl in der Form von Zuzahlungen und Selbstbehalten als auch ihrem Gegenstück, dem Bonus - zuwenden. Anschließend gehen wir auf weitere kostensenkende Maßnahmen ein, wie z. B. bestimmte Erweiterungen oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes. Abschließend untersuchen wir in einem separaten Unterabschnitt die Bedeutung dieser Instrumente für die Gerechtigkeit des

Gesundheitssystem. Explizit soll hier erwähnt werden: Während die in den folgenden beiden Abschnitten vorgestellten Studien sich schwerpunktmäßig mit der Eignung kostensenkender Maßnahmen beschäftigen, arbeiten wir auch, soweit verfügbar, deren Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der Verbraucher und die Gerechtigkeit des Gesundheitssystems aus. Weitere Informationen und eine detailliertere Auflistung der Literatur entnehmen Sie bitte der Aufstellung des beigefügten Anhangs, wo die Literatur in strukturierter Form zusammengestellt ist.

5.5.1 Vorbeugung

Das Verhalten der Versicherungsnehmer wirkt sich stark auf die Inanspruchnahme von und die Ausgaben für medizinische Leistungen aus. Ernährung, körperliche Bewegung und ein stressfreies Umfeld können die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen substantiell reduzieren. Das Vorbeugung durch den Patienten und die Befolgung ärztlichen Rates sind gleichermaßen wichtig.

Pronk et al. behaupten, dass vorbeugende Aktivitäten die Gesundheitskosten deutlich senken können: Sie ermittelten, dass Menschen, die gesund leben (Nichtraucher ohne Übergewicht, die sich regelmäßig bewegen) bis zu 49 Prozent weniger Gesundheitskosten verursachen, als übergewichtige Raucher, die sich nicht regelmäßig bewegen (Pronk; Goodman; O'Connor, und Martinson 1999). Der wichtigste Vorteil einer gesunden Lebensweise ist für die Verbraucher immer noch eine bessere Gesundheit – geringere Zuzahlungen oder Prämien sind ein sekundärer Vorteil.

Die Krankenversicherung selbst könnte auch dazu genutzt werden, den Versicherungsnehmer zu einer gesunden Lebensweise anzuhalten. Es hat einige Versuche gegeben, den Versicherungsschutz zur besseren Nutzung wirksamer Vorsorgeuntersuchungen gegeben. So könnten beispielsweise Screening-Untersuchungen in einem kostenwirksamen Zeitraum komplett von der Versicherung übernommen werden, wie beim Beispiel Medicare, die die Kosten für eine halbjährliche Mammographie erstattet. Andere präventive Maßnahmen, wie etwa jährliche körperliche Check-ups, werden nicht komplett abgedeckt, da eine frühe Studie von Kaiser Permanente für derartige Untersuchungen nur einen geringen Vorteil belegen konnte.

Zwar äußern Politiker sich häufig dahingehend, dass sich durch Prävention über eine Reduktion von Folgekosten Geld sparen ließe, doch gelingt dies nur bei wenigen Programmen. Russell gibt dafür eine Erklärung (Russell 1986). So zielen zum Beispiel die meisten Präventionsmaßnahmen gegenwärtig auf die wichtigsten chronischen Erkrankungen (Herzkrankheiten, Krebs, usw.) ab und nicht darauf, das Verbluten eines Unfallopfers zu verhindern. Präventionsmaßnahmen wie die regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks sind nicht hinreichend zielgerichtet und nur moderat wirksam – in vielen Fällen erkranken die Menschen überhaupt nicht, andere trotzdem ein oder zwei Jahre später. Obwohl die Kosten für die Prävention sofort anfallen, treten die positiven Wirkungen – wenn überhaupt – erst viel später ein, so dass alle mit Prävention zusammenhängende medizinische Einsparungen stark diskontiert werden müssen. Die Zielgerichtetheit einer Maßnahme hat in der Tat große Bedeutung, wie sich am Beispiel der sekundären Prävention von Herzkrankheiten durch Statine oder Blutdruckmittel zeigt, die in der Regel weitaus kostenwirksamer ist als die primäre Prävention von Herzkrankheiten. Dichtere Krebsvorsorge durch die Ärzte steigert die Gesundheitsausgaben, da die Kosten für diese Vorsorgeuntersuchungen auf alle Menschen zukommen, aber die Anzahl der Früherkennungen gering ist. Tengs et al. listen zahlreiche Studien verschiedener Vorsorgeuntersuchungen sowie primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen auf. (Tengs et. al. 1995). Praktisch alle Studien untersuchten die 'Kostenwirksamkeit' der jeweiligen Maßnahme. Das heißt, sie geben die Ausgaben für das Jahr an, in dem sich der Gesundheitszustand des Patienten aufgrund der Intervention verbessert hat. Würden sie die Nettokosten reduzieren, wäre dieses Verhältnis bedeutungslos. Damit soll Prävention nicht generell in Frage gestellt werden, doch gewöhnlich bewirkt sie eben eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und keine Einsparung.

Ohne diese allgemeine Regel bezüglich der Wirkung von Prävention zu verneinen, gibt es doch einige Beispiele, wo sich durch vorbeugende Maßnahmen Kosten einsparen lassen. So senkt es z. B. die Gesundheitsausgaben, wenn Mütter, die Gefahr laufen, eine Frühgeburt zu erleiden, mit Steroiden behandelt werden. Geld kann auch gespart werden, wenn die Impfraten bei Kindern von Null auf einen deutlich höheren Wert gesteigert werden. Die Impfrate von 90 Prozent auf 95 Prozent zu steigern, führt zu keiner weiteren Einsparung, da eine 90-prozentige Durchimpfung ausreichend ist, um Krankheiten wie Röteln, Kinderlähmung und

Mumps im Wesentlichen einzudämmen. Das wichtigste Instrument für das Erreichen einer breiten Durchimpfung in den USA waren Schulvorschriften: Kinder dürfen nur bei umfassendem Impfschutz eine Schule besuchen. Diese Vorschriften wurden dahingehend ergänzt, dass Kinder aus einkommensschwachen Familien in staatlichen Krankenhäusern kostenlos geimpft werden können.

In den USA, wahrscheinlich auch in Europa, gibt es neben unterschiedlich hohen Versicherungsprämien auch noch andere Instrumente, die sich direkt auf das Gesundheitsverhalten auswirken. So werden beispielsweise neben Tabaksteuern Werbespots gegen das Rauchen eingesetzt, die mit Geldern finanziert wurden, die Tabakkonzerne nach verlorenen Prozessen zahlen mussten. Keeler et al. folgten den Vorgaben des Schweizer Wirtschaftswissenschaftlers Robert Leu in der Betrachtung der lebenslangen externen Kosten des Rauchens (Manning; Keeler, und Newhouse 1991). Die Autoren berechneten das Rauchverhalten und verschiedene Kostenarten eines Raucherlebens anhand unterschiedlicher Datenquellen, einschließlich epidemiologischer Daten zu Mortalität und Morbidität, sowie Daten zu den medizinischen Kosten aus dem RAND Health Insurance Experiment und von Medicare. Dahinter stand der Gedanke, dass die Menschen zwar ein Recht darauf haben, ihr Leben im Austausch für die Freude am Rauchen zu verkürzen, wenn aber der Tabakkonsum der Gesellschaft insgesamt Kosten auferlegt, müssen Tabaksteuern diese Kosten ausgleichen. Wie sich herausstellte, entsprechen die US-amerikanischen Tabaksteuern annähernd den externen Kosten des Rauchens. Die Studie schätzte die externen Kosten einer Packung Zigaretten auf ca. 15 Cents; die medizinischen Kosten beliefen sich dabei auf 26 Cents pro Packung, die Arbeitnehmersteuern reduzierten diese um 9 Cents pro Packung, diese Kosten wurden jedoch weitgehend durch verkürzte Rentenzahlungen von 24 Cents pro Packung neutralisiert. Dieser letzte Punkt greift besonders, da Sozialleistungen billiger sind, wenn Menschen jung sterben. In Europa sind die Tabaksteuern allgemein deutlich höher und es scheint nicht fair zu sein, die Raucher in der Krankenversicherung nochmals zur Kasse zu bitten. Es ist viel darüber publiziert worden, warum Menschen das Rauchen aufgeben, doch – so scheint es – spricht nichts dafür, dass Prämienunterschiede bei der Krankenversicherung sie dazu veranlassen. Man könnte Untersuchungen der Preiselastizität des Rauchens heranziehen und annehmen, dass die Prämien einen vergleichbaren Effekt zeitigen. So würde der jährliche Prämienunterschied durch die durchschnittliche Anzahl

gerauchter Packungen dividiert und als zusätzliche Tabaksteuer behandelt. Dann könnte die Preiselastizität der Wahrscheinlichkeit des Rauchens zur Schätzung der Auswirkungen herangezogen werden. In der vorerwähnten Studie haben Keeler et al. auch Alkoholkonsum und Bewegungsmangel untersucht. Die Studie ergab, dass in den USA der Alkoholkonsum aufgrund der hohen Zahl von Verkehrstoten im Zusammenhang mit Trunkenheit am Steuer deutlich höhere externe Kosten verursacht als das Rauchen. Das Passivrauchen dagegen fällt als Gesundheitsproblem deutlich weniger ins Gewicht, insbesondere auch durch die jüngsten Gesetzesänderungen und aufgrund der Tatsache, dass am Arbeitsplatz, in Restaurants usw., Raucher von Nichtrauchern getrennt werden.

Bei Lebensversicherungen werden Rauchverhalten, Gewicht und andere für das Gesundheitsverhalten relevante Indikatoren zusammen mit dem Alter zur Berechnung der Prämie herangezogen. Die Höhe der Tabak- oder Alkoholsteuern dagegen richtet sich stärker an der Dosis und den möglichen Gefahren für die Gesundheit aus als an einem Indikator dafür, ob jemand raucht oder nicht.

Die verfügbaren Erkenntnisse legen dann den Schluss nahe, dass Anreize zur Prävention, sowie die Prävention selbst im besten Falle nur marginal zu einer Senkung der Ausgaben beitragen. Wenden wir uns nun den privaten Anreizen für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und den wichtigsten Instrumenten zur Verhinderung einer Inanspruchnahme übermäßiger oder unnötiger Versorgungsleistungen zu. Die wichtigsten Instrumente verlagern dabei Teile dieser Kosten auf den Verbraucher, sodass es also für den einzelnen Verbraucher eine gewisse Schwelle gibt, unterhalb derer er sich gegen die Inanspruchnahme einer Leistung entscheiden wird. Wir betrachten, wie sich Zuzahlungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung (und damit auf Ausgaben/Kosten), auf den Gesundheitsstatus der Nachfrager und auf die Gerechtigkeit unter den Nachfragergruppen auswirken.

5.5.2 Zuzahlungen

Zuzahlungen sind, wie Selbstbehalte, eine Form, den Verbraucher an den entstehenden Kosten zu beteiligen. Gewöhnlich werden sie in Form eines Festbetrages fällig (zum Beispiel als Zuzahlung von 10 Dollar zu jedem Arztbesuch) oder in Form eines Prozentsatzes (zum Beispiel eine Beteiligung des

Versicherungsnehmers an 25 Prozent der anfallenden Gesundheitskosten, wobei es dann meistens eine Obergrenze gibt; der vom Verbraucher zu zahlende Prozentsatz wird auch als Eigenbeteiligung bezeichnet). Die Versicherung übernimmt einen Teil der Kosten mit Beginn der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Die Literatur zum Themenbereich Zuzahlungen und Selbstbehalte ist umfassend. In ihrer breit angelegten Übersichtsarbeit zu empirischen Nachweisen kommen Zweifel und Manning zu dem Schluss, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei steigender Selbstbeteiligung in der Form von Zuzahlungen oder Selbstbehalten fällt (Zweifel und Manning 2000). Mit anderen Worten, je umfassender der Versicherungsschutz (niedriger Selbstbehalt, niedrige Selbstbeteiligung, hohes Krankengeld), desto mehr medizinische Leistungen werden nachgefragt. Dieses Verhältnis ist nachweislich schwankungsunempfindlich und gilt für eine Vielzahl von Populationen und institutionellen Rahmenbedingungen. Die Stärke der geschätzten Reaktion variiert allerdings stark.

Die Auswertung der Literatur zeigt, dass höhere Zuzahlungen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen unabhängig davon verringern, ob diese durch Versicherungsprämien, durch Arbeitnehmerbeiträge oder durch Steuern finanziert werden. Hinsichtlich des Effektes auf den Gesundheitszustand zweifeln Zweifel und Manning mehrere Studien, die Auswirkungen einer eingeschränkten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf den Gesundheitszustand gefunden haben (Zweifel und Manning 2000). Im Gegensatz dazu legt das Health Insurance Experiment nahe, dass keine derartigen negativen Effekte zu erwarten sind.

Das RAND Health Insurance Experiment begegnete dem Problem der Biased Selection (Nicht-Repräsentativität der Ergebnisse), indem Menschen mit verschiedenen Formen des Krankenversicherungsschutzes randomisiert wurden (Newhouse 1993). Während der fünfjährigen Studie wurden die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Teilnehmer, der Gesundheitszustand und die Zufriedenheit mit den betreffenden Krankenversicherungen gemessen und ausgewertet. Die Forscher ermittelten, dass sich die Kostenbeteiligung auf die verschiedenen Gruppen folgendermaßen auswirkt:

- Auswirkungen auf die Inanspruchnahme: Eine Beteiligung an den Kosten hat die Inanspruchnahme aller Gesundheitsleistungen bei allen Verbrauchern

deutlich gesenkt. Die mittleren vorhergesagten Ausgaben im kostenfreien Krankenversicherungsschutz liegen 23 Prozent über einem Krankenversicherungsschutz mit 25 Prozent Beteiligung, bei kleineren, aber signifikanten Ausgabenreduktionen bei den Krankenversicherungen mit 50 Prozent und 95 Prozent Beteiligung. Am stärksten wirken sich Zuzahlungen bei der Anzahl der Behandlungsepisoden aus (d. h. die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung im Krankheitsfall nimmt unter dem Zuzahlungsmodell stark ab).

- Auswirkungen auf den Gesundheitszustand: Trotz höherer abgedeckter Leistungen beim Krankenversicherungsschutz ohne Zuzahlungen waren keine messbaren Effekte auf die allgemeine Gesundheit feststellbar (Signifikanzbereich fünf Prozent).
- Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit: Bei den Befragten, die nach Einzelleistungsabrechnung versichert waren, gab es keine Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Krankenversicherungen.

Eine Beteiligung der Verbraucher an den Kosten senkt die Nachfrage nach überflüssigen Leistungen und wirkt der Inanspruchnahme falscher Leistungen entgegen, steht aber im Widerspruch zum allgemeinen Ziel einer gerechten Gesellschaft. Einige Studien ermittelten, dass Kostenbeteiligung sich negativ auf die Gesundheit Obdachloser und Arbeitsloser auswirkt (Mossialos 2002). In Ländern, in denen Gerechtigkeit und Versorgungszugang einen hohen Stellenwert haben, sind Zuzahlungen häufig Gegenstand heftiger öffentlicher und politischer Debatte. In Neuseeland sind Zuzahlungen deutlich erhöht worden, aber nicht in dem von der Regierung gewünschten Ausmaß. Öffentliche Proteste haben die politischen Entscheidungsträger zur Abschwächung der Reformen gezwungen. Trotzdem haben die bestehenden Zuzahlungen die Zufriedenheit der Patienten mit dem neuseeländischen Gesundheitswesen verringert und den Zugang zu Gesundheitsversorgung für die Armen verschlechtert. Vergleichbare Erfahrungen sind in Kanada gemacht worden (Donelan; Blendon; Schoen; Davis, und Binns 1999). In Australien konnte die Unzufriedenheit auch der Tatsache zugeordnet werden, dass Zuzahlungen nicht nur hoch, sondern auch unvorhersehbar sind. Private Versicherungen erstatten nur Standardhonorare, die tatsächlich berechneten Honorare können aber durchaus höher ausfallen, sodass der Patient mehr zuzahlen muss (Hall 1999). In Australien werden Krankenhäuser öffentlich finanziert und Hall

stellt fest, dass die Regierung deshalb die Krankenhausaussgaben deckeln konnte. Dies trägt zur Kostenkontrolle bei. Der Autor stellt keine Verbindung zwischen der Verringerung der Ausgaben (von 32,8 Prozent im Jahre 1985 auf 28,9 Prozent im Jahre 1996) und der empfundenen oder tatsächlichen Versorgungsqualität, der Gerechtigkeit oder dem Zugang her.

In Italien haben sich Zuzahlungen in zweierlei Richtungen ausgewirkt: Die Inanspruchnahme hat stark abgenommen, doch stieg die Anzahl der von den Zuzahlungen befreiten Patienten ²⁵, während der Anteil der Verordnungen für diese befreiten Patienten noch weitaus stärker zugenommen hat, nämlich von 45 Prozent auf 75 Prozent in den Jahren 1988 und 1989. Ferrera analysierte die Daten und vermutet, dass diese Ergebnisse eine Folge von Betrug und der parasitären Verwendungen von Befreitenkarten durch nicht befreite Benutzer sind (Ferrera 1995). Im Gegensatz dazu hat die Einführung der Kostenbeteiligung in Schweden keinerlei Auswirkung auf die Kostenbegrenzung oder die Gerechtigkeit gezeigt (Andersen 2001).

In allen Staaten der Europäischen Union gibt es Formen der Kostenbeteiligung, zumeist bei der Konsultation von Allgemeinmedizinern und Fachärzten, aber auch bei Arzneimitteln und Hilfsmitteln (Mossialos 2002).

Hsu et al. kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten umso eher zur Selbsthilfe greifen, je höher die Zuzahlungen steigen (Hsu; Go, und Selby 2001). Selby et al. untersuchten, inwieweit Zuzahlungen zu unerwünschten Ereignissen führen können, und ermittelten keinen Zusammenhang (Selby; Fireman, und Swain 1996). Wurde eine geringe Zuzahlung für die Nutzung der Notfallabteilung fällig, traten keine unerwünschten Ereignisse. wie eine Erhöhung der Mortalität oder eine Erhöhung der Anzahl vermeidbarer Krankenhausaufnahmen auf. Die Inanspruchnahme der Notfallabteilung hat um ca. 15 Prozent abgenommen, überwiegend bei Patienten, deren Erkrankung für einen Notfall nicht ausreichend ernst waren.

Hillman et al. kombinierten in einer Studie Parameter zur Senkung von Nachfrage und Angebot und ermittelten, dass Zuzahlungen alleine nicht notwendigerweise zu

²⁵ Patienten, die von Zuzahlungen befreit waren.

einer Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens führen (Hillman; Pauly; Escarce; Ripley; Gaynor; Clouse, und Ross 1999). Ihre Studienpopulation umfasste 134.937 Erwachsene, von denen die Hälfte von Allgemeinärzten unter einem Independent Practice Association (IPA)-Modell betreut wurden, bei denen die Allgemeinärzte nicht am Risiko für Arzneimittelausgaben beteiligt sind, und die andere Hälfte in einem HMO-Netzwerkmodell, bei dem die Allgemeinärzte am finanziellen Risiko für alle Verordnungen beteiligt waren. Anschließend untersuchten die Autoren, ob höhere Zuzahlungen der Patienten die Anzahl der Arztbesuche und den Arzneimittelverbrauch beeinflussen.

Die Studie kam zu folgenden Ergebnissen:

- Eine höhere Zuzahlung zu Arzneimitteln führte im IPA-Modell zu einer Senkung des Arzneimittelverbrauchs.
- Eine höhere Zuzahlung zu Arzneimitteln führte im Netzwerk-Modell nicht zu einer Senkung des Arzneimittelverbrauchs.
- Eine Zuzahlung zu Arztbesuchen war in beiden Modellen mit einem signifikanten Rückgang bei den Arzneimittelausgaben verknüpft. Personen, die ihren Arzt nicht aufsuchten, erhielten auch keine Verordnung.
- Die Gesamtausgaben für Arzneimittel waren im IPA-Modell höher als im Netzwerk-Modell, sanken aber schneller, wenn Arzneimittelzuzahlungen eingeführt wurden, im geringeren Maße auch dann, wenn Zuzahlungen zum Arztbesuch eingeführt wurden.
- Auf allen Ebenen der Zuzahlung zum Arztbesuch sind die Arzneimittelausgaben im IPA-Modell höher als im Netzwerk-Modell.

Aus diesen Ergebnissen kann geschlossen werden, dass finanzielle Anreize für die Ärzte zu einer Senkung der Ausgaben für Arzneimittel führen. Die Autoren vermuten, dass die Ärzte zur Verschreibung ausschließlich wichtiger Arzneimittel angehalten werden. Dies könnte auch erklären, warum eine Zuzahlung dann keinen Einfluss mehr auf den Verbrauch von Arzneimitteln hat: Wahlarzneimittel sind bereits ausgeschlossen, und die Patienten spüren die Notwendigkeit für wichtige Arzneimittel. Die Studie befasste sich nicht mit der Frage, wie sich diese Anreize auf die Gesundheit auswirken, und auch nicht damit, ob die ausgeschlossenen Arzneimittel tatsächlich für die Gesundheit des Patienten weniger wichtig waren (Hillman et al. 1999).

Sturm et al. haben ermittelt, dass die Art der Zahlungsweise, sei es die Vergütung von Einzelleistung oder eine im Voraus bezahlte Pauschale, Patienten mit psychischen Problemen die Entscheidung zwischen einem entsprechenden Spezialisten oder einem allgemeinmedizinischen Leistungserbringer nicht beeinflusste (Sturm 1995).

Die Preisempfindlichkeit kann nicht nur bei den Verbrauchern variieren, sondern auch je nach Art der angebotenen Versorgungsleistung. Präventionsmaßnahmen sind zum Beispiel weitaus preisempfindlicher als die Akutversorgung, da Prävention nicht als notwendig erachtet wird und Präventionsmaßnahmen häufig leicht ersetzbar sind. Desweiteren werden Präventivprogramme sowie rezeptpflichtige Arzneimittel gewöhnlich nicht gut von der Krankenversicherung abgedeckt (Ringel 2002).

Lundin untersuchte den Moral Hazard im Zusammenhang mit Zuzahlungen beim Arzneimittelkauf (Lundin 2000). Dabei fand er heraus, dass Patienten sich bei steigenden Zuzahlungen eher für Generika entschieden als für Markenprodukte. Waren allerdings die Zuzahlungen niedrig, folgten die Patienten dem Argument, dass der höhere Preis eines Markenmedikamentes aufgrund der Forschungs- und Entwicklungskosten für die Entwicklung neuer Medikamente gerechtfertigt sei.

Der Literatur über Zuzahlungen ist relativ deutlich zu entnehmen, dass diese zu einer verringerten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen und damit zu einer Verringerung der gesamten Gesundheitskosten. Während der Nachweis für den Effekt auf die Gesundheit nicht eindeutig ist, liefert das Health Insurance Experiment wichtige Hinweise dafür, dass die Gesundheit bei reduzierter Inanspruchnahme keineswegs leiden muss. Was die Gerechtigkeit angeht, so scheinen Zuzahlungen Einkommensschwächere allerdings stärker zu belasten als Wohlhabendere.

5.5.3 Selbstbehalte

Selbstbehalte unterscheiden sich von Zuzahlungen darin, dass der Versicherte beim Selbstbehalt einen Teil der Kosten bis zu einem bestimmten Betrag pro vereinbartem Zeitraum (z.B. für ein Kalenderjahr) selbst übernimmt.

Eine Studie aus der Schweiz hat die Auswirkungen von Selbstbehalten auf das Verhalten der Versicherten in der schweizerischen GKV untersucht (Werblow und Felder 2002). Sie basierte auf den Daten von 75.000 zwischen 1997 und 1999 von einer schweizerischen Krankenversicherung versicherten Einwohnern des Kantons Zürichs. Die Gesetzgebung bot die Möglichkeit, unter fünf verschiedenen hohen Selbstbehalten auszuwählen. In jedem Fall war eine anteilige Zuzahlung zu den jährlichen Kosten von 10 Prozent und 230 Schweizer Franken zu leisten. (Werblow und Felder 2002) stellten fest, dass Selbstbehalte die Inanspruchnahme negativ beeinflussten. So wirkte sich ein höherer Selbstbehalt negativer auf die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme aus und senkte die Nachfrage nach medizinischen Leistungen stärker als ein minimaler Selbstbehalt.²⁶

Im randomisierten Health Insurance Experiment zeigte sich, dass (zusätzlich auferlegte) moderate Selbstbehalte bei Krankenversicherungen mit Kostenbeteiligung gegenüber einem ähnlichen Krankenversicherungsschutz mit Kostenbeteiligung, aber ohne Selbstbehalt, die Gesamtausgaben pro Kopf 14 bis 22 Prozent reduzierte. Außerdem stiegen die Ausgaben für ambulante und zahnärztliche Leistungen nach Überschreiten der Eigenbeteiligungsgrenze, also in dem Zeitraum, in dem alle Leistungen von der Versicherung abgedeckt werden, bei einer Krankenversicherung mit Kostenbeteiligung weniger schnell als bei einer Krankenversicherung ohne Kostenbeteiligung (Newhouse 1993).

5.5.4 Rückerstattung/Bonus

Ein Bonus ist im Wesentlichen das Gegenstück zum Selbstbehalt, wobei dem Versicherten Versicherungsprämien rückerstattet werden, wenn der Versicherungsschutz während des vergangenen Monats oder den vergangenen Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.

In einer Untersuchung einer von einem deutschen Privatversicherer angebotenen Versicherung analysierte Zweifel die Auswirkungen eines Bonus für vernünftiges Verhalten auf die Inanspruchnahme (Zweifel 1987). Er kommt zu dem Ergebnis, dass Rabatte einen ähnlichen Effekt auf die Inanspruchnahme der ambulanten

²⁶ Wegen einer umfassenden Beurteilung der Schweizer Erfahrung siehe (Baur; Hunger; Kämpf, und Stock 1997) und (Schellhorn 2001).

medizinischen Versorgung haben wie Selbstbehalte (negative Sanktionen). Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass ein auf Erfahrungen basierender Bonus die Nachfrage auf Dauer stärker senkt als ein in etwa vergleichbares Rabattangebot. Die Untersuchung konnte hinsichtlich der Ausgaben kein Verhaltensmuster feststellen, das darauf schließen ließ, dass Patienten Ausgaben zum Nachteil ihrer eigenen Gesundheit hintanstellten. Dies legt also nahe, dass sich Boni nicht negativ auf die Gesundheit auswirken. Die Studie argumentiert auf einer theoretischen Ebene, dass aus der Sicht der Versicherten ein Bonus- oder Rabattsystem Versicherungsprodukten mit Selbstbehalten und Zuzahlungen durchaus vorzuziehen sei. Aufgrund mangelnder Daten zur tatsächlichen Patientenzufriedenheit konnte dieses Argument nicht empirisch untermauert werden. Das untersuchte System könnte unter Umständen auch gerechter sein als vergleichbare Eigenbeteiligungs- und Selbstbehaltssysteme, da Rabatte und Boni im Verhältnis zu einer Versicherungsprämie definiert werden. In dem Maße, in dem einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen weniger Versicherungsschutz erwerben, verringern sich auch die finanziellen Anreize für die Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen ; dies gilt nicht für Selbstbehalte und Eigenbeteiligungen.

In den Niederlanden und in Österreich erhalten einige Patientengruppen, überwiegend chronisch Kranke, eine Bargeldzahlung für ihre medizinische Versorgung und können so selbst Einfluss auf ihre Behandlung nehmen. Die betreffenden Patienten können diese Geldzahlung für die von ihnen präferierte Leistung ausgeben. So soll die Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit der einzelnen Patienten erhöht werden. In Österreich bemängeln Kritiker, dass die Summe als Zuschuss für alle Gesundheitsbedürfnisse von chronisch Kranken zu gering ist und somit völlige Unabhängigkeit nicht gewährleistet ist. Erste Erfahrungen mit der Gewährung einer derartigen Geldzahlung an junge Behinderte zeigen allerdings, dass diese die Mittel dafür verwenden, um aus dem Pflegeheim auszuweichen. (Keigher 1997). Der gleiche Ansatz ist in den USA mit den "Medical Saving Accounts" umgesetzt worden. Diese Konten bieten Versicherten, die bereit sind, in eine Krankenversicherung mit enorm hohem Selbstbehalt zu wechseln (und dadurch die Kosten für ihre Versicherung zu reduzieren und die finanzielle Verantwortung für ihre medizinische Versorgung selbst zu tragen), hohe steuerfreie Geldbeträge. Das Geld wird auf ein Medical Savings Account gebucht und darf ausschließlich für gesundheitliche Zwecke ausgegeben werden. Wegen einer Analyse

der Krankenversicherung siehe (Pauly 1994). (Keeler et al. 1996) schätzen, dass die Mitte der 90-er Jahre in den USA angebotenen Konten sich nur gering auf die Gesamtausgaben auswirkten, die Versicherungsmärkte aber nicht verzerrt haben. Tatsächlich haben nur wenige ältere Menschen dieses Angebot angenommen.

Nachdem wir die die verschiedenen durch die Versicherten zu leistenden Zuzahlungen untersucht haben, wenden wir uns jetzt zwei anderen Faktoren zu, die bei der Kostenbegrenzung seitens der Verbraucher eine Rolle spielen: den abgestuften Zuzahlungen und dem Umfang des Versicherungsschutzes. Leider gibt es zu diesen Themen nur wenige Studien.

5.5.5 Andere Initiativen der Kostenbegrenzung

Zur Verringerung der Arzneimittelausgaben haben zahlreiche Versicherer versucht, mit abgestuften Zuzahlungen zu arbeiten, d. h. die Zuzahlung zu solchen Arzneimitteln zu fordern, die nicht auf der Arzneimittelliste standen, oder zu Markenarzneimitteln, wenn entsprechende Generika zur Verfügung standen. Neuere Artikel von (Goldman; Joyce, und Malkin 2002) und (Joyce; Escarce; Solomon, und Goldman 2002) konnten eindeutige Effekte für abgestufte Zuzahlungen auf Arzneimittelverbrauch und -ausgaben belegen.

5.5.6 Umfang des Versicherungsschutzes

Eine umstrittene Schweizer Studie konnte keinen Effekt, einer kostenlosen Zusatzversicherung für komplementärer Medizin auf die Gesamtgesundheitskosten ermitteln (Sommer; Burgi, und Theiss 1999). Andererseits zeigten multiple Regressionen, dass die Inanspruchnahme komplementärer Medizin sich stärker auf die Behandlungskosten auswirkte als das Geschlecht, das Alter oder die Sprachregion.

5.5.7 Aspekte der Gerechtigkeit bei der Kostenbeteiligung

Obwohl die Auswirkungen der Kostenbeteiligung auf die Systemgerechtigkeit weiter oben im Zusammenhang mit Zuzahlungen bereits diskutiert wurden, möchten wir die Thematik an dieser Stelle nochmals aufnehmen.

Die wichtigste Maßnahme zur Herstellung von Gerechtigkeit im Gesundheitswesen ist die Einkommensverteilung durch Steuern und durch progressive

Versicherungsbeiträge. In Finnland wirkt sich die Finanzierung des Gesundheitswesens nur marginal auf die Umverteilung aus, werden unbare Transfers aber mitberücksichtigt, steigt dieser Effekt substantiell an. So profitieren sozial Schwächere, die das Gesundheitswesen stärker in Anspruch nehmen als Besserverdienende, stärker vom Gesundheitswesen, auch wenn sie die gleichen Beiträge zahlen wie erstere (Klavus und Hakkinen 1996), (Rodriguez 2000). Dabei müssen beide sozialen Gruppen gleich hohe Zuzahlungen leisten (Klavus und Hakkinen 1996).

Mit Ausnahme von Spanien versichern sich in allen Staaten der Europäischen Union versichern sich immer weniger Menschen freiwillig. Dies bedeutet, dass die freiwillige Krankenversicherung gerechter war, insofern, als wohlhabendere Versicherte höhere Beiträge zahlten, dass sich dies aber offensichtlich zu ändern scheint. Steuerliche Anreize sind als weitere Subventionen für diejenigen kritisiert worden, die ohnehin besser gestellt sind, weil Besserverdienende sich eher freiwillig versichern. Freiwillige Krankenversicherung trägt noch zusätzlich zur Systemungerechtigkeit bei, wenn sie schnelleren Zugang zur Versorgung gewährleistet (Mossialos 2002).

Deregulierung, ursprünglich als Mittel zur Senkung von Verwaltungskosten gedacht, erhöht den Wettbewerb und führt in der Theorie zu größerer Effizienz und besserer Information der Bürger. In der Praxis aber kann Deregulierung Informationsmängel noch verschärfen und damit Wettbewerb und Gerechtigkeit behindern. Gleichzeitig verfügen Aufsichtseinrichtungen nicht mehr über die notwendige Autorität, um die Patienten zu schützen (Mossialos 2002).

5.6 Auswirkungen der Versorgungsorganisation auf die Kosten

Ein fundamental anderer Ansatz zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen ist, den Verbraucher nicht in seiner Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung einzuschränken, sondern stattdessen die Zugangsschwelle zu teuren Gesundheitsleistungen am Ort der Leistungserbringung heraufzusetzen. Mit anderen Worten: die Leistungserbringer könnten sich derart organisieren, dass die Wahlfreiheit des Verbrauchers mindestens implizit eingeschränkt wird. Eine

Einschränkung der Wahlfreiheit reduziert auch die Kosten und führt so zu einer Senkung der Versicherungsprämie.

Wir gestalten die Literaturübersicht in diesem Bereich wie folgt: Zunächst betrachten wir das Gatekeeper-System, Dabei handelt es sich um ein allgemeines Modell, das Teil von Managed Care sein kann, aber auch innerhalb eines nationalen Gesundheitssystems, wie etwa in Großbritannien, implementierbar ist. Anschließend betrachten wir die Arbeiten zum Thema „Managed Care“, einem weiten Bereich, der stark erforscht ist. Wir beenden den Abschnitt mit einer kurzen Beschreibung der Einzelleistungsabrechnung.

5.6.1 Gatekeeper-System

Der Allgemeinmediziner fungiert in einigen Ländern, wie z. B. den Niederlanden, als Gatekeeper zur fachärztlichen Gesundheitsversorgung, in anderen Staaten ist eine solche Rolle umstritten. In Großbritannien erhebt das NHS den Anspruch, außerhalb der normalen Sprechzeiten als Gatekeeper der Gesundheitsversorgung aufzutreten (Lewis 2001). Tabenkin und Gross untersuchten die belegten Argumente für und gegen den Allgemeinmediziner oder den primärversorgenden Arzt (Primary Care Practitioner – PCP) als Gatekeeper (Tabenkin und Gross 2000). Als Vorteile wurden angeführt:

- Niedrige Zugangsschwelle
- Vereinfachte Koordinierung
- Kompetenz für die Kostenabwägung

Dabei waren die am häufigsten genannten Nachteile eines Gatekeeper-Systems:

- Mangel an PCPs mit geeigneter Schulung
- Wettbewerb zwischen Krankenkassen durch Zusicherung von direktem Zugang zu Spezialisten
- Ausdrückliche Anti-Gatekeeper Politik seitens der Krankenkassen
- mangelndes Vertrauen der Bevölkerung in den PCP

Eine andere Studie verglich die Ausgaben für die medizinische Versorgung in einem herkömmlichen Gatekeeper-System mit denen einer Point-of-Service-Krankenversicherung. Die Autoren ermittelten keine Unterschiede bei den medizinischen Ausgaben. Sie vermuteten, dass die Verwaltungskosten für die der PCPs Überwachung und die Autorisierungsprozesse derart hoch sind, dass dies die

durch die Einschränkungen des Zugangs zur spezialärztlichen Versorgung erzielten Einsparungen neutralisieren (Escarce; Kapur; Joyce, und Van Vorst 2001).

Entsprechend zeigten Reschovsky, Kemper und Tu, dass die Kosten des Gatekeeper-Systems in dem Maße steigen, wie die Kosten für die fachärztliche Versorgung fallen und umgekehrt (Reschovsky; Kemper, und Tu 2000). Sie untersuchten die abgerechneten Leistungen von Erstattungsversicherungen, PreferredProvider-Organisationen, offenen HMOs und geschlossenen HMOs.

Martin et al. fanden in ihrer randomisierten Untersuchung neuer Mitglieder einer Independent-Practice-Association positivere Effekte (Martin 1989). Das Gatekeeper-Modell verursachte hier 6 Prozent niedrigere Gesamtkosten pro Mitglied als ein Modell ohne Gatekeeper. Krankenhausinanspruchnahme und Krankenhauskosten blieben unverändert, aber die ambulanten Kosten waren im Gatekeeper-Modell signifikant (21 US-Dollar) geringer. Diese Kostendifferenz war im Wesentlichen auf einen Rückgang der Konsultationen ambulanter Fachärzte zurückzuführen.

Das Gatekeeper-Modell funktioniert nur, wenn sich alle Beteiligten entsprechend verhalten. Dies war in den Niederlanden bisher immer der Fall, wo jeder Patient für eine Überweisung an einen Facharzt zuerst seinen Hausarzt aufsuchen musste. Heute gilt diese Einschränkung weiterhin für alle Personen, die in öffentlichen Krankenkassen versichert sind, privat Versicherte haben aber direkten Zugang zu Spezialisten. Dies wird auf den Wettbewerb unter den Privatversicherern zurückgeführt, die eine solche Überweisung nicht verlangen (Mossialos 2002).

Fotaki stellte fest, dass das Gatekeeper-Modell in Schweden die Wahlfreiheit für die Patienten eingeschränkt hat, da die Hausärzte entschieden, an welchen Spezialisten die Patienten überwiesen wurden (Fotaki 1999). So bestimmte die Wahl des Hausarztes die Wahl des Spezialisten. Die gleiche Situation lag in Großbritannien vor. Dies kann die Bereitschaft von Spezialisten, auf die Wünsche ihrer Patienten einzugehen und ihnen Wahlmöglichkeiten zwischen Behandlungsoptionen anzubieten, verringern. Verstärkt wird diese Wirkung noch, wenn mit Budgetierung gearbeitet wird. Hierbei verfügt ein Hausarzt über ein bestimmtes Budget, aus dem er ausgewählte Leistungen für eine bestimmte Gruppe von Patienten erwirbt. Der Hausarzt verpflichtet eine Reihe von Leistungserbringern – also Krankenhäuser – für

die Versorgung seiner Patienten bis zu einer festgesetzten Obergrenze. Dies schränkt die Wahlfreiheit des Patienten ganz besonders ein, wenn Hausärzte zur Effizienzsteigerung Einkaufskonsortien bilden (Wilton 1998). In dieser Studie konnten keine Auswirkungen auf die Versorgungsqualität oder die Patientenzufriedenheit aufgedeckt werden, aufgrund der gesunkenen Anzahl von Verordnungen sind die Kosten zurückgegangen.

In Finnland wurde das Gatekeeper-Modell eingeführt, wobei den Patienten ein bestimmter Hausarzt zugewiesen wurde. Eines der großen Probleme im finnischen Gesundheitswesen war es, dass Ärzte zugleich staatlich und privat praktizieren konnten. Dies verleitete Ärzte dazu, den Zugang zur staatlichen Versorgung zu verzögern, um die Patienten dahingehend zu beeinflussen, sich für eine privatärztliche Versorgung zu entscheiden. Der zugewiesene Gatekeeper musste jeden Patienten innerhalb von drei Tagen behandeln. Dieses System brachte die 2 bis 3-wöchige Wartefrist für Hausarzttermine zum Verschwinden. Die Inanspruchnahme von Leistungen nach 18 Uhr (überwiegend privat) ging zurück. 90 Prozent der Patienten hielten dieses Hausarztmodell für wünschenswert, die verbleibenden 10 Prozent hätten sich einen anderen als den ihnen zugewiesenen Hausarzt gewünscht. Das Gatekeeper-System war noch nicht landesweit eingeführt, so dass die Ergebnisse verglichen werden konnten. In einem Zeitraum von drei Jahren stiegen die Kosten im Gatekeeper-System um 10,9 Prozent, in den anderen Landesteilen dagegen um 12,8 Prozent (Hermanson; Aro, und Bennett 1994).

In Deutschland sind die Präferenzen für ein zukünftiges Gatekeeper-Modell im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung untersucht worden (Himmel; Dieterich, und Kochen 2000). Die Befragung ergab, dass eine große Mehrheit der deutschen Bevölkerung ihren Hausarzt als erste Anlaufstelle und Koordinator aller weiteren Gesundheitsleistungen akzeptieren würde. Da unter anderem die Patientenzufriedenheit die Präferenzen für Gatekeeper-Modelle stark beeinflusst hat, können Hausärzte Leistungen der medizinischen Grundversorgung selbst erbringen.

In einer vergleichenden Studie von 18 OECD-Staaten sind die Auswirkungen des Gatekeeper-Modells auf die Ausgaben im Gesundheitswesen untersucht worden (Delnoij; Van Merode; Paulus, und Groenewegen 2000). Interessiert hat dabei die Fragestellung, ob in Gesundheitssystemen, bei denen der Hausarzt als Gatekeeper

zur fachärztlichen Versorgung auftritt, die Ausgaben niedriger sind als in Systemen, die freien Zugang zu Spezialisten gewähren, und ob die Gesundheitsausgaben in Staaten ohne Überweisungspflicht schneller steigen als in Systemen mit Hausarztmodell. Anhand einer multiplen Regressionsanalyse der gesamten und der ambulanten Gesundheitsausgaben in den 18 Staaten schloss die Studie, dass Gatekeeper-Systeme zur Begrenzung der Ausgaben in der ambulanten Versorgung besser geeignet scheinen.

5.6.2 Managed Care: PPO/HMO/IPA

PPOs, HMOs und IPAs (Independent Practice Associations) werden häufig unter dem Begriff 'Managed Care' zusammengefasst. Die Literatur zu diesem Thema ist sehr umfassend, deshalb beschränken wir uns im Wesentlichen auf Literaturübersichten. Die umfassendsten und neuesten Informationen sind in Kapitel 13 des Handbook of Health Economics zusammengestellt, das eine ausgezeichnete Übersicht über die Thematik bietet und auf den Arbeiten von Miller und Luft basiert. Das Problem dabei ist, dass der Begriff Managed Care eine große Bandbreite verschiedener Organisationsformen bezeichnet, bei denen Instrumente wie Zuzahlungen und Selbstbehalte häufig auf völlig verschiedene Arten eingesetzt werden. Infolgedessen ist es schwierig, den relativen Effekt von Managed Care, PPOs, HMOs und IPAs individuell zu bewerten. Bei Betrachtung der Literatur zu all diesen Formen von Managed Care zeichnen sich die nachstehenden Hauptschlussfolgerungen ab:

- Managed Care reduziert die Anzahl stationärer Aufnahmen
- Die Auswirkungen auf die Dauer stationärer Aufenthalte sind unterschiedlich
- Managed Care reduziert die stationären Gesamtkosten
- HMOs reduzieren die Inanspruchnahme von Krankenhäusern primär durch Verkürzungen der Verweildauer und eine Senkung der Aufnahmen
- HMOs steigern tendenziell die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung
- Die Gesamtausgaben sind in HMOs 10bis 15 Prozent niedriger als in konventionellen Krankenversicherungen

Die Arbeiten von Miller und Luft sowie die Ergebnisse aus dem Health Insurance Experiment legen nahe, dass es wenige durchgängige Unterschiede zwischen der Versorgungsqualität unter Managed Care und herkömmlicher Versicherungsarrangements gibt. Allerdings bestehen Unterschiede bei Gruppen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen, insbesondere dann, wenn es sich bei diesen um sozial Schwache handelt. Diese Populationen sind in der herkömmlichen

Versicherung tendenziell besser versorgt. Auch mit Blick auf den eingeschränkten Zugang zur spezialärztlichen Versorgung unter Managed Care scheint die Mitgliederzufriedenheit in herkömmlichen Krankenversicherungen höher zu sein.

Managed Care schränkt die freie Wahl des Leistungserbringers und Optionen der medizinischen Versorgung ein (Swartz 1999). Ein gutes Modell ermöglicht es den Patienten, sich von vornherein gegen eine qualitativ minderwertige zu entscheiden, ohne sich dabei einem finanziellen Risiko auszusetzen. Darüber hinaus besteht bei HMOs zwar kurzfristig der Anreiz, an der Versorgung zu sparen, auf der anderen Seite profitieren sie aber finanziell z. B. davon, dass sie chronische Krankheiten besser kontrollieren und dadurch teure Krankenhausaufenthalte vermeiden. Für FFS-Ärzte bestehen derartige Anreize nicht, und in den USA sind zahlreiche der besten Disease-Management-Programme in HMOs entwickelt worden. (Wagner; Austin; Davis, und et al. 2001).

Die Ergebnisse des Health Insurance Experiments legen nahe, dass der Umfang der angenommenen Ausgabenreduktion bei HMOs demjenigen eines "extrem hohen" Familienselbstbehalts (1000 US-Dollar im Jahre 1980; nach heutigem Wert etwa 2500 US-Dollar) bei Abrechnung nach Einzelleistungen entspricht (Newhouse 1993). Der Prozentsatz der Mitglieder, die eine medizinische Leistung in Anspruch nahmen, entsprach dem Prozentsatz der Mitglieder einer freien Krankenversicherung oder lag sogar höher. In der HMO lagen die Pro-Kopf-Ausgaben aufgrund der geringeren Anzahl von stationären Aufenthalten niedriger. Indessen lag die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in den HMO-Gruppen deutlich höher als in der Gruppe der frei versicherten Patienten. Der Anteil der Mitglieder, die um psychologische Betreuung nachsuchten, war in allen Systemen etwa gleich hoch, doch erhielten die HMO-Patienten pro Kopf weitaus seltener Einzeltherapie sowie weitaus häufiger Gruppentherapie und verursachten somit geringere Pro-Kopf-Ausgaben. Es ist kein differentieller Effekt hinsichtlich der Versorgungsqualität oder dem Gesundheitszustand aufgedeckt worden: In zahlreichen Vergleichen der physiologischen Outcome-Parameter von durchschnittlichen Mitgliedern einer HMO bzw. einer freien Krankenversicherung mit Einzelleistungsvergütung fanden sich keine starken Hinweise auf etwaige Vorteile des einen bzw. des anderen Systems. Wenngleich die Mitglieder von Krankenversicherungen mit Einzelleistungsabrechnung insgesamt zufriedener waren als diejenigen mit HMO-

Status (eine Gruppe, die ursprünglich für eine herkömmliche Krankenversicherung optiert hatte), gab es bei der Zufriedenheit zwischen Mitgliedern von Krankenversicherungen mit Einzelleistungsabrechnung und denjenigen, die sich für die HMO entschieden hatten (eine weitere Kontrollgruppe neben der anderen HMO-Kontrollgruppe) keinen messbaren Unterschied.

In mehreren Staaten haben Regierungen und Versicherungsunternehmen versucht, die Gesundheitsausgaben stärker über die Ärzte als über deren Patienten zu begrenzen, zum Beispiel durch Boni für Ärzte, welche die kostengünstigste verfügbare Behandlung anbieten. Diese Methode der Kostenbegrenzung hat heftige Diskussionen ausgelöst, weil behauptet wird, sie schaffe Interessenkonflikte zum Nachteil des Patienten. Eine Befragung von 1050 Patienten zeigt, dass Patienten Boni für eine Senkung der Ausgaben im Allgemeinen skeptisch gegenüberstehen, positiver werden dagegen Boni aufgenommen, die eine Senkung der Ausgaben mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität kombinieren. In jedem Fall wünschen die Patienten eine vollständige Offenlegung derartiger Bonussysteme sowie der Argumente, die ihr Arzt für oder gegen eine Behandlung anführt (Gallagher; St Peter; Chesney, und Lo 2001).

5.6.3 Einzelleistungsvergütung (FFS)

In Belgien hat die Vergütung von Laboruntersuchungen auf der Basis der erbrachten Leistungen eine der Schwächen dieses Systems deutlich gemacht. Da die Vergütung gleich blieb, fanden die Laboratorien Wege zur Steigerung von Effizienz und Produktivität, doch wurden mehr Tests angefordert. Dies reduzierte die Kosten pro Test bei gleichbleibender Vergütung. Die Krankenhäuser begannen, Labortests als Mittel zur Generierung zusätzlicher Einnahmen zu verwenden (Nonneman und van Doorslaer 1994). Gleiches geschah in Neuseeland bei den Ausgaben für Allgemeinärzte und Apothekenleistungen (Howden-Chapman 1993). In Japan wird diesen Problemen entgegengewirkt, indem jeder Preis für Gesundheitsleistungen alle zwei Jahre neu bewertet wird. Weist ein Preis eine unangemessene Steigerung auf, wird er gesenkt (Ikegami 1999). In Kanada wird die Einzelleistungsvergütung als eine der Ursachen ständig steigender Kosten betrachtet, wo Anstrengungen, die Ärzte in Angestelltenverhältnisse zu überführen oder die Einführung von Prokopfpauschalen, bisher nur wenig Erfolg gezeitigt haben (Rathwell 1994). In der Tschechischen Republik ist die Abrechnung nach Einzelleistungen immer noch weit

verbreitet (Massaro et al. 1994), während in Griechenland Einzelleistungsvergütungen ausschließlich in der privatärztlichen Praxis Anwendung finden (Tountas 2002).

5.7 Reformmöglichkeiten

Ein bekanntes Experiment zur Kostenbegrenzung ist der Oregon Health Plan, der auf drei Hauptaspekten gründet:

- 1) Einer Prioritätenliste zur Begrenzung der Ausgaben auf das Wesentliche. Erkrankungen und Behandlungen werden paarweise nach medizinischer Notwendigkeit aufgelistet. Der Versicherungsschutz erstreckt sich die die Liste abwärts, bis das vorgesehene Budget aufgebraucht ist. Alle nicht auf der Liste verzeichneten Behandlungen – als 'below the line' bezeichnet – werden nicht abgedeckt.
- 2) Die durch 1) eingesparten Mittel werden zur Erweiterung des Berechtigtenkreises für Medicaid auf alle nicht versicherten Einwohner von Oregon eingesetzt, die unterhalb der staatlich festgesetzten Armutsgrenze leben.
- 3) Aufnahme aller nicht behinderten Berechtigten des Oregon Health Plans in Managed-Care-Versicherungen mit Pro-Kopf-Pauschale.

Mitchell et al. untersuchten, welche Auswirkungen diese Reformmaßnahmen für Familien mit geringem Einkommen auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung haben (Mitchell 2002). Sie zeigen, dass die Reform als Folge der Ausdehnung des Krankenversicherungsschutzes auf alle Einwohner mit niedrigem Einkommen zu einem großen Anstieg der Inanspruchnahme zahlreicher Gesundheitsleistungen führte. Sie fanden keine Hinweise dafür, dass der Zugang zur spezialärztlichen Versorgung erschwert wurde. Der Zugang zur zahnärztlichen Versorgung nahm zu, nachdem diese in die Prioritätenliste aufgenommen worden war. Der Zugang zu rezeptpflichtigen Medikamenten nahm allerdings stark ab, da einige Medikamente sich nicht auf der Liste befanden. Der erweiterte Zugang zu Gesundheitsversorgung ist daher weitgehend auf die Erweiterung des Berechtigtenkreises unter Einwohnern mit geringem Einkommen zurückzuführen, gleichzeitig ist der starke Rückgang bei den teuren Verordnungen durch die Pflicht zur Managed-Care-Versicherung sowie die Verwendung der Prioritätenliste bedingt.

Saltman verglich Gesundheitsreformen in Großbritannien, der Schweiz, Deutschland und den USA (Saltman 1997). Aus der Studie geht hervor, dass mit zunehmender Bedeutung des öffentlichen Sektors die Ausgaben deutlich sinken (6,9 Prozent in Großbritannien und 7,4 Prozent in Schweden gegenüber 9,5 Prozent in Deutschland und 14,1 Prozent in den USA), Zugang und Gerechtigkeit größer sind und wirksamere Präventionsprogramme greifen. Dem stehen in diesen Staaten längere Wartezeiten, weniger Innovation und weniger unternehmerisches Verhalten bei Leistungskonzeption und Leistungserbringung gegenüber. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Schoen et al. in einem Vergleich zwischen Australien, Großbritannien, Kanada, Neuseeland und den USA (Schoen 2000). Sie befragten Verbraucher nach ihrem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Notfallversorgung war in allen Staaten für jedermann zugänglich, bei allen anderen Formen der Krankenversorgung waren sozial Schwache benachteiligt. Für die USA haben die Autoren bei Messungen des Versorgungszugangs, Ausgabenbelastung und Versorgungsqualität deutliche Unterschiede zwischen besser verdienenden und sozial schwachen Erwachsenen festgestellt. Diese Differenz war in den anderen untersuchten Ländern schwächer ausgeprägt. In Neuseeland und Australien waren Zugang und Ausgabenbelastung für ärmere Menschen schlechter, die Einschätzung von Versorgungsqualität, Wahrscheinlichkeit des Arztbesuchs und dauerhafte Verbundenheit mit einem Leistungserbringer unterschieden sich aber nicht nach dem Einkommen. In Großbritannien und Kanada hat das Einkommen nach Einschätzung durch die Verbraucher keinen Einfluss auf Zugang, Kosten und Qualität der Versorgung. Menschen mit niedrigerem Einkommen nahmen das Gesundheitswesen häufiger in Anspruch als Menschen mit höherem Einkommen (Schoen 2000). Demgegenüber stellt Rathwell fest, dass die in Kanada vorgenommene Kürzung der Liste erstatteter Arzneimittel zur Kostenbegrenzung die Armen und die Alten als Hauptnutznieser der Arzneimittelprogramme der Provinzen am stärksten getroffen habe (Rathwell 1994).

Quasi-Marktreformen in Neuseeland führten zu einer scharfen Trennung zwischen Leistungserwerbern und Leistungserbringern im öffentlichen Sektor, allerdings mit gesetzlich verbindlichen Verträgen. Der Erwerb von Leistungen erfolgt durch öffentliche Agenturen und nicht durch die Patienten selbst. Cumming und Mays

untersuchten die Auswirkungen der Reformen, deren wichtigste positive und negative Auswirkungen wir hier zusammenfassen (Cumming 2002).

Positive Auswirkungen der Reformen in Neuseeland:

- Bessere Information über die erbrachte Leistungen und die für ihre Erbringung verbrauchten Ressourcen
- Ein stärker wettbewerblich ausgerichtetes Ausschreibungsverfahren hat im Krankenhaussektor zu Einsparungen geführt, der Preiswettbewerb nach den Regeln des Benchmarkings soll die Effizienz verbessert haben
- Begrenzt erweiterte Wahlfreiheit durch zusätzliche private Leistungserbringer als Folge des Ausschreibungsverfahrens
- Der verstärkte Einsatz von Prokopfpauschalen und Budgetierung bei Organisationen der Grundversorgung hat zu Einsparungen geführt

Negative Auswirkungen der Reformen in Neuseeland:

- Maßnahmen zur Verbesserung der Zugangsgerechtigkeit durch die Regierung schwächten die Anreize zur Kostenbegrenzung
- Zunahme der Transaktionskosten durch lange Vertragsverhandlungen und die große Anzahl von Verträgen

In einem Artikel über die Pläne der australischen Regierung zur Ausgabenbegrenzung hat Podger die bisher getroffenen Maßnahmen zusammengefasst. Neben der Deckelung der Krankenhausaussgaben hat sich die Regierung auf weitere angebotsorientierte Maßnahmen konzentriert. Sie führte Preis-/Mengen-Deckelungen in Pathologie und Radiologie ein, sowie Auflistung, Preisfestlegung und Controlling für Arzneimittel und die Belohnung bester Praxis bei den Leistungserbringern als Ersatz für die alte Einzelleistungsvergütung (Podger 1999).

Butler und Kendall argumentieren, dass eine zurückzahlbare Steuergutschrift für Nichtversicherte eine gute Ergänzung zum aktuellen arbeitgeberabhängigen System wäre (Butler und Kendall 1999). Breyer und Haufler diskutieren die Möglichkeit, die Krankenversicherung von der Einkommensumverteilung abzukoppeln (Breyer 2000). Nach ihrer Auffassung "würde ein von seinem Einkommen umverteilenden Rolle losgelöstes Gesundheitssystem die Annahme stärker anreizkompatibler

Versicherungsverträge begünstigen und auf diese Weise Effizienzgewinne auf der Ausgabenseite bewirken“(Breyer 2000, p. 6).

Marquis und Buchanan untersuchten die Auswirkungen der Reduzierung der Steuerbefreiungen für arbeitgebergetragene Prämien auf die Gesundheitsausgaben (Marquis 1994). Eine Deckelung der steuerlichen Abzugsfähigkeit führt bei 33 Prozent der Verbraucher zur Auswahl des am wenigsten umfassenden Versicherungspaketes, bei völliger Steuerbefreiung beträgt diese Kennzahl dagegen 20 Prozent. Bei diesem Szenario fallen die Gesamtgesundheitsausgaben um 2 Prozent. Würde die Steuerfreiheit komplett eliminiert, könnten zahlreiche Menschen überhaupt keinen arbeitgeberabhängigen Krankenversicherungsschutz erhalten, und der Prozentsatz der Familien, die sich für das am wenigsten umfassende Paket entscheiden würden, stiege auf 40 Prozent. Die Gesamtausgaben würden um 36 Milliarden Dollar zurückgehen. In jedem Fall würde eine Verringerung der Steuerermäßigung für den Arbeitgeber die Kosten für die Familien erhöhen – entweder in Form steigender Beiträge oder in der Form, dass die Versicherten höhere Selbstbehalte oder Zuzahlungen aufbringen müssten. Am stärksten wären Familien mit geringem Einkommen von den Veränderungen betroffen. Die Autoren schlagen vor, dass das gesparte Geld dann diesen Familien zugute kommen sollte.

Eine andere Reform mit steuerlichem Bezug wird in der Arbeit von Cardon über Flexible Spending Accounts (FSA) behandelt (Cardon und Showalter 2001). Ein FSA ist ein von einem Arbeitnehmer über das ganze Jahr geführtes Konto. Es stellt einen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausgehandelten Teil der Arbeitsvergütung dar, der ausschließlich Gesundheitsausgaben vorbehalten ist. Ausgaben, die nach den Regeln des FSA von diesem Konto beglichen werden dürfen, unterliegen keinerlei Einkommens- oder Lohnbesteuerung durch Staat oder Bund. Der Vorteil sowohl für den Arbeitnehmer als auch für den Arbeitgeber liegt darin, dass sie Steuern sparen. Der Arbeitnehmer läuft Gefahr, Geld zu verlieren, wenn er sein Guthaben nicht aufbraucht. Dadurch entstehen Anreize, soviel Versorgung in Anspruch zu nehmen, wie das Konto gestattet, selbst wenn dies bedeuten würde, medizinische Ausgaben mit relativ geringem positivem Wert zu tätigen. Der Arbeitnehmer hat auch die Möglichkeit, mehr auszugeben – sein Konto zu überziehen – was ihm de facto einen zinslosen Kredit bis zum Jahresende verschafft. Die Teilnahme an einem FSA-Programm steigt mit dem Einkommen, und es liegen Hinweise dafür vor, dass in den

meisten Fällen der FSA-Wahlbetrag aufgrund bekannter zukünftiger Ausgaben bestimmt wird.

In Griechenland hat privatärztliches Praktizieren die Gerechtigkeit des Systems eher erhöht als verringert. Griechische Ärzte und Patienten sind an Schmiergelder als Mittel für schnelleren Zugang zu Gesundheitsversorgung gewohnt. Jetzt gestattet es die Regierung den Ärzten, nachmittags und abends privat zu praktizieren. So können sie ihr Einkommen verbessern und unter Umständen die Patienten davon überzeugen, für eine privatärztliche Behandlung zu zahlen, anstatt mit Schmiergeldern zu operieren (Tountas 2002). Liaropoulos und Tragakes stellen fest, dass Zuzahlungen eine äußerst regressive und damit nicht gerechte Form der Finanzierung sind und solche Zuzahlungen in den späten 80-er und frühen 90-er Jahren zugenommen haben (Liaropoulos 1998). Auch wird die Zunahme privater Finanzierung als Ungerechtigkeit empfunden.

Die Weltbank hat Staaten der dritten Welt dazu aufgefordert, zur "Einnahmenverbreiterung" des öffentlichen Sektors Gebühren in öffentlichen Einrichtungen zu erheben und die Notwendigkeit von Schmiergeldern zur Rationierung der Versorgung einzudämmen. In einigen Staaten mit zweigleisig öffentlichen und privaten Systemen wie vorstehend beschrieben, ist der öffentliche Sektor zuzahlungsfrei, doch verweisen die Ärzte alle zahlungskräftigen Patienten auf die privaten Sektoren, anstatt sie vormittags zu behandeln (Gertler und Hammer J Strategies for pricing publicly provided services WB/PR #1762, World Bank, 1997).

Zahlreiche Staaten haben versucht, zur Ausgabenbegrenzung den Leistungskatalog strenger zu definieren und zu reformieren. In Spanien hatte dies keinen Effekt, weil nur eine geringe Anzahl von Leistungen ausgeschlossen wurde. So wurden die Ausgaben nicht gesenkt (Rodriguez 2000)

6. Ergebnis und Diskussion

In diesem Kapitel fassen wir zunächst die Ergebnisse unserer Literaturübersicht nach dem in Kapitel 3 beschriebenen dreistufigen Ansatz zusammen. Anschließend diskutieren wir die mögliche Bedeutung dieser Ergebnisse für das deutsche Gesundheitswesen und die aktuelle Debatte in Deutschland.

Ergebnisse zur Struktur des deutschen Gesundheitswesens

Das deutsche Gesundheitswesen gehört zu den teuersten weltweit und wird von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dominiert, in der 90 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Es ist daher nicht überraschend, dass seit 1977 zahlreiche Versuche zur Begrenzung der Ausgaben in der GKV unternommen wurden. Diese Initiativen zur Kostenbegrenzung und die Struktur der GKV legen die grundlegendsten Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens offen: *Die Ausrichtung auf das Gesamtvolumen sowie universelle Gesamtansätze ohne Wahlmöglichkeiten für die Versicherten oder Patienten.*

Ein gutes Beispiel für diese Ausrichtung ist die 1998 aus Gründen der Solidarität erfolgte Zurücknahme neuer Instrumente, die auf die Reduktion der individuellen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zielten. Ein weiteres Beispiel ist das Fehlen jedweder Wahlmöglichkeit bei der Art des Krankenversicherungsschutzes, den Leistungskatalogen oder der Organisation der Leistungserbringung für die große Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland (für die aber freie Kassenwahl gilt). So *bietet das aktuelle deutsche Gesundheitswesen nur begrenzte Wahlmöglichkeiten für Verbraucher von Gesundheitsleistungen und die Einführung von Wahlmöglichkeiten, die die Ausgaben (= Einnahmen der Leistungserbringer) oder die Versorgung reduzieren, wird politisch schwierig sein.*

Ergebnisse zum Begriff der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen

Unsere Übersicht über den Begriff der Wahlfreiheit ging von dem breiteren Paradigma der Gesundheitsökonomie aus, das auf die Unsicherheit des Verbrauchers verweist. Die Unsicherheit über zukünftige Erkrankungen macht den Wert der Versicherung aus. Die Versicherung wird in vielen Fällen durch den Staat bereitgestellt oder reguliert, was wiederum zur Notwendigkeit der Kostenbegrenzung führt. *Die Verbraucher müssen Entscheidungen über alternative Behandlungen, die*

Leistungserbringer und die Art des Krankenversicherungsschutzes treffen, sind aber diesbezüglich nur schlecht informiert.

Mit Blick auf die engeren Ziele des Projektes konzentrierten wir uns mit unserer Literaturübersicht auf die Wahlmöglichkeiten bei Leistungserbringern und Versicherungsunternehmen.

Ökonomische Märkte funktionieren am besten, wenn die Verbraucher wissen, was sie kaufen und dadurch genau das Produkt mit der Kombination aus Qualitäten und Kosten finden können, das für sie am besten geeignet ist. Im Gesundheitswesen fehlt es den Verbrauchern an *Information* darüber, was ihnen fehlt, ob Behandlungen allgemein oder in ihrem besonderen Fall wirken, sowie über die Qualität ihres Arztes oder Krankenhauses. Zur Verringerung solcher Defizite und um die individuellen und marktmäßigen Ergebnisse zu verbessern, sind insbesondere in den USA einige Versuche unternommen worden, die Verbraucher besser zu informieren. Allerdings ist der aktuellen Literatur nicht eindeutig zu entnehmen, inwieweit ein Mehr an Information die Entscheidungen der Nachfrager tatsächlich beeinflusst. Wir kommen zu dem Schluss, dass *obwohl in der Theorie Informationen für Verbraucher Marktergebnisse verbessern können, gegenwärtig wenig empirische Belege dafür vorliegen, auf welche Weise sich solche Informationen in der Praxis auswirken.*

Die von den Verbrauchern getroffenen Entscheidungen werden durch ihre Wahlmöglichkeiten gesteuert. Kapitel 5.2 zeigt, dass die Gesamtpräferenzen von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich sind und sich innerhalb von Gruppen mit der Zeit verändern. Die Interaktion von Präferenzen, Information und der institutionelle Kontext, in dem die Entscheidungen stattfinden, sind ausschlaggebend für das Ergebnis. Ein großer Teil der Literatur beschreibt, dass hauptsächlich finanzielle Anreize die Entscheidungen der Verbraucher beeinflussen. Auch die meisten Politikansätze in Richtung Wahlfreiheit konzentrieren sich auf diese finanziellen Anreize (wir diskutieren diese Anreize und Instrumente im Folgenden). Allerdings verweist eine Reihe von Studien darauf, dass es ein breites Spektrum weiterer Aspekte gibt, bei denen die Verbraucher mehr Wahlfreiheit wünschen, zum Beispiel bei Qualität, Umfang des Versicherungsschutzes, Wartezeit oder der geographischen Entfernung zum Leistungserbringer. Wir gelangen zu dem Schluss, dass *Wahlfreiheit im Gesundheitswesen mehr umfassen kann als nur finanzielle Anreize und im Prinzip zur Herstellung größerer Kongruenz in zahlreichen Bereichen der Versorgung führt.*

Die Verbraucher können nur dann bedeutsame Entscheidungen hinsichtlich ihrer Versicherung treffen, wenn die Versicherer deutlich verschiedene und von den Versicherungsnehmer wahlfrei zu erwerbende Produkte anbieten. Die umfangreiche Literatur zur Struktur der Krankenversicherung zeigt große Unterschiede von Land zu Land. Es liegen kaum wissenschaftliche Belege dazu vor, welches einzelne System am besten funktioniert. Allerdings lässt sich nachweisen, dass die meisten Systeme einen historischen Hintergrund haben und es nicht leicht ist, solche Traditionen zu verändern. Die Reformkräfte sind mit der Abneigung der Öffentlichkeit gegenüber Veränderungen einer Tradition ganz allgemein konfrontiert, sowie auch mit der Reaktion der verschiedenen betroffenen Akteure (sowohl auf Seiten des Angebots als auch der Nachfrage) oder dem Versuch, mögliche Reformen zu blockieren. In Abschnitt 5.3 geben wir verschiedene Beispiele für Reformansätze, die aufgrund von Reaktionen auf die neue Politik fehlschlagen. Deshalb ist unser Ergebnis in diesem Zusammenhang, *dass mehr Wahlfreiheit zu Veränderungen im Markt führt, die sich auf die Akteure auswirken und denen von anderen Akteuren Widerstand entgegengebracht werden kann.*

Ergebnisse zu Modellen der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen

Wie in Kapitel 3 beschrieben, suchten wir nach Belegen für die Auswirkungen von Instrumenten und Modellen der Wahlfreiheit auf fünf Ergebnisvariablen. Zu den meisten Instrumenten war die Literatur zwar umfassend, ließ aber einige der Ergebnisvariablen unberücksichtigt, insbesondere die gesamtwirtschaftliche Auswirkung und die Gerechtigkeit. Selbst für ein derart fundamentales Instrument wie die Kostenbeteiligung ist nur wenig über die Auswirkungen bekannt, die sie außerhalb des Gesundheitswesens entfaltet, etwa auf Beschäftigung, Wohlfahrt oder Wirtschaftswachstum. *Für Modelle der Wahlfreiheit und Instrumente der Kostenreduktion sind zahlreiche Belege für die Auswirkungen innerhalb des Gesundheitswesens zu finden, aber nur wenige zu den breiteren Auswirkungen auf die Wirtschaft oder die Gesellschaft insgesamt.*

Zweitens ermittelten wir, dass Instrumente nach der Art ihrer Integration in das organisatorische Umfeld zu differenzieren sind. Die Literatur zu Instrumenten (wie Selbstbehalten, Zuzahlungen, Boni) beschreibt es einhellig – sie reduzieren die Inanspruchnahme, die Literatur für die Organisation der Erbringung erbringt

diesbezüglich keine eindeutigen Erkenntnisse. Die Art der praktischen Umsetzung dieser Instrumente kann sehr stark variieren und dadurch können ihre Auswirkungen in der Praxis stark beeinflusst werden. Insbesondere im Gesundheitswesen der USA gibt es zahlreiche Formen der Erbringung von Gesundheitsleistungen (zumeist unter dem Begriff 'Managed Care' zusammengefasst), jede mit ihrer eigenen Art der Kombination verschiedener Instrumente und mit unterschiedlichen Wahlmöglichkeiten für die Nachfrager. Wir kommen deshalb zu dem Schluss, *dass bei der Debatte über die Entscheidung für oder gegen Modelle größerer Wahlfreiheit beides zur Sprache kommen muss, die Instrumente (als 'Bausteine') und die Art ihrer Integration in ein Gesundheitssystem.*

Inwieweit können diese Befunde für das deutsche Gesundheitswesen relevant sein?

Diese Arbeit zielte nicht darauf, eine Literaturübersicht über Deutschland zusammenzustellen oder die Anwendbarkeit bestimmter Instrumente in Deutschland zu analysieren. Vielmehr galt es herauszufinden, welche Maßnahmen in anderen Staaten ergriffen wurden und so eine Diskussionsgrundlage für eine Reform vorzustellen. Die Anwendbarkeit der verschiedenen Instrumente und ihre Eingliederung in das deutsche Gesundheitswesen müssen genauer erforscht werden. Die weiteren Projektmodule (Modellierung, Szenarienworkshops, Diskussion stringenter und zusammenwirkender Kombinationen von Reformoptionen) sollten weitere Nachweise für Wünschbarkeit und Durchführbarkeit verschiedener Reformoptionen erbringen.

Trotzdem können einige der vorstehenden Ergebnisse die deutsche Debatte um Fakten bereichern, soweit sie auf die Situation in Deutschland und den gegenwärtigen institutionellen Rahmen bezogen werden können:

Das korporatistisch geprägte deutsche Gesundheitswesen mit seiner Vielzahl von Akteuren, Entscheidungsebenen und Beteiligten hat sich aus dem historischen "Bismarck-System" entwickelt. Die wichtigen Elemente des Systems wie einheitliche Verfügbarkeit der Leistungen, zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern hälftig geteilte Beiträge sowie die einkommensabhängige Finanzierung beeinflussen die Debatte und die Präferenzen der Öffentlichkeit weitgehend.

Mit Blick auf verschiedene Studien, die das Fehlschlagen einer bestimmten Reformpolitik durch verändertes Verhalten einiger Akteure im Markt nachweisen, kann erwartet werden, dass eine Veränderung beim Umfang der Wahlfreiheit sich auf

eine Reihe weiterer Akteure auswirkt und deren wahrscheinliche Reaktionen einzubeziehen sind.

Frühere Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen haben sich auf inkrementale Reformen mit finanziellen Anreizen für **alle** Leistungserbringer und Patienten gerichtet. Das Grundprinzip hinter diesen Maßnahmen war eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik mit Schwerpunkt auf den Gesamtvolumina und nicht auf der Perspektive der einzelnen Verbraucher. Diese früheren verordneten Veränderungen kontrastieren mit den Ergebnissen zahlreicher Studien, die für eine Reihe von Aspekten nachweisen, dass die Verbraucher mehr Wahlmöglichkeiten wünschen.

Dass kaum empirische Nachweise zum gesamtwirtschaftlichen Effekt bestimmter Instrumente vorliegen, hat besonders für Deutschland Bedeutung, wo circa vier Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt sind. Das Gesundheitswesen gilt als Wachstumsmarkt mit einem größerem Einfluss auf das BIP und die Situation auf dem Arbeitsmarkt als andere Wirtschaftsbereiche.

Weiter oben haben wir beschrieben, dass die aktuellen Gegebenheiten in der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Gesundheitswesen den Nachfragern in Deutschland nicht viel Information bieten. Es hat sich herausgestellt, dass Information eine wichtige Voraussetzung für Wahlfreiheit ist. Auch aus repräsentativen Umfragen in Deutschland geht die Bedeutung dieses Aspekts hervor. Die Nachfrager fordern nicht nur mehr Information und Transparenz bezüglich der erbrachten Leistungen sondern auch mehr Mitwirkung.

Während eine Verbesserung der Informationssituation oder verbesserte Informationsverbreitung wahrscheinlich wünschenswert ist, haben unsere Ergebnisse gezeigt, dass diese sich nicht unbedingt stark auswirken.

Erhalten die Verbraucher die Möglichkeit, aus einer Vielzahl von Versicherungsprodukten zu wählen, gestattet dies ein besseres Zusammenführen von Präferenzen und Versicherungsschutz. Den Verbrauchern die Möglichkeit zu geben, sich für mehr Kostenkontrolle zu entscheiden und sie dafür mit niedrigeren Prämien zu belohnen, kann weniger belastend sein als das Erzwingen von Maßnahmen zur Kostenkontrolle, wie 1997 geschehen.

Allerdings ist jedes Instrument der Kostenkontrolle, das Verbraucher wählen könnten, mit einem der Pfeiler der in Deutschland gewachsenen Strukturen unvereinbar. Kostenbeteiligung wirkt sich stärker auf kranke und arme Menschen aus als auf gesunde und reiche, und verletzt so die Prinzipien der Solidarität. Das Aushandeln niedrigerer Entgelte mit einzelnen Leistungserbringern im Austausch für deren Aufnahme in ein Netzwerk zur Versorgung einer bestimmten Gruppe von Patienten ist unvereinbar mit der Tradition heiliger korporatistischer Anbieterkartelle. Das gleiche gilt für Managed-Care-Organisationen, die einer Population nach dem Prokopfprinzip eine Rundumversorgung anbieten.²⁷ In der nächsten Phase des Projektes wird untersucht, welche dieser Maßnahmen gegebenenfalls in Deutschland politisch umgesetzt werden können.

Entscheiden sich einige Menschen für Produkte mit wirksamen Mechanismen zur Ausgabenbegrenzung, die es ihnen ermöglichen, niedrigere Prämien ohne deutliche Auswirkungen auf ihre Gesundheit zu zahlen, fallen die Gesundheitskosten, und diejenigen, die sich für das entsprechende Produkt entschieden haben, sind im Vorteil. Allerdings zeigt die Literatur, dass derartige Wahlmöglichkeiten ohne einen gut konzipierten Rahmen zur Steuerung des Wettbewerbs zu adverser Selektion und möglichen Ungerechtigkeiten führen können. Haben alle den gleichen Krankenversicherungsschutz, gibt es diese Probleme nicht in Deutschland werden sie also neu und möglicherweise schmerzhaft sein. Andere Länder, wie etwa die Niederlande, konnten bei der Lösung dieser neuen Probleme durch Quersubventionen und Risikoausgleich Erfahrungen sammeln, doch ist es im Gesundheitswesen so, dass *Wettbewerb und Wahlfreiheit Planung und Regelung erfordern, um die Entstehung neuer Probleme von vornherein zu vermeiden.*

Der Schwerpunkt der aktuellen Debatte in Deutschland schwankt zwischen kurzfristiger Kostenbegrenzung und veranschlagten Langzeiteffekten auf die anderen der vorstehend betrachteten Ergebnisvariablen. Empirische Belege zu den Auswirkungen der verschiedenen diskutierten Modelle und Instrumente mit Ausnahme des Inanspruchnahmeverhaltens liegen kaum vor.

²⁷ Dies umfasst nicht die Zeit bis zum zweiten Jahrzehnt des letzten Jahrhunderts, als Krankenkassen in Deutschland ähnlich wie moderne HMOs Verträge mit Ärzten abschlossen. Außerdem sind die neuen Bundesländer auszunehmen, wo Polikliniken und Ambulanzen ambulante Gesundheitsleistungen erbrachten. {Jost 1998 #3780}

Anhang 1

Search strategy

SEARCH #1: (Performed 7/16/02)

DATABASE SEARCHED & DATES COVERED:

Medline via National Library of Medicine's PubMed - 1997-2002

OTHER LIMITERS:

Human

SEARCH STRATEGY:

consumer* AND (choice* OR choose* OR choosing OR participat* OR satisfaction OR incentive*)

OR

(consumer* OR patient*) AND (decision making OR decisionmaking)

AND

insurance benefits[majr] OR insurance, health[majr] OR health benefit plans OR insurance selection bias
OR insurance coverage[majr] OR delivery of health care[majr] OR report card* OR health plan OR health
plans OR managed care programs[majr] OR physician incentive plans OR health services
accessibility[majr]

SEARCH #2: (Performed 7/16/02)

DATABASE SEARCHED & DATES COVERED:

Medline via National Library of Medicine's PubMed - 1997-2002

OTHER LIMITERS:

Human

SEARCH STRATEGY:

[consumer* AND (choice* OR choose* OR choosing OR participat* OR satisfaction OR incentive* OR
decision making OR decisionmaking)

OR

(patient OR patients) AND (choice* OR choose* OR choosing OR participat* OR incentive* OR decision
making OR decisionmaking)]

AND

insurance benefits[majr] OR insurance, health[majr] OR health benefit plans OR insurance selection bias
OR insurance coverage[majr] OR delivery of health care[majr] OR report card* OR health plan OR health
plans OR managed care programs[majr] OR physician incentive plans OR health services
accessibility[majr]

AND

pilot OR demonstration

SEARCH #3: (Performed 7/17/02)**DATABASE SEARCHED & DATES COVERED:**

Medline via National Library of Medicine's PubMed - 1997-2002

OTHER LIMITERS:

Human

SEARCH STRATEGY:

[consumer* AND (choice* OR choose* OR choosing OR participat* OR satisfaction OR incentive*)

OR

(consumer* OR patient OR patients) AND (decision making OR decisionmaking)

OR

(patient OR patients) AND (choice* OR choose* OR choosing OR participat* OR incentive*)]

AND

insurance benefits[majr] OR insurance, health[majr] OR health benefit plans OR insurance selection bias OR insurance coverage[majr] OR delivery of health care[majr] OR report card* OR health plan OR health plans OR managed care programs[majr] OR physician incentive plans OR health services accessibility[majr]

AND THE FOLLOWING JOURNALS:

journal of health economics OR health affairs OR inquiry OR health and social service journal OR health economics OR health care financing review OR health policy OR health services research OR journal of health and human behavior OR journal of health politics policy and law OR medical care review OR medical care research and review OR new england journal of medicine OR social science and medicine OR jama

SEARCH #4: (Performed 7/17/02)**DATABASE SEARCHED & DATES COVERED:**

Medline via National Library of Medicine's PubMed - 1997-2002

OTHER LIMITERS:

Human

SEARCH STRATEGY:

[consumer* AND (choice* OR choose* OR choosing OR participat* OR satisfaction OR incentive*)

OR

(consumer* OR patient OR patients) AND (decision making OR decisionmaking)

OR

(patient OR patients) AND (choice* OR choose* OR choosing OR participat* OR incentive*)]

AND THE FOLLOWING JOURNALS:

journal of health economics OR health affairs OR inquiry OR health and social service journal OR health economics OR health care financing review OR health policy OR health services research OR journal of health and human behavior OR journal of health politics policy and law OR medical care review OR medical care research and review OR new england journal of medicine OR social science and medicine OR jama

Anhang 2

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

Zuzahlungen

P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	Moral Hazard und Nachfrageranreize.	USA	<p>1. Drei Quellen mit empirischen Nachweisen zu Moral Hazard statisch ex post: natürliche Experimente, beobachtende Vergleiche von Individuen sowie das Health Insurance Experiment.</p> <p>2. Ergebnis (auf Grundlage der Wirtschaftstheorie): Je umfassender der Versicherungsschutz (niedriger Selbstbehalt und niedriger Satz der prozentualen Selbstbeteiligung an den Gesundheitsleistungen, hohes Krankengeld), desto höher die Nachfrage nach medizinischer Versorgung, solange die Belastung des Budgets durch Prämien und Zuzahlungen gering ist.</p> <p>3. Ergebnis (auf Grundlage der Wirtschaftstheorie): Je höher Selbstbehalt, Satz der prozentualen Selbstbeteiligung oder Gesamtkosten der Versorgung, desto niedriger die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung.</p>				<p>1. Nachfrageranreize spielen eine Rolle unabhängig davon, ob die Gesundheitsversorgung durch Versicherungsprämien, Beiträge nach dem Einkommen oder Steuern finanziert wird.</p> <p>2. Der Gesamteffekt der Nachfrageranreize ist abhängig von der arztbestimmten Nachfrage.</p>
Heaney und Riedel (1970), Phelps und Newhouse (1974); zitiert in: P. Zweifel und	'Connecticut Study' (Natürliches Experiment): Effekte der prozentualen	USA	Das Verändern der prozentualen Selbstbeteiligung von 31 % auf 0 % führt bei den				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

W.G. Manning (2000)	Selbstbeteiligung gegenüber der Vollerstattung bei Krankenhausaufnahmen.		Krankenhausaufnahmen zu +12 % und bei der durchschnittlichen Länge des Aufenthalts zu +12 %				
Scitovsky und Snyder (1972), Scitovsky und McCall (1977), Phelps und Newhouse (1972); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	‘Stanford University Studies’ (Natürliches Experiment): Effekte der prozentualen Selbstbeteiligung auf Arztbesuche und Ausgaben.	USA	Das Verändern der prozentualen Selbstbeteiligung von 0 % auf 25 % führt zu einem Rückgang von 25 % (altersjustiert) beim Arztbesuch und von 24 % bei den Ausgaben für die ärztliche Versorgung. Große Veränderung erfolgte bei der Quantität der Versorgung, nicht bei ihrer Zusammensetzung. Preis-Bogenelastizität von -0,14.				
Beck (1974); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	‘Saskatchewan’ (Natürliches Experiment): Effekte der prozentualen Selbstbeteiligung auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.	Kanada	Die Einführung von CAD 1,50 für Arztbesuche und CAD 2 für Hausbesuche (1968) führt zu einem Rückgang von 6-7 % bei allen ärztlichen Leistungen und um 18 % bei der armen Bevölkerung. Die größten Rückgänge waren bei den allgemeinärztlichen Leistungen zu verzeichnen.			Die Einführung von CAD 1,50 für Arztbesuche und CAD 2 für Hausbesuche (1968) führt zu einem Rückgang von 6-7 % bei allen ärztlichen Leistungen und um 18 % bei der armen Bevölkerung. Die größten Rückgänge waren bei den allgemeinärztlichen Leistungen zu verzeichnen.	
Scheffler (1984); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	‘United Mine Workers’ (Natürliches Experiment): Effekte der prozentualen	USA	Die Einführung einer prozentualen Selbstbeteiligung von 40 % und einem Selbstbehalt von				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
	Selbstbeteiligung und des Selbstbehaltes auf ambulante Arztbesuche, Ausgaben und die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme.		\$ 250 bei stationärem Aufenthalt mit einem Höchstbetrag pro Familie von \$ 500 führt zu einem Rückgang der ambulanten Arztbesuche um 28 %, zu einem Rückgang der Ausgaben um 38 % und zu 33 % geringerer Wahrscheinlichkeit der Krankenhausaufnahme.				
Roemer et al. (1975), Helms, Newhouse und Phelps (1978); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	‘MediCal Studies’ (Natürliches Experiment): Effekt einer Zuzahlung bei Arztbesuchen und Krankenhausaufnahme.	USA	Die Zuzahlung von \$ 1 für jeden der ersten beiden Arztbesuche und von \$ 0,50 für jede der ersten beiden Verordnungen führt bei Medicaid-Versicherten zu einem Rückgang von 8 % bei den Arztbesuchen und von 17 % bei den Krankenhausaufnahmen.				
Lurie et al. (1984, 1986); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	‘MediCal Studies’ (Natürliches Experiment): Auswirkung des Verlustes von Krankenversicherung auf eine Gruppe von Einzelpersonen im Vergleich zum Status vor Beendigung oder zu einer Kontrollgruppe.	USA	Der Verlust der Krankenversicherung mit der Folge der Belastung mit \$ 20-\$ 30 pro ambulanten Arztbesuch oder Besuch zur Notfallversorgung führt in den folgenden sechs Monaten zu einem Rückgang ambulanter Arztbesuche um 45 %.	Absinken des allgemeinen Gesundheitszustandes um 8 Punkte von einem Ausgangswert von 47 auf einer 100 Punkteskala in den ersten sechs Monaten und um weitere 2,4 Punkte nach zwölf Monaten. Der diastolische Blutdruck stieg um 10 mmHg. Es gab 7 Todesfälle unter den 186 beobachteten Personen, in der Kontrollgruppe gab es 1			

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

				Todesfall bei 109 beobachteten Personen.			
Cherkin et al. (1989, 1990); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	'GHC Studies' (Natürliches Experiment): Effekt der Zuzahlung bei Arztbesuchen.	USA	Zuzahlung von \$ 5 pro ambulanten Arztbesuch und von \$ 25 pro Besuch zur Notfallversorgung führt zu einem Rückgang der Besuche um 8,3 %, überwiegend aufgrund eines Rückganges bei Besuchen zur Primärversorgung von 10,9 %. Der Effekt der Zuzahlung zeigte sich nach ihrer Implementierung unverzüglich (16 % im ersten Quartal) und nachhaltig über das Jahr (8 bis 10 % in den folgenden Quartalen).			Anhand von Einkommenschätzungen auf der Grundlage von Zählbezirken wurden keine Unterschiede nach Einkommensgruppen gefunden.	
Selby et al. (1996); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	'Kaiser Permanente' (Natürliches Experiment): Effekt der Einführung von Zuzahlungen bei Besuchen zur Notfallversorgung.	USA	Zuzahlung von \$ 25-\$ 35 bei Besuchen zur Notfallversorgung (Emergency Room - ER) führt zu einem Rückgang der Besuche um 15 %.				
Cheng und Chiang (1997); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	'Taiwan' (Natürliches Experiment): Effekt reduzierter Zuzahlungen bei ambulanter Versorgung und reduzierter prozentualer Selbstbeteiligungen auf ambulante Besuche und stationäre Aufenthalte.	Taiwan	Die National Health Insurance reduzierte die Zuzahlungen für ambulante Versorgung auf TWD 100-200 und die prozentuale Selbstbeteiligung bei stationärem Aufenthalt auf 10 %. Daraufhin erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme sowohl ambulanter Besuche als auch stationärer Aufenthalte durch die zuvor nicht Versicherten auf mehr				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

			als das Doppelte.				
Rosett und Huang (1973); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Preiselastizitäten bei verschiedenen Prozentsätzen der Zuzahlung.	USA	Das Zahlen von 20 % des Marktpreises aus eigener Tasche führt zu einer geschätzten Preiselastizität von -0,35. Im Falle von 80 % liegt der entsprechende Wert bei -1,5.				
Freiberg und Scutchfield (1976); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Preiselastizitäten bei unterschiedlichen Raten der Inanspruchnahme.	USA	Bei Zugrundelegung eines durchschnittlichen selbst getragenen Betrages als Indikator für die Kostenbeteiligung ist eine Bogenelastizität von -0,23 für die stationäre Aufnahme und von -0,07 für die Dauer der Aufnahme geschätzt worden.				
Newhouse und Phelps (1974); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Schätzwerte der Preiselastizitäten für die Leistungsnachfrager ohne Berücksichtigung des Effektes des Preises auf die Entscheidung der Versorgungsanspruchnahme.	USA	Der Bereich der Schätzwerte für die marginalen Preiselastizitäten lag als absoluter Wert unter 0,2. Er betrug für die Aufnahmedauer -0,1 und für die Arztbesuche -0,06.				
Newhouse und Phelps (1976); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Eigene Preiselastizität.	USA	Die eigene Preiselastizität jeder stationären Aufnahme betrug -0,17, bei der Länge des Aufenthalts -0,06. Für jede ambulante Versorgung betrug die eigene Preiselastizität -0,11 und für die Anzahl der Besuche lag sie bei -0,08.				
Phelps und Newhouse (1974); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Zugrundeliegende	USA	Bei prozentualer Selbstbeteiligung von 20-25 % beträgt die geschätzte Preiselasti-				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

	Preiselastizitäten der Patientennachfrage bei verschiedenen Sätzen der prozentualen Selbstbeteiligung.		zität -0,08. Im Bereich von 10-15 % beträgt die Preiselastizität -0,04.				
O'Brien (1989); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Effekte von Zuzahlungen bei Verordnungsarzneimitteln in Großbritannien (1968-1986).	Vereinigtes Königreich	Die Preiselastizität von Arzneimitteln mit Zuzahlung betrug über den gesamten Zeitraum (1968-1986) -0,33, verlief aber von -0,23 in der ersten Hälfte des Zeitraums bis zu -0,64 in der zweiten Hälfte. Positive Kreuzpreiselastizität (+0,17) zwischen frei verkäuflichen und verordnungspflichtigen Arzneimitteln.				
Hughes und McGuire (1995); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Effekte von Zuzahlungen bei Verordnungsarzneimitteln in Großbritannien (1969-1992).	Vereinigtes Königreich	Geschätzte eigene Preiselastizität von -0,37, bei mit der Zeit größer werdender Elastizität.				
Zweifel (1992); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Effekt eines Selbstbehaltes in Deutschland.	Deutschland	Im Ergebnis mehr oder weniger entsprechend dem HIE.				
Greenwald (1987); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Effekt der Zuzahlung auf die Verschiebung medizinischer Versorgung.	USA	Versicherte mit Zuzahlung warteten nach dem Verdacht der Erkrankung mit der Aufnahme der Behandlung 1,25 Monate länger, davon betrug der Abstand zwischen Diagnose und Behandlung 0,8 Monate.				
Magid et al. (1997); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Effekt einer Zuzahlung bei der	USA		Geringe Zuzahlungen (\$ 25-\$ 100) führen zu keinen signifi-			

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

	Notfallversorgung nach einem Myokardinfarkt.			kanten Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Versorgung bei diesem genannten Gesundheitsereignis.			
Wedig (1988); zitiert in: P. Zweifel und W.G. Manning (2000)	(Beobachtender Vergleich von Einzelpersonen) Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Preisempfindlichkeit der Nachfrage nach medizinischer Versorgung.	USA		Gesamtpreis- elastizität von -0,32.			
Stein et al. (2000)	Effekt von Zuzahlungen bei Drogen- und Alkoholbehandlung nach stationärer Entgiftung unter Managed Care.	USA		Unter Kontrolle anderer Variablen mit wahrscheinlichem Einfluss auf die Teilnahme an der Behandlung von Substanzabusus beeinflusste die Höhe der Zuzahlungen die Beteiligung an der Behandlung signifikant. Die Ergebnisse legen nahe, dass das Zurückführen der Höhe der Zuzahlungen ein Mechanismus ist, mit dem die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit schweren Alkohol- und Drogenproblemen anschlussbehandelt werden, erhöht werden kann.			

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
Johnson RE, Goodman MJ, Hornbrook MC, Eldredge MB (1997)	Die Auswirkung der Erhöhung der Kostenbeteiligung der Patienten bei Verordnungsmitteln auf den Erhalt therapeutischer Medikamentenklassen und auf den Gesundheitszustand älterer HMO-Mitglieder.	USA	Relative Exposition, Anwendungstage pro Jahr und Kosten der Verordnungsmittel für Arzneimittel mit selbstbestimmter Anwendung und bei progressiven chronischen Zuständen wurden durch Erhöhung der Verordnungszahlung über die Jahre nicht einheitlich beeinflusst. Der Gesundheitszustand kann negativ beeinflusst worden sein. Größere Erhöhungen der Zuzahlungen schienen mehr Veränderungen zu bewirken. Kleine Veränderungen bei den Zuzahlungen schienen die Ergebnisse nicht wesentlich zu beeinflussen. Größere Veränderungen der Zuzahlungen müssen noch genauer untersucht werden.	Der Gesundheitszustand kann negativ beeinflusst worden sein. Kleine Veränderungen bei den Zuzahlungen schienen die Ergebnisse nicht wesentlich zu beeinflussen. Größere Veränderungen der Zuzahlungen müssen noch genauer untersucht werden.			
Grootendorst PV. (1995)	Der differentielle Effekt der Abschaffung von Zuzahlungen bei Verordnungsmitteln auf die Anwendung von Verordnungsmitteln durch ältere Erwachsene mit unterschiedlichem Gesundheitszustand.	Kanada		Die Steigerungen der Inanspruchnahme scheinen bei Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand höher zu sein.		Die Steigerungen der Inanspruchnahme scheinen bei Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand höher zu sein.	
Freeman HE, Corey CR. (1993)	Das Verhältnis zwischen Krankenversicherungsstatus und Zugang zu Versorgung bei bis zu 65-Jährigen mit niedrigen Einkommen unter Berücksichtigung ihrer	USA				Die Zugangsunterschiede bei in Armut lebenden Personen sind unabhängig von ihrer Anfälligkeit	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
	sozialdemographischen Charakteristika und ihres Bedarfs an Ge- sundheitsversorgung.					oder ihrem Ri- siko des Be- darfes medizini- scher Versor- gung markant und im Allge- meinen statis- tisch signifi- kant. Für wenig oberhalb der Armutsgrenze lebende Per- sonen gelten dieselben Be- funde, wenn- gleich die Un- terschiede et- was weniger ausgeprägt und nicht ganz so häufig statis- tisch signifikant sind. Die naheliegendste Erklärung dafür ist, dass in Armut lebende und weitgehend auch beinahe in Armut lebende Menschen auf- grund von Zu- zahlungen und Selbstbehalten, die typische Komponenten privaten Ver- sicherungs- schutzes sind, nur einge- schränkten Zu- gang haben.	
Soumerai SB, Avorn J, Ross-Degnan D, Gortmaker S. (1987)	Der Effekt der Be- grenzung auf drei erstattete Verordnungen pro Monat in einem	USA	Unter 10.734 Patienten mit kontinuierlicher Mitgliedschaft führte die Begrenzung auf drei	Zur Bestimmung der Effekte von Strategien der Kostenbegren-		Zur Bestimmung der Effekte von Strategien der	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

	Bundesstaat und deren Ersatz ein Jahr später durch eine Zuzahlung von \$ 1.		erstattete Verordnungen pro Monat zu einem plötzlichen, anhaltenden Rückgang von 30 Prozent bei der Anzahl ausgestellter Verordnungen (von 1,10 auf 0,77 Verordnungen pro Patient und Monat); im Vergleichsstaat war keine Veränderung zu beobachten. Die 860 Empfänger multipler Arzneimittel, die überwiegend weiblich und älter oder behindert waren, waren am stärksten betroffen; die Anzahl der Verordnungen pro Monat fiel von 5,2 auf 2,8 (46 Prozent). Am größten war der Rückgang bei "unwirksamen Arzneimitteln" (58 Prozent), doch wurden auch bei "essentiellen" Medikamenten wie Insulin (28 Prozent), Thiaziden (28 Prozent) und Furosemid (30 Prozent) starke Rückgänge beobachtet. Den Rückgängen der Medicaid Verordnungen standen minimale Steigerungen beim Umfang der Verordnung oder der Zuzahlungen aus eigener Tasche gegenüber. Ersetzte eine Zuzahlung von \$ 1 das Maximum von drei Verordnungen, stiegen die Verordnungen für die meisten	zung auf den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme weiterer Leistungen durch ärmere Populationen müssen noch weitere Untersuchungen ausgeführt werden.		Kostenbegrenzung auf den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme weiterer Leistungen durch ärmere Populationen müssen noch weitere Untersuchungen ausgeführt werden.	
--	---	--	---	---	--	---	--

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
			Medikamente wieder bis knapp unter die vor der Begrenzung auf drei Verordnungen gekannten Mengen. Medicaid sparte bei beiden Politiken etwa gleichviel an Arzneimittelausgaben (\$ 0,4 bis \$ 0,8 Millionen pro Jahr), doch wirkte sich die Zuzahlungspolitik weniger stark auf die Patienten mit multiplen Arzneimitteln aus.				
Ansell D, Schiff G, Dick S, Cwiak C, Wright K. (1998)	Präferenzen von Patienten öffentlicher Krankenhäuser unter Managed Care und Gesundheitsreform.	USA			Bei Vorgabe mehrerer hypothetischer Reform-szenarien berichteten Patienten einen hohen Grad an Loyalität zum öffentlichen Krankenhaus. Diejenigen Patienten, die angaben, sie würden dem Krankenhaus treu bleiben, stieg (von 74,2 % auf 85,5 %), wenn die Versorgung woanders Zuzahlungen bei Arzneimitteln und Arztbesuchen erforderte.		
Beck RG. (1974)	Effekte von Zuzahlungen auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch arme Familien.	Kanada				Zuzahlungsvorschriften reduzierten die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch arme Menschen um schätzungsweise 18 %, für die gesamte Be-	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

						völkerung betrug der Rückgang 6-7 %. Gebühren für die Inanspruchnahme in Form eines Festbetrages von \$ 1,50 pro Besuch führen zu reduzierter Inanspruchnahme durch arme Menschen.	
Newhouse und die Insurance Experiment Group (1993)	Allgemeine Untersuchung.	USA	Die mittleren vorhergesagten Ausgaben beim kostenfreien Krankenversicherungsschutz liegen 23 Prozent über demjenigen mit 25% Beteiligung, bei kleineren, aber signifikanten Ausgabenreduktionen bei den Krankenversicherungen mit 50% und 95% Beteiligung (siehe Tabelle 3.3). -- Einschätzung (bei keiner Kappungsgrenze für den maximalen Zuzahlungsbetrag): Diejenigen ohne Versicherung (d. h. mit prozentualer Selbstbeteiligung von 100 %) würden ungefähr halb soviel ausgeben wie Personen mit freier Versorgung, bei Personen mit prozentualer Selbstbeteiligung von 50 % betrüge der entsprechende Wert circa 63 Prozent	Wenngleich der Gesundheitszustand starke Vorhersagekraft für die Höhe der Ausgaben hatte, war zwischen gesunden und kranken Personen kein differentieller Respons auf Krankenversicherung zu beobachten. -- Für die Durchschnittsperson gab es keine substantiellen Vorteile der freien Versorgung (siehe Tabelle 6.6). Vorteilhafte Effekte der freien Versorgung gibt es nur bei Blutdruck- und Visuskorrektur, konzentriert in der Gruppe mit niedrigen Einkommen und erhöhtem Ri-		Die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen steigt bei allen fünf Krankenversicherungen signifikant mit dem Einkommen, mit größeren Zuwächsen bei den Krankenversicherungen mit prozentualer Selbstbeteiligung als beim freien Krankenversicherungsschutz. Die Ergebnisse zur stationären Inanspruchnahme und den Ausgaben sind aufgrund der hohen Wahr-	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
			<p>und Personen mit prozentualer Selbstbeteiligung von 25 % würden im betreffenden Vergleich etwa 71 Prozent ausgeben.</p> <p>-- Prozentuale Selbstbeteiligung reduziert die Kosten pro Episode leicht, den größten Effekt hat sie aber auf die Anzahl der Episoden.</p> <p>-- Siehe Tabelle 4.18 mit Preis-Bogenelastizitäten der medizinischen Ausgaben.</p>	<p>siko.</p> <p>-- Keine vorteilhaften Effekte auf die symptomatische Linderung (Schmerz, Angst) durch die freie Versorgung.</p> <p>-- Es wurden keine Effekte des Krankenversicherungsschutzes auf die Gesundheitspraktiken aufgedeckt.</p> <p>-- Es war kein messbarer Effekt auf die allgemeinen Gesundheitsmaßnahmen aufzudecken (signifikant auf der 5-Prozentstufe), auch nicht in der Gruppe mit niedrigen Einkommen und anfangs schlechter Gesundheit (siehe Tabelle 6.12).</p>		<p>scheinlichkeit des Überschreitens des maximalen Zuzahlungsbetrags (siehe Tabelle 3.4) unterschiedlich. Die partiellen Einkommenselastizitäten liegen je nach Krankenversicherungsschutz im Bereich von 0,2 bis 0,4.</p> <p>-- Die Reaktion auf den Krankenversicherungsschutz ist in allen Einkommensgruppen gleich.</p>	
	Zahnärztliche Leistungen.	USA	Die Inanspruchnahme nimmt mit dem Umfang des Versicherungsschutzes signifikant zu. Wie bei den medizinischen Ausgaben erfolgt die stärkste beobachtete Reaktion auf Krankenversicherungen zwischen dem freien Krankenversicherungsschutz und dem mit 25 Prozent Zuzahlung. Die mittleren vorherge-	Die Summe verwahrloster, fehlender und plombierter Zähne war in allen Krankenversicherungen gleich. Die vorbeugende Zahnpflege (einschließlich von Zahnputzen, Verwenden von Zahnseide und		Höheres Einkommen führt zu stärkerer Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen. Bei Besuchen ist die Reaktion auf Kostenbeteiligung bei der Gruppe mit niedrigen Einkommen ausgeprägter als bei	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
			sagten Ausgaben im freien Krankenversicherungsschutz betragen 31 % mehr als beim Krankenversicherungsschutz mit prozentualer Selbstbeteiligung von 25 % (siehe Tabelle 3.9).	bei Kindern der Aufnahme kario-gener Nahrungsmittel) war im freien Krankenversicherungsschutz verbessert. Trotz der Veränderungen beim Verhalten gab es laut Index für verwaarloste, fehlende und plombierte Zähne keinen Nachweis für einen vorbeugenden Effekt abhängig vom Versicherungsschutz.		der Gruppe mit hohen Einkommen. Die Reaktion auf Ausgaben nach Krankenversicherung ist allerdings bei allen Einkommensgruppen gleich.	
	Ambulante Leistungen bei psychischen Erkrankungen (die Anzahl stationärer Patienten in der Psychiatrie ist für eine aussagekräftige Auswertung zu gering).	USA	Wenngleich das Gesamtausgabenniveau für psychiatrische Leistungen deutlich unter demjenigen für medizinische und zahnärztliche Leistungen liegt, wirkt sich der Krankenversicherungsschutz auf die Ausgaben für ambulant erbrachte psychiatrische Leistungen aus, insbesondere hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme (siehe Tabelle 3.22). --- Die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen ist etwas preisempfindlicher als medizinische Ausgaben, jedoch nicht derart empfindlich, wie die meisten beobachtenden Untersu-				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
			<p>chungen voraussagten. Einschätzung: Ohne Versicherungsschutz (prozentuale Selbstbeteiligung von 100 %) läge die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen bei circa 25 Prozent der Inanspruchnahme bei freier Versorgung; bei prozentualer Selbstbeteiligung von 50 % betrüge dieser Satz 40 Prozent und bei prozentualer Selbstbeteiligung von 25 % läge er bei 70 Prozent. Die Preiselastizitäten sind für psychiatrische Ausgaben um circa 50 Prozent höher als für ambulante medizinische Ausgaben insgesamt.</p> <p>-- Selbst bei freier Versorgung nehmen nur relativ wenige Menschen ambulante psychiatrische Versorgung in Anspruch. Nur 4,3 Prozent nahmen in einem Jahr Leistungen eines förmlichen Leistungserbringers in Anspruch. Im freien Krankenversicherungsschutz waren in fünf Jahren nur 14 Leistungsbezieher festzustellen. [Diese Zahlen könnten heute höher liegen.]</p>				
	Zusammenfassung HIE.	USA	Kostenbeteiligung senkt die Inanspruchnahme aller Typen von Leistungen bei allen	Der Anstieg der Leistungen im freien Krankenver-	Bei der Gruppe mit Einzelleistungssystem gab es	Die Rückgänge bei den Ausgaben (durch den Krankenver-	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

			Typen von Nachfragern markant.	sicherungsschutz um 40 Prozent hatte keinen oder keinen messbaren Effekt auf den Gesundheitszustand des durchschnittlichen Erwachsenen.	keine Unterschiede hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit mit den Krankenversicherungen (siehe Tabelle 6.41).	sicherungs-schutz) waren bei armen und nicht armen Personen gleich.	
Goldman et al. 2002	Kosten des Medicare Drug Benefit.		Elastizität $= -0,27$ für den durchschnittlichen Selbstbeteiligungssatz. Auch PBM reduziert den Preis um 15 %				
Mastilica M, Bozikov J. (1999)	Zuzahlungen für die Gesundheitsversorgung in Kroatien: Auswirkungen auf die Gerechtigkeit.	Kroatien				Zuzahlungen aus eigener Tasche erfolgen in Kroatien regressiv, mit größerer Belastung von Personen mit niedrigen Einkommen. Personen aus der Gruppe mit niedrigen Einkommen zahlen einen circa sechsmal größeren Anteil ihres Einkommens als die Gruppe mit hohen Einkommen.	
	Zuzahlungen für die Gesundheitsversorgung in Kroatien: Auswirkungen auf die Gerechtigkeit.	Kroatien				Zuzahlungen aus eigener Tasche erfolgen in Kroatien regressiv, mit größerer Belastung von Personen mit niedrigen	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

						Einkommen. Personen aus der Gruppe mit niedrigen Ein- kommen zahlen einen circa sechsmal größeren Anteil ihres Einkom- mens als die Gruppe mit hohen Einkom- men.	
--	--	--	--	--	--	---	--

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

Selbstbehalte

Newhouse und die Insurance Experiment Group (1993)	Allgemeine Untersuchung.	USA	Die Ausgabenraten für ambulante und zahnärztliche Leistungen blieben im Zeitraum nach Überschreiten des maximalen Zuzahlungsbetrags (Selbstbehalt) bei den Krankenversicherungen mit Kostenbeteiligung unter denjenigen ohne Kostenbeteiligung. Die Raten stiegen nach dem Überschreiten des maximalen Zuzahlungsbetrags (MDE), doch kam es zu keinem Nachfragehoch, das die Einsparungen vor der MDE-Überschreitung neutralisiert hätte.				
	Ambulante psychiatrische Leistungen.	USA	Kleine oder moderate Selbstbehalte haben wenig oder keinen Effekt auf die Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Leistungen. Anders als bei der medizinischen Versorgung zeigten die Nach-				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

			frager nach psychia- trischen Leistungen durchaus Vorausberechnung des Überschreitens des MDE; im Zeitraum, in dem der Restselbstbehalt gering war, wurde deutlich mehr ausgegeben als bei größerem Restselbstbehalt (siehe Tabelle 4.22).				
	Der Effekt initialer Selbstbehalte auf die Ausgaben; Typ 2, 3 und 4 von Versicherungsschutz.	USA	Bei Krankenversicherungen mit 25 Prozent Zuzahlung und einem MDE von bis zu \$ 500 fielen die Gesamtausgaben pro Kopf abhängig von der Höhe des MDE (\$ 100, \$ 200, \$ 300) verglichen mit einem Krankenversicherungsschutz ohne initialen Selbstbehalt (d. h. die prozentuale Selbstbeteiligung begann mit dem ersten ausgegebenen Dollar) um 19 bis 22 Prozent. Für größere MDE betrug der Rückgang 14 bis 19 Prozent. Daraus folgt, je geringer der maximale Zuzahlungsbetrag, desto größer der Rückgang jedes gegebenen Selbstbehaltes in Prozent.				
Schellhorn M. (2001)	Der Effekt variabler Selbstbehalte bei der Krankenversicherung auf die Nachfrage nach Arztbesuchen.	Schweiz	Mit der Gesundheitsreform von 1996 ist in der Schweiz die Wahlfreiheit für Selbstbehalte bei den Gesundheitsleistungen in der Pflichtkrankenversicherung				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

			eingeführt worden. -- Aus dieser Arbeit geht hervor, dass der größte Teil des beobachteten Rückgangs der Anzahl der Arztbesuche bei den Versicherten mit einem höheren ausgewählten Selbstbehalt ein Ergeb- nis der Selbstselektion eines entsprechenden Versicherungsvertrages durch die Einzelpersonen darstellt und nicht auf induzier- ten Veränderungen des Verhaltens bei der Inan- spruchnahme beruht.				
--	--	--	--	--	--	--	--

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

Beitragsrückerstattung/-bonus

Autor(en)	Thema		Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
Schauffler HH, Chapman SA. (1998)	Sind Gesundheitsförderungsprogramme kalifornischer Krankenversicherungen ein ernsthafter Versuch zur Verbesserung der Gesundheit oder ein Instrument des Marketings auf einem zunehmend wettbewerbsorientierten Markt?	USA	Bei der Mehrzahl der HMO werden Gesundheitsförderungsprogramme primär als Instrumente des Marketings angeboten. Allerdings bietet eine substantielle Minorität von HMO Gesundheitsförderungsprogramme zum Erreichen anderer organisatorischer Ziele der Gesundheitsverbesserung und Kostenkontrolle an.	Bei der Mehrzahl der HMO werden Gesundheitsförderungsprogramme primär als Instrumente des Marketings angeboten. Allerdings bietet eine substantielle Minorität von HMO Gesundheitsförderungsprogramme zum Erreichen anderer organisatorischer Ziele der Gesundheitsverbesserung und Kostenkontrolle an.			
Zweifel, P. (1986)	Verwendung von Rabatten und Boni in der deutschen Privatversicherung.	Deutschland	Als eine Alternative zu Selbstbehalten (negative Sanktionen) haben Rabatte einen ähnlichen Effekt auf die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung. Des Weiteren wird für den erfahrungstarierten Bonus vorhergesagt, dass er die Nachfrage sogar stärker als ein grob vergleichbares Rabattangebot reduziert. -- Sorgfältig wird darauf geachtet, Effekte auf	Obwohl Datenmangel eine profunde Untersuchung verhindert, ist bei den Ausgaben kein auf nachfragerseitige Neigung zur Verschiebung von Ausgaben zum Nachteil der Gesundheit verweisendes Sägezahnmuster festgestellt worden. Dies legt nahe, dass es	Die Studie liefert keine empirischen Ergebnisse, argumentiert aber auf einer theoretischen Ebene, dass aus der Sicht eines Nachfragers ein Bonus oder Rabatt Krankenversicherungen mit Selbstbehalten und Zuzahlungen durchaus vorzuziehen sein kann. Wegen der Auszahlung des	Rabatte und Boni werden relativ zu einer Versicherungsprämie definiert und in dem Ausmaß, in dem Gruppen mit niedrigerem Einkommen weniger Versicherungsschutz erwerben, erhalten die finanziellen Anreize für das	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

			verbuchte Rechnungen auszuschließen, die allein aufgrund der Entscheidung der Versicherten beruhen, eine Rechnung nicht einzureichen. Vielmehr reflektieren die geschätzten Effekte auf die Rechnungsverteilung Verhaltensänderungen wie im theoretischen Modell untersucht.	keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheit gibt.	Selbstbehaltes.	Abstandnehmen von medizinischer Versorgung mit abnehmenden Einkommen eine niedrigere Wertigkeit; Dies gilt nicht für Selbstbehalte und Zuzahlungstarife.	
--	--	--	--	---	-----------------	--	--

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

Ausschluss oder Einschluss bestimmter Arzneimittel oder selektiver Zuzahlungen (z. B. gestaffelte Zuzahlungen)

Goldman et al. 2002	Kosten des Medicare Drug Benefit	USA	Elastizität $\approx -0,27$ für den durchschnittlichen Selbstbeteiligungssatz. Auch PBM reduziert den Preis um 15 %				
Joyce et al., 2002	Employer Drug Benefit Plans (Betriebliche Medikamentenzusatzversicherung).	USA	1 Stufe von \$ 5 bis \$ 10 reduzierte die Kosten um 22,3 %, das Verdoppeln auf 2 Stufen von 5,10 bis 10,20 reduzierte die Kosten um 33 % und das Hinzufügen einer 3. Stufe von \$ 30 für nicht erwünschte Marken führte zu einer weiteren Senkung von 4 %; die zwingende Substitution durch Generika in einem zweistufigen Plan reduzierte die Ausgaben um 8 %.				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

Gatekeeper-Modell

Bohlert I, Adam I, Robra BP. (1997)	Voraussetzungen der erfolgreichen Umsetzung des Schweizer Modells von Gatekeeper-Systemen mit Managed Care in Deutschland (Originalbeitrag in deutscher Sprache).	Schweiz	In der Schweiz wurden zur Steigerung der Kapazität und der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit verschiedene Gatekeeper-Systeme erfolgreich ausprobiert und getestet. Die Systeme zeigen klare Vorteile des Gatekeeper-Systems bei Kosten und Qualität der Gesundheitsversorgung im Vergleich zu den herkömmlichen Schweizer Krankenversicherungen. Die Einführung des Schweizer Gatekeeper-Systems in Deutschland böte eine vielversprechende Möglichkeit zum Erreichen wirtschaftlicher Effizienz und hoher Qualität in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Daher ist größere Flexibilität bei den gesetzlichen Vorgaben, insbesondere den Vertrags-, Anreiz- und Informationssystemen zwingend erforderlich.				
Escarce JJ, Kapur K, Joyce GF, Van Vorst KA. (2001)	Ausgaben für die medizinische Versorgung bei Systemen mit Gatekeeper und Point-of-Service.	USA	Der direkte Zugang zu Spezialisten bei POS-Krankenversicherungen führt nicht zwingend zu höheren Ausgaben für die medizinische Versorgung. Wenn POS-Mitglieder				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

			Primärärzte auswählen müssen, können Kostenbeteiligung der Patienten, finanzielle Anreize für die Ärzte und Kontrolle der Inanspruchnahme zur Kontrolle der Ausgaben beitragen ohne den direkten Zugang der Patienten zu den Leistungserbringern einzuschränken.				
Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. (2000)	Wer benötigt einen Gatekeeper? Die Rolle des primär versorgenden Arztes aus der Sicht der Patienten.	Israel			Diese Studie untersuchte die angegebenen Präferenzen und das tatsächliche Verhalten einer nationalen Stichprobe von Mitgliedern der vier israelischen Krankenkassen hinsichtlich des selbstverantwortlichen Aufsuchens von Spezialisten und deckte die Eigenschaften der Patienten auf, die das Gatekeeper-Modell vorziehen. Unabhängige Variablen mit Vorhersagekraft für die Präferenz des Gatekeeper-Modells sind: Leben am Rande, Mitgliedschaft in der Krankenkasse, niedriger Bildungsgrad, männliches Geschlecht,		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

					akzeptabler oder schlechter Gesundheitszustand, permanenter Hausarzt für die Familie und Zufriedenheit mit der Professionalität des Hausarztes.		
Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Vranizan K, Bacchetti P, Luce JM, Bindman AB. (2000)	Effekte der Koordination der Primärversorgung auf die Patienten öffentlicher Krankenhäuser.	USA	Diese Studie beurteilte den Effekt der Koordination der Primärversorgung auf die Raten der Inanspruchnahme und die Zufriedenheit mit der Versorgung bei Patienten öffentlicher Krankenhäuser anhand einer prospektiven randomisierten Gatekeeper-Intervention mit Follow-up nach einem Jahr. Das Primärversorgungsmodell der Gesundheitsleistungserbringung in einem öffentlichen Krankenhaus mit Gatekeeping-Strategie reduzierte die Raten ambulanter Spezialistenbesuche sowie stationärer Aufnahmen und war für die Patienten akzeptabel.		Diese Studie beurteilte den Effekt der Koordination der Primärversorgung auf die Raten der Inanspruchnahme und die Zufriedenheit mit der Versorgung bei Patienten öffentlicher Krankenhäuser anhand einer prospektiven randomisierten Gatekeeper-Intervention mit Follow-up nach einem Jahr. Das Primärversorgungsmodell der Gesundheitsleistungserbringung in einem öffentlichen Krankenhaus mit Gatekeeping-Strategie reduzierte die Raten ambulanter Spezialistenbesuche sowie stationärer Aufnahmen und war für die Patienten		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

Himmel W, Dieterich A, Kochen MM. (2000)	Werden deutsche Patienten ihren Hausarzt als Gatekeeper akzeptieren?	Deutschland			ten akzeptabel. Diese Studie erarbeitete eine populationsbasierte Übersicht zur Untersuchung der Präferenzen für zukünftige Gatekeeper-Systeme in Deutschland. -- Die Befragung ergab, dass eine große Mehrheit der deutschen Bevölkerung ihren Hausarzt als erste Anlaufstelle und Koordinator aller weiteren Gesundheitsleistungen akzeptieren würde. Da die Patientenzufriedenheit, neben anderen Gründen, die Präferenzen für Gatekeeper-Arrangements stark beeinflusst hat, können die Hausärzte selbst in der Lage sein, Leistungen der medizinischen Grundversorgung vorzuschlagen.		
Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. (2000)	Bremst das Gatekeeping durch Allgemeinärzte die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung?	18 OECD-Staaten	Diese Studie untersuchte unter Anwendung multipler Regressionsanalysen betreffend die gesamten und die ambulanten Gesundheitsausgaben in 18 Staaten der OECD, ob Gesundheitssysteme				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
			mit Allgemeinärzten als Gatekeepern zur Spezialversorgung niedrigere Gesundheitsausgaben aufweisen als solche mit direkt zugänglicher Facharztversorgung und ob die Gesundheitsausgaben in Staaten ohne Überweisungssystem schneller steigen als in solchen mit dem Allgemeinarzt als einem Gatekeeper. Sie gelangt zu dem Schluss, dass Gatekeeper-Systeme die Ausgaben für ambulante Versorgung eher begrenzen können.				

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

Preferred Provider Organisationen

Newsome B, Retchin SM, Jurgensen M, Rossiter L, Glasheen W, Colley L. (1999)	Faktoren, die mit Veränderungen der Zufriedenheit mit der Versorgung verknüpft sind.	USA		Veränderungen der Zufriedenheit mit der Versorgung scheinen mit Veränderungen des Gesundheitszustandes verknüpft zu sein. Allerdings ist das Verhältnis zwischen diesen beiden Attributen nicht intuitiv offensichtlich.	Der Typ des Krankenversicherungsschutzes stand in keinem Zusammenhang mit beobachteten Veränderungen der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung.		
Reschovsky JD, Hargraves JL, Smith AF. (2002)	Anhand zusammengeführter Daten aus den Umfragen Community Tracking Study Household und Insurance Followback identifizieren wir privat versicherte Personen, die sich richtig und falsch hinsichtlich der Art ihres Krankenversicherungsschutzes äußern.	USA		Fast ein Viertel identifizierte den zutreffenden Typ des Versicherungsschutzes falsch. Die Ergebnisse legen nahe, dass Forscher und Politiker beim Arbeiten mit Nachfragerumfragen zur Beurteilung der relativen Qualität der Versorgung bei verschiedenen Typen der Krankenversicherung vorsichtig vorgehen müssen.			
Hellinger FJ. (1995)	Selektionsvoreingenom-	USA				Diese Übersicht	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

	menheit bei HMO und PPO: Eine Übersicht über die Nachweise.					gelangt zu dem Schluss, dass alle Krankenversicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer durch die Mitglieder – d. h. Individual Practice Association (IPA) HMO und Exclusive Provider Organizations (EPO) für Gruppen oder Mitarbeiter – bevorzugte Selektion sowohl unter den nicht älteren als auch den älteren Populationen genießen.	
Grembowski DE, Diehr P, Novak LC, Roussel AE, Martin DP, Patrick DL, Williams B, Ulrich CM. (2000)	Messung der Strukturiertheit und des Versicherungsumfangs von Krankenversicherungen.	USA		Studienpatienten in stärker strukturierten Krankenversicherungen berichteten etwas bessere Gesundheit als Patienten in weniger strukturierten Krankenversicherungen.			
Schauffler HH, McMenamin S, Cubanski J, Hanley HS. (2001)	Einschätzung der Prävalenz, mit der Nachfrager unter Managed Care spezifische Probleme berichten und	USA			Die Raten, mit denen die Nachfrager Probleme mit der Managed Care		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

	Beurteilung, ob die Raten in Preferred Provider Organizations (PPO), Independent Practice Association (IPA)/Netzwerk Health Maintenance Organizations (HMO), und Mitarbeiter-/Gruppen-HMO verschieden sind.				berichten sowie die Art der berichteten Probleme unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Typen von MCO signifikant.		
Zwanziger J, Kravitz RL, Hosek SD, Hart K, Sloss EM, Sullivan O, Kallich JD, Goldman DP. (2000)	Beurteilung eines Demonstrationsprojekts der Managed Care in CHAMPUS.	USA	Krankenversicherungen mit Managed Care für große regierungssubventionierte Versicherungsprogramme können die Inanspruchnahme reduzieren und die Zufriedenheit sowie den Zugang der Patienten gewährleisten. Derartige Krankenversicherungen müssen allerdings sorgfältig strukturiert werden, wenn sie die Kosten senken sollen.		Krankenversicherungen mit Managed Care für große regierungssubventionierte Versicherungsprogramme können die Inanspruchnahme reduzieren und die Zufriedenheit sowie den Zugang der Patienten gewährleisten. Derartige Krankenversicherungen müssen allerdings sorgfältig strukturiert werden, wenn sie die Kosten senken sollen.		
Rice T, Gabel J, de Lissovoy G. (1989)	Ergebnisse einer nationalen Umfrage zu den Erfahrungen der Arbeitgeber mit Preferred Provider Organizations (PPO).	USA			Die Ergebnisse zeigen, dass 1987, dem Jahr der Umfrage, PPO im Vergleich zur herkömmlichen Versicherung geringe Kostenersparnisse boten und dass die Arbeitgeber mit praktisch allen		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

					Aspekten von PPO sehr zufrieden waren, während sie ihre HMO überraschend kritisch sahen.		
Allen HM Jr. (1984)	Untersuchung der Antworten von Nachfragern auf drei Strategien der Kostenbegrenzung für die Erbringung von Gesundheitsversorgung.	USA			Es wird festgestellt, dass die Antworten der Stichproben insgesamt negativ gegenüber zwei Strategien ausfallen (Labelled Preferred Provider und Health Planning) und positiv gegenüber der dritten (Labelled Self Care).		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

Health Maintenance Organisationen

Autor(en)	Thema		Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
Newsome B, Retchin SM, Jurgensen M, Rossiter L, Glasheen W, Colley L. (1999)	Faktoren, die mit Veränderungen der Zufriedenheit mit der Versorgung verknüpft sind.	USA		Veränderungen der Zufriedenheit mit der Versorgung scheinen mit Veränderungen des Gesundheitszustandes verknüpft zu sein. Allerdings ist das Verhältnis zwischen diesen beiden Attributen nicht intuitiv offensichtlich.	Der Typ des Krankenversicherungsschutzes stand in keinem Zusammenhang mit beobachteten Veränderungen der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung.		
Reschovsky JD, Hargraves JL, Smith AF. (2002)	Anhand zusammengeführter Daten aus den Umfragen Community Tracking Study Household und Insurance Followback identifizieren wir privat versicherte Personen, die sich richtig und falsch hinsichtlich der Art ihres Krankenversicherungsschutzes äußern.	USA		Fast ein Viertel identifizierte den zutreffenden Typ des Versicherungsschutzes falsch. Die Ergebnisse legen nahe, dass Forscher und Politiker beim Arbeiten mit Nachfragerumfragen zur Beurteilung der relativen Qualität der Versorgung bei verschiedenen Typen der Krankenversicherung vorsichtig vorgehen müssen.	Fast ein Viertel identifizierte den zutreffenden Typ des Versicherungsschutzes falsch. Die Ergebnisse legen nahe, dass Forscher und Politiker beim Arbeiten mit Nachfragerumfragen zur Beurteilung der relativen Qualität der Versorgung bei verschiedenen Typen der Krankenversicherung vorsichtig vorgehen müssen.		
Schlesinger M, Druss B, Thomas T. (1999)	Untersuchung der Auswirkungen schwerer und chronischer Gesundheitsprobleme	USA			In HMO nach dem Gruppen-/Mitarbeitermodell und Point-of-		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
	auf die Geneigtheit der Mitglieder, Krankenversicherungen zu wechseln, wenn sie mit ihren aktuellen Gegebenheiten unzufrieden sind.				Service Krankenver- sicherungen waren bei der Umfrage nur 12- 17 Prozent der chronisch kranken Mitglieder derart unzufrieden, dass sie vorhatten zu wechseln und ihren Krankenver- sicherungsschutz tatsächlich bei nächster Gelegenheit verließen. Dies steht im Vergleich zu 25-29 Prozent der gesunden Mitglieder in diesen selben Krankenver- sicherungen, die gleich starke Unzufriedenheit äußerten und 58- 63 Prozent der Mitglieder mit Einzelleistungs- system.		
Hellinger FJ. (1995)	Selektionsvoreingenom- menheit bei HMO und PPO: Eine Übersicht über die Nachweise.	USA				Diese Übersicht gelangt zu dem Schluss, dass alle Krankenver- sicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungs- erbringer durch die Mitglieder – d. h. Individual Practice Association (IPA) HMO	

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
						und Exclusive Provider Organizations (EPO) für Gruppen oder Mitarbeiter – bevorzugte Selektion sowohl unter den nicht älteren als auch den älteren Populationen genießen.	
Grembowski DE, Diehr P, Novak LC, Roussel AE, Martin DP, Patrick DL, Williams B, Ulrich CM. (2000)	Messung der Strukturiertheit und des Versicherungsumfangs von Krankenversicherungen.	USA		Studienpatienten in stärker strukturierten Krankenver- sicherungen berichteten etwas bessere Gesundheit als Patienten in weniger strukturierten Krankenver- sicherungen.			
Schauffler HH, McMenamin S, Cubanski J, Hanley HS. (2001)	Einschätzung der Prävalenz, mit der Nachfrager unter Managed Care spezifische Probleme berichten und Beurteilung, ob die Raten in Preferred Provider Organizations (PPO), Independent Practice Association (IPA)/Netzwerk Health Maintenance Organizations (HMO), und Mitarbeiter- /Gruppen-HMO verschieden sind.	USA			Die Raten, mit denen die Nachfrager Probleme mit der Managed Care berichten sowie die Art der berichteten Probleme unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Typen von MCO signifikant.		
Zwanziger J, Kravitz RL, Hosek SD, Hart K,	Beurteilung eines Demonstrationsprojekts	USA	Krankenversicherungen mit Managed Care für		Krankenver- sicherungen mit		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
Sloss EM, Sullivan O, Kallich JD, Goldman DP. (2000)	der Managed Care in CHAMPUS.		große regierungssubventionierte Versicherungsprogramme können die Inanspruchnahme reduzieren und die Zufriedenheit sowie den Zugang der Patienten gewährleisten. Derartige Krankenversicherungen müssen allerdings sorgfältig strukturiert werden, wenn sie die Kosten senken sollen. Die Inanspruchnahme durch die Mitglieder in der HMO Demonstrationsoption stieg allerdings dramatisch.		Managed Care für große regierungssubventionierte Versicherungsprogramme können die Inanspruchnahme reduzieren und die Zufriedenheit sowie den Zugang der Patienten gewährleisten. Derartige Krankenversicherungen müssen allerdings sorgfältig strukturiert werden, wenn sie die Kosten senken sollen. Mitglieder in der HMO-Option berichteten größere Zufriedenheit.		
Burns LR, Wholey DR. (1991)	Diese Arbeit untersucht Unterschiede zwischen verschiedenen Typen von HMO (z. B. Mitarbeitermodell, Gruppenmodell, IPA-Modell) hinsichtlich ihrer Ergebnisse für Zugang und Qualität der Versorgung.	USA			HMO mit Gruppen- oder Mitarbeitermodell schneiden hinsichtlich des Niveaus der erbrachten Leistungen, der vorbeugenden Versorgung und verschiedener Ergebnisse der Qualität der Versorgung besser ab als IPA-Modelle. Die Daten der stichprobenartigen Umfrage zeigen ein besseres		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

					Abschneiden der IPA-Modelle bei Maßnahmen der Patientenzufriedenheit und den Zugangsergebnissen.		
Hiramatsu S. (1990)	Zufriedenheit der Mitglieder einer Health Maintenance Organization nach dem Mitarbeitermodell.	USA			Die Mitglieder waren deutlich zufriedener mit ihrem Krankenversicherungsschutz insgesamt als die Mitglieder von Preferred-Provider Organizations oder von Krankenversicherungen mit Erstattung.		
Holloway RL, Matson CC, Zisner DK. (1989)	Die Regressionsanalyse einer Zufriedenheitsskala mit sieben Elementen ergab vier signifikante Faktoren mit Einfluss auf die Varianz: Verständnis, Pünktlichkeit bei den Terminen, prompte Nachsorge und Erbringung persönlicher medizinischer Versorgung.	USA			Zwischen Patienten von Health-Maintenance-Organizations und von Einzelleistungssystemen wurden hinsichtlich dieser Zufriedenheitsaspekte keine aussagekräftigen Unterschiede ermittelt.		
Rice T, Gabel J, de Lissovoy G. (1989)	Ergebnisse einer nationalen Umfrage zu den Erfahrungen der Arbeitgeber mit Preferred Provider Organizations (PPO).	USA			Die Ergebnisse zeigen, dass 1987, dem Jahr der Umfrage, PPO im Vergleich zur herkömmlichen Versicherung geringe Kostenersparnisse boten und dass die Arbeitgeber mit		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufriedenheit	Gerechtigkeit	Gesamtwirtschaftlicher Effekt
-----------	-------	------	------------------------------	------------	---------------	---------------	-------------------------------

					praktisch allen Aspekten von PPO sehr zufrieden waren, während sie ihre HMO überraschend kritisch sahen.		
Newhouse und die Insurance Experiment Group (1993)	2 Gruppen von Patienten mit HMO: Eine Gruppe randomisiert der HMO zugeordnet (im Gegensatz zur anderen experimentellen Gruppe mit Zuordnung zu Krankenversicherungen mit Einzelleistungssystem), eine Gruppe mit bereits vorgenommener Auswahl der HMO (d. h. eine Kontrollgruppe).	USA	Die Größe der beigemessenen Ausgabenreduktion bei der HMO ist vergleichbar der im System mit Leistungsabrechnung bei prozentualer Selbstbeteiligung von 95 % erreichten Reduktion. -- Der Prozentsatz der Mitglieder, die Versorgung suchten, war vergleichbar oder sogar höher als der entsprechende Prozentsatz im freien Versorgungsplan. Die HMO reduzierte die Ausgaben pro Patient stärker, weil es zu weniger Krankenhausaufnahmen kam (siehe Tabelle 8.4). -- Die Anzahl vorbeugender Konsultationen lag in den HMO-Gruppen deutlich höher als in der frei versorgten Gruppe (siehe Tabelle 8.5). -- Der Anteil der Mitglieder, die psychiatrische Spezialisten aufsuchten, war in allen Systemen etwa gleich groß, doch	In zahlreichen Vergleichen von physiologischen Ergebnissen für das Durchschnittsmitglied von HMO und freiem Krankenversicherungsschutz mit Einzelleistungssystem ist kein starker Nachweis zum Vorteil eines Systems gegenüber dem anderen gefunden worden.	Wenngleich die Mitglieder von Krankenversicherungen mit Einzelleistungssystemen insgesamt zufriedener waren als diejenigen mit HMO-Status, gab es keinen messbaren Unterschied bei der Zufriedenheit zwischen Mitgliedern in Krankenversicherungen mit Einzelleistungssystem und denjenigen, die sich für die HMO entschieden hatten (die Kontrollgruppe, die nicht randomisiert der HMO zugeordnet wurde) (siehe Tabelle 9.14).		

Autor(en)	Thema	Land	Inanspruchnahme und Ausgaben	Gesundheit	Zufrieden- heit	Gerechtig- keit	Gesamtwirtschaft- licher Effekt
-----------	-------	------	---------------------------------	------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

			erhielten die HMO- Patienten pro Kopf weitaus weniger Intensivversorgung sowie weitaus mehr Gruppentherapie und verursachten somit weniger Ausgaben pro Person (siehe Tabelle 8.8).				
--	--	--	--	--	--	--	--

Anhang 3

	Allgemein- mediziner	Facharzt	Stationär	Rehabilitation	Kuren	Arzneimittel	Zahnver- sorgung	Therapeu- tische Hilfsmittel	Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit
--	-------------------------	----------	-----------	----------------	-------	--------------	---------------------	------------------------------------	--

Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen ausgewählter Staaten

	<i>Allgemein- mediziner</i>	<i>Facharzt</i>	<i>Stationär</i>	<i>Rehabilitation</i>	<i>Kuren</i>	<i>Arzneimittel</i>	<i>Zahnver- sorgung</i>	<i>Therapeu- tische Hilfsmittel</i>	<i>Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit</i>
--	---------------------------------	-----------------	------------------	-----------------------	--------------	---------------------	-----------------------------	---	---

Land									
Österreich	Keine Zahlung für 80 % der Bevölkerung; der Rest zahlt circa 20 % der Kosten.	Gleiche Regelung wie für Leistungen der Allgemeinmediziner.	€ 3,6-4,4 pro Tag für bis zu 28 Tage.	€ 5,67 pro Tag.	€ 5,67-14,39 pro Tag.	€ 3,1 pro Rezept.	Prozentuale Selbstbeteiligung von circa 20 % für den größten Teil der Bevölkerung mit Zahlungen von bis zu 50 % für besondere Leistungen wie Kronenpräparation.	10-20 % Zuzahlung, mindestens €20,42.	18,3 % (1998)
Belgien	8 % der Gebühr (Personen mit niedrigem Einkommen oder Behinderung, Rentner, Witwen und Waisen), bis zu 30 % für alle anderen.	Belastungen von 8 % (für Gruppen mit niedrigem Einkommen) bis zu 40 %.	Belastungen von € 33,9 pro Tag (Tage 1-8) bis zu € 12,1 pro Tag bei Aufenthalt über 90 Tagen. Niedrigere Belastungen für Gruppen mit niedrigem Einkommen.			Prozentuale Selbstbeteiligungen von 0 %, 25 %, 50 % und 60 % an den Kosten, abhängig vom therapeutischen Wert des Arzneimittels. Es gelten Preisobergrenzen.	Hohe Zuzahlung oder volle Fakturierung für die meisten Gruppen. Begrenzte kostenlose Leistungen für Kinder (unter 18 Jahren).		17 % (1994)

	Allgemein- mediziner	Facharzt	Stationär	Rehabilitation	Kuren	Arzneimittel	Zahnver- sorgung	Therapeu- tische Hilfsmittel	Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit
--	-------------------------	----------	-----------	----------------	-------	--------------	---------------------	------------------------------------	--

						Reduzierte Raten für Gruppen mit niedrigen Einkommen.			
Dänemark	Keine für die meisten Menschen, wenngleich Ausgleichs- fakturierung für etwa 2 % der Bevölke- rung Anwen- dung findet, die sich für direkten Zugang zu Allgemein- medizinern und Fachärzten ent- schieden ha- ben.	Gleiche Regelung wie für Leistungen von Allgemein- medizinern.	Keine			Die Sätze der prozentualen Selbstbetei- ligung variieren abhängig von der jährlichen Zuzahlung aus eigener Tasche: 100 % bis zu DKr 500 pro Jahr, 50 % bei Kr 501- 1200, 25 % bei DKr 1201- 2800 und 15 % bei mehr als DKr 2800. Für chronisch kranke Patienten mit Ausgaben von jährlich mehr als DKr 3600 für Arzneimittel beträgt der Satz der prozentualen Selbstbetei- ligung 0 %.	Die Sätze der prozentualen Selbstbetei- ligung reichen von 35 % bis 100 %. Die Kostenbetei- ligung deckte im Jahre 1994 circa 75 % der Gesamtkosten ab.		16,5 % (1999)
Finnland	Die Kommunen bestimmen Preise für Leistungen, die sie erbringen –	Gleiche Regelung wie für Leistungen von Allgemein- medizinern.	Zuzahlung von € 21,0 für kurze Aufenthalte; bei längeren Aufenthalten			Eine Festbetrags- zuzahlung von € 8,4 pro Rezept plus Zuzahlung von	10 % für zahnärztliche Untersu- chungen und präventive Behandlung;		19,8 % (1998)

	Allgemein- mediziner	Facharzt	Stationär	Rehabilitation	Kuren	Arzneimittel	Zahnver- sorgung	Therapeu- tische Hilfsmittel	Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit
--	-------------------------	----------	-----------	----------------	-------	--------------	---------------------	------------------------------------	--

	entweder als jährliche Zahlung einer von 16,8 oder von Kosten pro Konsultation. Für Leistungen des nationalen Versiche- rungsschemas prozentuale Selbstbetei- ligung von bis zu 40 % plus Ausgleichs- fakturierung.		sind die Belastungen der Patienten an ihr Einkommen gekoppelt.			50 % des restlichen Preises.	40 % für andere Behandlungen. Keine Belastungen für Kinder (unter 18 Jahren).		
Frankreich	Prozentuale Selbstbetei- ligung von 30 % plus etwas Ausgleichs- fakturierung. Direkte Zahlungen machen circa 23 % der gesamten Kosten der ambulanten Versorgung aus.	Prozentuale Selbstbetei- ligung von 30 % (25 % in öffentlichen Kranken- häusern).	Prozentuale Selbstbetei- ligung von 20 % (bis zu 31 Tage in der Akutversor- gung) plus geringe Zuzahlung für Hotelausgaben.			Prozentuale Selbstbetei- ligungen von 0 %, 35 % und 65 % abhängig von der Kategorie der Arzneimittel. Keine Erstattung für Produkte, die nicht auf der nationalen Liste stehen. Direkte Zahlungen machen circa 20 % der gesamten Kosten für Arzneimittel aus.	Prozentuale Selbstbetei- ligung von 30 % bei präventiver Versorgung und Behand- lungen. Prozentuale Selbstbetei- ligung von bis zu 80 % für Zahnersatz und Kieferortho- pädie.		10 % (1999)
Deutschland	Keine	Keine	€ 8,7 pro Tag bis zu maximal 14 Tagen pro Jahr.			Belastungen von € 4,1, € 4,6 und € 5,1 abhängig von	Grundver- sorgung und präventive Versorgung		11,9 % (1997)

	Allgemein- mediziner	Facharzt	Stationär	Rehabilitation	Kuren	Arzneimittel	Zahnver- sorgung	Therapeu- tische Hilfsmittel	Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit
--	-------------------------	----------	-----------	----------------	-------	--------------	---------------------	------------------------------------	--

			Zuschläge für Einzelzimmer. Volle oder teilweise Befreiungen für Kinder (unter 18 Jahren), Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger und Studenten mit Ausbildungsförderung.			der Packungsgröße plus 100 % der Kosten über dem Referenzpreis. Die Kostenbeteiligung deckte 12 % der gesamten Kosten ab (1996).	kostenlos. Prozentuale Selbstbeteiligung zwischen 35 % und 50 % für operative Behandlungen (wie Kronenpräparation und Zahnersatz). Befreiungen für Kinder (unter 18 Jahren).		
Griechenland	Keine für Leistungen des nationalen Gesundheitssystems, jedoch Ausgleichsfakturierung bei privat praktizierenden Ärzten.	Keine Zahlungen für Praxis-ärzte. Zuzahlung von € 2,9 für ambulante Besuche in öffentlichen Krankenhäusern.	Keine			Eine allgemeine prozentuale Selbstbeteiligung von 25 % zusammen mit niedrigeren Sätzen (10 %) und höheren Sätzen (100 %) für bestimmte Kategorien von Arzneimitteln. Die Belastungen der Anwender machten circa 10 % der gesamten Arzneimittelausgaben aus (1994).	Keine für Kinder (unter 18 Jahren). Prozentuale Selbstbeteiligung von 25 % für Zahnprothesen. Ausgleichsfakturierung häufig bei privat praktizierenden Zahnärzten, die mehr als 95 % aller Zahnärzte ausmachen.		40,4 % (1992)
Irland	Keine Belastungen	Keine Belastungen	Zuzahlung für Kategorie 2-			Keine für Kategorie 1-	Keine Belastungen		12,3 % (1995)

	Allgemein- mediziner	Facharzt	Stationär	Rehabilitation	Kuren	Arzneimittel	Zahnver- sorgung	Therapeu- tische Hilfsmittel	Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit
--	-------------------------	----------	-----------	----------------	-------	--------------	---------------------	------------------------------------	--

	für weniger vermögende Menschen (circa ein Drittel der Bevölkerung); Zuzahlungen von € 19,0- 25,4 für Personen mit einem Einkommen über einer definierten Schwelle (Kategorie 2- Patienten).	für beide Kategorien bei fachärztlichen Leistungen. Zuzahlungen von € 15,2 für ambulante Konsultationen im Krankenhaus.	Patienten in öffentlichen Stationen von €25,4 pro Tag bis zu einem Maximum von € 254 in jedem 12-Monatszeit- raum.			Patienten. Kategorie 2- Patienten leisten einen Selbstbehalt von bis zu € 114 pro Quartal. Befreiungen für bestimmte Langzeiter- krankungen und Behinde- rungen.	für Kategorie 1-Patienten und Schulkinder. Andere Sozial- versicherte erhalten zahnärztliche Untersu- chungen und Diagnosen kostenfrei und Behandlungen bezuschusst. Nicht Sozial- versicherte zahlen die vollen Kosten. Private Ausgaben machen geschätzte zwei Drittel der Gesamtaus- gaben für Zahnbehand- lungen aus.		
Italien	Keine	Selbstbehalt von € 36,2 für ambulante Konsulta- tionen.	Keine			Drei Kategorien von Arzneimitteln. Zuzahlung von € 1,5 für Produkte der Klasse A. Zuzahlung von € 1,5 plus 50 % prozentuale Selbstbeteili- gung für Klasse B. Volle Kosten für Klasse C.	Die meisten Zahnbehand- lungen sind privat und müssen voll bezahlt werden. Gruppen mit niedrigen Einkommen können kostenlose Behandlung in nationalen Gesundheits-		23,5 % (1999)

	Allgemein- mediziner	Facharzt	Stationär	Rehabilitation	Kuren	Arzneimittel	Zahnver- sorgung	Therapeu- tische Hilfsmittel	Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit
--	-------------------------	----------	-----------	----------------	-------	--------------	---------------------	------------------------------------	--

							zentren erhalten.		
Luxemburg	Prozentuale Selbstbetei- ligung von 35 %.	Prozentuale Selbstbetei- ligung von 35 %.	Zuzahlung von € 5,3 pro Tag bei Unterbrin- gung zweiter Klasse. Zusätzliche Belastungen für Unterbrin- gung erster Klasse und zusätzliche Arzthonorare bei Betten in der ersten Klasse.			Drei Kategorien von Arzneimitteln mit 0 %, 20 % und 60 % prozentualer Selbstbetei- ligung.	Zahnärztliche Leistungen, die von der Krankenver- sicherung getragen werden, unterliegen einem Selbstbehalt von € 29,7 plus prozentualer Selbstbetei- ligung von 20 %. Für andere zahnärztliche Leistungen gelten andere Kostenbetei- ligungen.		7,4 % (1997)
Niederlande	Keine für Personen in der gesetzlichen Krankenver- sicherung, weil ihr Einkommen unter der definierten Schwelle liegt.	Keine für Personen in der gesetzlichen Krankenver- sicherung, weil ihr Einkommen unter der definierten Schwelle liegt.	Zuzahlung von € 3,6 pro Tag.			Referenz- preisgebung und Zuzahlungen bei einigen Arzneimitteln.	Keine Belastungen für Kinder unter 17 oder für präventive und fachärztliche Zahnversor- gung. Jegliche andere Versorgung muss voll bezahlt werden.		5,9 % (1998)
Portugal	Zuzahlung von € 1,5. Gebühr für Hausbe- suche.	Zuzahlung von € 2,0 für Fachärzte in Bezirks-	Keine			Drei Kategorien ent- sprechend dem therapeu-	Überwiegend privat mit voll zu zahlenden Kosten.		44,6 % (1995)

	Allgemein- mediziner	Facharzt	Stationär	Rehabilitation	Kuren	Arzneimittel	Zahnver- sorgung	Therapeu- tische Hilfsmittel	Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit
--	-------------------------	----------	-----------	----------------	-------	--------------	---------------------	------------------------------------	--

		kranken- häusern und von € 3,0 für Fachärzte in tertiären Kranken- häusern.				tischen Wert: 0 % für Kategorie A, 30 % für Kategorie B und 60 % für Kategorie C. Die Kosten- beteiligung machte 33 % der Arzneimittel- rechnung aus (1995).			
Spanien	Keine	Keine	Keine			Prozentuale Selbstbetei- ligungen von 40 % mit einem reduzierten Satz (10 %) für chronisch Kranke.	Freie Kontroll- untersu- chungen für Kinder (unter 18 Jahren). Kostenloses Zahnziehen im öffentlichen Sektor. Alle anderen Leistungen sind voll zu zahlen.		16,9 % (1998)
Schweden	Zuzahlungen von SKr 60- 140. Die Beträge werden von den Kommunen festgelegt.	Zuzahlungen von SKr 120 - 260 für ambulante Besuche bei Fachärzten im Krankenhaus.	Zuzahlung von SKr 80 pro Tag.			Selbstbehalt von SKr 900 und anschließend geringer werdende prozentuale Selbstbetei- ligung von 50 % (SKr 900- 1700), 25 % (SKr 1700- 3300) und 10 %	Vorbeugende Versorgung kostenlos für jalle unter 20 Jahren. Prozentuale Selbstbetei- ligung für die übrige Bevölkerung. Die Belastungen der Leistungs- nehmer machten circa		16,9 % (1993)

	Allgemein- mediziner	Facharzt	Stationär	Rehabilitation	Kuren	Arzneimittel	Zahnver- sorgung	Therapeu- tische Hilfsmittel	Zuzahlungen aus eigener Tasche in Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit
--	-------------------------	----------	-----------	----------------	-------	--------------	---------------------	------------------------------------	--

						(SKr 3300- 4300). Maximal selbst zu tragender Betrag in jedem Zwölfmonats- zeitraum: SKr 1800.	50 % der gesamten Ausgaben aus (1995).		
Vereinigtes Königreich	Keine	Keine	Keine, aber Zuzahlungen für höherklassige Betten des National Health Service (Annehmlich- keit).			Zuzahlung von £ 6 pro Einheit (2000).	Prozentuale Selbstbetei- ligung von 80 % bis zu £ 325.		10,8 % (1998)

Die Daten zu den Zahlungen aus eigener Tasche umfassen Ausgaben für private Krankenversicherung.

Kategorie 1-Patienten sind Patienten, die für eine Medical Card in Frage kommen und deren Einkommen eine bestimmte Schwelle unterschreitet.

Kategorie 2-Patienten sind Patienten, die aufgrund ihres Einkommens dafür nur beschränkt in Frage kommen.

Quellen: (Mossialos 2002), (Hofmarcher 2001), (European Observatory on health care systems 2000)

Referenzliste

1. Adams et al. Predicting hospital choice for rural medicare beneficiaries: the role of severity of illness. Health Services Research. 1991; 26(5):583-612.
2. Akerlof, G. A. The market for 'lemons': quality, uncertainty and the market mechanism. Quarterly Journal of Economics. 1970; 84(3):488-500.
3. Allen, H. M. Jr. Consumers and choice: cost containment strategies for health care provision. Health Psychol. 1984; 3(5):411-30.
4. Andersen, H. H. and Schwarze, J. Der Versicherten-Report Die Novitas Befragung 1998. Veröffentlichungsreihe Des Berliner Zentrums Public Health. 1999 Aug. ISSN: 0949-0752.
5. ---. Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Praeferenzen haben die versicherten der GKV? Sozialer Fortschritt. 2000(2-3):48-56.
6. Andersen, R. B. Smedby D. Vagero. Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas. Soc Sci Med. 2001; 52(8):1195-204.
7. Ansell, D.; Schiff, G.; Dick, S.; Cwiak, C., und Wright, K. Voting with their feet: public hospitals, health reform, and patient choices. Am J Public Health. 1998 Mar; 88(3):439-41.
8. Arrow, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963; 53, (5): 941-973.
9. Baumgardner, J. R. und Hagen, S. A. Predicting response to regulatory change in the small group health insurance market: the case of association health plans and HealthMarts. Inquiry. 2001 Winter-2002 Winter; 38(4):351-64.

10. Baur, R.; Hunger, W.; Kämpf, K., und Stock, J. Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. 1997.
11. Beaulieu, N. D. Quality information and consumer health plan choices. *J Health Econ.* 2002 Jan; 21(1):43-63.
12. Beck, R. G. The effects of copayment on the poor. *Journal of Human Resources.* 1974; 9:129-142.
13. Boecken, J.; Braun, B., und Schnee, M. Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2002.
14. Boecken, J. M. Butzlaff A. Esche ed. Reforming the health sector. Results of international research. Bertelsmann Foundation. 2000.
15. Booske, B. C.; Sainfort, F., und Hundt, A. S. Eliciting consumer preferences for health plans. *Health Serv Res.* 1999 Oct; 34(4):839-54.
16. Braun, B. L.; Kind, E. A.; Fowles, J. B., und Suarez, W. G. Consumer response to a report card comparing healthcare systems. *Am J Manag Care.* 2002 Jun; 8(6):522-8.
17. Breyer, F. und A. Haufler. Health care reform: separating insurance from income redistribution. Deutsches Institut Fur Wirtschaftsforschung, Berlin. 2000.
18. Brown, L. D. Management by objection? Public policies to protect choice in health plans. *Med Care Res Rev.* 1999; 56 Suppl 1:145-65; discussion 166-76.
19. Buchanan, J. L. und Marquis, M. S. Who gains and who loses with community rating for small business? *Inquiry.* 1999 Spring; 36(1):30-43.
20. Buchmueller, T. und J. DiNardo. Did community rating induce an adverse selection death spiral? Evidence from new York, Pennsylvania, and Connecticut. 1999.
21. Buchmueller, T. C. The health plan choices of retirees under managed competition. *Health Serv Res.* 2000 Dec; 35(5 Pt 1):949-76.

22. Buchmueller, T. C. und P. J. Feldstein. Consumer sensitivity to health plan premiums: evidence from a natural experiment in California . Health Affairs. 1996a; 15(1):143-51.
23. Buchmueller, T. C. und R. G. Valletta. The effects of employer-provided health insurance on worker mobility. 1996b; 49, (3): 439-455.
24. Buchmueller, T. Feldstein P. The effect of price on switching among health plans. 1997(16): 231-247.
25. Bundesministerium fuer Gesundheit. Die gesetzliche Krankenversicherung. 2002 Jun.
26. Bundesministerium für Gesundheit, ed. Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. 2002.
27. Bundorf, M. K. Employee demand for health insurance and employer health plan choices. J Health Econ. 2002 Jan; 21(1):65-88.
28. Burgess, J. F. und D. A. DeFiore. The effect of disance to VA facilities on the choice and level of utilization of VA outpatient services. 1994; 39, (1): 95-104.
29. Burns, L. R. und Wholey, D. R. Differences in access and quality of care across HMO types. Health Serv Manage Res. 1991 Mar; 4(1):32-45.
30. Busse, R. und Howorth, C. Cost containment in Germany: twenty years of experience. in: Mossialos and LeGrand, Health Care and Cost Containment in the European Union. 1999:303-339.
31. Butler, S. und Kendall, D. B. Expanding access and choice for health care consumers through tax reform. Health Aff (Millwood). 1999 Nov-1999 Dec 31; 18(6):45-57.
32. Cardon, J. H. und Showalter, M. H. An examination of flexible spending accounts. J Health Econ. 2001 Nov; 20(6):935-54.

33. Cheng, S. H. und Chiang, T. L. The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan. Results from a natural experiment. JAMA. 1997 Jul 9; 278(2):89-93.
34. Cherkin, D. C.; Grothaus, L., und Wagner, E. H. The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization. Medical Care . 1989; 27(11):1036-1045.
35. ---. The effect of office visit copayments on preventive care service in an HMO. Inquiry. 1990; 27(1):24-38.
36. Cumming, J. N. Mays. Reform and counter reform: how sustainable is New Zealand's latest health system restructuring? J Health Serv Res Policy. 2002; 7(suppl 1):46-55.
37. Cutler, D. M. und S. J. Reber. Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection. Quarterly journal of economics, 1998; 113, (2): 433-466.
38. Delnoij, D.; Van Merode, G.; Paulus, A., und Groenewegen, P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? J Health Serv Res Policy. 2000 Jan; 5(1):22-6.
39. Dickey, N. W. und McMenamin, P. Putting power into patient choice. N Engl J Med. 1999 Oct 21; 341(17):1305-8.
40. Donelan, K.; Blendon, R. J.; Schoen, C.; Davis, K., und Binns, K. The cost of health system change: public discontent in five nations. Health Aff (Millwood). 1999 May-1999 Jun 30; 18(3):206-16.
41. Donges, J. B.; J. Eekhoff; W. Franz; W. Moeschel; M.J.M. Neumann, und O. Sievert . Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Stiftung Marktwirtschaft; Frankfurter Institut. 2002.
42. Epstein, A. M. Rolling down the runway: the challenges ahead for quality report cards. 1998(279): 1691-1696.

43. Escarce, J. J.; Kapur, K.; Joyce, G. F., und Van Vorst, K. A. Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-service arrangements. *Health Serv Res.* 2001 Dec; 36(6 Pt 1):1037-57.
44. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Germany.* 2000.
45. Farley, D. Short P. F. Elliot M. N. Kanouse D. E. Brown J. A. Hays R. D. Effects of CAHPS Health plan performance information on polan choices by New Jersey beneficiaries. 2000.
46. Feldman, R. und B. Dowd. The effectiveness of managed competition in reducing the costs of health insurance. 1993: 176-217.
47. Ferrera, M. The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy, 1978-1994. *J. Health Polit Policy Law.* 1995; 20(2):275-302.
48. Fortney, J.; Thill, J. C.; Zhang, M.; Duan, N., und Rost, K. Provider choice and utility loss due to selective contracting in rural and urban areas. *Med Care Res Rev.* 2001 Mar; 58(1):60-75.
49. Fotaki, M. The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm. *Soc Sci Med.* 1999; 48(10):1415-32.
50. Freeman, H. E. und Corey, C. R. Insurance status and access to health services among poor persons. *Health Serv Res.* 1993 Dec; 28(5):531-41.
51. Freiberg, L. Jr und Scutchfield, F. D. Insurance and the demand for hospital care: an examination of the moral hazard. *Inquiry.* 1976 Mar; 13(1):54-60.
52. Gallagher, T. H.; St Peter, R. F.; Chesney, M., und Lo, B. Patients' attitudes toward cost control bonuses for managed care physicians. *Health Aff (Millwood).* 2001 Mar-2001 Apr 30; 20(2):186-92.
53. Gibbs, D. a. J. Sangl und B. Burrus. Consumer perspectives on information needs for healh plan choice. 1996; 18, (1): 55-73.

54. Goldman, D; Joyce, G., und Malkin, J. The costs of a Medicare prescription drug benefit. 2002; 2, (1).
55. Goldman, D. A. Leibowitz J. L. Buchanan und J. Keesey. Redistributive consequences of community rating. 1997; 32, (1): 71-86.
56. Goldman, D. P.; Joyce, G. J., und Malkin, J. The costs of a Medicare prescription drug benefit: a comparison of alternatives. 2002(MR-1529.0).
57. Goold, S. D. und Klipp, G. Managed care members talk about trust. Soc Sci Med. 2002 Mar; 54(6):879-88.
58. Gravelle, H. und G. Masiero. Quality incentives in a regulated market with imperfect information and switching costs: capitation in general practice. Journal of Health Economics. 2000; 19(6):1067-88.
59. Greenwald, H. B. HMO membership, copayment, and initiation of care for cancer: a study of working adults. American Journal of Public Health. 1987; 77(4):461-466.
60. Grembowski, D. E.; Diehr, P.; Novak, L. C.; Roussel, A. E.; Martin, D. P.; Patrick, D. L.; Williams, B., und Ulrich, C. M. Measuring the "managedness" and covered benefits of health plans. Health Serv Res. 2000 Aug; 35(3):707-34.
61. Gress, S. P. Groenewegen J. Kerssens B. Braun J. Wasem. Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands. Health Policy. 2002(60):235-254.
62. Grootendorst, P. V. A comparison of alternative models of prescription drug utilization. Health Econ. 1995 May-1995 Jun 30; 4(3):183-98.
63. Gross, R.; Rosen, B., und Shirom, A. Reforming the Israeli health system: findings of a 3-year evaluation. Health Policy. 2001 Apr; 56(1):1-20.
64. Grytten, J. und Sorensen, R. Competition and dental services. Health Econ. 2000 Jul; 9(5):447-61.

65. Hall, J. Incremental change in the Australian health care system. *Health Aff (Millwood)*. 1999 May-1999 Jun 30; 18(3):95-110.
66. Harris, K.; Schultz, J., und Feldman, R. Measuring consumer perceptions of quality differences among competing health benefit plans. *J Health Econ*. 2002 Jan; 21(1):1-17.
67. Heaney, C. T. und Riedel, D. C. From Indemnity to Full Coverage: Changes in Hospital Utilization. Blue Cross Association, Chicago. 1970.
68. Hellinger, F. J. Selection bias in HMOs and PPOs: a review of the evidence. *Inquiry*. 1995a Summer; 32(2):135-42.
69. ---. Selection bias in HMOs and PPOs: a review of the evidence. *Inquiry*. 1995b Summer; 32(2):135-42.
70. Helms, L. J. ; Newhouse, J. P., und Phelps, C. E. Copayments and demand for medical care: The California Medicaid experience. *Bell Journal of Economics*. 1978; 9:192-208.
71. Hermanson, T.; Aro, S., und Bennett, C. L. Finland's health care system. Universal access to health care in a capitalistic democracy. *JAMA*. 1994 Jun 22-1994 Jun 29; 271(24):1957-62.
72. Hibbard, J. und J. J. Jewett. What type of quality information do consumers want in a health care report card? *Medical Care Research and Review*. 1996; 53(1):278-47.
73. Hibbard, J. H.; Berkman, N.; McCormack, L. A., und Jael, E. The impact of a CAHPS report on employee knowledge, beliefs, and decisions. *Med Care Res Rev*. 2002 Mar; 59(1):104-16.
74. Hibbard, J. H.; Harris-Kojetin, L.; Mullin, P.; Lubalin, J., und Garfinkel, S. Increasing the impact of health plan report cards by addressing consumers' concerns. *Health Aff (Millwood)*. 2000 Sep-2000 Oct 31; 19(5):138-43.

75. Hibbard, J. H. P. Slovic J. J. Jewett. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *The Milbank Quarterly*. 1997; 75(3):395-414.
76. Hillman, A. L.; Pauly, M. V.; Escarce, J. J.; Ripley, K.; Gaynor, M.; Clouse, J., und Ross, R. Financial incentives and drug spending in managed care. *Health Aff (Millwood)*. 1999 Mar-1999 Apr 30; 18(2):189-200.
77. Himmel, W.; Dieterich, A., und Kochen, M. M. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *J Gen Intern Med*. 2000 Jul; 15(7):496-502.
78. Hiramatsu, S. Member satisfaction in a staff-model health maintenance organization. *Am J Hosp Pharm*. 1990 Oct; 47(10):2270-3.
79. Hirth, R. A.; Chernew, M. E., und Orzol, S. M. Ownership, competition, and the adoption of new technologies and cost-saving practices in a fixed-price environment. *Inquiry*. 2000 Fall; 37(3):282-94.
80. Hofmarcher, M. M. und H. Rack. Health care systems in transition: Austria. *European Observatory on Health Care Systems*. 2001.
81. Holloway, R. L.; Matson, C. C., und Zisner, D. K. Patient satisfaction and selected physician behaviors: does the type of practice make a difference? *J Am Board Fam Pract*. 1989 Apr-1989 Jun 30; 2(2):87-92.
82. Howden-Chapman, P. Doing the splits: contracting issues in the New Zealand health service. *Health Policy*. 1993 Aug; 24(3):273-86.
83. Hsu, J.; Go, A. S., und Selby, J. Factors affecting patients' self-referral to specialists. *JAMA*. 2001 Aug 8; 286(6):672-3.
84. Hughes, D. und McGuire, A. Patient charges and the utilization of NHS prescription medicines. *Health Economics*. 1995; 4(3):213-220.
85. Ikegami, N. J. C. Campbell. Health care reform in Japan: the virtues of muddling through. *Health Affairs*. 1999; 18(3):56-75.

86. Jacobs, K. Mehr Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiungen in der GKV; zahlreiche Probleme schon vorprogrammiert. Beitrag fuer "Forum fuer Gesellschaftspolitik". 1997 Apr 10.
87. Johnson, R. E.; Goodman, M. J.; Hornbrook, M. C., und Eldredge, M. B. The impact of increasing patient prescription drug cost sharing on therapeutic classes of drugs received and on the health status of elderly HMO members. Health Serv Res. 1997 Apr; 32(1):103-22.
88. Jost, T. German health care reform: the next steps. J Health Polit Policy Law. 1998 Aug; 23(4):697-711.
89. Joyce, G. F. ; Escarce, J. J.; Solomon, M. D., und Goldman, D. P. Employer Drug Benefit Plans and Spending on Prescription Drugs. 2002; 288, (14): 1733-1739.
90. Kane, R. L. und Kane, R. A. What older people want from long-term care, and how they can get it. Health Aff (Millwood). 2001 Nov-2001 Dec 31; 20(6):114-27.
91. Keeler, E. et al. Can medical savings accounts for the elderly reduce health care costs. JAMA. 1996:1666-1671.
92. Keigher, S. M. Austria's new attendance allowance: a consumer-choice model of care for the frail and disabled. Int J Health Serv. 1997; 27(4):753-65.
93. Kern, A. O. und Kupsch, S. D. Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen und die Neubestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung; was bringt ein Blick ueber die Grenzen? Universitaet Augsburg Institut fuer Volkswirtschaftslehre; Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Beitrag Nr.217. 2002 Feb.
94. Klavus, J. und Hakkinen, U. Health care and income distribution in Finland. Health Policy. 1996 Oct; 38(1):31-43.

95. Krumholz, H. M.; Rathore, S. S.; Chen, J.; Wang, Y., und Radford, M. J. Evaluation of a consumer-oriented internet health care report card: the risk of quality ratings based on mortality data. *JAMA*. 2002 Mar 13; 287(10):1277-87.
96. Landon, B. E.; Zaslavsky, A. M.; Beaulieu, N. D.; Shaul, J. A., und Cleary, P. D. Health plan characteristics and consumers' assessments of quality. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Mar-2001 Apr 30; 20(2):274-86.
97. Lewis, R. S. Gillam. the national health service plan: further reform of British health care. *Int J Health Serv*. 2001; 31(1):111-8.
98. Liaropoulos, L. E. Tragakes. Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. *Health Policy*. 1998; 43(2):153-69.
99. Lubalin, J. S. und Harris-Kojetin, L. D. What do consumers want and need to know in making health care choices? *Med Care Res Rev*. 1999; 56 Suppl 1:67-102; discussion 103-12.
100. Lundin, D. Moral hazard in physician prescription behavior. *J Health Econ*. 2000 Sep; 19(5):639-62.
101. Lurie, N.; Ward, N. B. et al. Termination of Medi-Cal benefits: a follow-up study one year later. *New England Journal of Medicine*. 1986; 314(19):1266-1268.
102. Magid, D. J.; Koepsell, T. et al. Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. *New Englan Journal of Medicine*. 1997; 336(24):172-179.
103. Manning, W. G; Keeler, E. B., und Newhouse, J. P. The Costs of Poor health Habits. Harvard University. 1991.
104. Marquis, M. S. und J. L. Buchanan. How will changes in health insurance tax policy and employer health plan contributions affect access to health care and health care costs? 1994; 271, (12): 939-944.

105. Marquis, M. S. und M. R. Holmer. Alternative models of choice under uncertainty and demand for health insurance. 1996; 78, (3): 421-427.
106. Martin, D. P. P. Diehr K. F. Price W. C. Richardson. Effect of a gatekeeper plan on health service use and charges: a randomized trial. 1989; 79, (12): 1628-32.
107. Massaro, T. A.; Nemec, J., und Kalman, I. Health system reform in the Czech Republic. Policy lessons from the initial experience of the general health insurance company. JAMA. 1994 Jun 15; 271(23):1870-4.
108. McCormack, L. A.; Garfinkel, S. A.; Hibbard, J. H.; Keller, S. D.; Kilpatrick, K. E., und Kosiak, B. Health insurance knowledge among Medicare beneficiaries. Health Serv Res. 2002 Feb; 37(1):43-63.
109. McLaughlin, C. G. Health care consumers: choices and constraints. Med Care Res Rev. 1999; 56 Suppl 1:24-59; discussion 60-6.
110. Mechanic, D. T. Ettel und D. Davis. Choosing among health insurance options: a study of new employees. 1990(27): 14-23.
111. Mitchell, J. B. S. G. Haber G. Khatutsky. Impact of the Oregon Health Plan on Access and Satisfaction of Adults with low Income. Health Services Research. 2002; 37(1):11-31.
112. Monheit, A. C.; Schone, B. S., und Taylor, A. K. Health insurance choices in two-worker households: determinants of double coverage. Inquiry. 1999 Spring; 36(1):12-29.
113. Mossialos, E. A. Dixon J. Figueras J. Kutzin. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. 2002.
114. Newhouse, J. P. und Phelps, C. E. Price and income elasticities for medical care services. Perlman, M., ed. The Economics of Health and Medical Care. 1974.
115. ---. New estimates of price and income elasticities. Rosett, R., ed. The role of health insurance in the health services sector. National Bureau of Economic Research; 1976.

116. Newhouse, J. P. et. al. Free for All? Harvard University Press. 1993.
117. Newsome, B.; Retchin, S. M.; Jurgensen, M.; Rossiter, L.; Glasheen, W., und Colley, L. Factors associated with changes in satisfaction with care. Clin Perform Qual Health Care. 1999 Apr-1999 Jun 30; 7(2):56-62.
118. Nolting, H.-D. und Wasem, J. Der Patient vor der Wahl Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Delphi Studienreihe Zur Zukunft Des Gesundheitswesens. 2002.
119. Nonneman, W. und van Doorslaer, E. The role of the sickness funds in the Belgian health care market. Soc Sci Med. 1994 Nov; 39(10):1483-95.
120. O'Brien, B. J.; Gertsen, K.; Willan, A. R., und Faulkner, L. A. Is there a kink in consumers' threshold value for cost-effectiveness in health care? Health Econ. 2002 Mar; 11(2):175-80.
121. Pauly, M. V . An analysis of medical savings accounts: do two wrongs make a right? American Enterprise Institute. 1994.
122. Phelps, C. E. und Newhouse, J. P. Coninsurance, the price of time, and the demand for medical services. Review of Economics and Statistics. 1974; 56:334-342.
123. Phibbs, C. S. et al. Choice of hospital for delivery: a comparison of high-risk and low-risk women. 1993; 28, (2): 1-22.
124. Podger, A. Reforming the Australian health care system: a government perspective. Health Aff (Millwood). 1999 May-1999 Jun 30; 18(3):111-3.
125. Pronk, N. P.; Goodman, M. J.; O'Connor, P. J., und Martinson, B. C. Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. JAMA. 1999 Dec 15; 282(23):2235-9.
126. Rathwell, T. Health care in Canada: a system in turmoil. Health Policy. 1994; 27(1):5-17.

127. Reschovsky, J. D.; Kemper, P., und Tu, H. Does type of health insurance affect health care use and assessments of care among the privately insured? *Health Serv Res.* 2000 Apr; 35(1 Pt 2):219-37.
128. Rice, T.; Gabel, J., und de Lissovoy, G. PPOs: the employer perspective. *J Health Polit Policy Law.* 1989 Summer; 14(2):367-82.
129. Rice, T.; Snyder, R. E.; Kominski, G., und Pourat, N. Who switches from Medigap to Medicare HMOs? *Health Serv Res.* 2002 Apr; 37(2):273-90.
130. Riemer-Hommel, P. The changing nature of contracts in German health care. *Social Science & Medicine.* 2002; 55:1447-1455.
131. Ringel, J. S. S. D. Hosek B. A. Vollaard S. Mahnovski. The elasticity of demand for health care; a review of the literature and its application to the military health system. 2002.
132. Rodriguez, M. Scheffler R. M. J. D. Agnew. An update on Spain's health care system: is it time for managed competition? *Health Policy.* 2000; 51(2):109-31.
133. Roemer, M. I.; Hopkins, C. E., et al. Copayments for ambulatory care:penny-wise and pound-foolish. *Medical Care.* 1975; 13(6):457-466.
134. Rosett, R. N. und Huang, L. F. The effect of health insurance on the demand for medical care. *Journal of Political Economy.* 1973; 81:281-305.
135. Royalty, A. Solomon N. Health plan choice: price elasticities in a managed competition setting. 1999(34): 1-41.
136. Russell, L. S. Is prevention better than cure? *Brookings Institution.* 1986.
137. Ryan, M. Using consumer preferences in health care decision making; the application of conjoint analysis. *Office of Health Economics, United Kingdom.* 1995.
138. Sachverstaendigenrat fuer die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Bd. III Ueber-, Unter- und Fehlversorgung . *Baden-Baden:* 2002.

139. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Jahresgutachten 2002/03: Zwanzig Punkte für Beschäftigung. 2002.
140. ---. Jahresgutachten 2000/01: Chancen auf einen höheren Wachstumspfad. 2000.
141. Salkeld, G.; Ryan, M., und Short, L. The veil of experience: do consumers prefer what they know best? *Health Econ.* 2000 Apr; 9(3):267-70.
142. Saltman, R. B. The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States. *Health Policy.* 1997; 41(Suppl):S9-26.
143. Scanlon, D. P. und Chernew, M. HEDIS measures and managed care enrollment. *Med Care Res Rev.* 1999; 56 Suppl 2:60-84.
144. Scanlon, D. P.; Chernew, M.; McLaughlin, C., und Solon, G. The impact of health plan report cards on managed care enrollment. *J Health Econ.* 2002 Jan; 21(1):19-41.
145. Scanlon, D. P.; Darby, C.; Rolph, E., und Doty, H. E. The role of performance measures for improving quality in managed care organizations. *Health Serv Res.* 2001 Jul; 36(3):619-41.
146. Scanlon, D. P. M. Chernew H. E. Doty D. G. Smith. Options for assessing PPO quality: accreditation and profiling as accountability strategies. *Medical Care Research and Review.* 2001; 58(1):70-100.
147. Schauffler, H. H.; Brown, C., und Milstein, A. Raising the bar: the use of performance guarantees by the Pacific Business Group on Health. *Health Aff (Millwood).* 1999 Mar-1999 Apr 30; 18(2):134-42.
148. Scheffler, R. M. The United Mine Workers' health plan: an analysis of the cost-sharing program. *Medical Care.* 1975; 22(3):247-254.
149. Schellhorn, M. The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits. *Health Econ.* 2001 Jul; 10(5):441-56.

150. Schillinger, D.; Bibbins-Domingo, K.; Vranizan, K.; Bacchetti, P.; Luce, J. M., und Bindman, A. B. Effects of primary care coordination on public hospital patients. *J Gen Intern Med.* 2000 May; 15(5):329-36. ISSN: 0884-8734.
151. Schlesinger, M.; Druss, B., und Thomas, T. No exit? The effect of health status on dissatisfaction and disenrollment from health plans. *Health Serv Res.* 1999 Jun; 34(2):547-76.
152. Schoen, C. K. Davis C. DesRoches K. Donelan R. Blendon. Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. *Health Policy.* 2000; 51(2):67-85.
153. Schoenbaum, M.; Spranca, M.; Elliott, M.; Bhattacharya, J., und Short, P. F. Health plan choice and information about out-of-pocket costs: an experimental analysis. *Inquiry.* 2001 Spring; 38(1):35-48.
154. Schut, F. T. und van Doorslaer, E. K. Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and The Netherlands. *Health Policy.* 1999 Jul; 48(1):47-67.
155. Schwartz, F. W. und Jung, K. Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Sozialer Fortschritt.* 2000 Apr; 49(4):70-75.
156. Schwarze, J. und Andersen, H. H. Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? *DIW Discussion Papers.* 2001 Nov.
157. Scitovsky, A. A. und McCall, N. M. Coinsurance and the demand for physician services: four years later. *Social Security Bulletin.* 1977; 40:19-27.
158. Scitovsky, A. A. und Snyder, N. M. Effect of coinsurance on use of physician services. *Social Security Bulletin.* 1972; 35(6):3-19.
159. Segal, L. The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy.* 1998 Apr; 44(1):31-44.

160. Selby, J. V.; Fireman, B. H., und Swain, B. E. Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med*. 1996 Mar 7; 334(10):635-41.
161. Sloan, F. A. Arrow's concept of the health care consumer: a forty-year retrospective. *Journal of Health Polit Policy Law*. 2001; 26(5):899-911.
162. Sommer, J. H.; Burgi, M., und Theiss, R. A randomized experiment of the effects of including alternative medicine in the mandatory benefit package of health insurance funds in Switzerland. *Complement Ther Med*. 1999 Jun; 7(2):54-61.
163. Soumerai, S. B.; Avorn, J.; Ross-Degnan, D., und Gortmaker, S. Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid. Effects on therapy, cost, and equity. *N Engl J Med*. 1987 Aug 27; 317(9):550-6.
164. Stein, B.; Orlando, M., und Sturm, R. The effect of copayments on drug and alcohol treatment following inpatient detoxification under managed care. *Psychiatr Serv*. 2000 Feb; 51(2):195-8.
165. Strombom, B. A.; Buchmueller, T. C., und Feldstein, P. J. Switching costs, price sensitivity and health plan choice. *J Health Econ*. 2002 Jan; 21(1):89-116.
166. Sturm, R. L. S. Meredith und K. B. Wells. Provider choice and continuity for the treatment of depression. 1995; 34, (7): 723-734.
167. Swartz, K. Medicare "premium supports". *Inquiry*. 1999 Spring; 36(1):5-7.
168. Tabenkin, H. und Gross, R. The role of the primary care physician in the Israeli health care system as a 'gatekeeper'--the viewpoint of health care policy makers. *Health Policy*. 2000 Jun; 52(2):73-85.
169. Tengs et. al. Five hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness . *Risk Analysis*. 1995; 15:369-390.
170. Thi, P. L.; Briancon, S.; Empereur, F., und Guillemin, F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med*. 2002 Feb; 54(4):493-504.

171. Thompson. J., Draper D. Hurley R. Revisiting employee benefits managers. 1999(24): 70-79.
172. Tountas, Y. K. Panagiota P. Elpida. Reforming the reform: the greek national health system in transition. Health Policy. 2002(62):15-29.
173. Vaiana, M. E. und McGlynn, E. A. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. Med Care Res Rev. 2002 Mar; 59(1):3-35.
174. Wagner, E. H.; Austin, B. H.; Davis, C., et al. Improving chronic illness care:translating evidence into action. 2001; 20.
175. Wedig, G. J. Health status and the demand for health. Journal of Health Economics. 1988; 7:151-163.
176. Werblow, A. und Felder, S. Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz. Institute of Social Medicine and Health Economics Otto-Von-Guericke-Universitaet Magdeburg. 2002 Jan.
177. WHO. World Health Report 2002. 2002.
178. Wicks, E. K. und Meyer, J. A. Making report cards work. Health Aff (Millwood). 1999 Mar-1999 Apr 30; 18(2):152-5.
179. Wille, E. Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsbericht. 2001 Dez.
180. Wilton, P. R. D. Smith. Primary care reform: a three-country comparison of 'budget holding'. Health Policy. 1998; 44(2):149-66.
181. Zwanziger, J.; Kravitz, R. L.; Hosek, S. D.; Hart, K.; Sloss, E. M.; Sullivan, O.; Kallich, J. D., und Goldman, D. P. Providing managed care options for a large population: evaluating the CHAMPUS reform initiative. Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services. Mil Med. 2000 May; 165(5):403-10.

182. Zweifel, P. Bonus systems in health insurance: a microeconomic analysis. Health Policy. 1987 Apr; 7(2):273-288.
183. Zweifel, P. Bonus Options in Health Insurance. Boston: 1992.
184. Zweifel, P. und Manning, W. G. Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care. Culyer, A. and Newhouse, J. P., eds. Handbook of Health Economics. 2000.