

Ziele und Auswirkungen von Selbstbehaltregelungen in der Krankenversicherung

*eine ökonomische Analyse vor dem
Hintergrund des schweizerischen
Krankenversicherungssystems*

Giordana Erne / 2004

Kurzzusammenfassung

Krankenversicherungen können einerseits die Wohlfahrt durch Risikostreuung erhöhen, andererseits verzerrt jedoch das Bestehen einer Versicherung das Preisverhältnis und verleitet zu überhöhtem Konsum von Gesundheitsleistungen. Die unmittelbare Beteiligung der Patienten an den Krankheitskosten wird vermehrt wirtschaftliche Überlegungen bei der Entscheidung für den Konsum medizinischer Leistungen einfließen lassen.

Die vorliegende Arbeit soll zunächst Gründe und Ziele für Selbstbeteiligungen aufzeigen. Weiter geht es um die Frage, ob sich theoretisch durch Kostenbeteiligungsregeln die überhöhte Nachfrage nach medizinischen Leistungen dämpfen lässt und ob diese Massnahmen möglicherweise zu Verzerrungen und unerwünschten Resultaten führen.

Empirische Untersuchungen lassen einen positiven Einfluss der Selbstbeteiligungen auf die Kostenentwicklung vermuten. Es besteht jedoch Uneinigkeit über das Ausmass des Effekts sowie über die Bedeutung anderer Einflüsse wie beispielsweise der Selbstselektion. Um eine unzumutbare Belastung kranker Versicherter und die Gefahr der Risikoselektion zu verhindern, sind deshalb entsprechende Rahmenbedingungen nötig.

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | EINFÜHRUNG | 4 |
| 2 | BEGRÜNDUNG FÜR UND ZIELE VON SELBSTBETEILIGUNGEN | 9 |
| 2.1 | LÖSUNGSANSÄTZE ZUR KOSTENKONTROLLE | 10 |
| 2.2 | ERHOFFTE WIRKUNGEN VON SELBSTBETEILIGUNG | 11 |
| 2.3 | ARTEN DER SELBSTBETEILIGUNG | 13 |
| 2.3.1 | <i>Die Franchise</i> | <i>14</i> |
| 2.3.2 | <i>Die proportionale Selbstbeteiligung</i> | <i>15</i> |
| 3 | EINZELWIRTSCHAFTLICHE | |
| | VERSICHERUNGSENTSCHEIDUNGEN | 18 |
| 3.1 | VERSICHERUNGSANGEBOT | 19 |
| 3.2 | DAS KRANKENVERSICHERUNGSANGEBOT IN DER SCHWEIZ | 21 |
| 3.3 | VERSICHERUNGSNACHFRAGE | 23 |
| 3.4 | OPTIMALER DECKUNGSGRAD BEI LINEARER PRÄMIENFUNKTION ... | 29 |
| 4 | NACHFRAGE NACH GESUNDHEITSLAISTUNGEN UND | |
| | WIRKUNG EINER ZWANGS-VERSICHERUNG..... | 32 |
| 4.1 | NACHFRAGE NACH GESUNDHEITSLAISTUNGEN | 32 |
| 4.2 | NACHFRAGE BEI VERSICHERUNGSDECKUNG | 35 |
| 5 | NACHFRAGEVERHALTEN BEI EINFÜHRUNG ODER | |
| | ERHÖHUNG EINER SELBSTBETEILIGUNG..... | 39 |
| 5.1 | NACHFRAGEWIRKUNG FRANCHISE | 41 |
| 5.2 | NACHFRAGEWIRKUNG PROZENTUALER SELBSTBETEILIGUNG | 43 |
| 5.3 | NACHFRAGEWIRKUNG DER SELBSTBETEILIGUNG IN DER SCHWEIZ | 44 |
| 5.4 | MÖGLICHE UNERWÜNSCHTE WIRKUNGEN VON | |
| | SELBSTBETEILIGUNGEN | 47 |
| 5.4.1 | <i>Wirkung von Selbstbeteiligungen bei Prämienanpassung .</i> | <i>47</i> |
| 5.4.2 | <i>Wirkung von Selbstbeteiligungen bei verschiedenen</i> | |
| | <i>Nachfrageelastizitäten.....</i> | <i>51</i> |
| 5.4.3 | <i>Wirkung von Selbstbeteiligungen auf die Prävention und auf</i> | |
| | <i>andere Systeme der sozialen Sicherung.</i> | <i>54</i> |
| 6 | EMPIRISCHE BEFUNDE..... | 55 |
| 6.1 | RAND HEALTH INSURANCE EXPERIMENT | 57 |
| 6.2 | EIN NATÜRLICHES EXPERIMENT IN BELGIEN | 58 |
| 6.3 | PREISELASTIZITÄT FÜR GESUNDHEITSLAISTUNGEN IN | |
| | DEUTSCHLAND..... | 60 |
| 6.4 | BEFUNDE AUS DEM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM | 61 |
| 7 | ZUSAMMENFASSENDER EINSCHÄTZUNG | 63 |
| 8 | LITERATURVERZEICHNIS..... | 67 |

1 Einführung

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen gehören in der Schweiz zu den höchsten im internationalen Vergleich. Die Schweiz steht in Europa an der Spitze und nimmt hinter den USA weltweit den zweiten Platz ein (siehe Abbildung 1). Gemäss den Schätzungen des schweizerischen Bundesamtes für Statistik in Neuchatel¹ betragen die Kosten des Gesundheitswesens im Jahr 2002 48.0 Mrd. CHF. Das sind 11.2 Prozent des Bruttoinlandproduktes.

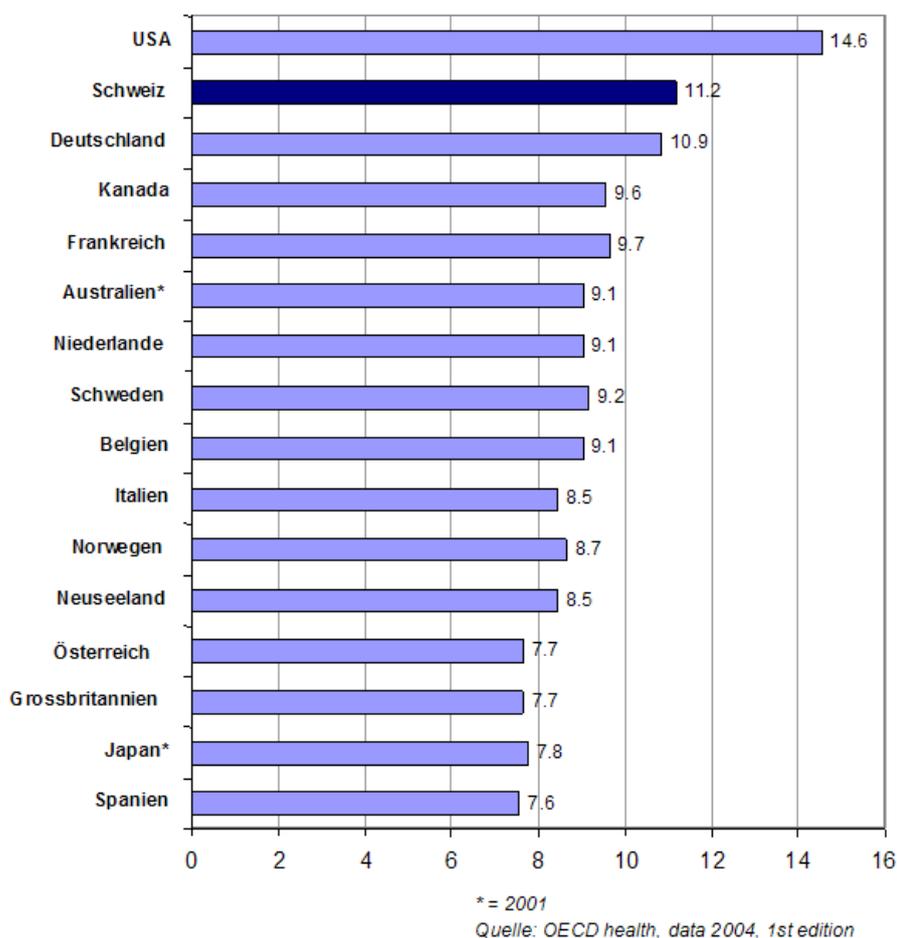


Abb. 1: Gesundheitskosten in Prozenten des BIP, 2002

Die jährliche Steigerung der Gesundheitskosten betrug 2002 4 Prozent und entspricht dem Durchschnitt der letzten fünf Jahre. Somit wird in der

¹ Vgl. Bundesamt für Statistik (2004 a).

Schweiz ein nach wie vor wachsender Anteil an Mitteln für das Gesundheitswesen aufgewendet.

Als wesentliche Triebkräfte der Kostensteigerung im Gesundheitswesen lassen sich die demografische Alterung, welche die Nachfrage nach medizinischen Leistungen steigen lässt, der medizinische, pharmazeutische, medizinaltechnologische Fortschritt, der zu verbesserten aber auch teureren Behandlungsformen führt, wie auch ein Erwartungsverhalten der Patienten, das sich wenig an den realen Kosten orientiert, identifizieren.

Insbesondere wird der Gesundheit eine, im Vergleich zu den Kosten, überproportionale Wertschätzung zugemessen, der Leistungsumfang wird weitgehend durch die Leistungserbringer bestimmt (angebotsinduzierte Nachfrage) und es treten die typischen Probleme eines Versicherungsmarktes in Erscheinung wie etwa ein geringes Kostenbewusstsein der Nachfrager und Moral Hazard².

Primär gibt jedoch die stetig steigende Höhe der Prämie der obligatorischen Krankenversicherung Anlass zu politischen Diskussionen. Diese dient als Gradmesser für die Last der sozialen Krankenversicherung. Da es sich um eine obligatorische private Sozialversicherung³ mit Kopfprämien handelt, macht die wirtschaftliche Belastung der Haushalte Sorgen. Aufgrund des Obligatoriums⁴ besteht zudem für die Versicherten bei Kostenschüben und damit verbundenen Prämien erhöhungen keine Ausweichmöglichkeit.

Zwischen 1996 und 2000 sind die Leistungen aus der obligatorischen Grundversicherung im Durchschnitt real um 5.4 Prozent pro Jahr gewachsen, während im gleichen Zeitraum die Kosten für das Gesundheitswesen real nur um 2.9 Prozent zugenommen haben.⁵ Gründe dafür sind einerseits das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (zusätzliche zu übernehmende Leistungen in der Grundversicherung, zusätzliche Mitglieder wegen Obligatorium), der zunehmende Rückzug der öffentlichen Hand, sowie steigende Ausgaben für Leistungen aus

² Vgl. Abschnitt 4.2.

³ Zur Sektoreinteilung vgl. Bundesamt für Statistik (2003 a), S. 39.

⁴ Für die Grundversicherung werden die, von den Kassen zu übernehmenden Leistungen festgelegt. Dieser Teil der Versicherungsdeckung ist obligatorisch und wird ausschliesslich durch Kopfprämien finanziert. Diese Kopfpauschale ist, unabhängig vom Geschlecht, vom individuellen Krankheitsrisiko und vom individuellen Einkommen, für alle erwachsenen Versicherten innerhalb einer Kasse und einer Region gleich hoch.

⁵ Vgl. Bundesamt für Statistik (2004 c), S. 598.

der Grundversicherung (z.B. 1999 neu: alternative Heilmethoden kassenpflichtig).

Es besteht ein politischer Konsens darüber, dass diese Kostenentwicklung gebremst werden muss. Da Rationierungsmassnahmen politisch schwer durchsetzbar sind, wird an erster Stelle versucht das Erwartungsverhalten der Patienten zu beeinflussen. In der Schweiz versucht man mittels Kostenbeteiligungen der Patienten das Problem der für einen Versicherungsmarkt typischen, starken Nachfrage abzufedern. Dies wird mit Franchisen, Selbstbehalt oder mittels Bonusversicherungen umgesetzt. Im Jahre 2002 betragen die Ausgaben der Krankenversicherer für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 17,1 Mrd. CHF. Davon wurden 2,5 Mrd. CHF als Kostenbeteiligung von den Versicherten getragen. Diese Kostenbeteiligung hat schon seit 1995 (mit 1.4 Mrd. CHF) markant zugenommen. Pro Versicherte Person lassen sich aus diesen Werten „bezahlte Leistungen“ der Versicherer von 1983 CHF errechnen, während die durchschnittliche Kostenbeteiligung der Versicherten bei 340 CHF lag.⁶

Seit der Einführung des KVG 1996 ist die Kostenbeteiligung somit ständig und massiv gestiegen. Nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die obligatorische Krankenversicherung beteiligen sich die Versicherten mit einem festen Jahresbetrag (Franchise) und mit 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Ausgaben (proportionale Selbstbeteiligung) an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Der Bundesrat bestimmt die zulässigen Franchisen und setzt für die proportionale Selbstbeteiligung einen jährlichen Höchstbetrag fest.

Auf den 1. Januar 2004 hat der Bundesrat die ordentliche Franchise von 230 CHF auf 300 CHF und den jährlichen Höchstbetrag der proportionalen Selbstbeteiligung für Erwachsene von 600 auf 700 CHF erhöht.

Mit der 2. KVG-Revision, die vom Parlament in der Schlussabstimmung der Wintersession 2003 verworfen wurde, wurde auch ein Antrag auf Erhöhung der proportionalen Selbstbeteiligung abgelehnt. Danach hätte der Selbstbehalt für Versicherte, die nicht eine kostengünstige besondere Versicherungsform mit Budgetverantwortung und begrenzter Zahl Leistungserbringer gewählt haben (HMO's, Managed Care Systeme) auf 20 Prozent erhöht werden sollen.

⁶ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2004), S. 90-91.

In einem neuen Paket von Vorlagen zur Revision der Krankenversicherung hat der Schweizerische Bundesrat am 26. Mai 2004 erneut dieselbe Erhöhung des Selbstbehaltes von 10 auf 20 Prozent zu Händen des Parlamentes vorgeschlagen.

Erklärtes Ziel dieser Massnahme ist einerseits, die Krankenversicherung direkt zu entlasten. Andererseits soll sie die Versicherten und Leistungserbringer zu kostenbewussterem Verhalten veranlassen (indirekte Entlastung).

Mit der Finanzierung des Gesundheitswesens sind Verteilungswirkungen verbunden, so insbesondere auch bei der Einführung und, im konkreten Fall der Schweiz, bei der Erhöhung von Selbstbeteiligungen. Eine höhere Selbstbeteiligung bedeutet prozentual eine höhere Belastung der Einkommensschwachen. Deshalb sprechen sich viele Stellen aus sozial- und familienpolitischen Gründen dagegen aus.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich allerdings vor allem auf die Effizienz von Selbstbeteiligungsregelungen, das heisst auf die Frage der Erreichbarkeit von Zielen wie Kostendämpfung.

Fokus dieser Arbeit ist, Gründe für und Ziele von Selbstbeteiligungen aufzuzeigen. Weiter geht es darum, ob sich theoretisch durch Kostenbeteiligungsregeln die überhöhte Nachfrage nach medizinischen Leistungen dämpfen lässt und ob nicht diese Massnahmen möglicherweise zu Verzerrungen und unerwünschten Resultaten führen. Senkt eine höhere Beteiligung der Patienten tatsächlich die Kosten?

Die Frage nach den Gründen der Kostenentwicklung und die Besprechung weiterer Massnahmen zur Kostendämpfung bleibt weitgehend ausgeblendet.

Der folgende Abschnitt 2 befasst sich mit der Begründung und den Zielen von Kostenbeteiligungen, das heisst mit der Frage, wo der zentrale Anreiz für die Implementierung von Selbstbeteiligungsregelungen zu sehen ist.

2.1 dient der Einordnung von Selbstbeteiligungsregelungen im Instrumentarium einer Gesundheitspolitik. In 2.2 und 2.3 wird eine systematische Übersicht über Kostenbeteiligungen gegeben und die Begriffe werden eingegrenzt.

Da bei einer Sozialversicherung wesentliche Marktelemente ausser Kraft sind, werden in Abschnitt 3 zunächst die einzelwirtschaftlichen Versicherungsentscheidungen in einem funktionierenden Markt thematisiert, bevor Abschnitt 4 die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und deren Besonderheiten, sowie die Wirkung von Versicherungsschutz auf die Nachfrage aufzeigt.

Es wird sich zeigen, dass sobald eine Versicherung besteht, eine bessere medizinische Versorgung, verbunden mit höheren Kosten angestrebt wird. Um diese Entwicklung zu bremsen wird das Instrument Kostenbeteiligung eingesetzt.

Im Abschnitt 5 wird, abstrahiert von der aktuellen politischen Agenda, die statische Wirkung der eingesetzten verschiedenen Selbstbehaltsformen analysiert. 5.1 befasst sich mit der Wirkung der Franchise und 5.2 mit der Wirkung einer prozentualen Selbstbeteiligung auf die Nachfrage. Darauf aufbauend zeichnet 5.3 die theoretische Nachfragewirkung der Selbstbeteiligungsregelungen in der Schweiz nach.

Abschnitt 5.4 befasst sich dann mit möglichen unerwünschten Wirkungen und Entwicklungen, die bei einer solchen Politik zu beachten sind. Dies sind insbesondere die Selbstselektion, die Wirkung der Beitragsenkungen, ein starres Nachfrageverhalten und die Auswirkungen auf Prävention und auf andere Systeme der sozialen Sicherung.

Abschnitt 6 dient der Darstellung eines kleinen Ausschnittes der reichlich vorhandenen empirischen Literatur zur Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Diese Studien befassen sich vorwiegend mit der Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern und weisen zwar positive Schätzergebnisse, aber oft kontroverse Aussagen zur Wirkung von Selbstbehaltsregelungen aus.

In diesem Sinn fasst anschliessend Abschnitt 7 die Diskussion zusammen und zeigt auf, dass es geeigneter Leitplanken bedarf damit eine solche Gesundheitspolitik nicht zur personellen oder zeitlichen Kostenverlagerung führt und das Prinzip der Solidarität verletzt.

2 Begründung für und Ziele von Selbstbeteiligungen

Charakteristisch für die Marktwirtschaft ist die Allokation der Ressourcen über den Markt. Die Preise ergeben sich hierbei - durch Angleichung der Aktionen, Intentionen, Wünsche, Pläne und Verhaltensweisen der Beteiligten - als Ergebnis aus Angebot und Nachfrage und führen zu einem Marktgleichgewicht.

Tatsächlich existierende Gesundheitssysteme, wie beispielsweise das der Schweiz, stellen jedoch eine komplexe Mischung staatlicher und marktwirtschaftlicher Regulierungskomponenten dar. Das Gesundheitswesen wird weithin durch eine "gesetzliche Krankenversicherung" bestimmt. Bei einer solchen Sozialversicherung werden wesentliche Marktelemente ausser Kraft gesetzt. So wird zum Beispiel, um der gesamten Bevölkerung eine gute medizinische Grundversorgung zu gewährleisten und ein Trittbrettfahrerverhalten zu vermeiden (Zwang zur Vorsorge), die Krankenversicherung als Obligatorium gestaltet. Weil dadurch einige Voraussetzungen für ein Pareto-optimales Konkurrenzgleichgewicht nach Arrow⁷ nicht gegeben sind, entstehen unerwünschte Ergebnisse und Regulierungsbedarf. Unerwünschte Ergebnisse sind etwa Monopole oder ein ungenügendes Angebot.

Problematisch ist gerade im Gesundheitswesen die Grundstruktur von Angebot und Nachfrage: Nicht die Patienten, sondern die Ärzte sind die Nachfrager. Die Patienten sind die Verbraucher und diese sind wiederum wie die Nachfrager nicht die Zahler. Zahler sind die Kassen. Zwischen Anbietern und Verbraucher, Nachfrager und Zahler existieren keine direkten Marktbeziehungen. Durch das Sozialversicherungssystem ist die Äquivalenz zwischen Zahlung und Leistung durchbrochen.⁸ Hier setzt das Instrument der Kostenbeteiligung der Patienten an: Nach kurzer Übersicht (Abschnitt 2.1) der möglichen Ansatzpunkte zur Kostenkontrolle im Gesundheitswesen, zeigt Abschnitt 2.2 auf, dass Selbstbehalte eingeführt werden, damit die entstehenden Kosten wenigstens teilweise auf den Veranlasser zurückfallen und so

⁷ Nach Arrow, K.J. (1963) ist, wenn ein Konkurrenzgleichgewicht existiert und sämtliche Kosten und Nutzen der Güter einen Marktpreis haben, dieses Gleichgewicht notwendigerweise im Sinne von V. Pareto optimal (First Optimality Theorem). Dies bedeutet, dass, wenn der Markt den effizientesten Ressourceneinsatz hervorbringt, die Regierung sich auf die Verteilung beschränken kann um ein bestimmtes Wohlfahrtsziel zu erreichen.

⁸ Herder-Dornreich, Ph. (1994), S. 692.

vermehrt wirtschaftliche Überlegungen in den einzelnen Behandlungsentscheidungen einfließen.

2.1 Lösungsansätze zur Kostenkontrolle

Zur Korrektur unerwünschter Ergebnisse können einerseits Vorschriften über die Distribution, das heisst planwirtschaftliche Instrumente, wie die Festlegung des Leistungskataloges, die Planung der Spitalkapazitäten oder Zulassungsbeschränkungen eingesetzt werden. Dabei besteht jedoch die Gefahr von Planungsfehlern, Ineffizienz, Willkür und Wettbewerbsverzerrungen. Um effiziente Marktergebnisse zu erreichen, können andererseits Instrumente zum Einsatz kommen, die die Anreizstruktur derjenigen unter Marktbedingungen annähert.

Ansatzpunkte für gesundheitspolitische Instrumente sind die verschiedenen Akteure, wie etwa frei praktizierende Ärzte (Mengenausweitung eindämmen), die Spitäler (Planung, Globalbudgets), der Medikamentenmarkt (Parallelimporte gegen Preisdiskriminierung) oder die öffentliche Hand (Definition eines Leistungskataloges).

Franchisen, Selbstbehalte oder Bonusversicherungen wie auch eine eingeschränkte Arztwahl mit Prämienrabatten setzen bei Versicherten und Patienten an. Ihnen wird über monetäre Anreize eine höhere Eigenverantwortung übertragen.

Die individuelle Finanzierungsverantwortung hat im schweizerischen Gesundheitssystem einen hohen Stellenwert (Jahresfranchise, wählbare Jahresfranchise, prozentuale Selbstbehalte⁹). Erwartet wird, dass auf diese Weise neben der direkten Entlastung der Krankenversicherer (Vermeidung von Bagatellfällen), für die Versicherten Anreiz zur massvollen Inanspruchnahme von Leistungen geschaffen wird und sie damit zur Kostendämpfung beitragen.

⁹ Vgl. Eidgenössisches Departement des Innern (2002): Die Krankenversicherung wird zu 85 Prozent über die Prämien und zu 15 Prozent über die Kostenbeteiligung von den Versicherten finanziert. Vgl. Bundesamt für Statistik (2003 b): Der Anteil der privaten Haushalte an den zu tragenden gesamten Gesundheitsausgaben beträgt 68 Prozent.

2.2 Erhoffte Wirkungen von Selbstbeteiligung

Die erwünschte indirekte Wirkung von Selbstbeteiligungen ist die Schaffung von Anreizen zu kostenbewusstem Verhalten auf Seiten der Patienten / Versicherten.

Die Kostensteuerung von Gesundheitsausgaben über Verhaltensanreize geht davon aus, dass die Beteiligten daran interessiert sind, möglichst hohe Gewinne bzw. niedrige Preise zu erzielen und sich damit marktkonform zu verhalten. Bei einer Vollversicherung werden dem Versicherten sämtliche Krankheitskosten vom Versicherer erstattet. Gesundheitsgüter haben für ihn nach Bezahlung der Prämie daher einen effektiven Preis von Null. Das heisst, er hat keinerlei ökonomische Informationen und damit einen Anreiz, soviel davon nachzufragen, bis sein Grenznutzen ebenfalls auf Null gefallen ist¹⁰. Dies ist erst bei der Sättigungsmenge der Fall.

Ziel von Selbstbeteiligungen ist, die Eigenverantwortlichkeit dadurch zu stärken, dass Kosten, die veranlasst werden, auf den Veranlasser wenigstens teilweise zurückfallen.¹¹ Auf diese Weise sollen vermehrt wirtschaftliche Überlegungen in einzelne Behandlungsentscheidungen einfließen¹² und die Konsumenten sollen unter der Belastung steigender Preise ihren Verbrauch reduzieren¹³.

Von Selbstbeteiligungen wird weiterhin erwartet, dass sie durch die Bekämpfung und Ausschaltung von Bagatellschäden¹⁴, sowie durch Vermeidung missbräuchlicher Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen, die Betriebskosten der Versicherer senken¹⁵.

Beispielsweise könnte durch eine Selbstbeteiligung die Schwelle für einen Arztbesuch erhöht werden und nicht rezeptpflichtige Medikamente könnten mittels Selbstmedikation direkt in der Apotheke bezogen

¹⁰ Vgl. Breyer, F., Zweifel, P. (1999), S. 188, wie auch Gäfgen, G. (1985), S. 449.

¹¹ Vgl. Gäfgen, G. (1985), S. 61. Die Selbstbeteiligung der Patienten wird hier auch als "auf niedrigem Niveau simulierter Markt" bezeichnet.

¹² Vgl. Hauser, H. (1982), S. 251.

¹³ Dies ist der Normalfall, jedoch abhängig von den Elastizitäten. Vgl. Herder-Dornreich, Ph. (1994), S. 791, Gäfgen, G. (1985), S. 451 und Abschnitt 5.4.

¹⁴ Nach Grob, K. (1967), S. 217, handelt es sich nicht um einen versicherungstechnischen Spezialausdruck; er enthält vielmehr eine wörtlich zu nehmende Bezeichnung für Kleinschäden. Das entscheidende Kriterium liegt nicht unbedingt in der konkreten Schadenhöhe, sondern in ihrem Verhältnis zum Gesamtschaden oder zur individuellen Vermögenslage des Betroffenen. Herder-Dornreich, Ph. (1994), S. 794, fordert, dass sich echte Bagatellfälle dadurch auszeichnen, dass sie medizinisch nicht notwendig, individuell erwünscht aber preiselastisch sind (Versicherter ist interessiert aber blickt aufs Geld) und von vielen nachgefragt werden.

¹⁵ Vgl. Grob, K., (1967), S. 110 ff.

werden. Damit vermeidet der Patient einen Arztbesuch und übernimmt die Kosten selber.

Neben betriebswirtschaftlichen Aspekten, die eine Überwälzung der Schadenbelastung von einem Träger auf einen anderen zur Folge haben, ist von Selbstbeteiligungen auch eine volkswirtschaftliche Ersparniswirkung zu erwarten. Versicherungen verteilen die Schadenbelastung auf eine konkrete Gefahrengemeinschaft. Dieser Schutz soll durch eine Reduktion der gesamtwirtschaftlichen Schadenbelastung möglichst preisgünstig "produziert" werden.¹⁶

Einerseits steckt dahinter die erzieherische Absicht durch Stärkung des Verantwortungsbewusstseins die Prävention oder zumindest Schadenminderung zu fördern. Der Versicherte soll durch die individuelle Eigenbelastung aktiv am Schadenverlauf interessiert und ganz allgemein zu grösserer Vorsicht, umfassender Sorgfalt und gesteigerter Aufmerksamkeit in seiner Lebensführung angeregt werden¹⁷. Die Bürger erhielten damit ein höheres Mass an Entscheidungsfreiheit und es sollte der Anreiz gestärkt werden, für seine Gesundheit mehr Selbstverantwortung zu übernehmen.

Andererseits sollen durch Selbstbeteiligungen die volkswirtschaftliche Belastung ausgeschaltet werden, die sich aus einer missbräuchlichen Ausnützung der gebotenen Versicherungsdeckung ergeben (Moral Hazard¹⁸).

Auch soll das Hinterfragen der Leistungen und Kosten eines Arztbesuches seitens des Patienten die Mengenausweitung des Angebots durch die Ärzte eindämmen.

Somit wird von einer Selbstbeteiligung eine Senkung der Ausgaben der Krankenkassen und, durch ein verändertes Verhalten der Konsumenten (Lenkungseffekt durch die Wiedervereinigung der Rollen als Versicherter, Patient und Entscheider) eine Senkung der Gesundheitsausgaben insgesamt erwartet.

¹⁶ Vgl. Grob, K. (1967), S. 187.

¹⁷ Vgl. Grob, K. (1967), S. 190.

¹⁸ Vgl. Strassl, W. (1988), S.4: "Man spricht von Moral Hazard, wenn das Individuum, weil es versichert ist, eigene Massnahmen zur Reduzierung seines Risikos vernachlässigt". Vgl. auch Abschnitt 4.2.

2.3 Arten der Selbstbeteiligung

Unter Selbstbeteiligung werden feste Gebühren (zum Beispiel für jedes einzelne Schadenereignis), selektiver Leistungsausschluss, Leistungsbegrenzungen (Begrenzung der Schadenssumme pro Periode, pro Krankheit oder Begrenzung der Anzahl Leistungen), Karenzfristen (zeitliche Beschränkung), Indemnitätsregelungen (Versicherer trägt einen festen Betrag je Mengeneinheit, unabhängig von der Forderung des jeweiligen Leistungserbringers), Franchisen und proportionale Selbstbeteiligung, sowie auch Bonus-Malus Prämiensysteme und Beitragsrückvergütungen verstanden¹⁹.

Diese Aufzählung ist insofern nicht ganz vollständig, als sich diese Selbstbeteiligungsformen nur auf direkte Kostenrisiken beziehen. Auch bei einer Vollversicherung hat der Patient selbstverständlich einen „Selbstbehalt“ in Form nichtmonetäre Unannehmlichkeiten wie Warte-, Such-, Behandlungszeiten und Schmerzen zu tragen. Im Folgenden werden jedoch unter Selbstbeteiligungen nur die monetären Kosten medizinischer Behandlung verstanden.

Nach Grob²⁰ kann der Begriff der Selbstbeteiligung wie folgt definiert werden: "Eine Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers oder Versicherten liegt immer dann vor, wenn auf Grund eines konkreten, materiellen Versicherungsverhältnisses und mittels einer besonderen Vereinbarung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer eine Risikoteilung stattfindet, welche sich immer auf die gleiche versicherte Gefahr bezieht und die bei Eintritt des befürchteten Ereignisses eine wirtschaftliche Belastung des Versicherten auslöst, deren Umfang massgeblich von der Schadenhöhe bestimmt wird."

Die zugrundeliegende versicherte Gefahr besteht im Sinne dieser Arbeit aus den Krankheitskosten, wie sie aufgrund des Leistungskataloges der obligatorischen Grundversicherung definiert sind. Dieses Risiko führt mit einer Wahrscheinlichkeit p zu Kosten K pro Periode. Die erwartete massgebliche Schadenshöhe beträgt somit pK . Aufgrund vertraglicher Vereinbarung übernimmt der Versicherer einen Anteil $I = f(K)$. Eine

¹⁹ Eine Übersicht zu den verschiedenen Selbstbeteiligungsformen findet sich u.a. in Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987), Grob, K. (1967).

²⁰ Vgl. Grob, K. (1967), S. 187.

Selbstbeteiligung liegt dann vor, wenn der Patient sich direkt mit $K - f(K) > 0$ an den Schadenskosten beteiligen muss²¹.

Im engeren Sinn (bzw. als institutionelle Form der Selbstbeteiligung bezeichnet²²) wird unter Selbstbeteiligung eine Vereinbarung der Risikoteilung verstanden, die immer unmittelbar auf den Selbstbeteiligungszweck ausgerichtet ist, wie sie bei Franchisen und prozentualen Selbstbeteiligungen zu finden ist. Diese beiden Formen der Selbstbeteiligung sollen im Folgenden genauer betrachtet werden.

2.3.1 Die Franchise

Unter Franchise wird jener Teil des Schadens verstanden, der unter einer bestimmten Mindestgrenze der Leistungspflicht des Versicherers liegt und deshalb als Selbstbeteiligung vom Versicherten getragen werden muss²³. Die Leistungsbegrenzung des Versicherers kann dadurch festgelegt werden, dass der Schadensanteil des Versicherten in Form eines im Vorhinein vereinbarten, absoluten Betrages bestimmt wird. Alternativ wird die Selbstbeteiligung in Prozenten der Versicherungssumme ausgedrückt. Die Franchise ist somit immer auf eine konstante Basisgrösse bezogen.

Von einer Franchise verspricht man sich vor Allem die Ausschaltung der Bagatellschäden und eine Verbesserung der Kostenstruktur des Versicherers. Dies ist möglich, sofern Schäden unter der Franchisegrenze gar nicht mehr angemeldet werden und der damit verbundene, unverhältnismässige Verwaltungsaufwand entfällt. Die Franchise ist in zwei verschiedenen Formen anzutreffen:

a) Als Integralfranchise

Bei der Integralfranchise übernimmt der Versicherer die volle Haftung für den eingetretenen Schaden pro Periode immer dann, wenn dieser die vereinbarte Mindestgrenze übersteigt. Liegt der Schaden darunter, gehen die finanziellen Folgen zu Lasten des Versicherten.

Der Patient übernimmt somit die Behandlungskosten voll, wenn diese in der betrachteten Periode weniger als einen vorher festgelegten Betrag F

²¹ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987), S. 14.

²² Vgl. Grob, K. (1967), S. 190

²³ Vgl. Grob, K. (1967), S. 108.

ausmachen. Folglich ist der Effektivpreis einer bezogenen Gesundheitsleistung für ihn - für relativ geringe Krankheitskosten (bis F) - genauso hoch wie der Anbieterpreis (zum Beispiel: Tarif für ärztliche Behandlung).

Bei dem Teil der Krankheitskosten über F besteht voller Versicherungsschutz und der Effektivpreis für den Patienten wird Null.

Für die Leistung des Versicherers gilt, dass $f(K) = K$ beträgt, wenn K grösser als F ist und $f(K) = 0$ ist, wenn K kleiner oder gleich F ist.

Gerade bei der Integralfranchise erhofft man sich, dass der Versicherer von solchen Versicherungsfällen entlastet wird, deren verwaltungsmässige Bearbeitung zu überproportional hohen Kosten im Vergleich zur Schadensumme führt.²⁴

b) Als Abzugsfranchise.

Im Gegenteil dazu liegt eine Abzugsfranchise immer dann vor, wenn ein Schaden unter der vereinbarten Mindestgrenze überhaupt nicht vergütet wird und bei jedem höheren Schaden eine Leistungskürzung im Ausmass der Franchise stattfindet.²⁵

Auch hier wird ein Betrag F festgelegt, bis zu dem der Versicherungsnehmer seine Schäden selber trägt. Höhere Schadenskosten werden unter Abzug des Franchisebetrages erstattet. Das heisst die Rückerstattung $f(K)$ beträgt $K - F$, wenn K grösser als F ist. Betragen die Krankheitskosten K weniger oder gerade F , erfolgt keine Vergütung durch den Versicherer.

2.3.2 Die proportionale Selbstbeteiligung

Die proportionale Selbstbeteiligung zeichnet sich dadurch aus, dass die Kostenbeteiligung des Versicherten immer einen im vorhinein bestimmten Prozentsatz α des eingetretenen Schadens beträgt.²⁶ Der Effektivpreis für die Gesundheitsausgaben entspricht für den Versicherten einem Anteil α des Anbieterpreises. Mit steigendem Prozentsatz α nimmt folglich sein Interesse an sparsamer Inanspruchnahme zu.

Der Versicherte wird, ohne Rücksicht auf die konkrete Schadenhöhe an jedem einzelnen Schadenereignis finanziell beteiligt. Die absolute Höhe

²⁴ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987), S. 17.

²⁵ Vgl. Grob, K., (1967), S. 125.

²⁶ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987), S. 16.

der Belastung des Versicherten kann dabei ausserordentlich stark schwanken. Die Schadenbelastung erfolgt immer auf beide Vertragsparteien. Der Versicherer übernimmt $f(K) = (1 - \alpha)K$, wobei α grösser als 0 und kleiner als 1 sein muss. Nimmt α den Wert null an, liegt keine Selbstbeteiligung mehr vor. Für $\alpha = 1$ liegt keine Versicherung vor. Durch den direkten Zusammenhang zwischen Schadenhöhe und Belastung, wird diese Selbstbeteiligungsform vor allem als geeignetes Mittel zur Schadensbekämpfung betrachtet. Sie soll den Versicherten dazu bewegen, bei bereits eingetretenem Schaden, aktiv eine Schadenminderung anzustreben. Damit soll allgemein jede ungerechtfertigte Beanspruchung von Versicherungsleistungen unterbunden werden.²⁷

²⁷ Vgl. Grob, K., (1967), S. 136.

Grafisch lassen sich das Ausmass der Selbstbeteiligung verschiedener Selbstbehaltsformen in Anlehnung an Schulenburg, J.M.²⁸ wie folgt darstellen:

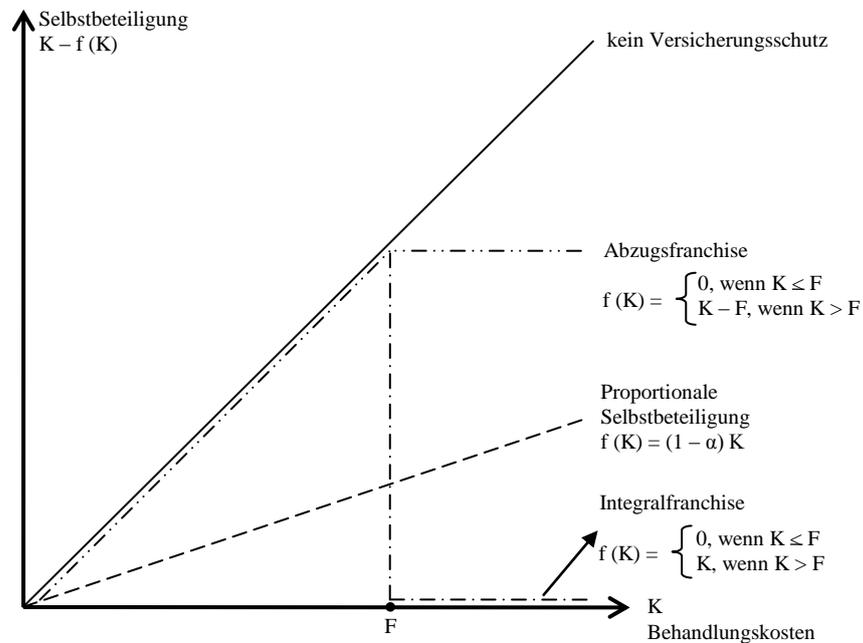


Abb. 2: Arten der Selbstbeteiligung

Integralfranchise:

Behandlungskosten bis zum Betrag F gehen zu Lasten des Patienten. Seine Selbstbeteiligung beträgt $K - f(K) = K - 0 = K$. Höhere Behandlungskosten reduzieren die Selbstbeteiligung auf Null: $K - f(K) = K - K = 0$.

Abzugsfranchise:

Behandlungskosten bis zum Betrag F gehen wie bei der Integralfranchise zu Lasten des Patienten. Die Selbstbeteiligung beträgt $K - f(K) = K - 0 = K$. Bei Behandlungskosten, die den Betrag F übersteigen trägt der Patient konstant $K - f(K) = K - (K - F) = F$.

Proportionale Selbstbeteiligung:

Die Selbstbeteiligung des Patienten beträgt $K - f(K) = K - (1 - \alpha)K = \alpha K$. Sie steigt proportional zu den Behandlungskosten.

²⁸ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987), S. 18.

3 Einzelwirtschaftliche Versicherungsentscheidungen

Jede Form der Selbstbeteiligung bedeutet eine Kürzung der Versicherungsdeckung. Warum ist eine Versicherungsdeckung überhaupt erwünscht? Das heisst, warum und unter welchen Bedingungen werden Versicherungen nachgefragt oder angeboten? Dieser Abschnitt soll die einzelwirtschaftlichen Überlegungen darstellen, die zu einem Versicherungsangebot bzw. zu einer Versicherungsnachfrage führen.

Eine Versicherung orientiert sich am Gedanken der Gefahrengemeinschaft, das heisst an der Bildung einer Gemeinschaft von Menschen, die von gleichartigen Gefahren bedroht sind. Die einer Versicherung zu Grunde liegende Absicht ist, die finanziellen Auswirkungen eines bestimmten Unglücksfalles, dessen Eintritt aber ungewiss ist, auf alle Mitglieder gleichmässig aufzuteilen. Damit die erforderlichen Versicherungsleistungen abgeschätzt und die Versicherungsprämien kalkuliert werden können, muss die Wahrscheinlichkeit und Schadenshöhe der innerhalb eines bestimmten Zeitraumes eintretenden Gefahren aufgrund statistischer Berechnungen prognostizierbar sein.

Die Versicherung garantiert durch Bezahlung einer vom Risiko²⁹ abhängigen Prämie eine Entschädigung bei Schadenseintritt. Für den Konsumenten stellt die Versicherung somit eine Massnahme dar, das Risiko ganz oder teilweise an einen anderen Träger abzugeben.

Prinzipiell schätzt jeder für sich selbst ab, wieviel "Schutz" bzw. "Risiko" er oder sie zu bezahlen und konsumieren bereit ist. Die gesetzliche Krankenversicherung ist jedoch eine Sozialversicherung. Zweck einer Sozialversicherung ist es, einer möglichst breiten Bevölkerungsschicht die Grundversorgung beispielsweise für den Fall des Alters, der Arbeitslosigkeit oder von Krankheit zu sichern. Die obligatorische Krankenversicherung ist für die medizinische Grundversorgung und für den finanziellen Schutz im Fall einer schweren Krankheit gedacht.

Begründet wird die obligatorische Krankenversicherung neben der Unsicherheit bezüglich Krankheitseintritt und -ausmass (Unvorhersehbarkeit der entstehenden Kosten) dadurch, dass ein Schadenseintritt die

²⁹ Vgl. Bamberg, G., Coenenberg, A.G. (1996), S. 22 und S. 66: Risiko bzgl. der tatsächlich eintretenden Konsequenzen besteht dann, wenn die tatsächlich eintretenden Konsequenzen jeweils nur stochastisch festgelegt sind. Das heisst, eine Risikosituation ist dadurch charakterisiert, dass dem Entscheidungsträger (subjektive oder objektive) Wahrscheinlichkeiten für das Eintreten der möglichen Umweltzustände bekannt sind.

finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen übersteigen könnte. Weiter spielt die Risikoaversion der einzelnen sowie der politische Wunsch nach Solidarität und gleichem Zugang zu medizinischer Versorgung für alle hier eine Rolle.³⁰

3.1 Versicherungsangebot

Die angebotene Menge einer Ware oder Dienstleistung ist das, was die Unternehmer zu einem bestimmten Preis verkaufen wollen und können. Strassl, W.³¹ begründet das Entstehen eines Versicherungsangebots damit, dass die Risikoaversion des Versicherungsunternehmens geringer ist als die anderer Akteure und er deshalb bei einem bestimmten Preis bereit ist, das Vermögen im Zustand bei Schadenseintritt gegen das Vermögen im Zustand ohne Schadenseintritt zu tauschen und so sein Risiko zu erhöhen. Durch das Poolen sehr vieler verschiedener, voneinander unabhängiger Risiken ist der Versicherungsanbieter in der Lage, eine Risikokonsolidierung vorzunehmen und sich damit bezüglich des einzelnen Vertrages riskoneutral zu verhalten.

Angeboten wird grundsätzlich (gegen Bezahlung einer Prämie $P = ql$) die Übernahme eines Teils $a (= f(K))$ der Krankheitskosten K durch Zahlung von $I = aK$. Dabei entspricht q dem Preis für eine Geldeinheit Versicherungsleistung. Die zu zahlende Prämie P hängt somit von der Versicherungsleistung, das heisst dem erwarteten Schaden ab (für die Nettoprämie gilt: $P = ql = p a K$).

Die Bruttoprämie für die Übernahme eines Risikos durch den Versicherer wird üblicherweise aus der Summe von Nettorisikoprämie (Schadenskosten), Risikozuschlag, Betriebskostenzuschlag und gegebenenfalls einem Gewinnzuschlag kalkuliert. Die Selbstbeteiligungsform beeinflusst die Ausprägung der einzelnen Prämienparameter und dadurch die Höhe der Bruttoprämie³².

Die Nettorisikoprämie entspricht der zu erwartenden Entschädigungszahlung und ist abhängig von der Schadenshöhe und der Schadenswahrscheinlichkeit. Der Risikozuschlag dient der Abdeckung negativer

³⁰ Vgl. Majnoni D'Intignano, B. (2001), S. 298.

³¹ Strassl, W. (1988), S. 25 - 29. Weitere Modelle zum Versicherungsangebot finden sich u.a. in Dimmer, K. (1986), Breyer, F., Zweifel, P. (1999) oder Schulenburg, J. M. Graf v.d., Greiner, W. (2000).

³² Vgl. Dimmer, K. (1986), S. 152.

Abweichungen von der kalkulierten Nettorisikoprämie im Kollektiv. Der Betriebskostenzuschlag beinhaltet die Betriebs-, die Kapital- und die Rückversicherungskosten. Der Gewinnzuschlag unterliegt unternehmenspolitischen Einflüssen und Markteinflüssen. Er kann positiv, negativ oder gleich Null sein.

Im Sinne einer sozialen Krankenversicherung muss ein nicht-gewinnorientierter Versicherungsanbieter unterstellt werden, so dass die Prämie zum einen die erwarteten Versicherungsleistungen (Nettorisikoprämie) und zum anderen die entstehenden Verwaltungskosten abdeckt.³³

Dies wird im Folgenden durch eine Prämienfunktion der Form $P = (1+v)E(I)$ dargestellt. v stellt den Verwaltungskostenzuschlag und $E(I)$ den Erwartungswert der zu leistenden Zahlungen dar. Diese Bruttoprämie hängt von den Versicherungsleistungen (somit auch von den Selbstbeteiligungsvereinbarungen) ab und nimmt mit steigenden Versicherungsleistungen zu.

Man nennt eine Versicherung „fair“, wenn die Prämie mit der Nettorisikoprämie übereinstimmt und „marginal fair“, wenn der Kostenaufschlag nicht mit der erwarteten Auszahlung zunimmt.³⁴ Für eine Versicherungsgesellschaft ist aufgrund des Gesetzes der grossen Zahl der Erwartungswert der Auszahlungen $E(I)$ gleich den Prämieeinnahmen bei fairer Prämie: $E(I) = pl = paK = ql$ (p ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Auszahlung kommt).

Bei $v = 0$ entspricht die Versicherungsprämie dem Erwartungswert des Schadens und es gilt das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip. Der Prämienatz q ist dann gleich der Schadenswahrscheinlichkeit p .³⁵

³³ Vgl. Breyer, F., Zweifel, P.(1999), S. 194.

³⁴ Vgl. Breyer, F., Zweifel, P.(1999), S. 195

³⁵ Strassl, W. (1988), S. 31.

3.2 Das Krankenversicherungsangebot in der Schweiz

Das Schweizer Gesundheitssystem ist dezentral, föderativ und eher kompliziert organisiert. Es enthält private und staatliche Bereiche sowie Elemente einer Sozialversicherung.³⁶

Die Gesundheitsversorgung (Art, Umfang, Spitalvorsorge, Medikamentenzulassung etc.) fällt in die Zuständigkeit der Kantone. Der Bund ist zuständig für die Bereiche "Public Health" und für die Sozialversicherung. Ambulante ärztliche Behandlungen und andere kassenpflichtige Leistungen werden privat angeboten und voll von der Krankenversicherung gedeckt. Stationäre kassenpflichtige Behandlungen werden vorwiegend öffentlich angeboten und je zur Hälfte von der Krankenversicherung und vom Staat (Kanton) finanziert. Zahnärztliche Leistungen, Privatkliniken, Naturheilpraktiker, Psychologen, etc., wie auch nicht kassenpflichtige Medikamente werden privat angeboten und finanziert.

Das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz trennt zwischen Grund- und Zusatzversicherung. Die Zusatzversicherung (VVG) unterliegt dem Privatversicherungsrecht. Die obligatorische Grundversicherung (KVG) wird vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) beaufsichtigt. Die Krankenversicherer agieren hier in einem stark regulierten Bereich. Sie unterstehen einem Kontrahierungszwang, einer Versicherungspflicht, einer Pflicht zum Risikoausgleich und zur Reservehaltung.³⁷ Für die Grundversicherung werden die, von den Kassen zu übernehmenden Leistungen mittels Leistungskatalog festgelegt. Dieser Teil der Versicherungsdeckung ist obligatorisch und wird ausschliesslich durch Kopfprämien finanziert. Diese Kopfpauschale ist, unabhängig vom Geschlecht, vom individuellen Krankheitsrisiko und vom individuellen Einkommen, für alle erwachsenen Versicherten innerhalb einer Versicherung und einer Region gleich hoch. Nicht vorhanden sind sowohl Arbeitgeberbeteiligungen wie auch ein Familienlastenausgleich. Da dies mit einer überproportionalen Belastung sozial Schwacher einhergeht, wurde für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ein System von Sozialtransfers zur Prämienverbilligung eingeführt. Der Bund stellt hierfür jährlich einen

³⁶ Eine umfassende Übersicht zur Gesundheitspolitik in der Schweiz findet sich u.a. in Rosenbrock R., Gerlinger T. (2004), S. 261-289.

bestimmten Betrag zur Verfügung, die Kantone leisten proportional zu diesem ebenfalls Beiträge. Die Bezügerquote liegt bei knapp einem Drittel der Haushalte.³⁸

Alle Schweizer Bürger sind Pflichtmitglieder einer Krankenversicherung, können aber diese frei wählen. Jede Krankenversicherung ist verpflichtet, jeden Beitrittswilligen für den obligatorischen Bereich aufzunehmen (Kontrahierungszwang).

Es sind verschiedene Versicherungsformen mit unterschiedlicher Kostenbeteiligung möglich, wobei der Versicherte volle Freizügigkeit zwischen Kassen und Versicherungsformen hat.

Das KVG garantiert allen obligatorisch Versicherten einen freien Zugang zu allen im KVG bestimmten Leistungen und damit auch eine freie Wahl der Leistungserbringer. Zusätzlich zu dieser Wahl können die Versicherten noch unter den von den Versicherern angebotenen besonderen Versicherungsformen auswählen. Dies betrifft die wählbaren Franchisen, Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Hausarztmodelle) und Bonusversicherungen.

Zusätzlich zu den Prämien ist im Krankheitsfall obligatorisch eine Kostenbeteiligung zu bezahlen. Ausnahmen für chronisch Kranke oder wirtschaftlich schlechter gestellte Patienten existieren nicht. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem absoluten Selbstbehalt pro Abrechnungszeitraum (Jahresfranchise) und einer proportionalen Selbstbeteiligung an die darüber hinausgehenden Kosten.

Derzeit ist dies eine ordentliche Franchise von 300 CHF und ein nach oben auf 700 CHF begrenzter Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten, sowie ein Beitrag von täglich 10 CHF an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

Eine Möglichkeit, die individuelle Kopfprämie zu reduzieren ergibt sich durch eine freiwillige höhere Kostenbeteiligung als die Grundfranchise von 300 CHF und ein sich dadurch ergebender Prämienrabatt.

Neben der ordentlichen Kostenbeteiligung gibt es seit 01.01.2004 folgende Optionen der wählbaren Franchisen mit entsprechender Prämienreduktion:

³⁷ Zur Rolle der Versicherer Vgl. Eidgenössisches Departement des Innern (2002), S. 7-10.

³⁸ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (2002), S. 25.

Tabelle 1: Wahlfranchisen der obligatorischen Versicherung nach KVG Schweiz

| Wahlfranchise (CHF) | max. Rabatt ab 1.1.2004 |
|---------------------|-------------------------------|
| 400 | 3 Prozent, max. 80 CHF/ Jahr |
| 600 | 9 Prozent, max. 240 CHF/ Jahr |
| 1200 | 24 Prozent, max. 720 CHF/Jahr |
| 1500 | 30 Prozent, max. 960 CHF/Jahr |

Die Grundversicherung ist, wie dargestellt, in der Schweiz, wie auch in anderen Ländern³⁹, obligatorisch. Dennoch stellt sich zunächst die grundlegende Frage, unter welchen Bedingungen bei freier Wahl ein Individuum ein Versicherungsangebot akzeptieren würde.

3.3 Versicherungsnachfrage

Im Folgenden wird aufgezeigt, wieso es überhaupt zu Nachfrage nach Versicherung kommt. Dazu wird die individuelle Option Versicherung der Option Nichtversicherung gegenübergestellt.

Grundsätzlich wird eine Versicherungsentscheidung durch die Prämienhöhe, die Risikoneigung, die Schadensverteilung und das Vorhandensein anderer risikopolitischer Instrumente bestimmt.⁴⁰

Ausgangspunkt ist eine Entscheidung unter Unsicherheit, bzw. eine Entscheidungssituation bei Risiko. Diese ist dadurch charakterisiert, dass dem Entscheidungsträger (subjektive oder objektive) Wahrscheinlichkeiten für das Eintreten der möglichen künftigen Umweltzustände bekannt sind. Der Konsument als Entscheidungsträger kann seiner Aktion nicht unmittelbar ein Ergebnis zurechnen, sondern er benötigt zunächst Informationen über die denkbaren Konstellationen der in einer bestimmten Situation relevanter Faktoren. Eine solche Konstellation wird hier Zustand genannt.⁴¹ Der Übersichtlichkeit halber werden nur zwei mögliche Gesundheitszustände zugelassen: Im Zustand 1 entstehen keine Krankheitskosten und im Zustand 2 entsteht ein Schaden.

Dem Konsumenten wird ein Versicherungsvertrag angeboten, mit dem sich der Versicherer verpflichtet, bei anfallenden Krankheitskosten einen Teil $a \neq 1$ der Kosten zu übernehmen. Die angebotene Versicherungs-

³⁹ Als Zwangsversicherung ist zum Beispiel auch das GVK-System in Deutschland ausgelegt.

⁴⁰ Vgl. Dimmer, K. (1986), S. 44.

leistung beträgt $I = aK$. Dafür muss der Versicherungsnehmer eine Prämie $P = qI$ entrichten.

Die Wahrscheinlichkeit in der betrachteten Periode, Krankheitskosten in der Höhe von K zu verursachen, entspricht einem Wert p . Die finanziellen Folgen ohne Versicherung sind, dass sich das verfügbare Einkommen für den Konsum anderer Güter y im Schadensfall um K verringert: $y_2^o = Y - K$.

Fallen in der Periode keine Kosten an, entspricht das verfügbare Einkommen mit einer Wahrscheinlichkeit von $(1 - p)$ dem Wert y_1^o . Das heisst, dem Gesamteinkommen Y ($y_1^o = Y$).

Für den Konsumenten besteht, jedoch die Möglichkeit, sich zu versichern. Das heisst, durch Bezahlung einer Prämie P erwirbt er das Recht auf eine Rückerstattung (ganz oder teilweise) der Krankheitskosten. Diese Alternative führt bei anfallenden Krankheitskosten zu einem verfügbaren Periodeneinkommen von $y_2^m = Y - P - K + I$ (wiederum mit Wahrscheinlichkeit p) und falls keine Kosten anfallen zu $y_1^m = Y - P$ (mit Wahrscheinlichkeit $(1 - p)$).

Die Entscheidungssituation kann durch folgende Matrix dargestellt werden:

Tabelle 2: Entscheidungsmatrix für Versicherungsnachfrage

| Gesundheitszustand | Wahrscheinlichkeit | ohne Versicherung | mit Versicherung |
|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|
| keine Krankheitskosten | $(1-p)$ | $y_1^o = Y$ | $y_1^m = Y - P$ |
| Krankheitskosten | p | $y_2^o = Y - K$ | $y_2^m = Y - P - K + I$ |

Damit konkretisiert sich die Risikosituation für den Entscheidungsträger. Für den potentiellen Versicherungsnehmer stellt sich die Frage: Ist es besser, mit Sicherheit P zu zahlen und im Schadenfall entschädigt zu werden, oder mit einer Wahrscheinlichkeit von p einen Betrag K an Kosten zu tragen?

Der Erwartungswert ist im Falle einer Nichtversicherung $E[y^o] = p y_2^o + (1 - p) y_1^o = Y - pK$ und somit grösser als bei Versicherung mit dem Erwartungswert $E[y^m] = p y_2^m + (1 - p) y_1^m = Y - P - pK + pI$.

Solange $pI - P$ negativ ist (also die wahrscheinliche Rückerstattung kleiner ist als die zu zahlende Prämie), ist der Erwartungswert bei Nichtversicherung grösser. Ein risikoneutrales Individuum orientiert sich am Erwartungswert und würde folglich keine Versicherung abschliessen.

⁴¹ Vgl. Bamberg, G., Coenenberg A.G. (1996)

Warum dennoch eine Versicherungsnachfrage besteht, wird damit erklärt, dass nicht der Erwartungswert, sondern der Erwartungsnutzen entscheidungsrelevant ist.⁴² Dieser berücksichtigt die Einstellung des Konsumenten zum Risiko.

Da keine vollkommenen Informationen über die tatsächlichen künftigen Konsequenzen der Entscheidung "Versicherung oder Nichtversicherung" vorliegen, wird die Verwendung einer Risikopräferenzrelation nötig, das heisst, einer Nutzenbewertung der Ergebnisse.

Die Grundlage des Erwartungsnutzen-Prinzips (Bernoulli-Konzept⁴³) ist, dass jedem unsicheren Ereignis ein Nutzenwert zugeordnet wird. Unter Einbezug der entsprechenden Wahrscheinlichkeiten erhält man dann den Erwartungsnutzen. Nicht die Ergebnisse, sondern erst die Werte, die sich durch Einsetzen der Ergebnisse in eine Bewertungsfunktion (Nutzenfunktion $u(y)$) ergeben, werden mit den Wahrscheinlichkeiten bewertet. Daraus ergibt sich ein Nutzenerwartungswert. Für jede Aktion kann so der Nutzenerwartungswert errechnet werden und diese Werte können verglichen werden. Es ist also $Eu(y^0) = u(Y) (1-p) + u(Y-K)$ mit $Eu(y^m) = u(Y-P) (1-p) + u(Y-P-K+I)$ zu vergleichen.

⁴² Schulenburg, J.M. Graf v.d., Greiner, W. (2000), S. 43.

⁴³ Zu Bernoulli-Prinzip vgl. Bamberg, G., Coenenberg, A.G. (1996), S. 70 – 88.

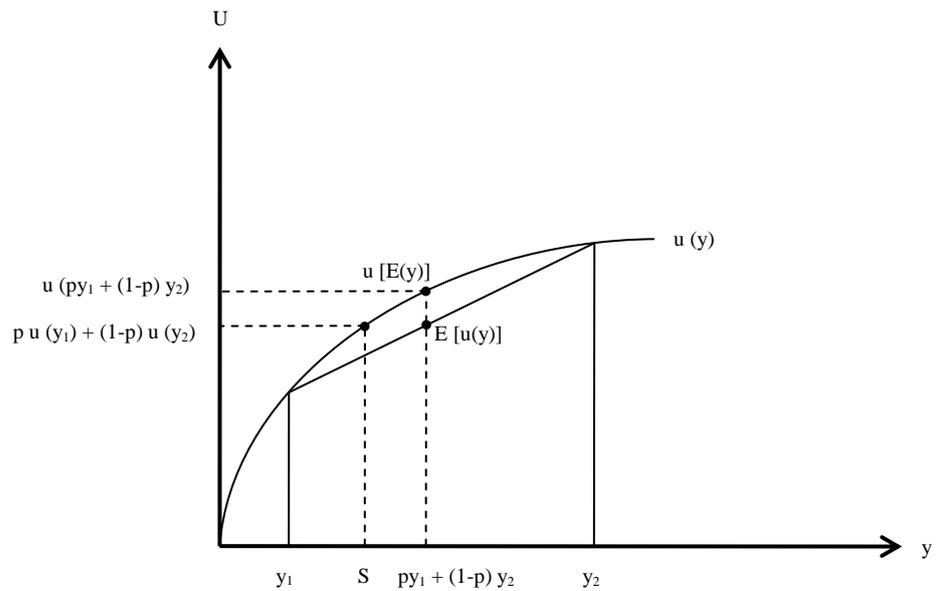


Abb. 3: Nutzenfunktion

Ist ein Entscheidungsträger zwischen einem sicheren Ergebnis S und einem zufallsabhängigen Ergebnis indifferent, so wird S als Sicherheitsäquivalent bezeichnet. Bei Risikoneutralität (lineare Nutzenfunktion) stimmt das Sicherheitsäquivalent mit dem Erwartungswert der Ergebnisse überein.

Risikoaversion wird durch eine konkave Risikonutzenfunktion abgebildet. Man bezeichnet einen Entscheidungsträger als risikoscheu, wenn das Sicherheitsäquivalent kleiner als der Erwartungswert der Ergebnisse ist. Je grösser die Risikoaversion, desto kleiner wird das jeweilige Sicherheitsäquivalent. Wie in Abbildung 2 dargestellt, bietet bei Risikoaversion das Sicherheitsäquivalent S den gleichen Nutzen wie die unsichere Ausgangssituation. Weil der Nutzen aus dem Erwartungswert einer Resteinkommensverteilung grösser ist als der Erwartungsnutzen derselben Resteinkommensverteilung ($u[E(y)] > E[u(y)]$), besteht für Vollversicherung ($a = 1$) die Bereitschaft, maximal $Y - S$ als Prämie zu bezahlen, obwohl die erwartete Rückzahlung kleiner ist als die zu entrichtende Prämie.

Die Erwartungsnutzenfunktion bildet die Bewertung der Verteilung des Resteinkommens $U(y)$ (maximal erreichbarer Nutzen in Abhängigkeit von verfügbarem Einkommen) und die Vorstellungen über die Schadenswahrscheinlichkeiten ab.

Daraus lassen sich die Indifferenzkurven der Erwartungsnutzenfunktion ableiten.

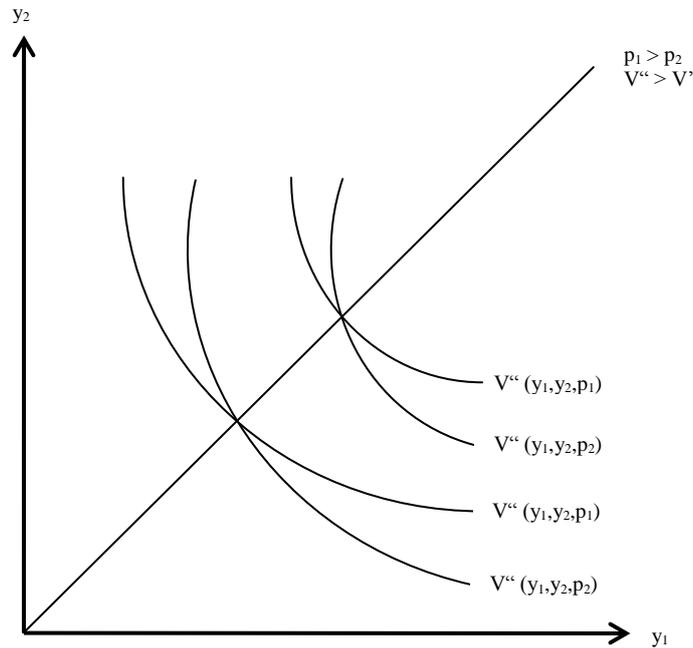


Abb. 4: Indifferenzkurven

Angenommen wird hier, dass der Nutzen U nicht von anderen Größen wie Lebensalter, Gesundheitszustand oder immaterielle Folgen einer Krankheit abhängt. Ebenso sind weder die Schadenswahrscheinlichkeit noch die Schadenhöhe individuell beeinflussbar (Ausschaltung von Moral Hazard). Damit hängt die Steigung der Indifferenzkurven von der Resteinkommensverteilung, der Steigung der Nutzenfunktion und der Schadenswahrscheinlichkeit p ab und gibt an, welchen Betrag das Individuum im Schadensfall mindestens erhalten möchte, wenn es im Fall, dass keine Kosten entstehen auf eine Einkommenseinheit verzichtet. Das heisst, sie beschreibt, in welchem Verhältnis der Konsument bereit ist, Resteinkommen im Zustand 1 durch Resteinkommen im Zustand 2 zu tauschen. Die Steigung der Indifferenzkurve ist umso grösser, je geringer er die Wahrscheinlichkeit zu erkranken einschätzt. Schätzt er diese als gering ein, wird er eine höhere Nettoerstattung pro Einheit der Prämienzahlung fordern.⁴⁴

Rationales Verhalten bei Unsicherheit impliziert nun, dass eine Aktion einer anderen nur dann vorgezogen wird, wenn der Erwartungsnutzen der ersten grösser ist als der der anderen.

⁴⁴ Vgl. Strassl, W. (1988), S. 20.

Bei Annahme von Risikoaversion bezüglich Krankheitskosten werden Versicherungen als risikopolitisches Instrument eingesetzt und abgeschlossen, um den Erwartungsnutzen zu maximieren. Dieser wird durch Versicherungsabschluss maximiert, weil bei einer konkaven Nutzenfunktion der sichere Erwartungswert immer der Unsicherheit vorgezogen wird. Es gilt: $Eu(y^m) > Eu(y^0)$ (siehe Abb.3).

Die Bereitschaft das Resteinkommen bei Versicherung durch das Resteinkommen bei Nichtversicherung zu substituieren wird durch die Indifferenzkurven der Risikonutzenfunktion dargestellt. Die Versicherungsmöglichkeiten sind, wie zum Beispiel bei Strassl, W. dargestellt⁴⁵, durch die Versicherungsgerade AB gegeben.

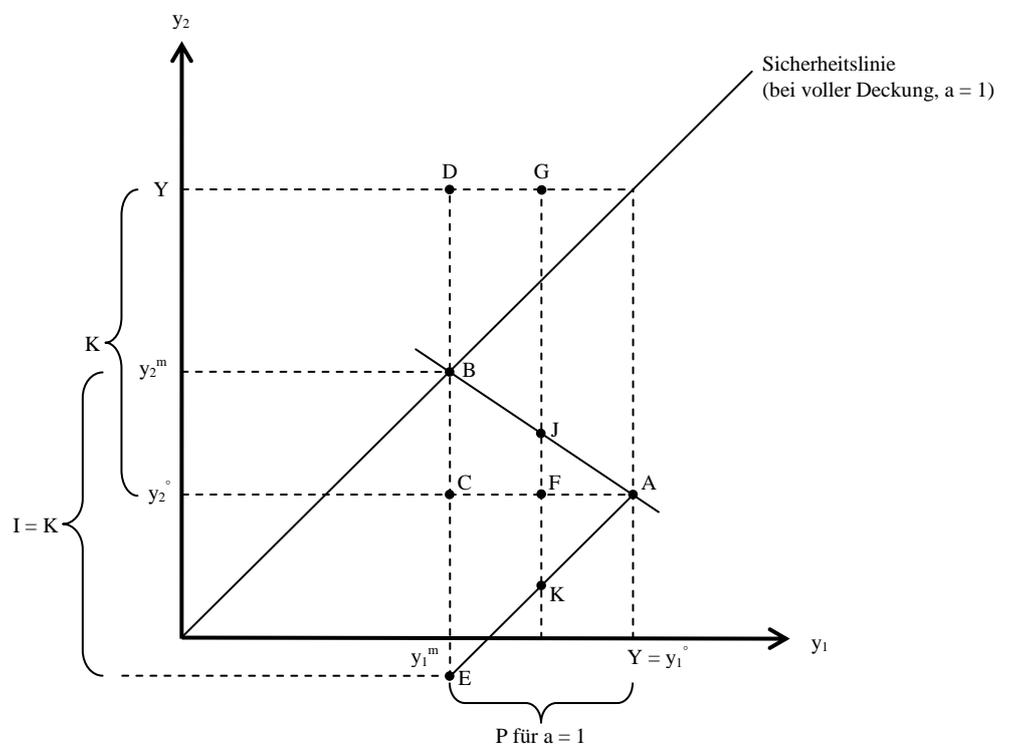


Abb. 5: Versicherungsmöglichkeiten

Bei Nichtversicherung ergibt sich eine Kombination des Resteinkommens wie in Punkt A dargestellt. Bei Versicherung und voller Deckung (Deckungsgrad $a = 1$) ist $I = aK = K$ und somit $y_2^m = y_1^m$. Die entsprechende Kombination befindet sich auf der 45° – Sicherheitslinie. Die Lage ist von der Prämie abhängig. Beispielsweise ergibt sich bei einer Prämie von $P = CA$ - wenn der Schaden BE voll erstattet wird - $y_2^m = y_1^m$.

⁴⁵ Vgl. Strassl, W. (1988), S. 11.

Bei a zwischen 0 und 1 liegt die Resteinkommensverteilung bei Versicherung zwischen A und B. Voraussetzung dafür ist, dass die Versicherungsgerade AB linear ist, das heisst, die Prämie mit a bzw. I proportional steigt.

Je höher a ist, desto näher wird dieser Punkt bei B liegen. Bei einem Deckungsgrad a' wird beispielsweise ein Anteil JK der Gesamtkrankheitskosten HK ($=K$) erstattet und es wird eine Kombination wie durch Punkt J dargestellt erreicht. Das Verhältnis der Rückerstattung zu den Gesamtkosten (JK/HK) entspricht AJ/AB.

Wird ein tieferes Ausgangseinkommen angenommen, bewegt sich die Versicherungsgerade parallel nach links unten.

Interessant ist im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit, wie - bei freier Wahl - der optimale Deckungsgrad gewählt würde.

3.4 Optimaler Deckungsgrad bei linearer Prämienfunktion

Zur Bestimmung des optimalen Deckungsgrades bei linearer Prämienfunktion werden die Indifferenzkurven der Versicherungsnehmers und die Versicherungsmöglichkeiten, wie sie durch die Versicherungsgerade gegeben sind zusammengeführt.

In der folgenden Abbildung 6 nach Ehrlich und Becker⁴⁶ wird dargestellt, dass falls Zustand 2 (mit Krankheitskosten) eintritt, der voraussichtliche Verlust $y_1^m - y_2^m$, das heisst $-K$, beträgt. Wenn das mögliche Einkommen in Zustand 1 gegen dasjenige in Zustand 2 zum Preis von $-dy_1 / dy_2 = P$ getauscht werden kann, so ist P gleich dem Preis für die Versicherung gemessen in Einheiten des Einkommens in Zustand 1. Das gekaufte Versicherungsvolumen kann nun definiert werden als Differenz zwischen aktuellem (ohne Versicherung) und erwartetem Einkommen (mit Versicherung): $X = y_2^o - y_2^m$. Die Ausgaben für die Versicherung betragen: $b = y_1^m - y_1^o = XP$. Daraus ergibt sich die Linie AB, das heisst die Möglichkeitsgrenze. Das optimale Einkommen in Zustand 1 und 2 wird nun durch Maximierung des erwarteten Nutzens erreicht: $U^* = (1-p)U(y_1) + pU(y_2)$.

Die erste Optimalitätsbedingung lautet: $P = pU'_2 / (1-p)U'_1$ (so bei Punkt E). Wobei der rechte Term die Steigung der Indifferenzkurven (bei $dU^* = 0$) wiedergibt und P die Steigung der Budgetgeraden (Möglichkeits-

⁴⁶ Ehrlich, J., Becker, G.S. (1972), S. 626.

grenze) darstellt. Bei "fairer " Prämie reduziert sich die Gleichung zu $1 = U'_2 / U'_1$ und das Einkommen wird in beiden Zuständen angeglichen (Sicherheitslinie).

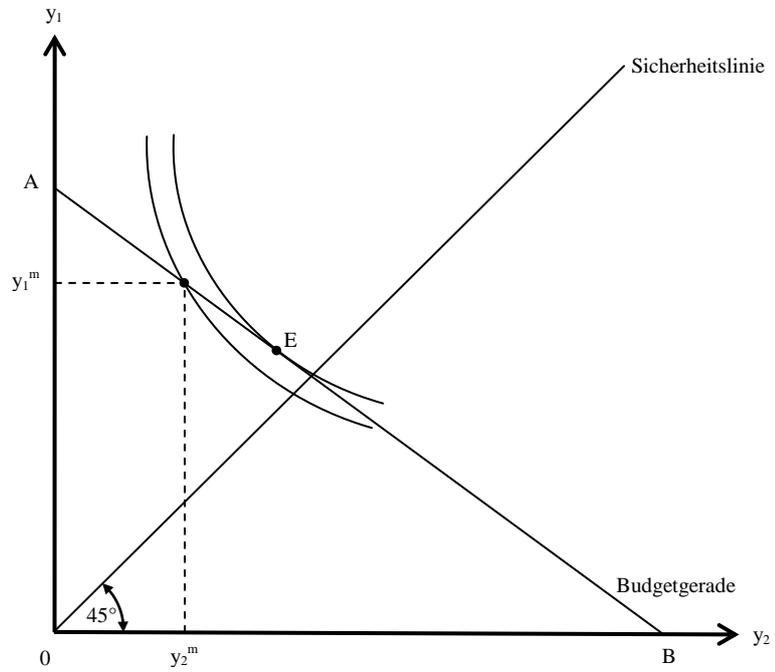


Abb. 6: Optimale Versicherung nach Ehrlich, J., Becker, G.S. (1972)

Wie von Strassl⁴⁷ dargestellt (siehe Abb. 6), ist das Erwartungsnutzenmaximum dort, wo die Grenzrate der Substitution zwischen y_1 und y_2 der Steigung der Versicherungsgerade (abhängig von der Prämienhöhe) entspricht.

Schlussfolgerung ist, dass je niedriger die Prämie ist, ein desto höherer Deckungsgrad gewählt wird und Vollversicherung nur gewählt wird, wenn $p = q$ ($P = (1+v) E(I)$ (bei $v = 0$) ist.

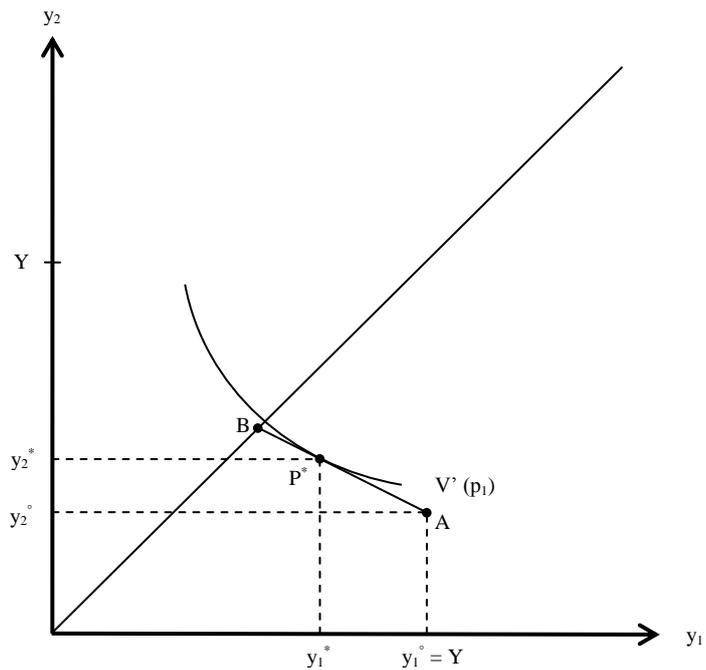


Abb. 7: Optimaler Deckungsgrad

⁴⁷ Strassl, W. (1988), S. 23.

4 Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und Wirkung einer Zwangs-Versicherung

Das Bestehen einer Versicherung wirkt sich auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus. Um dies aufzuzeigen, werden im folgenden Abschnitt zuerst die Determinanten der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen analysiert.

Es wird sich zeigen, dass der Preis für Gesundheitsleistungen nur eine davon ist, jedoch das Vorhandensein einer Versicherung die Preise im Sinne des Kostenanteils des Versicherten für Gesundheitsleistungen senkt und somit die Nachfrage erhöht. Einerseits steht dem Versicherten ein höheres Einkommen zur Verfügung und andererseits kommt es, weil die relativen Preise anderer Güter steigen, zudem zu einem Substitutionseffekt. Der Konsument neigt bei sinkenden Preisen dazu, mehr zu konsumieren. Bei Vollversicherung hat er gar einen Anreiz, qualitativ und quantitativ soviel an Gesundheitsleistungen zu konsumieren bis der Nutzen daraus mindestens der bezahlten Prämie entspricht.⁴⁸

Da dies ökonomisch unerwünscht ist, wird durch Selbstbeteiligung die Integration des Preismechanismus in das beitragsfinanzierte System versucht.⁴⁹

Der folgende Abschnitt 5 zeigt die theoretische Wirkung von Selbstbeteiligungsregelungen auf und stellt dar, welche Auswirkungen eine Änderung der Parameter der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (insbesondere die Erhöhung der Franchise) hat.

4.1 Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

Weil sich die Gesamtnachfrage und das Gesamtangebot aus der Summe aller individuellen Nachfrage-, bzw. Angebotsmengen ergibt, bestimmen die Einflussgrößen der Einzelentscheidungen auch die Gesamtnachfrage bzw. das Gesamtangebot.

Noch im vergangenen Jahrhundert hielt man die Nachfrage nach Gesundheitsgütern für nicht ausreichend und versuchte durch den Ausbau sozialer Systeme, ihr Wachstum zu fördern.⁵⁰ Erst die Kostenexplosion der letzten Jahrzehnte liess das Knappheitsbewusst-

⁴⁸ Vgl. Pauly, M.V.(1970), S. 8.

⁴⁹ Vgl. Herder-Dornreich, Ph. (1994), S. 790.

⁵⁰ Herder-Dornreich, Ph. (1994), S. 618.

sein und damit eine ökonomische Sichtweise der "Gesundheit" entstehen.

Die nachgefragten Gesundheitsleistungen stellen nicht Gesundheit an sich dar, sondern sind Förderungsmittel für diese. Krankheit wird als Bedürfnis nach Gesundheit interpretiert und aus dieser erwächst die Nachfrage nach Gesundheitsgütern.

Demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Religion und sozialökonomischer Status sind stark mit der Gesundheit und der Nachfrage im Gesundheitswesen korreliert. Gesundheit selbst ist nicht käuflich oder handelbar, sondern von vielen Faktoren wie Ernährung, Bildung, Wohnung, Kleidung und Hygiene abhängig. Die Versorgung mit medizinischen Leistungen ist nur ein Teil davon.⁵¹

Medizinische Kosten entstehen beim Auftreten (Wahrnehmen) einer Krankheit und durch die individuelle Definition eines Bedarfs an medizinischer Vorsorge. Neben Kosten stellen Gesundheitsleistungen aus volkswirtschaftlicher Sicht auch eine Investition in Humankapital dar.⁵² Ein besserer Gesundheitszustand der Bevölkerung erhöht die Produktivität und vermindert gesellschaftliche Kosten aus Krankheit, Arbeitsausfall und Invalidität. Umgekehrt generiert ein schlechter Gesundheitszustand eine höhere Nutzung medizinischer Leistungen.

In der mikroökonomischen Theorie wird der Einfluss der Bedürfnisse und des Einkommens der Individuen sowie der Preise der Konsumgüter auf das Nachfrageverhalten untersucht. Bei gegebenen Bedürfnissen verändert sich aus dieser Sichtweise das Verhalten nur bei Änderung des Realeinkommens oder bei Änderung der relativen Preise.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist jedoch mit „normalem“ Nachfrageverhalten (wie zum Beispiel nach Nahrung) nicht unbedingt gleichzusetzen. Insbesondere tritt die Notwendigkeit medizinischer Versorgung unregelmässig auf und sie ist von der Erkrankungswahrscheinlichkeit abhängig.

Dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dafür geeignet ist, mit Instrumenten der ökonomischen Konsumtheorie analysiert zu werden wird nicht nur deshalb oft bezweifelt.⁵³

⁵¹ Arrow, K.J. (1963), S. 941.

⁵² Dieser Ansatz wurde z.B. in Grossman, M. (1972), diskutiert.

⁵³ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987), S. 40. und Pauly, M.V (1988).

Gesundheitsgüter weisen aus ökonomischer Sicht Besonderheiten auf, die zum Versagen des Marktes bei der Preisbildung und Bereitstellung führen und das Modell eines rational entscheidenden Konsumenten nicht auf jeden Fall übertragbar machen. Erklärungsansätze zur Besonderheit von Gesundheitsgütern sind unzureichende Konsumentensouveränität, Externalitäten, öffentliches-Gut-Eigenschaft und Monopolmacht.⁵⁴

Die Fähigkeit, rationale Nachfrageentscheidungen zu treffen, das vernünftige Abwägen von Preis und Leistung, ist bei Gesundheitsgütern in vielen Fällen eingeschränkt. Diese mangelnde Konsumentensouveränität kann am Zustand des Patienten liegen, zum Beispiel, wenn er ohnmächtig oder geisteskrank ist, sich in einer lebensbedrohlichen Situation befindet oder emotional stark betroffen ist. Weitere Gründe können die asymmetrische Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient sein, allgemeine Unsicherheit und die Eigenschaft der Gesundheitsgüter als Dienstleistung, die gleichzeitig Produktion und Konsum der Leistung erfordert.

Vielfach treten bei Gesundheitsleistungen auch positive externe Effekte auf. Eine Impfung gegen eine ansteckende Krankheit nützt nicht nur dem Geimpften, sondern auch allen Nichtgeimpften, die sich jetzt nicht mehr anstecken können. Zudem ist der Bedarf an Gesundheitsgütern für den Einzelnen nicht voraussehbar und bei Bedarf müssen diese Güter kurzfristig verfügbar sein. Für solche Gesundheitsgüter muss eine Reservekapazität aufrechterhalten und finanziert werden. Beispiele für einen solchen Optionsgutcharakter der Leistung sind die Bereitstellung von Krankenhausbetten, Rettungshubschrauber oder die Bereitschaftsdienste der Ärzte.

Bei Gesundheitsgütern handelt es sich zudem vielfach um öffentliche Güter, die gekennzeichnet sind durch Nicht-Rivalität im Konsum und durch das Nichtausschlussprinzip. Weil niemand freiwillig für ein Gut bezahlt, von dessen Konsum er nicht ausgeschlossen werden kann, funktioniert eine Preisbildung durch den Ausgleich von Angebot und Nachfrage nicht.

Das individuelle Risiko jedoch, welches aus der Unsicherheit entsteht, kann über eine Versicherung der einzelnen Risiken ausgeglichen

⁵⁴ Breyer, F., Zweifel, P.(1999), S. 151 – 182.

werden und führt, wie gezeigt, zu Nachfrage nach Versicherung. Das Bestehen einer sozialen Krankenversicherung ist folglich eine weitere Besonderheit des Gesundheitswesens und die daraus entstehende Problematik ist in diesem Bereich zu diskutieren.

4.2 Nachfrage bei Versicherungsdeckung

Die typische Marktreaktion besteht darin, dass bei steigenden Preisen die Nachfrage eingeschränkt wird. Im Gesundheitswesen ist möglicherweise gerade wegen der Zwangsversicherung ein inverses Nachfrageverhalten beobachtbar.

Das starke Wachstum der Kosten für die Krankenversicherung wird insbesondere der "Null-Kosten-Mentalität" und der Moral - Hazard - Problematik zugeschrieben.

Für den Versicherten kann gerade ein Zwangsbeitrag dazu führen, dass es für ihn dann rational ist, seinen Konsum auszuweiten, um auf diese Weise für den gezahlten Betrag wieder etwas zurück zu bekommen.⁵⁵

Zudem reduziert die Versicherung bei Erkrankung die Kosten der Nachfrage nach Gesundheitsgütern für den Patienten.

Durch eine Krankenversicherung wird das Individuum gegen das Risiko der Kostenfolge bei Erkrankung geschützt. Er tauscht, wie in Abschnitt 3.3 gezeigt, eine unsichere gegen eine weniger unsichere Situation ein. Die Kosten und folglich der Preis für Gesundheitsleistungen entspricht bei Vollversicherung für den Konsumenten der Versicherungsprämie. Das bedeutet, dass durch die Versicherung sämtliche Kosten übernommen werden und der Konsument keinerlei Kostenrisiken trägt. Medizinische Leistungen haben für ihn damit praktisch einen Preis von Null und wirken wie freie Güter. Der Konsument wird folglich tendenziell zu viele und zu hochwertige Gesundheitsgüter nachfragen, da für ihn die Höhe des jeweiligen tatsächlichen Preises nicht von Belang ist. Das heisst, die Preistoleranz steigt⁵⁶, es werden tendenziell weniger Vorsichtsmaßnahmen getroffen und grössere Gesundheitsrisiken in Kauf genommen.

⁵⁵ Vgl. Herder-Dornreich, Ph. (1994), S. 650.

⁵⁶ Vgl. Majnoni D'Intignano, B. (2001), S. 302.

Wenn die Nachfrage nach Gesundheitsgütern nicht gänzlich preisunelastisch⁵⁷ ist, wird der Konsument Anreize haben, die Nachfrage zu erhöhen. Ebenso wird die beliebige Vergütung den Anbieter von Gesundheitsleistungen zur Ausdehnung des Angebotes bewegen.

In der Literatur wird dies als Moral Hazard bezeichnet. Im weiteren Sinne wird schon dann von Moral Hazard gesprochen, wenn beobachtet wird, dass im Zustand mit Versicherung die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen pro Versicherungsfall höher ist als in einem Zustand ohne Versicherung. Dieses Verhalten wird darauf zurückgeführt, dass der Versicherte Leistungen scheinbar zum Preis von Null in Anspruch nehmen kann, wie auch auf unvollständige Informationen über den Zusammenhang zwischen individueller Inanspruchnahme und Höhe des Versicherungsbeitrages.

Wie bereits erwähnt spielt auch eine Rolle, dass der Versicherte versucht, den Gegenwert seiner Beitragsleistungen in Konkurrenz mit den Mitversicherten zu realisieren. Das heisst auch, dass die Versicherten eine Prämie zahlen müssen und rational handeln, wenn sie möglichst viel verbrauchen, weil der Einzelne eine geringe Beitragssteigerung in Kauf nimmt, und davon ausgeht, dass ihn selber nur ein geringer Teil treffe bzw. die grosse Masse seinen Mehrverbrauch zahlt. Die individuelle Rationalität, wenig Schadenbegrenzung zu betreiben, führt somit zu einer gesellschaftlichen Irrationalität: Keiner ergreift genügend Aktivitäten zur Schadensreduktion und folglich müssen alle eine höhere Versicherungsprämie bezahlen.⁵⁸

Weitere expansive Auswirkungen des Versicherungsschutzes entstehen dadurch, dass durch die Zwangsversicherung alle Leistungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, gedeckt werden und folglich zu Kollektivgütern werden. Diese Leistungen sind zwar von den einzelnen Versicherten in Form von Zwangsbeiträgen bezahlt, spielen aber bei der Entscheidung keine Rolle, da sie in den Augen des Nachfragers zu "sunk costs" werden.

⁵⁷ Zur Preiselastizität und Wirkung von Selbsthalten bei verschiedenen Elastizitäten vgl. Abschnitt 5.4.2.

⁵⁸ Schulenburg, J.M. Graf v.d., Greiner, W. (2000), S. 56.

All diese Anreize verlagern, wie beispielsweise in Majnoni D'Intignano, B.⁵⁹ dargestellt, eine neoklassische Nachfragefunktion nach rechts oben, das heisst beim gleichen Preis wird mehr nachgefragt.

Die daraus in Abbildung 8 übernommenen Nachfrage- und Angebotsfunktion ergeben sich aus der Summe der individuellen Nachfrage nach und des individuellen Angebots an Gesundheitsleistungen. Das Angebot wächst und die Nachfrage sinkt mit zunehmendem Preis. Die Nachfragekurve ohne Versicherung gibt dabei an, welche Menge Gesundheitsgüter und zu welchem Preis die Konsumenten auf einem Markt ohne Versicherung zu kaufen bereit sind.

Als Schnittpunkt der Kurven ergibt sich ein Marktgleichgewicht bei einem Preis p_0 für eine Menge K_0 . Die schattierte Fläche gibt die Konsumentenrente an, das heisst sie zeigt an, wieviel der Konsument günstiger erwerben kann als was er zu zahlen bereit wäre.

Bei Versicherungsdeckung sinkt der Preis für den Konsumenten beispielsweise auf p_1 und es ergibt sich ein neuer Gleichgewichtspunkt bei einem Preis p_1 und der Menge K_1 . Die Konsumentenrente steigt um $p_0G_0p_1$.

Weil eine grössere Menge zum niedrigeren Preis zur Verfügung gestellt wird steigt gesamtwirtschaftlich die Menge an Gesundheitsgüter um G_0JG_1 .

Da die Differenz p_0p_1 von den Versicherungen bezahlt wird, können auch die Erbringer von Gesundheitsleistungen einen grösseren Umsatz bei einem Preis von weiterhin p_0 realisieren.

Wie aus dieser Abbildung ersichtlich, steigt die Gesamtnachfrage. Folglich steigen Menge und Preis, was eine Erhöhung des Angebots bewirkt.

⁵⁹ Vgl. Majnoni D'Intignano, B. (2001), S. 303.

Preis Gesundheitsgüter

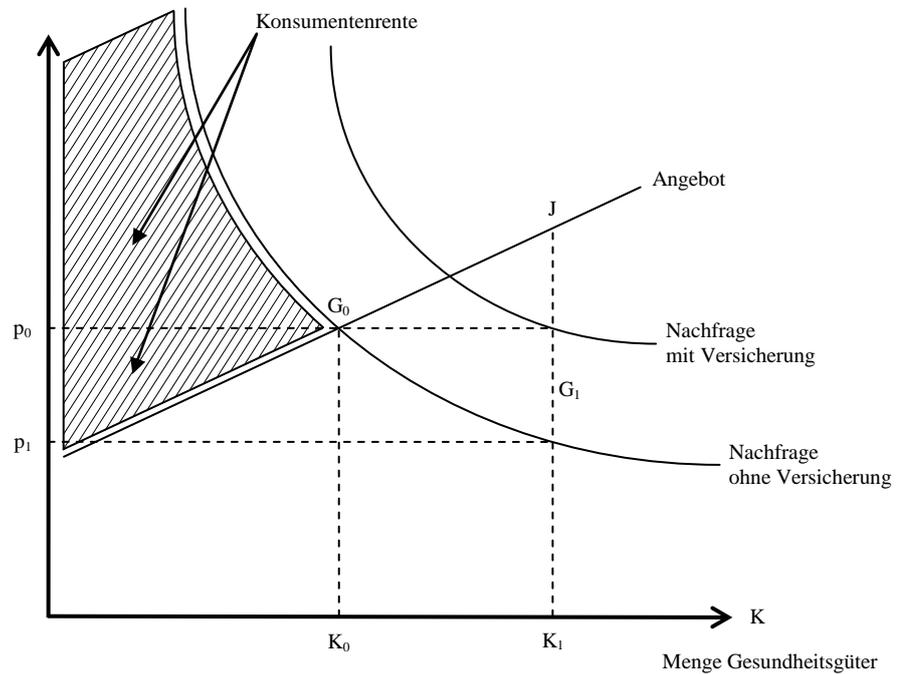


Abb. 8: Gleichgewicht ohne und mit Versicherung

Sowie eine Vollversicherung besteht, wird eine bessere medizinische Versorgung, verbunden mit höheren Kosten stattfinden. Ökonomisch bedenklich wird erst ein Übermass an Erhöhung des qualitativen und quantitativen Umfangs der medizinischen Versorgung angesehen.⁶⁰

Diese expansive Eigendynamik lässt Vorschlägen laut werden Selbstbehalte einzuführen, beziehungsweise zu erhöhen, um mehr Marktmechanismen in das System einzubringen. Dies hätte zur Folge, dass für den Konsumenten der wahrgenommene und zu zahlende Preis für Gesundheitsleistungen steigt. Es wird angenommen, dass, der daraus entstehende Preismechanismus die sogenannte "Umlagementalität" brechen könnte. Der theoretischen Wirkung von Selbsthalten auf die Nachfrage bei Konstanz der übrigen Parameter wird im Folgenden nachgegangen.

⁶⁰ Vgl. Männer, L. (1982), S. 182.

5 Nachfrageverhalten bei Einführung oder Erhöhung einer Selbstbeteiligung

Die Reaktion der Nachfrage auf eine Erhöhung der Angebotspreise und damit der Selbstbeteiligungsform lässt sich beispielsweise nach Schulenburg⁶¹ aufspalten in den Beitragseffekt, den Einkommenseffekt und den Substitutionseffekt. Der Einkommenseffekt reduziert die verfügbaren Ressourcen (das Realeinkommen) und führt, wenn es sich bei Gesundheitsleistungen um nicht-inferiore Güter handelt, zu einer Nachfragereduktion. Der Substitutionseffekt ändert die Nachfrage weil Gesundheitsleistungen im Vergleich zu anderen Gütern relativ teurer werden. Der Beitragseffekt schliesslich ergibt sich dadurch, dass steigende Preise die Prämien erhöhen und dadurch das Realeinkommen der Nachfrager sinkt.

Das Modell geht davon aus, dass der repräsentative Nachfrager den Nutzen aus der Menge an Gesundheitsgütern und aus dem Teil an Einkommen, das zum Konsum anderer Güter verbleibt, maximiert. Dabei beeinflusst die Form und Ausgestaltung der Krankenversicherung weder den Informationsstand, die Präferenzen, die Morbidität noch die Verfügbarkeit von medizinischen Leistungen.

Aus dieser Maximierung der Nutzen-Kosten-Differenz der einzelnen Individuen ergibt sich die originäre Nachfragekurve. Die Differenz ist dort maximal, wo der Grenznutzen den Grenzkosten entspricht. Der Grenznutzen z wird durch die marginale Zahlungsbereitschaft dargestellt und die Grenzkosten k hängen vom Anbieterpreis und der Selbstbeteiligung ab.

So lange die Versicherung sämtliche Ausgaben übernimmt, trägt der Versicherte keine Kosten. Das bedeutet, er wird soviel an Gesundheitsgütern nachfragen, bis sein Grenznutzen auf Null gefallen ist und er damit die Sättigungsmenge erreicht. Somit wird die Maximalbedingung (Grenznutzen = Grenzkosten) – preisunabhängig - durch die Sättigungsmenge S erfüllt, bei der die Zahlungsbereitschaft gerade Null wird. Die Marktnachfrage wird, wie in Abbildung 9 dargestellt, damit zu einer Senkrechten in S . Beispielsweise ist eine solche Situation nach

⁶¹ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d., Greiner, W. (2000), S. 75-77.

Greenberg⁶² in Ontario, Kanada gegeben, wo die medizinische Versorgung öffentlich und durch eine Vollversicherung gedeckt ist. Da für die Bürger Gesundheitsgüter umsonst sind, gehen sie scheinbar aus Einsamkeit oder vorbeugend, aus übertriebener Vorsicht, einmal wöchentlich zum Arzt.

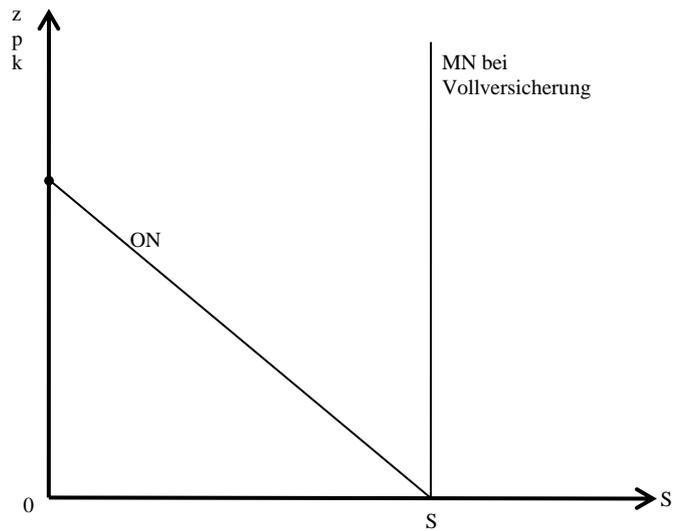


Abb. 9: Originäre Nachfragekurve und Marktnachfrage bei Vollversicherung

⁶² Vgl. Greenberg, L.M. (1994).

5.1 Nachfragewirkung Franchise

Wird durch die Erhebung einer Franchise ein Teil der Krankheitskosten auf den Patienten gewälzt, ändert sich die Marktnachfrage, wie in Abbildung 10 dargestellt.

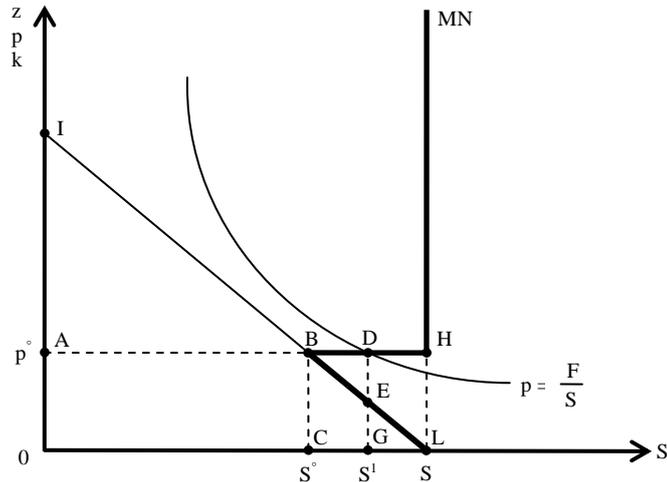


Abb. 10: Marktnachfrage bei Franchise

Dargestellt wird hier die Wirkung einer Abzugsfranchise, wie sie beispielsweise in der schweizerischen obligatorischen Grundversicherung (KVG) zum Tragen kommt. Eine Abzugsfranchise liegt, wie in Abschnitt 2.3.1 dargestellt, immer dann vor, wenn ein Schaden unter der Mindestgrenze gar nicht vergütet wird und bei allen höheren Schäden die Leistungen im Ausmass der Franchise gekürzt werden. Bei kleineren Schäden trägt somit der Versicherte die Belastung selbst und für Schäden über der Franchisegrenze kommt es zu einer Aufteilung der finanziellen Belastung zwischen Versicherung und Patient. Die eingezeichnete Hyperbel ($p = F/S$) gibt für jede Preis-Mengen-Kombination an, welchen Teil der Krankheitskosten die Versicherung und welchen der Versicherte zu übernehmen hat. Unterhalb dieser Hilfslinie sind die Kosten bei allen Kombinationen von Preis und Menge vom Patienten zu tragen, bei allen Kombinationen oberhalb bestehen die Kosten für den Patienten nur aus dem Franchisebetrag.

Bei einem Preis für die Gesundheitsleistung von p_0 ist der Nettonutzen aus einer Menge S^0 ($OIBC - OABC = AIB$) gleich gross wie bei der

Sättigungsmenge S ($OIL - OADG = AIB + GEL - BDE$). Grafisch ist dies erkennbar daran, dass das Dreieck BDE gleich gross ist wie GEL.

Folglich werden für Preise unterhalb von p^0 Gesundheitsleistungen gemäss der originären Nachfragekurve nachgefragt. Sobald der Preis höher liegt, wird jedoch die Sättigungsmenge gewählt.

Als eine der wichtigsten Aufgabe der Abzugsfranchise wird die positive Beeinflussung des subjektiven Risikos der Versicherten im Sinne der Schadensprävention oder Schadensminderung erachtet. Dies hängt jedoch davon ab, wie leicht ein Risiko subjektiv überhaupt beeinflussbar ist.

Weil bei grösseren Schäden die Belastung des Versicherten in Höhe der Franchise konstant bleibt, wirkt die konkrete Höhe der Kosten für die Gesundheitsleistungen nur innerhalb der Franchisegrenze auf die Nachfrage. Solange sich die Kosten für Gesundheitsleistungen innerhalb der Franchisegrenze halten, ist es also nicht ausgeschlossen, dass sich der Patient zu einem Verhalten veranlasst sieht, welches geeignet ist, die Höhe der Kosten und damit auch seiner Belastung zu senken. Sobald jedoch die vertragliche Franchise überstiegen wird, werden die Anstrengungen zu Kostensenkung eher unterbleiben.

Immerhin ist bei der Abzugsfranchise, die bei jedem Schaden abgezogen wird, der Anreiz, die Ausgaben so weit zu erhöhen, dass sie über die Franchisegrenze kommen, wesentlich geringer als bei einer Integralfranchise. Bei der Integralfranchise wirkt nämlich die Aussicht auf volle Entschädigung bei Erreichen der Franchisegrenze auf viele Versicherte als Einladung, im Zweifelsfall durch eine absichtliche Vergrösserung des Schadens der vertraglich vereinbarten Selbstbeteiligung zu entgehen.⁶³

Betriebswirtschaftlich führt die Abzugsfranchise zum Wegfall vieler Kleinschäden und ihrer Regulierungskosten, doch werden diese Einsparungen teilweise durch den zusätzlich notwendigen Aufwand für die Abwicklung (Verrechnung, Rückforderung, Depotstellung etc.) wieder kompensiert.

⁶³ Grob, K. (1967), S. 118.

Weil hier die Zahlungsbereitschaft z den Grenzkosten entspricht, das heisst, $z^0 = k^0$ ist, wird die Nachfrage bis S^1 ausgedehnt. Durch Einsetzen verschiedener Preise ergibt sich die Marktnachfragekurve MN, welche gegenüber der Vollversicherung ($a = 0$) mit der Senkrechten bei S eine geringere Nachfrage ausweist. Diese geringere Nachfrage kann damit begründet werden, dass die aktive Beeinflussung der Kostenhöhe durch den Patienten seine eigene Belastung steuert und er somit angespornt ist, sein subjektives Risiko (zum Beispiel durch weniger Gleichgültigkeit) zu senken.

Da zwischen Schadenhöhe und Belastung des Patienten ein direkter Zusammenhang besteht, ist die prozentuale Selbstbeteiligung eine besonders geeignetes Instrument der Schadensbekämpfung. Dies ist aber auch bei dieser Art der Selbstbeteiligung solange und nur gültig in den Fällen, in denen der Versicherte tatsächlich einen Einfluss auf den Eintritt oder die Höhe einer Erkrankung ausüben kann.

Ein sozial schwer wiegender Nachteil der prozentualen Selbstbeteiligung wird darin gesehen, dass bei grossen Schäden die Belastung des Versicherten auch bei relativ geringen Selbstbeteiligungsquoten existenzbedrohend werden kann und ausserdem stets jene Versicherte trifft, welche die Leistungen in Anspruch nehmen müssen und deshalb häufig noch mit zusätzlichen Kosten und Umtrieben belastet werden, obwohl sie den vollen Versicherungsschutz am nötigsten hätten.

5.3 Nachfragewirkung der Selbstbeteiligung in der Schweiz

Bei prozentualer Selbstbeteiligung und geringer Schadenhöhe ist der Anteil des Patienten an den Kosten der medizinischen Behandlung so klein, dass ein Selbstbeteiligungsabzug sich kaum lohnt. Von den Versicherten wird dies höchstens als Schikane empfunden. Aus diesem Grund wird oft, wie in der Schweiz, die prozentuale Selbstbeteiligung mit einer Mindestgrenze (Franchise) kombiniert. Ein Hauptzweck der Franchise besteht nämlich genau darin, Bagatellschäden auszuschalten, weil diese bei der Überprüfung des Ersatzanspruchs, im Verhältnis zur Entschädigungszahlung, zu hohe Kosten Verursachen.

In der schweizerischen obligatorischen Grundversicherung wird seit 01.01.2004 der Patient mit einer ordentlichen Franchise von 300 CHF und einem nach oben auf 700 CHF begrenztem Selbstbehalt von 10 Prozent belastet. Somit werden kleinere Gesundheitsausgaben wie bei

der reinen Abzugsfranchise nur unter Berücksichtigung dieser Mindestgrenze vergütet und, damit die finanzielle Beteiligung den Betroffenen nicht sozial untragbar belastet, grössere Ausgaben nur bis zur Maximalbegrenzung der Selbstbeteiligung verrechnet. Innerhalb dieser Grenzen kommt die Quotenberechnung zum Tragen.

Um den Sachverhalt grafisch darzustellen, werden beide oben aufgezeigten Wirkungen kombiniert. Die Folgerungen sind, dass bis zu einem Betrag von 300 CHF Gesundheitsleistungen gemäss der originären Nachfrage gewählt werden. Bei darüber liegenden Kosten der Gesundheitsleistungen ergibt sich eine Kurve wie für die proportionale Selbstbeteiligung dargestellt. Sobald die Ausgaben, die maximale Belastung von 1'000 CHF erreichen, wird jedoch die Sättigungsmenge nachgefragt.

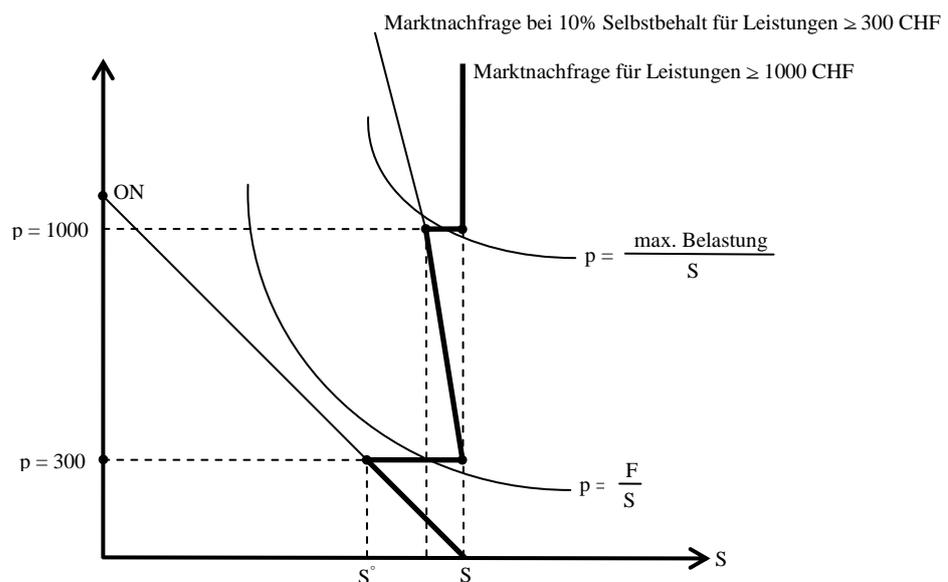


Abb. 12: Wirkung Selbstbehalt Schweiz

Diese Grenzen sind durch die Option der wählbaren Franchisen mit entsprechender Prämienreduktion bis zu einem gewissen Grad flexibel. Durch die Wahl einer Franchise in der Höhe von CHF 400 (600, 1'200, 1'500) kommt es zu einer Maximalbelastung von CHF 1'100 (1'300, 1'900, 2'200) jährlich.

Ein solches Wahlsystem ist jedoch oft weniger nach vorhandenem Risiko und wirtschaftlichem Schutzbedarf, sondern öfters an den eige-

nen finanziellen Möglichkeiten orientiert und kann zu Selbstselektion führen. Eine höhere Franchisestufe wird vor allem von jenen gewählt, die ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit als gering einschätzen und die über genügend finanzielle Mittel verfügen, im schlechtesten Fall eine höhere Belastung zu tragen, ohne dass damit ihre Ressourcen zu stark eingeschränkt würden. Es zeigt sich, dass die Ausgaben der Versicherungen mit steigender Franchisestufe sinken.⁶⁵ Dies wird eben zum Teil auf Selbstselektion Gesunder zurückgeführt und es wird eine Entsolidarisierung befürchtet. Das heisst, es wird befürchtet, dass durch die niedrigen Prämien derjenigen, die eine hohe Franchise gewählt haben, der Versichertengemeinschaft Finanzmittel entzogen werden.

Zur Frage der Trennung der Auswirkung der Wahl der Franchisestufe und der Auswirkung der Anreize auf die Ausgaben, gibt es, je nach Studie verschiedene empirische Ergebnisse⁶⁶: Werblow kommt beispielsweise zum Schluss, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen stark von Moral Hazard beeinflusst wird⁶⁷ und somit neben der Selbstselektion ein grosser Teil der Ausgabeneinsparung bei höheren Franchisestufen dadurch zustande kommt, dass die Versicherten mit höher gewählten Franchise mehr Eigenverantwortung tragen und massvoller im Konsum von Gesundheitsgütern sind. Hingegen findet Schellhorn⁶⁸, dass der Grossteil der beobachteten Reduktion der Anzahl an Arztbesuche bei Versicherten mit gewählten höheren Selbstbehalten durch Selbstselektion zu erklären ist und durch eine höhere Selbstbeteiligung induzierte Verhaltensänderung in Richtung einer sparsameren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens kaum feststellbar ist.

Da zu vermuten ist, dass beide Effekte gemeinsam existieren, wären weiterführende Untersuchungen interessant, die den Anteil von Selektion und den Anteil von Anreiz in der Korrelation zwischen Deckungsgrad und Höhe der Gesundheitsausgaben genauer bestimmen.

⁶⁵ Vgl. Rosenbrock R., Gerlinger T. (2004), S. 285.

⁶⁶ Vgl. Abschnitt 6.

⁶⁷ Vgl. Werblow, A. (2002), S. 435.

⁶⁸ Vgl. Schellhorn, M. (2002), S. 419.

5.4 Mögliche unerwünschte Wirkungen von Selbstbeteiligungen

Wie in 5.1 und 5.2 dargestellt, wirkt eine Selbstbeteiligung, verglichen mit einer Vollversicherung, theoretisch grundsätzlich nachfrage-dämpfend. Zusätzlich zur obigen Problematik der Selbstselektion ergeben sich jedoch weitere Fragen dadurch, dass die Beitragssenkung einer Selbstbeteiligung je nach verfügbaren Ressourcen der Individuen verschiedene Wirkung entfalten kann⁶⁹ und durch ein möglicherweise starres Nachfrageverhalten.

Zu berücksichtigen sind ausserdem Befürchtungen, dass sich zu hohe Belastungen durch Selbstbeteiligungen auf die Vorsorge und auf andere Systeme der sozialen Sicherung negativ auswirken könnten.

5.4.1 Wirkung von Selbstbeteiligungen bei Prämienanpassung

Wenn von zwei verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit verschiedenen verfügbaren Einkommen (Y^k und Y^g) ausgegangen wird, fällt bei gleichmässiger Senkung des Beitragssatzes, die Entlastung je nach Einkommen verschieden aus und die Wirkung auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen kann differieren.

Das Thema Ungleichheit der Erkrankungswahrscheinlichkeit (bzw. Sterblichkeit) und Einkommensungleichheit war Gegenstand einiger empirischen Untersuchungen⁷⁰. Die Einkommensungleichheit hat danach eine direkte Wirkung auf die Gesundheit bzw. Erkrankungswahrscheinlichkeit. In dieser Arbeit wird darauf verzichtet, den Effekt einer steigenden Erkrankungswahrscheinlichkeit bei niedrigerem Einkommen darzustellen und weiterhin von der Konstanz des Informationsstandes, der Präferenzen, der Morbidität und der Verfügbarkeit von Leistungen ausgegangen.

Ein Modell von Schulenburg⁷¹ beschreibt wiederum die Zielfunktion der Nachfrager mit $\max U(y,K)$, das heisst als Maximierung des Nutzens aus der Menge an Gesundheitsgütern und aus dem Teil an Einkommen, das zum Konsum anderer Güter verbleibt.

⁶⁹ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987), S. 54ff.

⁷⁰ Zum Beispiel: Kawachi, Ichiro, Kennedy, Bruce P., Wilkinson, Richard (Hrsg.) (1999), Klein, Th., Unger, R. (2001).

⁷¹ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987)

Dabei ist y der Teil des Einkommens, welches für den Konsum anderer Güter zur Verfügung bleibt und K entspricht den Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Diese Zielfunktion wird in Abbildung 13 durch Indifferenzkurven dargestellt, das heisst durch den geometrischen Orten aller y/K – Kombinationen, die für den Konsumenten gleichwertig sind, bzw. den gleichen Nutzen erbringen. Kombinationen, die auf einer höheren Indifferenzkurve liegen, werden vom Konsumenten denjenigen, die auf niedrigeren Kurven liegen, vorgezogen.

Beim optimalen Verbrauchsplan realisiert der Nachfrager von allen Güterbündeln, die angesichts seiner Budgetrestriktion möglich sind, dasjenige, welches er gemäss seiner Präferenzstruktur mit dem höchsten Nutzen bewertet.

Bei einem Einkommen Y , einem Krankenkassenbeitragssatz b und einem Selbstbeteiligungssatz a verbleibt für sonstigen Konsum:

$$y = Y - b(a)Y - aK \text{ mit } b(1) = 0 \text{ und } b_a < 0.$$

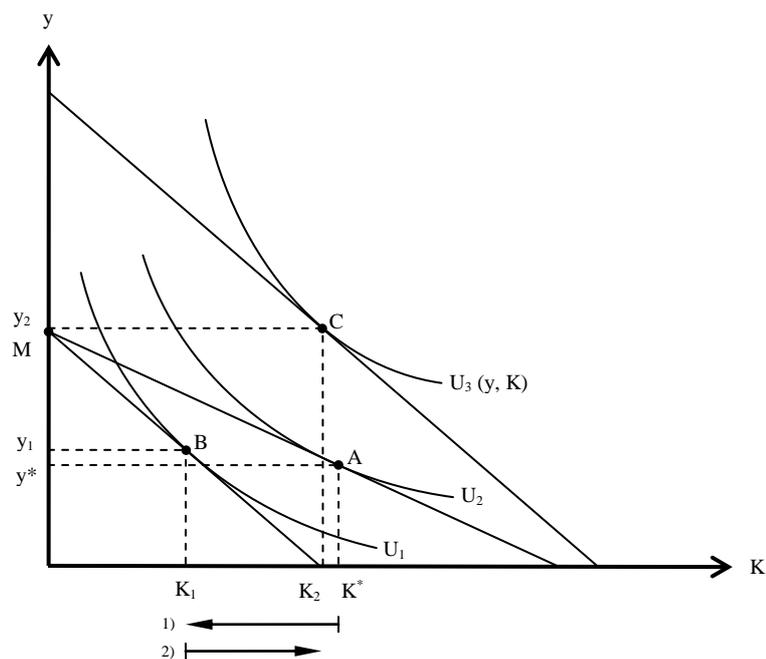


Abb. 13: Nachfragerreaktion bei Einführung / Erhöhung Selbstbeteiligung

Bei einer Selbstbeteiligung von $a = 0$ und einem entsprechenden Prämiensatz von $b(a = 0)$ sei A der Ausgangspunkt. Die Budgetbeschränkung lautet in der Ausgangslage $y = Y - b(a = 0)Y$ und die optimale, realisierbare Kombination ist ein Resteinkommen von y^* und Gesundheitsausgaben von K^* .

diesen Kosten - das Realeinkommen wesentlich stärker reduziert als für die Bezüger von Y^g . Der Einkommens- und Substitutionseffekt wird überwiegen und die Nachfrage wird eingeschränkt (siehe Abb. 14).

Patienten mit einem Einkommen Y^g hingegen werden durch den selbst aufzubringenden Anteil an den Gesundheitsausgaben nur geringfügig belastet. Ihre Budgetgerade dreht sich nur wenig, dafür wirkt die Entlastung durch die Beitragssenkung umso mehr. Unter Umständen werden, wie in Abbildung 15 dargestellt, somit gar mehr Gesundheitsausgaben getätigt.

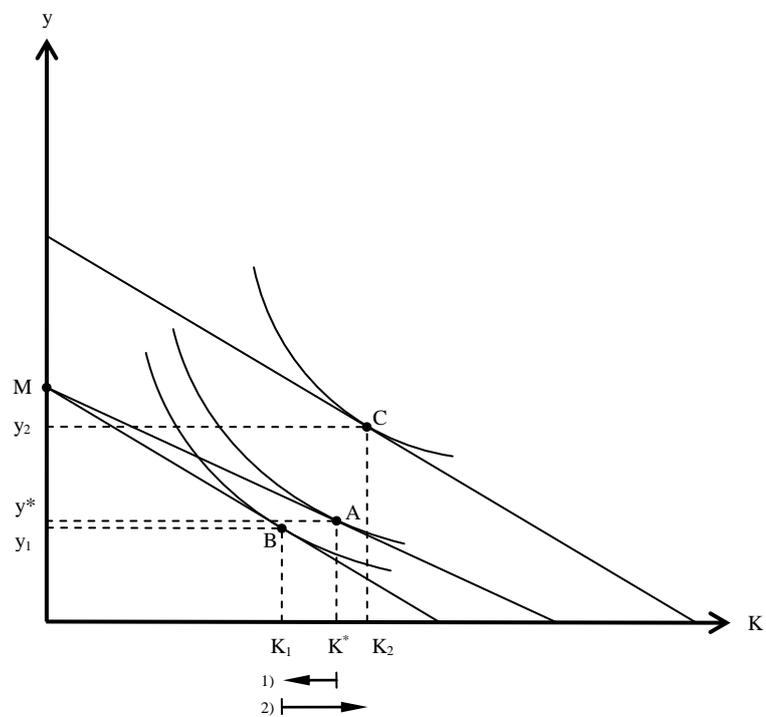


Abb. 15: Wirkung Selbstbehalt mit Beitragssenkung bei höheren Einkommen

5.4.2 Wirkung von Selbstbeteiligungen bei verschiedenen Nachfrageelastizitäten

In der Diskussion um Selbstbeteiligung wird laut Herder-Dornreich⁷² der Effekt einer Kostenexpansion bei Rückgang der verbrauchten Menge hartnäckig übersehen. Dieses Problem entsteht gemäss der Literatur vor allem dann, wenn die Nachfrage preisunelastisch ist.

Die Nachfrage nach einem Produkt ist - neben dem Preis - von vielen Faktoren wie Präferenzen, Preise der Substitutionsgüter, Einkommen oder Zukunftserwartungen abhängig.

Die Elastizität ist ein Mass, um die Wirkung der Änderung einer dieser Determinanten aufzuzeigen und ist besonders interessant, weil sie die relative und nicht die absolute Änderung darstellt. Die Preiselastizität der Nachfrage stellt die prozentuale Nachfrageänderung im Verhältnis zur prozentualen Preisänderung dar. Wenn beispielsweise der Preis um 1 Prozent steigt und infolgedessen die Nachfrage um 2 Prozent fällt, wird die Elastizität mit $- 2 \text{ Prozent} / 1 \text{ Prozent} = - 2$ angegeben. Ist die Reaktion stark, wird von elastischer Nachfrage gesprochen, reagiert sie schwach, handelt es sich um eine starre (unelastische) Nachfrage.

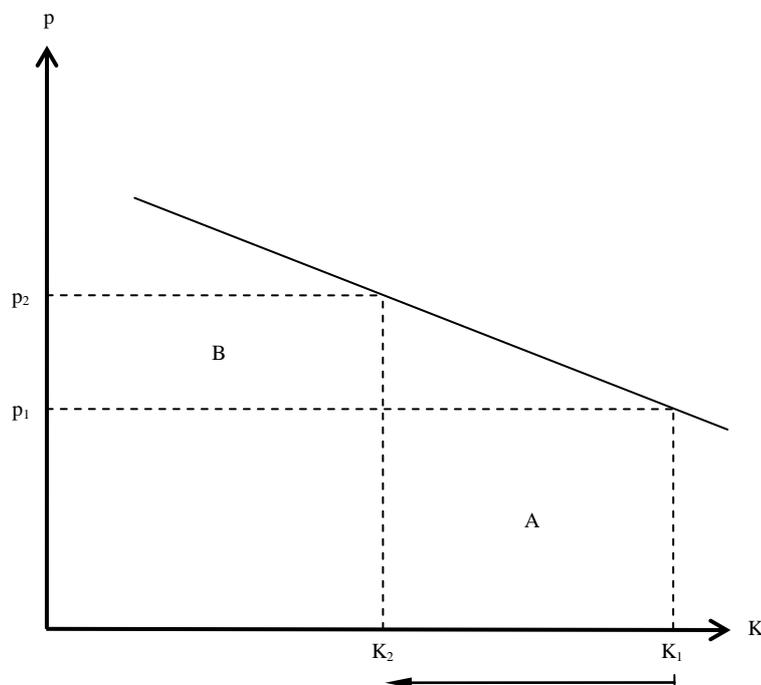


Abb. 16: Wirkung „Preiserhöhung“ durch Kostenbeteiligung bei elastischer Nachfrage

⁷² Vgl. Herder-Dornreich, Ph. (1994), S. 793.

Der Selbstbeteiligungssatz beeinflusst den vom Patienten effektiv zu tragenden Preis für das Gesundheitsgut. Ist die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen elastisch, bewirkt eine Erhöhung des Preises (infolge einer Einführung oder Erhöhung der Selbstbeteiligung) von p_1 nach p_2 , einen starken Rückgang der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen und der Gesamtausgaben (vgl. Abb.16).

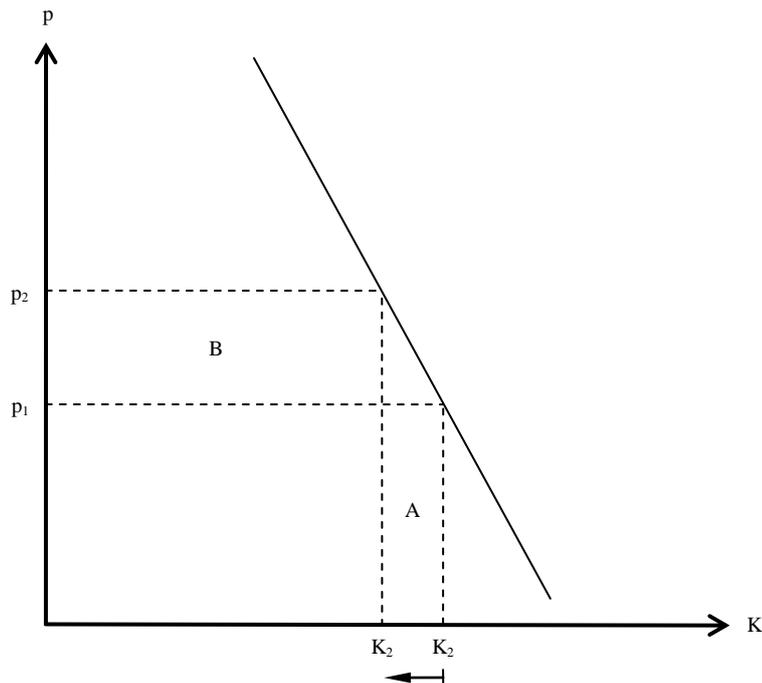


Abb. 17: Wirkung „Preiserhöhung“ durch Kostenbeteiligung bei unelastischer Nachfrage

Bei unelastischer Nachfrage, wie in Abb.17 dargestellt, steigen die Gesamtausgaben aber obwohl die Nachfrage mengenmässig gesunken ist. Die Fläche A ist kleiner als Fläche B. Hier ist die Wirkung des Mengeneffektes gegenüber dem Preiseffekt gering.

Im Gesundheitswesen sind im Zusammenhang mit Preiselastizitäten zwei verschiedene Bereiche auszumachen: Einerseits gibt es Gesundheitsgüter, die nur dann gedankenlos konsumiert werden, wenn sie ohne grosse Kosten zu haben sind. Dies ist beispielsweise bei Massagen, Gesundheitsschuhen etc. der Fall. Sobald solche Gesundheitsgüter höhere Kosten für den Verbraucher verursachen (z.B. durch höhere

Selbstbeteiligung), wird möglicherweise darauf verzichtet. Diese Gesundheitsgüter weisen eine elastische Nachfrage auf.

Auf der anderen Seite sind die typisch nachfrageunelastischen Gesundheitsgüter zu finden wie Insulinspritzen, Chemotherapien und andere medizinisch notwendige Eingriffe.

Es ist häufig schwierig, Gesundheitsgüter klar der einen oder anderen Gruppe zuzuordnen. Oft ist erst im Nachhinein offensichtlich, dass ein Arztbesuch notwendig war oder nicht. Ebenfalls ist der therapeutische bzw. vorsorgende Wert einer Gesundheitsleistung schwierig zu bemessen. Zudem ist das Anspruchsniveau, das heisst, die Vorstellung von dem, was gesundheitlich sehr wichtig ist, ständig gestiegen und dies ist nur schwer wieder rückgängig zu machen. Das Problem liegt im Zusammenhang mit der Kostenexpansion darin, dass im Bereich von dem, was als gesundheitlich sehr wichtig angesehen wird, die Nachfrage relativ starr ist.

Empirische Studien⁷³ zur Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weisen Werte zwischen - 0.1 und 0.2 auf. Bei Erstkontakten mit einem Arzt ist jedoch ein bedeutender Einfluss des Umfangs an Versicherungsschutz auszumachen.⁷⁴

Ebenso findet man Studien, die sich mit den verschiedenen Elastizitäten für verschiedene Gruppen von Gesundheitsgütern auseinandersetzen. Für kleinere Selbstbeteiligungen (bis 25 Prozent) scheint die Preiselastizität sowohl für Vorsorge-, wie auch für Akut-Medizin in etwa gleich hoch zu sein. Sobald jedoch die Selbstbeteiligung höher liegt, divergieren diese.⁷⁵

⁷³ Im Abschnitt 6 werden als Beispiel die Vorgehensweise und Resultate einiger empirischer Studien dargestellt.

⁷⁴ Vgl. Breyer, F., Zweifel, P.(1999), S. 232.

⁷⁵ Vgl. Ringel J.S. et al., S. 35.

5.4.3 Wirkung von Selbstbeteiligungen auf die Prävention und auf andere Systeme der sozialen Sicherung.

Im Schweizer Gesundheitswesen kommt die Franchise bis zum ordentlichen oder gewählten Betrag einer vollständigen Kostenbeteiligung des Patienten gleich. Darüber hinaus übernehmen die Patienten jeweils den anrechenbaren Selbstbehalt von 10 Prozent. Solche Formen der Kostenbeteiligung wirken als Schwelle beim Entscheid für oder wider einen Arztbesuch.

Wie diverse empirische Studien zeigen⁷⁶, geht die Wahrscheinlichkeit eines Erstkontaktes mit den Anbietern medizinischer Leistungen mit zunehmender Selbstbeteiligung stark zurück. Selbstbehalte bieten einen starken Anreiz dafür, eine Erstinanspruchnahme zu überdenken.

Prävention, also Vorsorge ist das wichtigste Mittel zur Vermeidung der drohenden Kostenexplosion einer älter werdenden Gesellschaft und es kommt nun darauf an, dass die Menschen solange wie möglich gesund sind und auch so fit wie möglich alt werden.

Daher müsste der Umbau eines Gesundheitswesens so gestaltet werden, dass die Medizin nicht einseitig auf das Heilen und Lindern von Beschwerden ausgerichtet wird, sondern auch auf deren Vermeidung. Beispielsweise lohnen sich Grippeimpfungen von Erwerbstätigen aus betriebswirtschaftlicher Sicht und es kommt ein volkswirtschaftlicher Nutzen hinzu, wenn man nicht eindeutig messbare Kosten wie etwa die gesundheitlich intakte Familie hinzunimmt.

Präventivmassnahmen (wie beispielsweise der empfohlene jährliche Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs) könnten langfristig Kosten senken, sind aber nicht vom Selbstbehalt ausgeschlossen. Zur Förderung der Prävention sollten sie eigentlich ausgenommen werden. Das heisst, einerseits sollte, wer regelmässig an Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt, nicht mit hohen Selbstbeteiligungen davon abgehalten werden und andererseits müsste man, will man verhindern, dass Versicherte erst dann zum Arzt gehen, wenn ihre Krankheit fortgeschritten ist, auch die Erstkontakte von Selbstbeteiligungen freistellen.

Ebenso dürften sich bei chronisch Kranken Einsparungen durch intensivere Betreuung ergeben. Damit wäre der Gesundheitszustand zu stabili-

⁷⁶ Vgl. auch Abschnitt 6

sieren und Folgeerkrankungen könnten zurückgehen. Auch hier sind hohe Selbstbeteiligungen möglicherweise kontraproduktiv.

Weiterhin können durch höhere Selbstbehalte einerseits zwar die Krankenversicherer entlastet werden, jedoch werden dafür andere Systeme der sozialen Sicherung belastet. Wenn sich beispielsweise ein Versicherter entschliesst, einen hohen Selbstbehalt pro Jahr selbst zu zahlen um im Gegenzug einen geringeren Beitrag zu leisten, dieser aber arbeitslos wird und den Selbstbehalt nicht mehr aufbringen kann, müsste die Sozialhilfe einspringen.

In der Schweiz werden auf Grund kantonaler Regelungen bei Sozialhilfeempfängern in der Regel auch Kostenbeteiligungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen und es wird damit gerechnet, dass die Erhöhung des Selbstbehaltes die Kantone wesentlich stärker als heute belastet würden.

Ein weiterer, mehrfach genannter Problemkreis betrifft die Entsolidarisierung. Zur Entsolidarisierung kommt es, wenn über die Lebenszeit "normale" Risiken nicht genau ihren Beitrag ausschöpfen können, "gute" Risiken nicht für den Solidarausgleich zahlen und "schlechte" Risiken nicht begünstigt werden.⁷⁷ Das heisst, es muss beachtet werden, dass sich möglicherweise junge Menschen freiwillig für höhere Selbstbehalte entscheiden um Prämien zu sparen und später diese wieder reduzieren um in den Genuss einer möglichst hohen Deckung zu kommen. Dies entzieht den Krankenkassen Einnahmen in beachtlichen Höhen.

Jeder Versicherte hat Anspruch auf die medizinisch notwendige anerkannte Behandlung, die wirtschaftlich zu erbringen ist. Eine Entsolidarisierung führt dazu, dass letztendlich der Steuerzahler immer dann aufkommen muss, wenn Personen eine bestimmte Leistung benötigen, sie aber nicht bezahlen können.

6 Empirische Befunde

Da ideale Daten in der Wirklichkeit kaum zu finden sind, wird mit verschiedenen Methoden versucht, diese zu so zu korrigieren, dass die Ergebnisse das Nachfrageverhalten möglichst genau wiedergeben. Dies geschieht einerseits mittels Experimenten (wie das Rand Health

Insurance Experiment) oder durch die Analyse von Daten aus Quasi-Experimenten - sogenannten natürlichen Experimenten. Diese basieren auf Beobachtungen vor und nach einer Änderung der Gesundheitspolitik (Erhöhung von Selbstbehalten wie zum Beispiel in Belgien). Andererseits existieren Studien, die mit Hilfe ökonomischer Modelle vorhandene "administrative" Daten zur Ermittlung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen untersuchen.

Trotz der Vielzahl der Methoden und Datenquellen zeigt sich durchgängig, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, wie in Tabelle 3 dargestellt relativ preisunelastisch ist. Zum überwiegenden Teil kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Ergebnis, dass die Einkommenselastizität gering oder praktisch Null ist. Die Werte bewegen sich um -0.17 , was bedeutet, dass bei einem Preisanstieg um 1 Prozent, die nachgefragte Menge nur um 0.17 Prozent zurückgeht.

Tabelle 3: Schlüsselstudien zur Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

| Study | Methodology | Data/Population | Price Measure | Quantity Measure | Price Elasticity |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|----------------------|------------------|
| Feldstein, 1971 | Observational: time-series regression | AHA survey of hospitals, 1958-1967; NCHS survey, 1963-1964 | Coinsurance rates and plan generosity | Mean hospital stay | - 0.49 |
| Fuchs and Kramer, 1972 | Observational: instrumental variables | 1966 IRS tabulations | Coinsurance rates and plan generosity | Visits per capita | - 0.10 to - 0.36 |
| Scitovsky and Snyder, 1972 | Natural experiment | Palo Alto Group Health Plan, 1966-1968 | Coinsurance rates | Physician visits | - 0.14 |
| Rosett and Huang, 1973 | Observational: cross-sectional tobit | Survey of Consumers Expenditures, 1960 | Out-of-pocket costs | Medical expenditures | - 0.35 to - 1.5 |
| Beck, 1974 | Natural experiment | Sample of low-income people in Saskatchewan, Canada | Copayments | Physician visits | - 0.07 |
| Phelps and Newhouse | Observational | Insurance plans in the United States, United Kingdom, and Canada | Coinsurance rates | Medical expenditures | - 0.04 to - 0.12 |
| Scitovsky and McCall, 1977 Wedig, 1988 | Observational | NMCUES, 1980 | Out-of-pocket costs | Physician visits | - 0.16 to - 0.35 |
| Cherkin et al. 1989 | Natural experiment | Group Health Cooperative of Puget Sound | Copayments | Physician visits | - 0.04 |
| Newhouse et al., 1993 | Experimental | RAND HIE | Coinsurance rates across plans | Medical expenditures | - 0.17 to - 0.22 |
| Eichner, 1998 | Observational: tobit regressions | Insurance claims for those covered through a large employer | Out-of-pocket costs | Medical expenditures | - 0.62 to - 0.75 |

Quelle: Ringel, J.S. et al. (www.rand.org/publications/MR/MR1355.pdf)

⁷⁷ Männer, L. (1989), S. 114.

Im Folgenden soll ein kleiner Ausschnitt über die reichlich vorhandene empirische Literatur zur Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (insbesondere zur Elastizität der Nachfrage) vorgestellt werden.

Die in der Literatur meisterwähnte Studie ist dabei das Rand Health Insurance Experiment.

6.1 Rand Health Insurance Experiment

Die Schwierigkeit empirischer Studien besteht vor allem – wie unter 5.3 dargestellt - darin, dass der Einfluss von Selbstselektion und Moral Hazard schwer voneinander zu trennen sind.⁷⁸

Um diese Problematik zu umgehen, wurde in Amerika 1974 das Rand Health Insurance Experiment⁷⁹ gestartet. In verschiedenen amerikanischen Städten wurden zufällig Familien ausgesucht und diesen wurden Versicherungen mit unterschiedlichen Selbstbehaltsformen und -höhen unterbreitet. Die Selbstbeteiligung betrug dabei von 0 bis 95 Prozent. Die Rand-Studie versuchte aufzuzeigen, wie sich verschiedene Stufen der Selbstbeteiligung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auswirken.

Man fand einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Versicherungsdeckung und der Nachfrage nach Gesundheitsgütern. Die höchsten Unterschiede wurden dabei bei der ambulanten Versorgung ausgemacht. Die gefundene Preiselastizität weist hier Werte von 0.1 - 0.2 aus.

Weiter wurde festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit eines Erstkontaktes mit den Anbietern medizinischer Leistungen mit zunehmender Selbstbeteiligung stark zurückging.

Besonders bedeutend ist diese Erkenntnis angesichts der Tatsache, dass der Patient seine Selbständigkeit teilweise verliert, sobald er sich in Behandlung begibt. Nach diesem Erstkontakt bestimmt meistens der Arzt das Ausmass der notwendigen medizinischen Leistungen. In der Literatur ist dabei mehrfach die Hypothese der angebotsinduzierten Nachfrage, bzw. die Zieleinkommenshypothese zu finden. Diese erklärt, dass Ärzte bei sinkender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen - um ihr Einkommensniveau zu halten - diesen Rückgang der Ersthochfrage

⁷⁸ Zu weiteren methodischen Problemstellungen vgl. Newhouse, J., Phelps, C.E. und Marquis, M.S. (1980).

⁷⁹ Vgl. Manning, W. et al. (1987).

durch eine Ausweitung der Folgeleistungen kompensieren⁸⁰, was den Nachfragerückgang durch Selbstbeteiligung aufheben würde.

In der Rand-Studie wurden keine grossen Verhaltensunterschiede zwischen verschiedenen Einkommensgruppen festgestellt, solange der Selbstbehalt proportional zum Einkommen war. Bei der Gruppe mit festen Abzügen pro Abrechnungszeitraum (Franchise) jedoch verursachten die Versicherten mit niedrigeren Einkommen 10 Prozent weniger Kosten bei der ambulanten Versorgung. Zudem wurden, abhängig vom zugewiesenen Selbstbehaltmodell, starke Abweichungen im Gesundheitszustand (besonders bezüglich Bluthochdruck, Sehkraft und zahnmedizinischer Versorgung) und der Sterblichkeit je nach Einkommensgruppe festgestellt.

Bei experimentellen Studien dieser Art, die Ergebnisse aus einem kleinen Ausschnitt darstellen, stellt sich die Frage, wie die Wirkung bei einer Implementierung in einem grösseren Kreisen aussehen würde.

6.2 Ein natürliches Experiment in Belgien

Eine andere Art Datenquelle ist gegeben, wenn sich die Gesundheitspolitik in einem Land ändert. Eine Studie, die sich hiermit befasst und auf einem sogenannten natürlichen Experiment basiert, ist beispielsweise jene von Bart und Brasseur.⁸¹

Das Gesundheitswesen in Belgien ist etwas anders als in der Schweiz konzipiert. Alle Arbeitnehmer müssen proportional zu ihrem Einkommen Prämien zahlen (keine Kopfprämie) und werden dafür ganz oder teilweise von ihren Gesundheitsausgaben entlastet. Witwen, Behinderte, und weitere Gruppen ohne berufliche Aktivität sind teilweise sogar beitragsbefreit. Die Versicherten können sich privat für den ungedeckten Teil, wie spezielle Krankenhausaufgaben oder Patiententransporte, jedoch nicht für die untersuchten Arztleistungen, zusätzlich versichern. Im Gegenteil zum schweizerischen System sind nicht nur die Beitragszahlungen einkommensabhängig, sondern auch die Selbstbehalte je nach sozialer Zugehörigkeit verschieden.

⁸⁰ Zu angebotsinduzierter Nachfrage vgl. Breyer, F., Zweifel, P.(1999), S. 241 ff.

⁸¹ Vgl. Bart, C. Brasseur, C. (2001).

Die der Studie zugrundeliegende Daten für die Jahre 1993 und 1994 waren die durchschnittliche Zahl Arztbesuche je Arzttyp, das heisst je nach Gesundheitsleistung "Konsultation beim Allgemeinpraktiker", "Hausarztbesuch" oder "Inanspruchnahme eines Spezialisten".

Entsprechende Daten der "Mutualités Chrétiennes" in den zwei belgischen Grossstädten Liège und Gent wurden gruppiert nach Alter, Geschlecht und sozialer Kategorie. Wie oben gezeigt, waren nicht alle Versicherte von den Beiträgen (gleich) betroffen. Deshalb wurden nur die Daten derjenigen Gruppe verwendet, die eine Erhöhung der Selbstbehalte in Kauf nehmen musste.

Die beobachtete Änderung der Gesundheitspolitik bestand darin, dass auf den 1.1.1994 in Belgien die Selbstbehalte für Konsultationen beim Allgemeinpraktiker um 48 Prozent, für Hausarztbesuche um 35 Prozent und für die Inanspruchnahme von Spezialisten gar um 60 Prozent erhöht wurden.

Gefunden wurden, laut Bart und Brasseur, ähnliche Resultate wie in einem anderen "natürlichen" Experiment in Frankreich⁸². Obwohl für die verschiedenen Dienstleistungen massive Reaktionsunterschiede ausgewiesen werden (siehe Tabelle 4), wird die Preiselastizität als Ganzes als relativ gering eingestuft. Eine 100 prozentige Preiserhöhung würde nach dieser Studie die nachgefragte Menge um 13 Prozent bei Männern und um 3 Prozent bei Frauen senken. Diese Zahl ist wesentlich tiefer, als jene, die das RAND-Experiment ausweist. Es wird jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass diese Studie die Reaktion bei kleineren Einkommen betrachtet.

Ein anderes Anliegen dieser Studie war den sozialen Nutzen (Effizienzgewinne durch Risikoteilung und Senkung von Moral Hazard) einer solchen Politik zu messen. Der gefundene Effizienzgewinn von 2,3 Prozent ist im Verhältnis zur relativ grossen Preiserhöhung (35 - 60 Prozent) klein. Zudem wurde der mögliche Effizienzverlust, der sich daraus ergibt, dass möglicherweise das Risiko durch eine kleinere Deckung steigt und eine Substitution mit anderen als den drei genannten Gesundheitsgütern stattfindet nicht beachtet.

⁸² Chiappori, P.A., Durand, F. and P.Y. Geoffard (1998)

Tabelle 4: Preiselastizität in Belgien nach Arzttyp

| | Konsultationen Allgemeinpraktiker | Hausarztbesuche | Inanspruchnahme von Spezialisten |
|--------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Männer | 0.06 | 0.18 | 0.14 |
| Frauen | 0.01 | 0.08 | 0.02 |

6.3 Preiselastizität für Gesundheitsleistungen in Deutschland

In einer Studie von Schulenburg und Greiner⁸³ wurde das Nachfrageverhalten anhand von Daten des nicht pflichtversicherten, das heisst privat versicherten Anteils der deutschen Bevölkerung (ca. 10 Prozent) untersucht und es wurden die entsprechenden Nachfrageelastizitäten geschätzt. Die Untersuchung profitierte davon, dass verschiedene private Anbieter unterschiedliche Vertragsmodelle, mit verschiedenen Selbstbeteiligungen und verschiedenen Quoten anboten.

Dabei wird von den Autoren darauf aufmerksam gemacht, dass Versicherte in der privaten und in der gesetzlichen Krankenversicherung verschiedene sozioökonomische Merkmale aufweisen. Insbesondere sind hierbei wiederum das Problem der Selbstselektion (Überschätzung Nachfrageelastizität) und der Nachfrageausweitung infolge Beitragssenkung (Unterschätzung der Nachfrageelastizität) zu beachten.

Die geschätzten Finanzierungs- und Nachfragedämpfungseffekte einer proportionalen Selbstbeteiligung sind in Tabelle 5 wiedergegeben.

Anhand dieser Daten stellt sich heraus, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen preiselastisch ist und beispielsweise eine Selbstbeteiligung von 20 Prozent zu einer Nachfrageelastizität von -0.078 führt. Diese verringert sich bei Erhöhung der Selbstbeteiligung auf 30 Prozent auf -0.234. Bei Frauen wurde eine stärkere Reaktion als bei Männern gefunden. Dies wird darauf zurückgeführt, dass deren Opportunitätskosten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, aufgrund eines geringeren Beschäftigungsgrades, kleiner sind.

⁸³ Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v.d., Greiner, W. (2000).

Tabelle 5: Geschätzte Finanzierungs- und Nachfragedämpfungseffekte einer proportionalen Selbstbeteiligung

| Selbstbeteiligungsquote | Reaktionskoeffizient | Statischer Effekt | dynamischer Effekt | Ersparnis der Krankenversicherung | effektive Mehrbelastung Versicherte bei ungekürzter Prämie | Nachfrageelastizität |
|-------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------|
| 10 Prozent | 89.3 | 10 Prozent | 10.7 Prozent | 19.9 Prozent | 8.9 Prozent | -0.078 |
| 20 Prozent | 82.6 | 20 Prozent | 17.4 Prozent | 33.9 Prozent | 16.5 Prozent | -0.156 |
| 30 Prozent | 76.4 | 30 Prozent | 23.6 Prozent | 46.5 Prozent | 22.9 Prozent | -0.234 |
| 40 Prozent | 70.4 | 40 Prozent | 29.3 Prozent | 57.6 Prozent | 28.3 Prozent | -0.311 |
| 50 Prozent | 70.4 | 50 Prozent | 34.6 Prozent | 63.3 Prozent | 32.7 Prozent | -0.389 |

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

6.4 Befunde aus dem schweizerischen Gesundheitssystem

Die Schweiz eignet sich für Untersuchungen der Wirkungen von Selbstbeteiligungen gut, da sie seit langem wählbare Selbstbehalte in der obligatorischen Grundversicherung kennt.

Die vom schweizerischen Bundesamt für Statistik⁸⁴ im Auftrag des Bundesrates durchgeführte Schweizerische Gesundheitsbefragung⁸⁵ zeigt, dass die Entscheide der Versicherten nicht nur von wirtschaftlichen Überlegungen, sondern auch vom Gesundheitszustand, vom Bildungsniveau, von der beruflichen Stellung und vom Einkommen abhängen. Immer mehr Versicherte entscheiden sich für eine höhere Franchise um Prämien zu sparen. Dabei haben sich drei Viertel der Akademiker, aber nur die Hälfte der Personen mit der obligatorischen Schulbildung für eine höhere Selbstbeteiligung entschieden. Frauen wählen bei gleicher Ausbildung und gleichem Einkommen weniger oft eine Franchise über 600 CHF.

Von der tiefsten bis zur höchsten Franchisestufe nimmt der Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen Arzt

⁸⁴ Vgl. Bundesamt für Statistik (2004 b).

aufgesucht haben um 22 Prozent ab. Dies deutet darauf hin, dass vor allem Gesunde höhere Franchisen wählen. Der Rückgang kann aber auch darauf zurückgeführt werden, dass die höhere Kostenübernahme zu einer Zurückhaltung bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führt.

Die Beiträge von Werblow und Schellhorn wurden in diesem Zusammenhang bereits erwähnt.⁸⁶ Diese Autoren untersuchen auf der Basis mikroökonomischer Modelle schweizerische Daten.

Schellhorn befasst sich vorwiegend mit den Auswirkungen der Wahlmöglichkeiten und weniger mit der generellen Wirkung von Selbstbehalten. Auf der Basis von Daten, die aus einer telefonischen Befragung stammen wurde mit Hilfe dreier Schätzverfahren versucht, den Selektions- vom Anreizeffekt zu trennen. Bei zwei der verfolgten Ansätze wurde kein Effekt eines höheren Selbstbehaltes auf die Anzahl der Arztbesuche gefunden.

Auch Werblow untersucht vorwiegend den Einfluss wählbarer Selbstbehalte auf das Versichertenverhalten. Er findet einen signifikanten Effekt der Kostenbeteiligung auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Die verwendeten Daten stammen von ca. 59'000 Versicherten einer Krankenversicherung im Kanton Zürich. Von diesen hatten 60 Prozent den ordentlichen Mindest-Selbstbehalt und 40 Prozent eine höhere Selbstbehaltstufe gewählt. Medizinische Kosten verursachten bei den Erstgenannten 80 Prozent und bei denjenigen mit der höchsten Selbstbehaltstufe nur 40 Prozent. Aufgrund der Schätzungen von Werblow ist ein Drittel⁸⁷ der Nachfragereduktion durch die direkte Wirkung des Selbstbehaltes auf die Nachfrage erklärbar.

Es zeigt sich, dass die Schätzergebnisse kontrovers und ihre Interpretation schwierig sind. Es bleibt offen, ob das Nachfrageverhalten die Wahl der Selbstbehaltshöhe beeinflusst oder der gewählte Tarif die Nachfrage steuert.

⁸⁵ Mit einer Zufallsstichprobe befragte das BFS 19'700 Personen über 15 Jahre telefonisch und mit einem Fragebogen.

⁸⁶ Werblow, A. (2002), Schellhorn, M. (2002), vgl. Abschnitt 5.3.

⁸⁷ Werblow, A. (2002), S. 434.

7 Zusammenfassende Einschätzung

Auch in anderen Ländern brüten die Wissenschaftler darüber nach, wie das Gesundheitswesen zu sanieren sei und nicht selten wird das schweizerische Modell zum Vorbild genommen. In der Schweiz ist die Kostenbeteiligung seit 1996 (Einführung KVG: Erhöhung Franchise, Änderung der Bestimmungen für jene Beteiligungskosten, die über die Franchise hinausgehen, Beteiligung bei stationärer Behandlung) ständig und massiv gestiegen und erneut soll der Selbstbehalt erhöht werden. Diese Erhöhungen sollen vermehrt wirtschaftliche Überlegungen bei der Entscheidung für den Konsum medizinischer Leistungen einfließen lassen und damit die Explosion der Gesundheitsausgaben und der Krankenkassenprämien eindämmen.

Die vorliegende Arbeit befasste sich primär mit Frage, ob eine Einführung, bzw. Erhöhung von Selbstbeteiligungen tatsächlich zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen beiträgt, das heisst, ob damit eine Erhöhung des Kostenbewusstseins ausgelöst und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen tatsächlich reduziert wird. Im Verlauf der Arbeit stellte sich zudem die Frage, ob damit nicht die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken untergraben wird und ob eine Senkung der Nachfrage erwünschenswert ist (Gesundheitsvorsorge).

Die Qualität eines Gesundheitssystems lässt sich an der Versorgungssicherheit, die vor allem auf die Chancengleichheit im Zugang zu den Leistungen abzielen sollte, und an der Sicherstellung eines leistungsfähigen Gesundheitssystems messen. Der Altersaufbau der Bevölkerung wird sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten auf Grund des demografischen Wandels erheblich verändern. Da ältere Menschen im Durchschnitt eine höhere Morbidität aufweisen, wird mit dem steigenden Anteil älterer Menschen der Bedarf an Gesundheitsleistungen stetig zunehmen. Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass der medizinische Fortschritt ständig Neuerungen hervorbringt und die Nachfrage nach innovativen Therapieverfahren steigt. Eine proaktive Gesundheitspolitik ist deshalb unumgänglich.

Weiter muss beachtet werden, dass Gesundheitssysteme sehr kompliziert und komplexer als andere Marktsysteme sind. Dies führt dazu, dass Änderungen im System die Gefahr unerwünschter Nebenwirkun-

gen bergen oder den sozial- und gesellschaftspolitischen Zielen widersprechen können.

Grundsätzliches Ziel einer obligatorischen Krankenversicherung ist es, jedem Versicherten, unabhängig von seinem Alter, Einkommen oder Gesundheitszustand, medizinische Leistungen nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu sichern. Die erklärten Hauptziele des am 1.1.1996 in Kraft getretenen schweizerischen KVG sind die Solidarität bei der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung zu stärken, die Kosten der sozialen Krankenversicherung zu dämpfen und eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten⁸⁸. Somit müsste gesundheitspolitisches Handeln nicht nur die Versorgung im Krankheitsfall sicherstellen, sondern auch bedarfsgerecht, kosten- und verteilungseffizient funktionieren.

Im internationalen Vergleich fällt auf, dass die individuelle Finanzierungsverantwortung in der schweizerischen Gesundheitspolitik einen hohen Stellenwert hat. Die individuelle Belastung in der Schweiz dürfte im konkreten Krankheitsfall über die gesamte Leistungspalette am höchsten sein. Mit der Erhöhung der obligatorischen Jahresfranchise per 1.01.2004 wurde diese, in der Erwartung, dass dadurch die Versicherte einen geringeren Anreiz zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben und sich dieser bremsend auf die Kostenentwicklung auswirke, weiter ausgebaut. Der Bundesrat will mit der im Mai 2004 vorgeschlagenen Erhöhung der prozentualen Selbstbeteiligung noch mehr Anreiz zur Eigenverantwortung und eine damit einhergehende weitere kostendämpfende Wirkung erreichen.

Da die schweizerische Krankenversicherung mit Beiträgen in Form von Kopfprämien finanziert wird, trifft die Belastung tiefere Einkommensklassen härter. Durch die obligatorische Jahresfranchise und die zusätzliche prozentuale Kostenbeteiligung wird der Effekt einer überproportionalen Belastung sozial Schwacher verstärkt, weil in unteren sozialen Schichten ein überdurchschnittliches Erkrankungsrisiko besteht⁸⁹ und die einkommensunabhängige Bemessung bei sinkendem Einkommen zu einem Anstieg der relativen Belastung führt.

⁸⁸ Rosenbrock R., Gerlinger T. (2004), S. 282.

In die gleiche Richtung wirkt auch die Wahlfreiheit für eine höhere Franchise mit Beitragsreduktion. Die Möglichkeit für Prämienrabatte aufgrund einer höheren freiwilligen Franchise wird von tieferen Einkommensklassen weniger häufig ausgeschöpft. Dies vermutlich, weil das finanzielle Risiko grösser wird, bzw. im Krankheitsfalle schon die tatsächliche Übernahme der Franchise das Haushaltsbudget überstrapazieren würde. Selbstbehalte mit Beitragsreduktion sind insbesondere für chronisch Kranke und für die älteren Versicherten nicht attraktiv. Sie hätten jährlich den maximalen Selbstbehalt zu tragen.

Es müssten folglich Leitplanken festgelegt werden, welche eine unzumutbare Mehrbelastung von kranken Versicherten und eine Gefahr der Risikoselektion verhindern. Ebenso ist zu beachten, dass Vorsorgeuntersuchungen durch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung nicht unattraktiv werden.

Durch niedrige Prämien für Gesunde werden der Gemeinschaft der Versicherten Finanzmittel entzogen, die für die Finanzierung der Behandlung der Erkrankten fehlen. Einerseits sinken somit durch die Einführung von Selbsthalten und entsprechenden Beitragsreduktionen die Einnahmen der Krankenkassen und damit die Grundlage für die kollektive Finanzierung. Andererseits kann, wie in Abschnitt 5.4.1 gezeigt, infolge der Beitragsreduktion bei relativ hohen Einkommen die Nachfrage sogar steigen.

Zu beachten ist ausserdem, dass in der Schweiz der Selbstbehalt für fast alle in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen erhoben wird und daher die Maximalbelastung, besonders im Falle eines Krankenhausaufenthaltes schnell erreicht wird und für weitergehende Kosten kein Anreiz mehr besteht, sich sparsam zu verhalten⁹⁰. Die jährliche Höchstbeteiligung bei ordentlicher Franchise beträgt heute 1'000 CHF und wird bei jährlichen Kosten von 3'800 CHF erreicht.

Bei einer ordentlichen Franchise von zurzeit 300 CHF kann damit gerechnet werden, dass die ersten beiden Arztbesuche vollständig selber bezahlt werden müssen. Diese Grenze bildet damit bereits ein effizientes Instrument zur Vermeidung von Moral Hazard.

⁸⁹ Rosenbrock R., Gerlinger T. (2004), S. 284.

⁹⁰ Schellhorn, M. (2002), S. 418.

Das Sparpotenzial nimmt jedoch mit zunehmender Franchise ab, weil nur eine geringe Anzahl Personen hohe Arztrechnungen haben. Mit jeder Erhöhung nimmt also das Entlastungspotenzial der Grundversicherung überproportional ab und dafür haben mehr Personen eine höhere finanzielle Last zu tragen. Dies berührt wiederum das Prinzip der Solidarität in der Krankenversicherung. Selbstbehalte könnten, sofern man ihnen eine Steuerungswirkung zuspricht, bei entsprechender Mündigkeit des Patienten, einen positiven Effekt auf die Effizienz der Leistungserbringung ausüben. Jedoch ist zu beachten, dass dem Patienten oft die nötige Information fehlt und die Gefahr der angebotsinduzierten Nachfrage bestehen bleibt.

Wenn man die Entwicklung der letzten Jahre betrachtet, ist trotz der sehr hohen individuellen Belastung durch Selbstbehalte und Franchisen auch in der Schweiz das Ziel der Ausgabendämpfung bisher klar verfehlt worden. Dies würde die Vermutung bestätigen, dass eine mit finanziellen Anreizen auf der Nachfrageseite operierende Kostendämpfungspolitik vor allem zur Kostenverlagerung führt. Zwar ist, wie in Abschnitt 6 aufgezeigt, empirisch anerkannt, dass mit einem Anstieg der Selbstbehalte eine Senkung der Inanspruchnahme von Leistungen verbunden ist, jedoch kommen neben einer bewussten Verhaltensänderung der Konsumenten auch andere, durch das Versicherungssystem bedingte Ursachen wie Selbstselektion ins Spiel.

Um die potentiellen Effizienzgewinne bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Selbstbehalte zu steigern und diese nicht von unerwünschten Nebenwirkungen und Ineffizienzen in anderen Bereichen überlagert werden, bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen in der ärztlichen Vergütung und der Verbesserung der Eigenkompetenz der Versicherten und Patienten.

8 Literaturverzeichnis

Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review, 53, 941-973.

Bamberg, G., Coenenberg, A.G. (1996), Betriebswirtschaftliche Entscheidungslehre, 9., überarb. Auflage, München.

Bart, C. Brasseur, C. (2001), The Demand for Physician Services. Evidence from a Natural Experiment, IRES and Departement of Economics, Université catholique de Louvain

Breyer, F., Zweifel, P.(1999), Gesundheitsökonomie, 3., überarb. Aufl., Berlin.

Bundesamt für Gesundheit (2004), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2002, Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung (2002), Statistiken zur sozialen Sicherheit. Statistik über die Krankenversicherung, Bern.

Bundesamt für Statistik (2003 a), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung: Eine Einführung in die Theorie und Praxis, Neuchatel.

Bundesamt für Statistik (2003 b), Statistisches Jahrbuch 2003, Neuchatel.

Bundesamt für Statistik (2004 a), Pressemitteilung 14 Gesundheit, Nr. 0350-0401-70, Feb. 2004, Neuchatel.

Bundesamt für Statistik (2004 b), Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Neuchatel.

Bundesamt für Statistik (2004 c), Statistisches Jahrbuch 2004, Neuchatel.

Chiappori, P.A., Durand, F. and P.Y. Geoffard (1998), Moral hazard and the demand for physician services: first lessons from a French natural experiment, European Economic Review, 42, S. 499-511.

Dimmer, K. (1986), Die optimale Versicherungsentscheidung als risikopolitisches Problem, Beiträge zu wirtschaftswissenschaftlichen Problemen der Versicherung, Bd. 20, Karlsruhe

Ehrlich, J., Becker, G.S. (1972), Market Insurance, Self Insurance and Self Protection, in Journal of Political Economy, Bd. 80, S. 623 – 648.

Eidgenössisches Departement des Innern (2002): Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002: Soziale Krankenversicherung Analyse.

Gäfgen, G. (1985), Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, Neue Folge, Bd. 159, Berlin

Greenberg, L.M. (1994), Take Two Tablespoons of Mustard and Call if You Don't Feel Better, in: The Wall Street Journal, 22. Februar 1994.

Grob, K. (1967), Die Selbstbeteiligung des Versicherten im Schadenfall, Wesen und Bedeutung im Rahmen der Privatversicherung, Dissertation Nr. 245 der Hochschule St. Gallen, Zürich

Grossman, M. (1972), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, in: Journal of Political Economy, Vol. 80/2, 223-255.

Hauser, H. (1982), Health care expenditure and financing mechanisms- an attempt toward an integration of different approaches, in Herder-Dornreich Ph. (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 2: Wege zur Gesundheitsökonomie, Stuttgart.

Herder-Dornreich, Ph. (1994), Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Theoretische Grundlagen, 1. Aufl., Baden-Baden.

Kawachi, Ichiro, Kennedy, Bruce P., Wilkinson, Richard (Hrsg.) (1999): The Society and Population Health Reader, Vol I: Income Inequality and Health, New York.

Klein, Th., Unger, R. (2001), Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Grossbritannien und den USA, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 53/2001, H. 1, S. 96-110.

Männer, L. (1982), Der mögliche Beitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung, in Herder-Dornreich Ph. (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 2: Wege zur Gesundheitsökonomie, Stuttgart.

Männer, L. (1989), Einführung von Wahltarifen und deren Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der GVK: Empirische Ergebnisse, in : Gäfgen, G., Oberender, P. (Hrsg.), Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 6, 1. Aufl., Baden-Baden.

Manning, W. et al. (1987), Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, American Economic Review, Bd. 77, S. 251-277.

Majnoni D'Intignano, B. (2001), Economie de la santé, Presses Universitaires de France, Paris.

Newhouse, J., Phelps, C.E. und Marquis, M.S. (1980), On Having Your Cake Eating it Too: Econometric Problems in Estimating the Demand for Health Services, in: Journal of Econometrics.

Pauly, M.V.(1970), Efficiency, Incentives and Reimbursement for Health Care, Inquiry, Vol. VII, Nr. 1, S. 114-131.

Pauly, M.V (1988), Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers, in Greenberg, W. (Hrsg.), Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 13, No. 2, S. 227-237.

Ringel J.S. et al., The Elasticity of Demand for Health Care, A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System, www.rand.org/publications/MR/MR1355.pdf.

Rosenbrock R., Gerlinger T. (2004), Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, Bern.

Schellhorn, M. (2002), Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71, 4, S. 411-426.

Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987), Selbstbeteiligung, Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Tübingen.

Schulenburg, J.M. Graf v.d., Greiner, W. (2000), Gesundheitsökonomik, Tübingen

Strassl, W. (1988), Externe Effekte auf Versicherungsmärkten, Eine allokationstheoretische Begründung staatlicher Regulierung, Schriften zur Wirtschaftsforschung, Bd. 54, Tübingen.

Werblow, A. (2002), Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71, 4, S. 427-436.