

---

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	v
Inhaltsübersicht .....	ix
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Gesundheit – ein unbezahlbares Gut? .....	1
1.2 Einzel- und gesamtwirtschaftliche Betrachtungsweisen der Gesundheit .....	4
1.2.1 Eine vereinfachte einzelwirtschaftliche Sicht der Gesundheit .....	4
1.2.2 Das Gesundheitswesen auf der gesamtwirtschaftlichen Ebene .....	7
1.2.3 Die Problematik der Globalsteuerung: das Beispiel der gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsquote .....	8
1.3 „Ökonomik der Gesundheit“ vs. „Ökonomik des Gesundheitswesens“: ein erster Überblick .....	11
1.3.1 Ökonomik der Gesundheit .....	11
1.3.2 Gesundheit und Konsum von Gesundheitsleistungen .....	12
1.3.3 Ökonomik des Gesundheitswesens .....	13
1.4 Eine Systemanalyse des Gesundheitswesens .....	14
1.5 Zusammenfassung des Kapitels .....	16
1.6 Lektürevorschläge .....	17
1.Ü Übungsaufgaben .....	18

<b>2</b>	<b>Zur ökonomischen Bewertung von Leben und Gesundheit</b>	<b>19</b>
2.1	Problemstellung	19
2.2	Verfahren der Evaluation im Gesundheitsbereich	21
2.3	Kosten-Nutzwert-Analyse	28
2.3.1	Konzepte der Nutzenmessung	28
2.3.2	Das Konzept der QALYs	29
2.3.2.1	Die Berechnung der QALYs	29
2.3.2.2	Entscheidungstheoretische Fundierung	31
2.3.2.3	QALYs und Konsum	36
2.3.2.4	Aggregation der QALYs und Prinzipien der kollektiven Entscheidung	37
2.3.3	Zur Nutzenbewertung der Gesundheitszustände	40
2.3.3.1	Die Bewertungsskala	40
2.3.3.2	Die Methode der zeitlichen Abwägung (Time Trade-Off)	40
2.3.3.3	Die Methode der Standard-Lotterie (Standard Gamble)	42
2.4	Kosten-Nutzen-Analyse	44
2.4.1	Zur monetären Bewertung des Lebens: Ethische Einwände und Rechtfertigungen	44
2.4.1.1	Einwände gegen die Aufrechnung des Lebens in Geld	44
2.4.1.2	Argumente gegen die Endlichkeit der monetären Bewertung des Lebens	46
2.4.2	Der Humankapitalansatz	48
2.4.3	Der Ansatz der Zahlungsbereitschaft	49
2.4.4	Aggregation der Zahlungsbereitschaften und Prinzipien der kollektiven Entscheidung	52
2.4.4.1	Kosten-Nutzen-Analyse und das potentielle Pareto-Kriterium	53
2.4.4.2	Kosten-Nutzen-Analyse bei vielen Maßnahmen	54
2.4.4.3	Kosten-Nutzen-Analyse und gesellschaftliche Wohlfahrtsfunktionen	54

2.4.5	Die direkte Methode der Messung der Zahlungsbereitschaft: Fragebogenstudien .....	59
2.4.5.1	Grundsätzliche Probleme von Fragebogenstudien .....	60
2.4.5.2	Die Contingent-Valuation-Methode .....	61
2.4.5.3	Discrete-Choice-Experimente .....	66
2.4.6	Die indirekte Methode der Messung der Zahlungsbereitschaft: Auswertung von Marktdaten .....	69
2.5	Kosten-Nutzen, Kosten-Nutzwert und Gesellschaftliche Wohlfahrtsanalyse .....	71
2.5.1	Kosten-Nutzwert- und Kosten-Nutzen-Analyse im Vergleich .....	71
2.5.2	QALYs und Gesellschaftliche Wohlfahrt .....	74
2.5.3	Messung der Zahlungsbereitschaft für QALYs .....	77
2.6	Die Extrapolation der Effizienzgrenze .....	78
2.7	Zusammenfassung des Kapitels .....	81
2.8	Lektürevorschläge .....	84
2.Ü	Übungsaufgaben .....	85
<b>3</b>	<b>Das Individuum als Produzent seiner Gesundheit .....</b>	<b>89</b>
3.1	Problemstellung .....	89
3.2	Zum Konzept der Gesundheitsproduktion .....	91
3.3	Die Gesundheit als Teil des Humankapitals .....	93
3.3.1	Das vereinfachte Grossman-Modell .....	94
3.3.2	Die Nachfrage nach Gesundheit und medizinischen Leistungen .....	98
3.3.2.1	Die strukturelle Nachfragefunktion nach medizinischen Leistungen .....	99
3.3.2.2	Die Nachfragefunktionen im reinen Investitionsgut-Modell .....	100
3.3.2.3	Die Nachfragefunktionen im reinen Konsumgut-Modell .....	101
3.3.3	Empirische Überprüfung des Grossman-Modells .....	103

3.4	Gesundheitsproduktion als Einflussnahme auf einen Zufallsprozess	106
3.4.1	Bedingte Produktionsfunktionen der Gesundheit	106
3.4.2	Kurzfristige Optimierung und Zahlungsbereitschaft für Gesundheit	108
3.4.3	Ein Modell mit zustandsabhängigen Produktionsmöglichkeiten: die kurze Frist	111
3.4.3.1	Zustandsabhängige Optimierung im Zufallsprozess	111
3.4.3.2	Die Bestandteile des Modells	113
3.4.3.3	Bedingte Grenzen der kurzfristigen Produktionsmöglichkeiten	116
3.4.3.4	Zur Instabilität des Gesundheitsverhaltens	119
3.4.4	Ein Modell mit zustandsabhängigen Produktionsmöglichkeiten: die längere Frist	121
3.4.4.1	Der längerfristige Trade-off bei guter Gesundheit	122
3.4.4.2	Der längerfristige Trade-off bei schlechter Gesundheit	125
3.4.5	Komplementarität oder Substitutionalität in der Gesundheitsproduktion?	126
3.4.5.1	Bedeutung der Fragestellung	126
3.4.5.2	Substitutionalität im gesunden Zustand	127
3.4.5.3	Komplementarität im kranken Zustand	127
3.5	Zusammenfassung des Kapitels	128
3.6	Lektürevorschläge	130
3.A	Anhang zu Kapitel 3	130
3.Ü	Übungsaufgaben	137
<b>4</b>	<b>Empirische Untersuchungen zur Gesundheitsproduktion</b>	<b>139</b>
4.1	Problemstellung	139
4.2	Untersuchungen anhand von aggregierten Daten	141
4.2.1	Mortalitätsraten und Lebenserwartung als Erfolgsmaßstab?	141
4.2.2	Die Grenzproduktivität des Gesundheitswesens	142
4.2.2.1	Erste Evidenz aus den USA	143
4.2.2.2	Neuere Evidenz aus den USA	148
4.2.2.3	Evidenz aus dem Vergleich von Industrieländern	151

4.2.2.4	Evidenz aus dem Vergleich von zwei Nachbarregionen .....	152
4.2.2.5	Evidenz aus einem Entwicklungsgebiet (Länder Afrikas südlich der Sahara) .....	154
4.2.3	Die Grenzproduktivität einzelner medizinischer Maßnahmen .....	156
4.2.4	Umwelteinflüsse auf den Gesundheitszustand .....	158
4.2.5	Ökonomische Instabilität und Gesundheit .....	159
4.3	Untersuchungen anhand von Individualdaten .....	163
4.3.1	Zur Messung des Gesundheitszustandes .....	163
4.3.2	Die Grenzproduktivität der medizinischen Infrastruktur auf individueller Ebene .....	165
4.3.3	Der Einfluss medizinischer Interventionen auf individueller Ebene .....	166
4.3.4	Umweltqualität und Gesundheitszustand .....	167
4.3.4.1	Luftqualität und Rauchen als exogene Faktoren ..	168
4.3.4.2	Rauchen als endogener Faktor .....	170
4.4	Nachfrage nach Gesundheit, Nachfrage nach Gesundheitsleistungen .....	173
4.5	Zusammenfassung des Kapitels .....	177
4.6	Lektürevorschläge .....	177
4.Ü	Übungsaufgaben .....	178
<b>5</b>	<b>Gesundheitsgüter, Marktversagen und Gerechtigkeit .....</b>	<b>179</b>
5.1	Problemstellung .....	179
5.2	Marktversagen auf den Märkten für Gesundheitsgüter .....	181
5.2.1	Externe Effekte und die Kollektivgutproblematik .....	181
5.2.2	Optionsgutcharakter medizinischer Leistungen .....	184
5.2.3	Gründe für das Fehlen von Konsumentensouveränität .....	185
5.2.3.1	Generelle Abweichungen vom Rationalverhalten ..	186
5.2.3.2	Unfähigkeit eines Kranken zu selbstbestimmter und rationaler Entscheidung .....	188
5.2.4	Unvollkommene Information auf Gesundheitsmärkten .....	189

5.3	Marktversagen auf den Märkten für Krankenversicherung	191
5.3.1	Das Grundmodell der Versicherungsnachfrage	191
5.3.2	Trittbrettfahrerverhalten	195
5.3.3	Asymmetrische Information über das Krankheitsrisiko	200
5.3.3.1	Risikotypen	201
5.3.3.2	Das Marktgleichgewicht bei symmetrischer Information	201
5.3.3.3	Das Marktgleichgewicht bei asymmetrischer Information	202
5.3.3.4	Wohlfahrtssteigernde Staatseingriffe in Versicherungsmärkte	207
5.3.3.5	Alternative Gleichgewichtskonzepte	209
5.3.4	Prämienrisiko	211
5.3.4.1	Reine Marktlösungen	212
5.3.4.2	Diskriminierungsverbot als Lösung	217
5.3.4.3	Ein Vergleich der Lösungen	219
5.4	Gerechtigkeit als Begründung für staatliche Eingriffe in das Gesundheitswesen	222
5.4.1	Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft und der Zugang zu Gesundheitsgütern	222
5.4.2	Angeborene Unterschiede in der Krankheitsanfälligkeit und der Zugang zu Gesundheitsgütern	225
5.4.2.1	Umverteilung und der Schleier des Nichtwissens	225
5.4.2.2	Möglichkeiten eines Ausgleichs zwischen niedrigen und hohen Risiken	226
5.5	Rationierung medizinischer Leistungen	229
5.5.1	Der Begriff der Rationierung	230
5.5.2	Typen primärer Rationierung	231
5.6	Zur Gestaltung einer Sozialen Krankenversicherung	233
5.6.1	Die Soziale Krankenversicherung in Deutschland und der Schweiz	233
5.6.2	Zur Beitragsgestaltung in einer Sozialen Krankenversicherung	235
5.6.2.1	Die Beitragsbemessung in Deutschland	235
5.6.2.2	Die Beitragsbemessung in der Schweiz	236

5.6.3	Zum Versichertenkreis in einer Sozialen Krankenversicherung .....	236
5.6.4	Die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland .....	237
5.7	Zusammenfassung des Kapitels .....	240
5.8	Lektürevorschläge .....	243
5.Ü	Übungsaufgaben .....	244
<b>6</b>	<b>Optimale Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen .....</b>	<b>247</b>
6.1	Problemstellung .....	247
6.2	Typen von Krankenversicherungsverträgen und ihre Anreizwirkungen .....	250
6.3	Optimaler Versicherungsschutz bei Abwesenheit von Moral Hazard	253
6.3.1	Rein finanzielle Krankheitsfolgen .....	253
6.3.1.1	Ein Modell mit zwei Gesundheitszuständen .....	254
6.3.1.2	Ein Modell mit beliebig vielen Gesundheitszuständen .....	260
6.3.2	Direkte Nutzenwirkung der Krankheit .....	267
6.3.3	Fazit .....	270
6.4	Optimaler Versicherungsschutz bei Moral Hazard .....	271
6.4.1	Ex-ante Moral Hazard .....	271
6.4.1.1	Annahmen .....	271
6.4.1.2	Optimale Vorbeugung ohne Versicherungsmöglichkeit .....	272
6.4.1.3	Optimum des Versicherten bei beobachtbarer Vorbeugung .....	274
6.4.1.4	Optimum des Versicherten bei nicht beobachtbarer Vorbeugung .....	275
6.4.1.5	Empirische Bedeutung von Ex-ante Moral Hazard	279
6.4.1.6	Fazit .....	280
6.4.2	Ex-post Moral Hazard .....	281
6.4.2.1	Annahmen .....	281
6.4.2.2	Optimaler Versicherungsschutz bei beobachtbarem Gesundheitszustand .....	282
6.4.2.3	Optimaler Versicherungsschutz bei nicht beobachtbarem Gesundheitszustand .....	285

6.4.2.4	Der empirische Zusammenhang zwischen Versicherungsdeckung und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen .....	289
6.4.2.5	Fazit .....	292
6.5	Schlussfolgerungen für die Gestaltung einer sozialen Krankenversicherung .....	293
6.6	Zusammenfassung des Kapitels .....	296
6.7	Lektürevorschläge .....	297
6.8	Anhang .....	298
6.Ü	Übungsaufgaben .....	300
<b>7</b>	<b>Risikoselektion im Krankenversicherungswettbewerb .....</b>	<b>305</b>
7.1	Problemstellung .....	305
7.2	Theorie der Risikoselektion .....	308
7.2.1	Direkte Risikoselektion .....	308
7.2.2	Indirekte Risikoselektion .....	311
7.2.2.1	Grundsätzliche Überlegungen .....	311
7.2.2.2	Indirekte Risikoselektion über den Leistungsumfang .....	313
7.2.2.3	Risikoselektion über die Leistungsstruktur .....	326
7.3	Weitere Argumente für einen finanziellen Ausgleich zwischen Krankenversicherungen .....	332
7.3.1	Vermeidung von Prämienunterschieden .....	333
7.3.2	Chancengleichheit auf dem Krankenversicherungsmarkt ..	333
7.3.3	Stabilisierung des Krankenversicherungsmarktes .....	334
7.4	Zur Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs .....	335
7.4.1	Zur Auswahl der Ausgleichsvariablen .....	335
7.4.2	Kosten und Zahlungsströme .....	338
7.4.3	Die Berechnung der Ausgleichszahlungen .....	340
7.4.3.1	Der statistische Ansatz .....	341
7.4.3.2	Der anreizorientierte Ansatz .....	342



7.5	Zur Ausgestaltung des Ausgabenausgleichs .....	344
7.5.1	Die Bemessungsgrundlage des Ausgabenausgleichs .....	344
7.5.2	Die Form des Ausgabenausgleichs .....	345
7.5.3	Ergebnisse von empirischen Studien zum Ausgabenausgleich .....	346
7.6	Zusammenfassung des Kapitels .....	348
7.7	Lektürevorschläge .....	350
7.Ü	Übungsaufgaben .....	351
<b>8</b>	<b>Der Arzt als Anbieter medizinischer Leistungen .....</b>	<b>353</b>
8.1	Problemstellung .....	353
8.2	Der Zusammenhang von Ärztedichte und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen .....	354
8.3	Die These von der angebotsinduzierten Nachfrage nach ambulanten Arztleistungen .....	356
8.4	Nutzenmaximierung des Arztes und angebotsinduzierte Nachfrage	359
8.4.1	Ein Modell des ärztlichen Verhaltens .....	359
8.4.2	Steigende Ärztedichte .....	361
8.4.3	Anstieg des Gebührensatzes .....	365
8.5	Ärztedichte und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: alternative Erklärungen .....	366
8.6	Angebotsinduzierte Nachfrage: Empirische Überprüfung .....	368
8.6.1	Ärztedichte und Leistungsmenge .....	368
8.6.2	Gebührensätze und Leistungsmenge .....	370
8.7	Zusammenfassung des Kapitels .....	371
8.8	Lektürevorschläge .....	371
8.Ü	Übungsaufgaben .....	372
<b>9</b>	<b>Krankenhausleistungen und ihre Effizienz .....</b>	<b>373</b>
9.1	Problemstellung .....	373
9.2	Das Krankenhaus als Produktionsbetrieb .....	375
9.2.1	Der Krankenhaus-Output: Gesundheit als latente Größe ...	375
9.2.2	Der mehrstufige Charakter der Produktion im Krankenhaus	376
9.2.3	Die Heterogenität des Krankenhaus-Outputs .....	380

9.3	Der Krankenhausbetriebsvergleich .....	382
9.3.1	Regulierung bei asymmetrischer Information .....	382
9.3.2	Parametrische Krankenhaus-Kostenfunktionen .....	383
9.3.3	Nichtparametrische Krankenhaus-Produktionskorrespondenz .....	386
9.3.3.1	Data Envelopment Analysis .....	386
9.3.3.2	Effizienzvergleich schweizerischer Krankenhäuser .....	389
9.3.4	Abschließende Bemerkungen zum Krankenhausbetriebsvergleich .....	392
9.4	Zusammenfassung des Kapitels .....	394
9.5	Lektürevorschläge .....	394
9.Ü	Übungsaufgaben .....	395
<b>10</b>	<b>Optimale Vergütung von Leistungserbringern .....</b>	<b>397</b>
10.1	Problemstellung .....	397
10.2	Optimale Vergütung und Kostenkontrolle .....	400
10.2.1	Das Prinzip der vollständigen Kostenverantwortung .....	400
10.2.1.1	Das Grundmodell .....	400
10.2.1.2	Das first-best Vergütungssystem .....	402
10.2.1.3	Implementierung der first-best Lösung .....	402
10.2.2	Optimale Vergütung von risikoaversen Leistungserbringern	404
10.2.2.1	Beobachtbare Anstrengung .....	404
10.2.2.2	Nicht beobachtbare Anstrengung .....	406
10.2.3	Fallmischung und Informationsrente .....	411
10.2.3.1	Symmetrische Information über die Fallmischung	411
10.2.3.2	Asymmetrische Information über die Fallmischung .....	411
10.3	Optimale Vergütung und Qualitätsbereitstellung .....	416
10.3.1	Das Modell .....	416
10.3.2	Verifizierbare Qualität oder verifizierbarer Behandlungserfolg und Pay for Performance .....	418
10.3.3	Nicht verifizierbare Qualität und nicht verifizierbarer Behandlungserfolg .....	422

10.4	Selektion von Patienten .....	425
10.4.1	Das Modell .....	426
10.4.2	Optimale Vergütung bei symmetrischer Information über den Kostentyp des Patienten .....	429
10.4.3	Optimale Vergütung bei asymmetrischer Information über den Kostentyp des Patienten .....	430
10.4.4	Die optimale Fallpauschale ohne Grundvergütung .....	434
10.5	Folgerungen für die Ausgestaltung von Vergütungssystemen .....	436
10.5.1	Allgemeine Überlegungen .....	436
10.5.2	Die Vergütung von Ärzten .....	438
10.5.2.1	Überblick über Honorierungssysteme .....	438
10.5.2.2	Optimale Vergütung von Ärzten .....	440
10.5.3	Die Vergütung von Krankenhäusern .....	442
10.5.3.1	Ausgestaltungsformen von Vergütungssystemen ..	442
10.5.3.2	Optimale Vergütung von Krankenhäusern .....	443
10.5.3.3	DRG-Vergütung .....	444
10.6	Zusammenfassung .....	447
10.7	Lektürevorschläge .....	448
10.A	Anhang .....	449
10.Ü	Übungsaufgaben .....	451
<b>11</b>	<b>Organisationsformen der medizinischen Versorgung .....</b>	<b>457</b>
11.1	Problemstellung .....	457
11.2	Der Arzt als Sachwalter des Patienten .....	461
11.3	Ergänzende Sachwalterbeziehungen im Gesundheitswesen .....	462
11.3.1	Der Arbeitgeber als ergänzender Sachwalter .....	463
11.3.2	Der Staat als ergänzender Sachwalter .....	464
11.3.2.1	Nationaler Gesundheitsdienst .....	464
11.3.2.2	Nationale Krankenversicherung .....	465
11.3.3	Der Krankenversicherer im Wettbewerb als ergänzender Sachwalter .....	465

11.4 Die Managed Care Organization als alternative Form der Versorgung .....	466
11.4.1 Die Managed Care Organization als ergänzender Sachwalter im Gesundheitswesen .....	466
11.4.2 Kostenvorteile von Managed Care .....	467
11.4.3 Kostenwirkungen der HMOs auf der Ebene des Gesamtsystems .....	470
11.4.4 Abschließende Würdigung der MCOs .....	475
11.5 Zusammenfassung des Kapitels .....	476
11.6 Lektürevorschläge .....	477
11.Ü Übungsaufgaben .....	477
<b>12 Der Arzneimittelmarkt .....</b>	<b>479</b>
12.1 Problemstellung .....	479
12.2 Die Entwicklung eines neuen Arzneimittels .....	481
12.2.1 Die Konsumtechnologie eines Arzneimittels .....	481
12.2.2 Regulierung des Marktzutritts durch die Zulassungsbehörde .....	482
12.2.3 Einfluss einer Kostenbeteiligung des Patienten .....	483
12.3 Die Innovation als Investition .....	485
12.3.1 Der zeitliche Ablauf einer Arzneimittelinnovation .....	485
12.3.2 Erfolgswahrscheinlichkeiten und Innovationsausgaben .....	487
12.3.3 Lohnen sich pharmazeutische Innovationen? .....	488
12.4 Die Rolle des Patentschutzes .....	491
12.4.1 Wozu Patentschutz? .....	491
12.4.2 Die Entscheidungssituation des Innovators .....	492
12.4.3 Die Patentschutzdauer aus der Sicht der Behörde .....	496
12.5 Preisregulierung der Arzneimittel .....	498
12.5.1 Gründe für eine Preisregulierung .....	498
12.5.2 Nationale Regulierungen im Konflikt mit globaler Optimierung .....	499
12.5.3 Arten der Preisregulierung und ihre Nebenwirkungen .....	502
12.5.3.1 Direkte Preisregulierung .....	502
12.5.3.2 Referenzpreise .....	503
12.5.3.3 Renditeregulierung .....	503
12.5.3.4 Value-based Pricing .....	504

12.5.3.5	Arzneimittelbudgets für Ärzte .....	507
12.6	Der Preiswettbewerb bei Arzneimitteln .....	508
12.7	Zusammenfassung des Kapitels .....	511
12.8	Lektürevorschläge .....	511
12.Ü	Übungsaufgaben .....	512
<b>13</b>	<b>Die Politische Ökonomie des Gesundheitswesens .....</b>	<b>513</b>
13.1	Problemstellung .....	513
13.2	Kollektiv finanzierte Gesundheitsversorgung in einer Demokratie .	515
13.2.1	Modellannahmen .....	516
13.2.2	Der Entscheidungsprozess bei Kenntnis des Risikotyps ....	518
13.2.2.1	Entscheidungen über staatlichen Versicherungsschutz bei gegebener Finanzierungsform .....	518
13.2.3	Die Wahl der Finanzierungsform .....	525
13.3	Der Einfluss von Interessengruppen im Gesundheitswesen .....	526
13.3.1	Theorie der Interessengruppen .....	527
13.3.1.1	Voraussetzungen für die Bildung von Interessengruppen .....	527
13.3.1.2	Einflussmöglichkeiten von Interessengruppen ....	528
13.3.2	Die Rolle von Berufsverbänden im Gesundheitswesen .....	530
13.3.2.1	Gründe für die Bildung von Berufsverbänden ....	530
13.3.2.2	Funktionen der Berufsverbände .....	532
13.3.2.3	Wettbewerb der Leistungsanbieter, Wettbewerb der Verbände .....	535
13.4	Zusammenfassung des Kapitels .....	536
13.5	Lektürevorschläge .....	537
13.Ü	Übungsaufgaben .....	538
<b>14</b>	<b>Herausforderungen an das Gesundheitswesen .....</b>	<b>539</b>
14.1	Problemstellung .....	539
14.2	Die technologische Herausforderung .....	541
14.2.1	Die drei Arten von Innovation .....	541
14.2.2	Kriterien für eine optimale Allokation der Innovationen ...	544
14.2.3	Verzerrungen der Kriterien auf aggregierter Ebene .....	546

14.3 Die demographische Herausforderung .....	550
14.3.1 Alterung der Bevölkerung .....	550
14.3.1.1 Verbesserte Kontrolle über den Gesundheitszustand als Aufgabe der Medizin? .....	550
14.3.1.2 Auswirkungen der Alterung auf die Finanzierung der Krankenversicherung .....	553
14.3.2 Veränderte Familienstruktur .....	554
14.4 Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt .....	556
14.4.1 Das „Sisyphus-Syndrom“ .....	556
14.4.1.1 Ein einfaches dynamisches Modell .....	556
14.4.1.2 Zur empirischen Relevanz des Sisyphus-Syndroms .....	559
14.4.2 Demographische Alterung und Gesundheitsausgaben .....	564
14.4.3 Kapitaldeckung in der Krankenversicherung .....	569
14.4.3.1 Kapitaldeckung und Nachhaltigkeit .....	569
14.4.3.2 Kapitaldeckung in der Privaten Krankenversicherung in Deutschland .....	570
14.4.3.3 Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland? .....	573
14.5 Internationale Herausforderungen .....	574
14.5.1 Die Integration der Versicherungsmärkte .....	574
14.5.2 Migration von Beschäftigten des Gesundheitswesens .....	576
14.5.3 Internationale Direktinvestitionen in Krankenhäuser .....	577
14.6 Zusammenfassung des Kapitels .....	578
14.7 Lektürevorschläge .....	580
14.Ü Übungsaufgaben .....	581
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>583</b>
<b>Autorenverzeichnis .....</b>	<b>615</b>
<b>Sachverzeichnis .....</b>	<b>623</b>