

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	XV
Tabellenverzeichnis	XVIII
Abkürzungsverzeichnis	XIX

Teil A: Einführung

Kapitel I: Zielsetzung und Vorgehensweise	1
Kapitel II: Überblick über das Gesundheitswesen der USA	5
1. Modell der Akteure und ihrer Beziehungen	5
2. Volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens	8
3. Systematik der Zahlungsströme innerhalb des amerikanischen Gesundheitswesens	11
4. "Where the money came from..."	13
5. "Where the money went..."	17
6. Preisentwicklung	20
7. Fazit	23

Teil B: Gesundheit und Ökonomie – Theoretische Grundlagen zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit des Marktes im Gesundheitswesen

Kapitel III: Gesundheitsleistungen, ihre besonderen Eigenschaften und deren Konsequenzen	24
1. Zum Verhältnis von Gesundheit und Gesundheitsleistungen	24
2. Besondere Eigenschaften von Gesundheitsleistungen	28
2.1. Heterogenität	28
2.2. Abgeleitete Nachfrage und Nutzenstiftung	29
2.3. Unsicherheit	30
2.3.1. Begriffsklärung	30
2.3.2. Arten von Unsicherheit	31
2.3.3. Relevanz	33
2.4. Asymmetrische Informationsverteilung	37
2.5. Externe Effekte	39
2.5.1. Physische externe Effekte	39
2.5.2. Option demand	40
2.5.3. Psychische externe Effekte	41
3. Konsequenzen der besonderen Eigenschaften von Gesundheitsleistungen	42
3.1. Versicherung	43
3.1.1. Grundlagen	43
3.1.2. Adverse Selektion	45

3.1.3. Moral hazard	48
3.1.3.1. Begriff und Arten	48
3.1.3.2. Moral hazard bei Krankenversicherung	49
3.1.3.3. Reaktion der Anbieter von Versicherung	54
3.1.3.4. Konzeptionelle Kritik	55
3.2. Arzt-Patient-Beziehung	56
3.2.1. Arzt-Patient-Beziehung als agency	56
3.2.2. Agency-Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung	58
3.2.3. Konsequenzen nichtoptimaler agency	59
3.2.3.1. Vertrauensverhältnis als Antwort auf agency-Probleme	59
3.2.3.2. Supplier-induced demand	60
3.2.3.3. Weitere Ansätze	62
3.3. Kombinierte Wirkung von Versicherung und Arzt-Patient-Beziehung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	64
3.4. Wirkung von moral hazard auf die Nachfrage nach Versicherung	67
3.5. Wirkung des Versicherungsschutzes auf das Angebot von Gesundheitsleistungen	69
4. Fazit	72
Kapitel IV: Gefahr des 'Marktversagens' im Gesundheitswesen?	73
1. Konzeption der Marktversagensanalyse	73
1.1. Begriffsbestimmung	73
1.2. Neoklassisches Verständnis von Marktversagen	73
1.3. Konzeptionelle Differenzierung der Analyse von Marktversagen	75
1.3.1. Erweiterung des Verständnisses von Marktversagen um Aspekte der Distribution	75
1.3.2. Relativierung von Marktversagen auf der Basis real existierender Alternativen	76
1.3.3. Einbeziehung einer dynamischen Perspektive bei der Beurteilung des Marktversagens	78
1.4. Fazit	78
2. Anwendung des Analyseschemas zum Marktversagen	79
2.1. Prüfung auf neoklassische Konstellationen von Marktversagen	79
2.1.1. Vollkommener Markt	79
2.1.2. Beliebig ausdehnungsfähiges Angebot	80
2.1.3. Natürliches Monopol	81
2.1.4. Ruinöse Konkurrenz	81
2.1.5. Externe Effekte und öffentliche Güter	82
2.2. Prüfung auf Marktversagen bei Einbeziehung distributiver Aspekte	85
2.3. Berücksichtigung der konzeptionellen Einschränkungen	87
2.4. Fazit	87
3. Implikationen für die weitere Vorgehensweise	89

Teil C: Entwicklungslinien im Markt für Krankenversicherung in den USA

Kapitel V: Die Etablierung der privaten Krankenversicherung	90
1. Ursprünge und erste Formen von Krankenversicherung	90
2. Der medizinische Fortschritt als Wegbereiter des Angebots von Krankenversicherung	94
3. Die Entstehung der 'Blues'	96
4. Die Entwicklung der prepaid group practice als alternative Versicherungsform	99
5. Krankenversicherung als fringe benefit und der Aufstieg der kommerziellen Versicherungsgesellschaften	101
6. Die Diskussion um eine nationale Krankenversicherung	103
7. Fazit	105
Kapitel VI: Medicare und die Rolle des Bundes im Markt für Krankenversicherung: Gesundheitspolitik im Spannungsfeld von politischer Ideologie und fiskalischen Zwängen	107
1. Die Verabschiedung von Medicare und Medicaid unter der Regierung Johnson	108
2. Die Regierungen Nixon und Ford: Versuch des 'cost containment' durch Regulierung und Wettbewerbselemente	110
2.1. Economic Stabilization Program	110
2.2. Social Security Amendments	111
2.3. Health Maintenance Organization Act	112
2.4. Employee Retirement Income Security Act	114
2.5. Anwendung der antitrust-Gesetzgebung auf die Ärzteschaft	115
3. Die Regierung Carter: Weitergehende cost containment-Regulierung erweist sich als nicht durchsetzbar	116
4. Die Regierungen Reagan und Bush: Aufstieg und Fall der Deregulierung	118
4.1. Agenda und erste Maßnahmen	118
4.2. Reform der Krankenhauszahlungen im Medicare-Programm: Das prospective payment system	120
4.3. Weitere Maßnahmen im Medicare-Programm	123
4.4. Physician payment reform	126
4.5. Anti-kickback laws und self-referral	128
5. Die Regierung Clinton: Der bisher letzte Anlauf zu einer Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung	129
6. Fazit: Paradigmawechsel in der Gesundheitspolitik des Bundes?	131
Kapitel VII: Medicaid und die Rolle der Staaten im Markt für Krankenversicherung	137
1. Allgemeine Eingriffe	138
1.1. Regulierung des Angebots von Krankenversicherung	138
1.2. Hospital rate setting	142
2. Eingriffe im Rahmen von Medicaid	144
2.1. Regelung von Anspruchsberechtigung und Leistungsumfang	145
2.2. Leistungsgewährung in managed care-Arrangements	146
2.3. Competitive bidding	147

3. Reformen zur umfassenderen Absicherung der Bevölkerung	148
3.1. Hawaii: Employer mandate	150
3.2. Oregon: Rationing	151
4. Fazit: Zunehmende Eingriffe der Staaten im Rahmen ihrer Kompetenzen	153

Kapitel VIII: Trends im Markt für private Krankenversicherung: Managed care, self-insurance und die Rolle der Arbeitgeber

1. Änderung des Kostenbewußtseins der Arbeitgeber	156
2. Managed care: Zunehmende Einflußnahme der Versicherer auf den Prozeß der Leistungserbringung	160
2.1. Begriff	160
2.2. Utilization management	162
2.3. Health Maintenance Organizations	165
2.4. Preferred Provider Organizations	168
3. Self-insurance: Starkes Wachstum der Übernahme des Versicherungsrisikos durch die Arbeitgeber	171
4. Fazit: Der Markt für private Krankenversicherung im Umbruch	175

Kapitel IX: Die Struktur des Marktes für Krankenversicherung

1. Versicherungsformen	176
1.1. Überblick	177
1.2. Beteiligte Parteien innerhalb des Krankenversicherungsverhältnisses	178
1.3. Abgrenzung der Versicherungsformen	179
1.4. Marktanteile der verschiedenen Versicherungsformen	181
2. Versicherte Leistungen	184
2.1. Abdeckung verschiedener medizinischer Leistungen	184
2.2. Leistungsausschlüsse	188
2.3. Selbstbeteiligung	189
3. Versicherungsträger	194
3.1. Arten von Versicherungsträgern	194
3.2. Zahl der versicherten Personen	196
3.3. Ausgezahlte Versicherungsleistungen	198
3.4. Konzentration	200
4. Fazit: Wettbewerbsrahmen und Wettbewerbsintensität im Markt für Krankenversicherung	202

Teil D: Marktergebnis und Implikationen

Kapitel X: Konsequenzen der marktwirtschaftlichen Organisation der Krankenversicherung in den USA	214
1. Das loading als Preis der Versicherung und seine Bestandteile	215
1.1. Entwicklung des loading	215
1.2. Administrative Kosten	222

1.3. Gewinne der Versicherer	228
1.4. Fazit	232
2. Maßnahmen zur Abwehr von moral hazard	233
2.1. Selbstbeteiligung	234
2.2. Utilization management	236
2.3. HMO	239
2.3.1. Ressourcenintensität und Kosten der Behandlung	241
2.3.2. Qualität der Behandlung und Zufriedenheit der Patienten	243
2.3.3. Selektionseffekte bei der Wahl von HMOs	246
2.4. PPO	250
2.5. Fazit	254
3. Versicherungsschutz	259
3.1. Versicherungsstatus der Bevölkerung	259
3.1.1. Quellen des Versicherungsschutzes	259
3.1.2. Abhängigkeit von Alter und Einkommen	263
3.1.3. Abhängigkeit vom Arbeitsplatz	265
3.1.4. Zeitspanne ohne Versicherungsschutz	269
3.1.5. Unterversicherung	271
3.2. Ursachen	272
3.2.1. Interessenlage von Arbeitgebern und Arbeitnehmern	273
3.2.2. Verfügbarkeit von Versicherung: Einfluß des underwriting und der Vertragsgestaltung	276
3.2.3. Finanzielle Aspekte	283
3.3. Konsequenzen für Unversicherte und Unterversicherte	285
3.4. Fazit	290
4. Adverse Selektion	291
4.1. Risikoselektion durch die Versicherer	292
4.2. Selektionseffekte bei der vom Arbeitgeber angebotenen Gruppenversicherung	297
4.3. Fazit	300
5. Implikationen der Koppelung des Versicherungsschutzes an den Arbeitsplatz	303
Kapitel XI: Hat der Markt für private Krankenversicherung in den USA 'versagt'?	309
1. Loading und Produktvielfalt	309
2. Moral hazard	312
3. Adverse Selektion	315
4. Umfang und Adäquanz des Versicherungsschutzes	316
5. Verteilungsgerechtigkeit	323
6. Fazit	327
Kapitel XII: Ausblick	330
1. Ein marktorientierter Reformvorschlag	330
2. Relevanz für das deutsche Krankenversicherungssystem	338

Glossar	346
Literaturverzeichnis	355
Anhang	391

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Vereinfachtes Schema der Akteure im Gesundheitswesen der USA	6
Abb. 2:	Erbringung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen	7
Abb. 3:	Verflechtungen zwischen Leistungserbringung und Finanzierung	7
Abb. 4:	National health expenditures und Verhältnis zum GDP 1950-1992	8
Abb. 5:	Personal consumption expenditures 1992	9
Abb. 6:	Gesundheitsausgaben als Anteil des GDP und pro Kopf 1991 im internationalen Vergleich	10
Abb. 7:	National health accounts	11
Abb. 8:	Zusammensetzung der Mittelherkunft 1950-1991	14
Abb. 9:	Ausgaben für health services and supplies 1990 unter Berücksichtigung der tatsächlichen Mittelherkunft	15
Abb. 10:	Zusammensetzung der Mittelverwendung 1950-1991	18
Abb. 11:	Zusammensetzung der Mittelverwendung 1950 und 1991	19
Abb. 12:	Veränderungsraten des Consumer Price Index und des Medical Care Index 1965-1991	21
Abb. 13:	Veränderungsraten ausgewählter Preisindizes im Gesundheitswesen 1965-1991	22
Abb. 14:	Veränderungsraten der national health expenditures nominal und real 1965-1991	22
Abb. 15:	Modell von Evans/Stoddart	26
Abb. 16:	Unsicherheit des Patienten während einer Behandlungsepisode	31
Abb. 17:	Konsequenzen der besonderen Eigenschaften von Gesundheitsleistungen	42
Abb. 18:	Realisierte Nachfrage nach Versicherung	44
Abb. 19:	Arten bzw. Ansatzpunkte von moral hazard	49
Abb. 20:	Versicherung und moral hazard bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	52
Abb. 21:	Preis- und mengenerhöhender Effekt von moral hazard bei steigender Angebotskurve	52
Abb. 22:	Die 'Supplier-induced demand'-Hypothese	61
Abb. 23:	Lage der Nachfragekurve in Abhängigkeit von moral hazard und supplier-induced demand	65
Abb. 24:	Wohlfahrtsverluste bei Berücksichtigung von moral hazard und supplier-induced demand	66
Abb. 25:	Ansatzpunkte staatlichen Handelns mit Auswirkungen auf den Markt für Krankenversicherung	107
Abb. 26:	Geplante Struktur des Krankenversicherungssystems nach dem Health Security Act	129
Abb. 27:	Funktionen der Health Alliance als Mittler zwischen Angebot und Nachfrage von Krankenversicherung	130
Abb. 28:	Überblick über die Eingriffe der Staaten	137
Abb. 29:	Anteil der Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber an den Bruttolöhnen 1965-1990	157
Abb. 30:	Anteil der Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber an den gesamten Lohnnebenkosten 1965-1990	157

Abb. 31: Häufigkeit von managed care-Maßnahmen bei vom Arbeitgeber abgeschlossener Versicherung 1991	165
Abb. 32: Anzahl der verschiedenen HMO-Typen 1976-1992	167
Abb. 33: Zahl der in HMOs versicherten Personen und Anteil an der Gesamtbevölkerung 1976-1992	167
Abb. 34: Zahl der PPOs 1984-1992	169
Abb. 35: Zahl der in PPOs versicherten Personen und Anteil an der Gesamtbevölkerung 1984-1992	170
Abb. 36: Versicherungsleistungen kommerzieller Versicherer nach Grad der Risikoübernahme 1980-1991	174
Abb. 37: Dimensionen der Struktur des Marktes für Krankenversicherung	176
Abb. 38: Überblick über die verschiedenen Versicherungsformen	177
Abb. 39: Beteiligte Parteien im Markt für Krankenversicherung	178
Abb. 40: Träger des Versicherungsrisikos	179
Abb. 41: Abgrenzung der Versicherungsformen	180
Abb. 42: Marktanteile der verschiedenen Versicherungsformen in der Systematik nach Weiner/de Lissovoy 1990	181
Abb. 43: Marktanteile nach Weiner/de Lissovoy bezogen auf Personen mit privater Versicherung und die Gesamtbevölkerung 1990	182
Abb. 44: Marktanteile der verschiedenen Versicherungsformen bei der Versicherung der Arbeitnehmer 1987-1992	183
Abb. 45: Versicherte Leistungen privat versicherter Personen unter 65 Jahren im Jahr 1986	186
Abb. 46: Anteil privater und öffentlicher Versicherungsleistungen an den verschiedenen Arten von Gesundheitsleistungen 1991	187
Abb. 47: Out-of-pocket payments bei verschiedenen Arten von Gesundheitsleistungen 1991	188
Abb. 48: Selbstbeteiligung bei konventioneller Versicherung	190
Abb. 49: Coinsurance rate bei vom Arbeitgeber abgeschlossener Versicherung 1991	191
Abb. 50: Maximum out-of-pocket expense bei vom Arbeitgeber abgeschlossener Versicherung 1991	192
Abb. 51: Maximum lifetime benefit bei vom Arbeitgeber abgeschlossener Versicherung 1991	193
Abb. 52: Systematik der Versicherungsträger	195
Abb. 53: Zahl der versicherten Personen bei privaten und öffentlichen Versicherungsträgern 1950-1991	198
Abb. 54: Anteile der Versicherungsträger an den ausgezahlten Leistungen 1970-1991	199
Abb. 55: Zahl der Betten und Auslastungsgrad in community hospitals 1972-1991	209
Abb. 56: Zahl der Ärzte absolut und pro 100.000 Einwohner 1950-1989	209
Abb. 57: Net cost of insurance and administration als Aufschlag auf public expenditures und insurance premiums 1950-1991	215
Abb. 58: Loading der öffentlichen Programme 1970-1991	216
Abb. 59: Loading in der privaten Versicherung 1950-1991	217
Abb. 60: Loading der privaten Versicherungsträger 1980-1991	218

Abb. 61: Loading bei Versicherungsarrangements kommerzieller Versicherer mit unterschiedlichem Grad der Risikoübernahme 1980-1991	218
Abb. 62: Loading bei Gruppenversicherung und individuellen Policen kommerzieller Versicherer 1980-1991	219
Abb. 63: Anteil von group und individual/family health insurance an den Versicherungsleistungen kommerzieller Versicherer 1950-1991	220
Abb. 64: Loading bei Medicare, kommerziellen Versicherern und Blue Cross/Blue Shield 1970-1991	220
Abb. 65: Gewinne der kommerziellen Versicherer nach Steuern 1960-1981	229
Abb. 66: Verhältnis von Gewinn zu Prämienvolumen bei kommerziellen Versicherern 1960-1981	230
Abb. 67: Einschätzung der Fähigkeit der Versicherer zur Kostenkontrolle durch die Arbeitgeber 1991	258
Abb. 68: Durchschnittliche monatliche Versicherungsprämie nach Versicherungsformen 1991	259
Abb. 69: Quellen des Versicherungsschutzes der amerikanischen Bevölkerung 1990	260
Abb. 70: Versicherungsstatus der Bevölkerung 1981-1992	262
Abb. 71: Aufteilung der unversicherten Bevölkerung nach Altersgruppen 1992	263
Abb. 72: Versicherungsstatus der Bevölkerung nach Altersgruppen 1992	264
Abb. 73: Versicherungsstatus und Familieneinkommen 1990	264
Abb. 74: Träger des Versicherungsschutzes der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren 1990	266
Abb. 75: Aufteilung der unversicherten Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren nach Erwerbstätigkeit 1990	266
Abb. 76: Versicherungsstatus der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren nach Erwerbstätigkeit 1990	267
Abb. 77: Aufteilung der unversicherten Arbeitnehmerschaft nach Größe der Belegschaft des Arbeitgebers 1990	268
Abb. 78: Versicherungsstatus der Arbeitnehmer nach Größe der Belegschaft des Arbeitgebers 1990	268
Abb. 79: Maßnahmen ausgewählter Versicherer nach Art der bestehenden Risiken	278
Abb. 80: Ein marktorientierter Reformvorschlag	335

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Herkunft der national health expenditures 1950-1990	13
Tab. 2:	Verwendung der national health expenditures	17
Tab. 3:	Preisentwicklung und national health expenditures	20
Tab. 4:	Versicherte Personen und Versicherungsleistungen 1950-1990	197
Tab. 5:	Durchschnittliche jährliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen pro Kopf im RAND Health Insurance Experiment nach Selbstbeteiligungsform des health plan	235
Tab. 6:	Durchschnittliche jährliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen pro Kopf im RAND Health Insurance Experiment bei HMO und FFS	242