

Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik

Journal of Economics and Statistics

Begründet von

Bruno Hildebrand

Fortgeführt von

Johannes Conrad, Ludwig Elster
Otto v. Zwiédineck-Südenhorst
Gerhard Albrecht, Friedrich Lütge
Erich Preiser, Knut Borchardt,
Alfred E. Ott und Adolf Wagner

Herausgegeben von

Wolfgang Franz
Gerhard Kleinhenz, Werner Smolny
Peter Stahlecker, Adolf Wagner
Joachim Wagner, Dietmar Wellisch
Peter Winker

Band 227



Lucius & Lucius Stuttgart 2007

Gesundheitsökonomie

Health Economics

Herausgegeben von

Klaus-Dirk Henke

Mit Beiträgen von

Adam, Hans, Osnabrück
Amelung, Volker, Hannover
Andersen, Hanfried H., Berlin
Arnold, Robert, Bremen
Börsch-Supan, Axel, Mannheim
Breyer, Friedrich, Konstanz/Berlin
Buchner, Florian, Feldkirchen
Cassel, Dieter, Duisburg
Cornelius, Felix, Berlin
Deppisch, Rebecca, Essen
Felder, Stefan, Magdeburg
Fetzer, Stefan, Essen
Göpffarth, Dirk, Bonn
Grabka, Markus M., Berlin
Henke, Klaus-Dirk, Berlin
Kliemt, Hartmut, Frankfurt
Lin-Hi, Nick, Leipzig

Mühlbacher, Axel, Neubrandenburg
Neubauer, Günter, München
Pfister, Florian, München
Postler, Andreas, Duisburg
Ried, Walter, Greifswald
Schneider, Brit S., Bayreuth
Schneider, Udo, Bayreuth
Schwarze, Johannes, Bamberg
Schwintowski, Hans-Peter, Berlin
Schulenburg, J.-Matthias Graf von der,
Hannover
Suchanek, Andreas, Lutherstadt
Wittenberg
Ulrich, Volker, Bayreuth
Vauth, Christoph, Hannover
Wasem, Jürgen, Essen
Zweifel, Peter, Zürich

Anschrift des Herausgebers des Themenheftes

Professor Dr. Klaus-Dirk Henke
Technische Universität Berlin
Fachgebiet Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie
Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin

E-Mail: k.henke@finance.wv.tu-berlin.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

ISBN 978-3-8282-0431-7

© Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH · Stuttgart · 2007
Gerokstraße 51, D-70184 Stuttgart

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Mitterweger & Partner Kommunikationsgesellschaft mbH, Plankstadt
Druck und Bindung: Neumann Druck, Heidelberg
Printed in Germany

Inhalt / Contents

Abhandlungen / Original Papers

<i>Adam, Hans</i> , Einkommenswachstum, steigende Gesundheitsausgaben und Finanzierung Income Increase, Health Spending Growth and Financing	565-577
<i>Amelung, Volker, Felix Cornelius</i> , Medizinische Versorgungszentren Ambulatory Health Care Centres	749-764
<i>Andersen, Hanfried H., Markus M. Grabka, Johannes Schwarze</i> , Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform Premium Rates, Competition Among Health Insurance Funds and the Health Care Reform 2007	429-450
<i>Arnold, Robert</i> , Bestimmungsgründe für den medizinischen Fortschritt Causes for Medical Advances	681-698
<i>Börsch-Supan, Axel</i> , Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen Double-sided Competition for the German Health Care Market	451-465
<i>Breyer, Friedrich, Hartmut Kliemt</i> , Der Mangel an Spenderorganen– Ursachen und Lösungsmöglichkeiten aus ökonomischer Sicht The Shortage of Transplants – An Economic Analysis of Causes and Possible Solutions	466-484
<i>Buchner, Florian, Rebecca Deppisch, Jürgen Wasem</i> , Umverteilungseffekte in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen Redistribution Effects of Health Care Financing	699-724
<i>Cassel, Dieter, Andreas Postler</i> , Alternde Bevölkerung und Gesundheitsausgaben Ageing Population and Health Care Expenditure	578-602
<i>Entdorf, Horst, Christian Steiner</i> , Makroökonomische Nachrichten und die Reaktion des 15-Sekunden-DAX: Eine Ereignisstudie zur Wirkung der ZEW-Konjunktur- prognose Announcement of Business Cycle Forecasts and the Reaction of the German Stock Market	3-26
<i>Feraboli, Omar</i> , Preferential Trade Liberalisation, Fiscal Policy Responses and Welfare: A Dynamic CGE Model for Jordan	335-357
<i>Felder, Stefan, Stefan Fetzer</i> , Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Wer bezahlt den Übergang? Funding Social Health Insurance: Who Pays for the Transition?	603-620
<i>Fitzenberger, Bernd, Alfred Garloff</i> , Labor Market Transitions and the Wage Structure in Germany	115-152
<i>Gernandt, Johannes, Friedhelm Pfeiffer</i> , Rising Wage Inequality in Germany	358-380
<i>Göggel, Kathrin, Johannes Gräß, Friedhelm Pfeiffer</i> , Selbständigkeit in Europa 1991-2003: Empirische Evidenz mit Länderdaten Self-Employment in 15 European Countries 1991-2003	153-167
<i>Göppfarth, Dirk</i> , Theorie und Praxis des Risikostrukturausgleichs Risk Adjustment in Theory and Practice	485-501
<i>Göppfarth, Dirk, Klaus-Dirk Henke</i> , Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren? Health Care Finance Reform in Germany – Effects on the Risk Adjustment Scheme .	27-48
<i>Görzig, Bernd, Martin Gornig, Axel Werwatz</i> , Produktdiversifizierung: Konvergenz zwischen ost- und westdeutschen Unternehmen Product Diversification: Have East-German Enterprises Caught-Up with the West? ..	168-186
<i>Heinbach, Wolf Dieter, Stefanie Schröpfer</i> , Typisierung der Tarifvertragslandschaft Identifying Types of Flexible Bargaining Agreements Using Cluster Analysis	219-235
<i>Henke, Klaus-Dirk</i> , Zur Dualität von GKV und PKV The Future of Private and Public Health Insurance in Germany	502-528

<i>Kopetsch, Thomas</i> , Der Zusammenhang zwischen dem Leistungsgeschehen im ambulanten und stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens The Relationship Between Service Events in the Ambulatory and Hospital Sectors of the German Health System	49-64
<i>Kosfeld, Reinhold</i> , Regional Spillovers and Spatial Heterogeneity in Matching Workers and Employers in Germany	236-253
<i>Lachenmaier, Stefan, Horst Rottman</i> , Employment Effects of Innovation at the Firm Level	254-272
<i>Mudrack, Tony</i> , Reform der kommunalen Finanzbeziehungen: Kommunale Umsatzsteuerbeteiligung unter Gewerbesteuer-Wettbewerbsselementen Reform of Local Fiscal Relationships: Communal Share of German Value-added Tax with Elements of Interregional Business Tax Competition	381-402
<i>Mühlbacher, Axel</i> , Die Ausgestaltung von Versorgungsverträgen: Eine vertragstheoretische Analyse A Contract Theory Approach to Health Care Contracting	765-786
<i>Müller, Eva, Ralf A. Wilke, Philipp Zahn</i> , Beschäftigung und Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer Employment and Unemployment of the Elderly	65-86
<i>Murillo, Carmen, Carlos San Juan, Stefan Sperlich</i> , An Empirical Assessment of the EU Agricultural Policy Based on Firm Level Data	273-294
<i>Neubauer, Günter, Florian Pfister</i> , Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen Pricing of Ambulatory and Stationary Health Services	621-635
<i>Ried, Walter</i> , Medizinisch-technischer Fortschritt und altersspezifische Gesundheitsausgaben Medical Progress and Age-specific Expenditure on Health Care	636-659
<i>Schneider, Brit S., Udo Schneider, Volker Ulrich</i> , Health and the Decision to Invest in Education	725-745
<i>Schulenburg, J.-Matthias Graf von der, Christoph Vauth</i> , Nach welchen ökonomischen Methoden sollten Gesundheitsleistungen in Deutschland evaluiert werden? According to Which Economic Methods Should Health Care Services Become Evaluated in Germany?	787-805
<i>Schwintowski, Hans-Peter</i> , Unternehmenszusammenschlüsse auf Krankenhausmärkten aus sozialrechtlicher und kartellrechtlicher Sicht Mergers on Hospital Markets from the Perspective of Social and Antitrust Law	529-546
<i>Stahn, Kerstin</i> , Has the Export Pricing Behaviour of German Enterprises Changed	295-329
<i>Suchanek, Andreas, Nick Lin-Hi</i> , Corporate Responsibility in der forschenden Arzneimittelindustrie Corporate Responsibility in the Research-Based Pharmaceutical Industry	547-562
<i>Ursprung, Heinrich W., Markus Zimmer</i> , Who is the "Platz-Hirsch" of the German Economics Profession?	187-208
<i>Vogt, Gerit</i> , Analyse der Prognoseeigenschaften von ifo-Konjunkturindikatoren unter Echtzeitbedingungen The Forecasting Performance of Ifo-indicators Under Real-time Conditions	87-101
<i>Wagner, Joachim</i> , Productivity and Size of the Export Market	403-408
<i>Zweifel, Peter</i> , Das Sisyphus-Syndrom im Gesundheitswesen: Neue Evidenz The Sisyphus Syndrome in Health: New Evidence	660-678

Diskussionsbeitrag / Comment with Reply

<i>Spahn, Heinz-Peter</i> , Vermögenspreise, Alterung und Ersparnis Asset Prices, Aging and Saving	102-106
---	---------

Literaturbeitrag / Comment with Reply

<i>Wagner, Adolf</i> , Die politischen Visionen großer Ökonomen. Gedanken zu einem Buch von Kurt W. Rothschild	209-214
--	---------

Buchbesprechungen / Book Reviews

<i>Brüderl, Josef, Peter Preisendörfer, Rolf Ziegler, Der Erfolg neugegründeter Betriebe. Eine empirische Studie zu den Chancen und Risiken von Unternehmensgründungen</i>	409
<i>Cernavin, Oleg, Martin Führ, Martin Kaltenbach, Friedrich Thießen (Hrsg.), Cluster und Wettbewerbsfähigkeit von Regionen. Erfolgsfaktoren regionaler Wirtschaftsentwicklung</i>	330
<i>Franz, Wolfgang, Hans Jürgen Ramser, Manfred Stadler (Hrsg.), Dynamik internationaler Märkte</i>	410
<i>Franz, Wolfgang, Hans Jürgen Ramser, Manfred Stadler (Hrsg.), Umwelt und Energie</i>	107
<i>Hemmelgarn, Thomas, Steuerwettbewerb in Europa</i>	414
<i>Kemnitz, A., Immigration, Unemployment and Domestic Welfare</i>	110

Die Gutachter zum 227. Jahrgang der Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik (1.10.2006 bis 31.12.2007)

Im Namen der Herausgeber danke ich allen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die in diesem Zeitraum bereit waren, für die Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik Manuskripte zu begutachten. Mit ihrer Hilfe sind wir dem Ziel, eine möglichst schnelle Entscheidung über die Publikation der Einreichungen herbeizuführen, ziemlich nahe gekommen. Die Autoren konnten die detaillierten Verbesserungsvorschläge aufnehmen, und davon hat die Qualität der Manuskripte stark profitiert.

Wolfgang Franz

Adam, Hans, Fachhochschule Osnabrück	Egger, Peter, ifo Institut für Wirtschaftsforschung
Amelung, Volker, MH Hannover	Eggert, Wolfgang, Universität Paderborn
Andersen, Hanfried H., TU Berlin	Elschner, Christina, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)
Arnold, Robert, Universität Bremen	Entorf, Horst, TU Darmstadt
Bellmann, Lutz, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)	Falk, Martin, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung WIFO
Börsch-Supan, Axel, Universität Mannheim	Färber, Gisela, Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer
Bönke, Timm, Freie Universität Berlin	Feld, Lars P., Universität Marburg
Boeters, Stefan, Centraal Planbureau, Den Haag	Felder, Stefan, Universität Magdeburg
Bonin, Holger, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)	Fetzer, Stefan, Wissenschaftlicher Beirat der Betrieblichen Krankenversicherung Essen
Breyer, Friedrich, Univ. Konstanz/DIW Berlin	Filc, Wolfgang, Universität Trier
Buchner, Florian, Fachhochschule Kärnten	Fitzenberger, Bernd, Universität Freiburg
Buscher, Herbert S., Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH)	Flaig, Gebhard, Universität München
Buslei, Hermann, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)	Frenkel, Michael, WHU Otto Beisheim School of Management
Busse, Reinhard, TU Berlin	Friesenbichler, Klaus, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung WIFO
Cassel, Dieter, Universität Duisburg-Essen	Fritsch, Michael, Universität Jena
Cornelius, Felix, POLIKUM-Gruppe, Berlin	Fuest, Clemens, Universität Köln
Deppisch, Rebecca, Universität Essen	Funke, Michael, Universität Hamburg
Döhrn, Roland, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)	Gasche, Martin, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftl. Entwicklung
Döpke, Jörg, Fachhochschule Merseburg	Gärtner, Manfred, Universität St. Gallen
Dreger, Christian, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)	Gerfin, Michael, Universität Bern
Ebert, Udo, Universität Oldenburg	
Eckwert, Bernhard, Universität Bielfeld	

- Gerlach, Knut, Universität Hannover
Gern, Klaus-Jürgen, Inst. für Weltwirtschaft (IfW)
Göpffarth, Dirk, Bundesversicherungsamt, Bonn
Grabka, Markus, DIW Berlin/SOEP
Greiner, Ben, Harvard Business School, Boston
Grimm, Veronika, Universität Köln
Guender, Alfred V., University of Canterbury (Neuseeland)
Hagen, Tobias, Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung, Mannheim
Hagen, Jürgen von, Universität Bonn
Härdle, Wolfgang, Humboldt-Universität Berlin
Hauptmeier, Sebastian, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)
Heinemann, Friedrich, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)
Henke, Klaus-Dirk, TU Berlin
Hirschhausen, Christian von, TU Dresden
Höffler, Felix, WHU Otto Beisheim School of Management
Illing, Gerhard, Universität München
Jäger, Klaus, Freie Universität Berlin
Janeba, Eckhard, Universität Mannheim
Jirjahn, Uwe, Universität Hannover
Jokisch, Sabine, Universität Ulm
Kähler, Jürgen, Universität Erlangen-Nürnberg
Kaestner, Robert, University of Illinois, Chicago
Kambeck, Rainer, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)
Kaiser, Ulrich, Universität Odense
Kaushal, Neeraj, Univ. of Columbia, New York
Kholodilin, Konstantin A., Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)
Kleinhenz, Gerhard D., Universität Passau
Kliemt, Hartmut, Frankfurt School of Finance and Management
Kohaut, Susanne, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)
König, Thomas, Universität Mannheim
Krebs, Tom, Universität Mannheim
Lin-Hi, Nick, Handelshochschule Leipzig
Lippe, Peter von der, Universität Duisburg/Essen
Lucke, Bernd, Universität Hamburg
Ludsteck, Johannes, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)
Maiterth, Ralf, Universität Hannover
Menkhoff, Lukas, Universität Hannover
Meran, Georg, TU Berlin und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)
Möller, Joachim, Universität Regensburg
Mühlbacher, Axel, FH Neubrandenburg
Neubauer, Günter, Universität der Bundeswehr München
Oechsler, Walter A., Universität Mannheim
Ott, Notburga, Universität Bochum
Petersen, Hans-Georg, Universität Potsdam
Pflister, Florian, Institut für Gesundheitsökonomik, München
Postler, Andreas, Universität Duisburg-Essen
Puhani, Patrick, Universität Hannover
Reimers, Cordelia, Hunter College, New York
Ried, Walter, Universität Greifswald
Schneider, Brit, Universität Bayreuth
Schneider, Friedrich, Universität Linz
Schneider, Udo, Universität Bayreuth
Schrimpf, Andreas, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)
Schulenburg, J.-Matthias Graf von der, Universität Hannover
Schumacher, Christian, Deutsche Bundesbank
Schunk, Daniel, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), Universität Mannheim
Schwarze, Johannes, Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Schwintowski, Hans-Peter, Humboldt Universität zu Berlin
Sibbertsen, Philipp, Universität Hannover
Smolny, Werner, Universität Ulm
Sofka, Wolfgang, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)
Stahlecker, Peter, Universität Hamburg
Sturm, Jan-Egbert, Eidgenössische TH Zürich
Suchanek, Andreas, Wittenberg Zentrum für Globale Ethik
Teräsvirta, Timo, Universität Aarhus
Trenkler, Carsten, Universität Mannheim
Ullrich, Katrin, KfW Bankengruppe
Ulrich, Volker, Universität Bayreuth
Ursprung, Heinrich, Universität Konstanz
Vauth, Christoph, Universität Hannover
Wagenhals, Gerhard, Universität Hohenheim
Wagner, Joachim, Universität Lüneburg
Wälde, Klaus, Universität Würzburg
Wang, Qingwei, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)
Wasem, Jürgen, Universität Essen
Weichenrieder, Alfons, Univ. Frankfurt a.M.
Wendt, Carsten, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)
Winker, Peter, Universität Gießen
Winter-Ebmer, Rudolf, Universität Linz
Zweifel, Peter, Universität Zürich

Inhalt / Contents

Editorial von Klaus-Dirk Henke	425
--------------------------------------	-----

Abhandlungen / Original Papers

I. Ordnungspolitik und Steuerung

<i>Andersen, Hanfried H., Markus M. Grabka, Johannes Schwarze,</i> Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform Premium Rates, Competition Among Health Insurance Funds and the Health Care Reform 2007	429-450
<i>Börsch-Supan, Axel,</i> Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen Double-sided Competition for the German Health Care Market	451-465
<i>Breyer, Friedrich, Hartmut Kliemt,</i> Der Mangel an Spenderorganen – Ursachen und Lösungsmöglichkeiten aus ökonomischer Sicht The Shortage of Transplants – An Economic Analysis of Causes and Possible Solutions	466-484
<i>Göpffarth, Dirk,</i> Theorie und Praxis des Risikostrukturausgleichs Risk Adjustment in Theory and Practice	485-501
<i>Henke, Klaus-Dirk,</i> Zur Dualität von GKV und PKV The Future of Private and Public Health Insurance in Germany	502-528
<i>Schwintowski, Hans-Peter,</i> Unternehmenszusammenschlüsse auf Krankenhausmärkten aus sozialrechtlicher und kartellrechtlicher Sicht Mergers on Hospital Markets from the Perspective of Social and Antitrust Law	529-546
<i>Suchanek, Andreas, Nick Lin-Hi,</i> Corporate Responsibility in der forschenden Arzneimittelindustrie Corporate Responsibility in the Research-Based Pharmaceutical Industry	547-562

II. Finanzierung und Vergütung

<i>Adam, Hans,</i> Einkommenswachstum, steigende Gesundheitsausgaben und Finanzierung Income Increase, Health Spending Growth and Financing	565-577
<i>Cassel, Dieter, Andreas Postler,</i> Alternde Bevölkerung und Gesundheitsausgaben Ageing Population and Health Care Expenditure	578-602
<i>Felder, Stefan, Stefan Fetzer,</i> Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Wer bezahlt den Übergang? Funding Social Health Insurance: Who Pays for the Transition?	603-620
<i>Neubauer, Günter, Florian Pfister,</i> Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen Pricing of Ambulatory and Stationary Health Services	621-635
<i>Ried, Walter,</i> Medizinisch-technischer Fortschritt und altersspezifische Gesundheitsausgaben Medical Progress and Age-specific Expenditure on Health Care	636-659

<i>Zweifel, Peter</i> , Das Sisyphus-Syndrom im Gesundheitswesen: Neue Evidenz The Sisyphus Syndrome in Health: New Evidence	660-678
III. Wachstum und Verteilung	
<i>Arnold, Robert</i> , Bestimmungsgründe für den medizinischen Fortschritt Causes for Medical Advances	681-698
<i>Buchner, Florian, Rebecca Deppisch, Jürgen Wasem</i> , Umverteilungseffekte in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen Redistribution Effects of Health Care Financing	699-724
<i>Schneider, Brit S., Udo Schneider, Volker Ulrich</i> , Health and the Decision to Invest in Education	725-745
IV. Neue Versorgungsformen und Evaluation	
<i>Amelung, Volker, Felix Cornelius</i> , Medizinische Versorgungszentren Ambulatory Health Care Centres	749-764
<i>Mühlbacher, Axel</i> , Die Ausgestaltung von Versorgungsverträgen: Eine vertragstheoretische Analyse A Contract Theory Approach to Health Care Contracting	765-786
<i>Schulenburg, J.-Matthias Graf von der, Christoph Vauth</i> , Nach welchen ökonomischen Methoden sollten Gesundheitsleistungen in Deutschland evaluiert werden? According to Which Economic Methods Should Health Care Services Become Evaluated in Germany?	787-805

Bandinhalt des 227. Jahrgangs

Editorial

Die Gesundheitsökonomie hat sich in Deutschland als akademisches Lehr- und Forschungsgebiet etabliert. Die relativ junge Teildisziplin der Wirtschaftswissenschaften verdankt ihre Entwicklung im deutschsprachigen Raum in besonderem Maße der Robert Bosch Stiftung. Die Stiftung hat im Jahre 1978 die Colloquienreihe „Gesundheitsökonomie“ ins Leben gerufen und mit einer mittlerweile über 30 Bände umfassenden Bücherreihe mit den jeweils gewählten Themenschwerpunkten das Fach geprägt und Maßstäbe gesetzt.¹ Sie hat gleichzeitig dazu beigetragen, dass der Verein für Socialpolitik unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Gérard Gäfgen das Thema im Jahre 1985 erstmalig zum Tagungsschwerpunkt wählte.² Mit der Gründung einer temporären Arbeitsgruppe Anfang Dezember 1989 mit 17 Mitgliedern in Mannheim entwickelte sich allmählich der Gesundheitsökonomische Ausschuss im Verein für Socialpolitik, dem im Jahre 2007 44 Mitglieder angehörten. Mit seinen Veröffentlichungen entwickelte sich mehr und mehr eine deutschsprachige Ausrichtung des auch für die Gesundheitspolitik an Bedeutung gewinnenden Faches.

Der zunehmende Einfluss der Gesundheitsökonomie spiegelte sich auch in der Berufung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 19. Dezember 1985 durch den damaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wider, dessen erstes Jahresgutachten im Jahre 1987 erschien.³ Die Gutachten entstanden bis zum Jahr 1998 in Zusammenarbeit von Ökonomen und Medizinern. Seitdem wirken auch Wissenschaftler anderer Disziplinen mit. Die Gutachten finden nach wie vor in einer überwiegend durch Interessen gesteuerten Gesundheitspolitik große Aufmerksamkeit. Aber auch der Sachverständigenrat für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, verschiedene Sachverständigen-Kommissionen sowie die Wissenschaftlichen Beiräte des Bundeswirtschafts- und des Bundesfinanzministeriums haben mit ihren Beiträgen zur Versachlichung der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung immer wieder beigetragen.

Inhalt und Methoden der Gesundheitsökonomie sind vielfältig. Die fachlichen Hintergründe liegen nach wie vor in der Sozialpolitik, in der Finanzwissenschaft, in der Ordnungspolitik, aber auch in der Versicherungswissenschaft, der Institutionenökonomie und der angewandten Mikroökonomie. Innerhalb der Betriebswirtschaftslehre war es insbesondere die Krankenhausbetriebslehre, die Pate stand für die Weiterentwicklung zum Gesundheitsmanagement als Schwerpunkt in der betriebswirtschaftlichen Ausbildung und Forschung im Fach Gesundheitsökonomie. Fragen an der Schnittstelle zu anderen Sozialwissenschaften und der Medizin werden insbesondere in der Public Health-Forschung aufgegriffen.

Entsprechend der unterschiedlichen Herangehensweise kommen zahlreiche Methoden zur Anwendung. Hierzu zählen die Statistik und Ökonometrie einschließlich der Simulationsmodelle, die empirische Sozialforschung sowie mikro- und makroökonomische Ansätze,

¹ Siehe Herder-Dorneich, Ph., G. Sieben, Th. Thiemeyer (Hrsg.) (1981), Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 1: Wege zur Gesundheitsökonomie I. Gerlingen.

² Gäfgen, G. (Hrsg.) (1986), Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik (NF), Band 159. Berlin.

³ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987), Jahresgutachten 1987, Medizinische und ökonomische Orientierung, Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden.

inklusive neuerdings spieltheoretischer Modelle, zur Analyse des medizinischen und gesundheitswirtschaftlichen Leistungsgeschehens. Ebenso spielen aber auch historische Ansätze und die ökonomische Theorie der Gesundheitspolitik eine Rolle.

Im vorliegenden Themenheft zur Gesundheitsökonomie wird der beschriebene Hintergrund des Faches an vier ausgewählten Themenfeldern deutlich, denen die wissenschaftlichen Beiträge alphabetisch zugeordnet wurden. Es handelt sich sowohl um theoretisch und empirisch ausgerichtete Aufsätze als auch um Beiträge zu den Herausforderungen der zukünftigen Gesundheitspolitik.

Im ersten Themenfeld „Ordnungspolitik und Steuerung“ analysieren die Autoren die Rahmenbedingungen und Anreizsysteme im Gesundheitssystem und unterbreiten Verbesserungsvorschläge aus ihrer jeweiligen Sicht. Sie beziehen sich auf verschiedene Besonderheiten in der derzeitigen Absicherung des Krankheitsrisikos, auf rechtliche Fragen im Bereich der Krankenhausmärkte sowie auf wirtschaftsethische Fragen zum Mangel an Spenderorganen und zur Unternehmensverantwortung der Pharmazeutischen Industrie.

Mit der „Finanzierung und Vergütung“ von Gesundheitsleistungen werden die Strategien zur Bewältigung der Knappheit der Mittel aufgegriffen und ihre allokativen und intergenerationalen Auswirkungen aufgezeigt. Zu diesem zweiten Themenfeld gehören auch die Untersuchungen zur generellen Finanzierbarkeit der Gesundheitsleistungen und die Preisbildung in diesem Wirtschaftsbereich, der überwiegend durch hoheitliche Preise gekennzeichnet ist. Neue Überlegungen zur Kapitalbildung und zum Zusammenhang zwischen demografischer Alterung, medizinisch-technischem Fortschritt und Gesundheitsausgaben runden den Teil ab.

Im dritten Themenfeld „Wachstum und Verteilung“ wird die Wachstumsrelevanz des Gesundheitswesens am Beispiel der Bestimmungsgründe des medizinisch-technischen Fortschritts sowie anhand der Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Bildung aufgezeigt. Die Verteilungswirkungen der Finanzierung treten angesichts der demografischen Schrumpfung immer mehr in den Vordergrund.

Bei „Neuen Versorgungsformen und Evaluation“ wird die Anwendungsorientierung der gesundheitsökonomischen Analyse besonders deutlich. In diesem Themenfeld geht es nicht nur um neue Versorgungszentren sondern auch um die Neugestaltung der Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern. Dazu gehört auch die im Zusammenhang mit der Prioritätensetzung an Bedeutung gewinnende Evaluation von Gesundheitsleistungen.

Literaturangaben befinden sich jeweils hinter den Einzelbeiträgen. Dort stehen auch die Anschriften der einzelnen Autoren.

Bei Frau Dipl.-Volkswirtin Susanne Neheider bedanke ich mich sehr herzlich für die intensive und überaus sorgfältige Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung der Herausgabe der vielen Beiträge. Die studentischen Mitarbeiter Frau stud. rer. pol. Julia Neuendorff und Herr cand. ing. Ingmar Bergner haben ebenfalls mit Kräften zur Fertigstellung des Themenheftes beigetragen. Auch aufgrund der reibungslosen Zusammenarbeit mit Frau Bettina Schmidt vom Lucius Verlag ist das gesamte, von Professor Wolfgang Franz vom ZEW in Mannheim angeregte Projekt vom Anfang bis zum Ende überaus erfreulich abgelaufen. Natürlich wünschen der Verlag und der Herausgeber dem Band eine große Verbreitung in der Lehre und Forschung, aber auch bei den verantwortlichen Akteuren im Gesundheitswesen.

I. Ordnungspolitik und Steuerung

Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform

Eine empirische Analyse

Premium Rates, Competition Among Health Insurance Funds and the Health Care Reform 2007

An Empirical Analysis

Von Hanfried H. Andersen, Markus M. Grabka, Berlin und Johannes Schwarze, Bamberg*

JEL I11, I18, C25

Statutory health insurance, change of sickness funds, preferences, customer mobility, health care reform, SOEP.

Summary

The premium rates paid for statutory health insurance in Germany play a key role in the competition among health care funds. With the most recent health care reform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG), a range of new products have been introduced that could erode the advantageous selling proposition of the premium rates. In addition to the pure monetary incentive to change health insurance provider, the new products include aspects that are becoming increasingly important to insured persons, such as the assessment of their own morbidity and the level and quality of health care provision. We find that current morbidity, experiences in morbidity, and expectations about morbidity will gain in importance when choosing health care provider.

Using micro-data for the years 1999 to 2004 from the German Socio-Economic Panel study (SOEP), we investigate the willingness to change health provider in a multivariate setting. The SOEP data will be matched with register information about premium rates of all statutory health insurance funds in Germany. Applying a multinomial logit model, we show that there are two prototypes of insured people who change funds. The characteristics of those who changed funds can be used to evaluate the future developments in statutory health insurance in Germany, assuming that customer mobility will continue to increase.

1. Einleitung

Maßnahmen zur Stärkung der Präferenzorientierung von Versicherten und Patienten durchziehen wie ein roter Faden die gesetzgeberischen Aktivitäten der letzten 15 Jahre. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 hat diesen Prozess mit der freien Kasnswahl wesentlich eingeleitet. Das GSG markierte eine strukturelle Weichenstellung, die

* Die Autoren danken dem Herausgeber und zwei anonymen Gutachtern für wertvolle Hinweise.

das Adjektiv „nachhaltig“ absolut verdient; diese Reform kann als „Mutter aller Strukturereformen“ (Reiners 2006: 32) bezeichnet werden. Mit den „neuen Formen der Versorgung“ wurden weitere gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen für die verstärkte Berücksichtigung der individuellen Präferenzen geschaffen. Mit dem GKV-Reformgesetz (2000) wurden erste Regelungen der integrierten Versorgung im Rahmen des § 140 a-h SGB V eingeführt. Der für die Vertragspartner noch sehr begrenzte Gestaltungsspielraum wurde durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) (2003) wesentlich vergrößert.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) (2007) wurden weitere grundlegende Strukturereformen in Richtung einer verstärkten Berücksichtigung der Präferenzen von Patienten und Versicherten beschlossen. Die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten sind durch eine Vielzahl möglicher neuer Angebote erheblich gestiegen. So sind etwa die Kassen verpflichtet, Wahltarife für besondere Versorgungsformen anzubieten; verpflichtend sind darüber hinaus Tarife für Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld. Die optionale Tarifpalette umfasst darüber hinaus Selbstbehalttarife, Kostenerstattungstarife, Tarife bei Nichtanspruchnahme von Leistungen, Tarife für Arzneimittel der besonderen Therapieeinrichtungen, Tarife bei eingeschränktem Leistungsumfang (Teilkostenerstattung). Damit bietet sich den Akteuren des Gesundheitswesens zum ersten Mal in Deutschland die Chance, eine umfassende kundenorientierte Produktentwicklung zu etablieren.

Es ist deshalb durchaus berechtigt, das GKV-WSG als ordnungspolitische Weichenstellung und als „Paradigmenwechsel“ zu bezeichnen. Ordnungspolitische Weichenstellung impliziert aber auch, dass die wettbewerblichen Instrumente weiterentwickelt und – vor allem – dass die Gestaltungsspielräume durch die Entscheidungsträger auch genutzt und in konkrete Angebote umgesetzt werden müssen. Nachfrageseitig heißt dies, dass die neuen Angebote von den Versicherten und Patienten auch angenommen werden müssen. Dies wird nur dann der Fall sein, wenn mit diesen Angeboten die Präferenzen der Kunden hinreichend adäquat abgebildet werden. Ob und wie weit dies tatsächlich der Fall ist, wird die Praxis zeigen und wird dann empirisch zu überprüfen sein.

Anreize für einen Kassenwechsel waren bisher vor allem die Höhe des Beitragssatzes bzw. die Höhe der zu erzielenden Beitragssatzdifferenzen bzw. Beitragssatzvorteile. (Vermutete) Leistungsunterschiede der Kassen, Differenzen bei Service und Komfort oder Imageprobleme spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Und auch die bisher realisierte Größenordnung von Angeboten neuer Versorgungsformen haben noch keine wettbewerbskritische Größenordnung erreicht (Lüngen/Lauterbach 2007).

Im Zentrum auch dieses Beitrags steht die Analyse der Rolle des Beitragssatzes als Anreiz für die Entscheidung, die Kasse zu wechseln. Angeknüpft wird an Analysen der Wechselentscheidungen 1999/2000 (Schwarze/Andersen 2001) und an deskriptive Analysen des Wechselgeschehens bis 2004 (Andersen/Grabka 2006). In diesem Beitrag werden diese deskriptiven Befunde durch multivariate Analysen ergänzt. Dabei wird es Leitlinie der Interpretation sein, aus Entwicklungstendenzen der Rolle des Beitragssatzes und weiterer sozio-ökonomischer Determinanten des Kassenwechsels Prognosen dafür abzuleiten, wie Patienten und Versicherte mutmaßlich auf die neuen Angebote reagieren werden. Also Hinweise darauf, welche Konsequenzen sich durch die neuen Tarifangebote und den Gesundheitsfonds auf den Kassenwettbewerb ergeben werden.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Datengrundlagen vorgestellt. Anschließend werden deskriptive Befunde präsentiert, wobei der Schwerpunkt auf der Interpretation der Zusammenhänge von Beitragssatzveränderungen und Wechselgruppen

liegt. Im Abschnitt 4 werden die ökonomischen Modelle und einige Hypothesen zur Anreizstruktur der unterschiedlichen Wechslergruppen diskutiert. Im Anschluss an die Präsentation und Interpretation der Ergebnisse der ökonomischen Modelle werden die mutmaßlichen Auswirkungen des GKV-WSG auf das Wechslerverhalten analysiert. Im abschließenden Ausblick wird versucht, aus den Ergebnissen der empirischen Analyse prognostische Aussagen zur zukünftigen Kundenmobilität abzuleiten.

2. Daten und Operationalisierung

Datenbasis für die empirischen Analysen ist das Sozio-ökonomische Panel (SOEP). Das SOEP ist eine repräsentative Längsschnittuntersuchung, mit der seit 1984 Verlaufsdaten für Personen in Privathaushalten zur Verfügung stehen (vgl. Wagner et al. 2007, siehe auch <http://www.diw.de/soep>). Ein Befragungsschwerpunkt des SOEP ist der Bereich Gesundheit, wobei hier seit 1997 auch Informationen zum Kassenwechsel erhoben werden (vgl. Andersen/Schwarze 1999).

Mit der Erhebungswelle 1999 wurden erstmalig differenziert die Namen der Krankenkassen erfragt, bei denen die Befragten versichert sind. Neben den Kassenarten AOK, BKK, IKK, und Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), werden verschiedene große Ersatzkassen als Item vorgegeben: Barmer Ersatzkasse (BEK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Techniker Krankenkasse (TKK), Kaufmännische Krankenkasse (KKH) und Gmünder Ersatzkasse (GEK). Für Betriebskrankenkassen bzw. sonstige Krankenkassen besteht darüber hinaus die Möglichkeit, mittels einer Klarschriftangabe den Namen der entsprechenden Kasse separat anzugeben.

Die Aufbereitung dieser Daten zeigte, dass die Klarschriftangaben in einem überraschend hohen Umfang den tatsächlich existierenden Kassen zugeordnet werden konnten¹. So gaben 1999 rund 1600 Befragte an, bei einer Betriebskrankenkasse versichert zu sein. Von den im Klarschriftfeld angegebenen Kassen konnten nur 1,8% nicht identifiziert, das heißt, einer existierenden Betriebskrankenkasse zugeordnet werden.² Durch die genauen Angaben war es möglich, den Kassen auch die zum jeweiligen Befragungszeitpunkt (jeweils im Frühjahr eines jeden Jahres) geltenden Beitragsätze zuzuordnen.³ Als wenig problematisch erwies sich das für die bundesweit operierenden Kassen. Für die regional gegliederten Kassen (insbesondere die AOKs) wurde die Wohnortregion der Befragten herangezogen.⁴ Eine Unterscheidung nach allgemeinem, ermäßigtem oder erhöhtem Beitragssatz (vgl. § 241 - § 243 SGG V) wurde hier verworfen, da bei einem Wechsel der

¹ Die Aufbereitung der Daten erfolgte im DIW Berlin. Die Daten stehen der SOEP-Gruppe im DIW zur Verfügung und können für Re-Analysen genutzt werden. Dazu sind allerdings spezifische Datenschutzerfordernisse zu erfüllen.

² In diesen Fällen wurde der durchschnittliche Beitragssatz aller BKK's in dem betreffenden Jahr zugewiesen.

³ Durch die Zuweisung der kassenindividuellen Beitragsätze jeweils zum Frühjahr eines jeden Jahres zu den Surveydaten des SOEP besteht das Problem, dass unterjährige Veränderungen des Beitragssatzes als ein weiteres Wechselmotiv nicht berücksichtigt werden können. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wäre eine exakte Erfassung des Datums des Kassenwechsels notwendig. Diese Information steht im SOEP aber nicht zur Verfügung. Die Relevanz dieser Einschränkung ist aber gering, da z.B. im Jahre 2002 unter allen AOK's und Ersatzkassen nur eine Kasse unterjährig den Beitragssatz veränderte.

⁴ Für die Bereitstellung der Beitragsätze aller gesetzlichen Krankenkassen danken wir ausdrücklich dem Bundesversicherungsamt.

Krankenkasse diese Unterscheidung weiterhin erhalten bleibt. Es findet daher nur der allgemeine Beitragssatz Anwendung.

Für die folgenden Analysen wurden alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung der Jahre 1999 bis einschließlich 2004 berücksichtigt.⁵ Eine Analyse der Jahre 1997 und 1998 erfolgt hier nicht, da zum einen der Beitragssatz als zentrales Motiv für einen Kassenwechsel erst seit 1999 dem SOEP sinnvoll zugespielt werden kann und zum anderen für pflichtversicherte Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) erst seit Mitte 1999 ein Beitragssatzanreiz zum Kassenwechsel besteht, da bis dahin für alle Versicherten der KVdR der gleiche Beitragssatz erhoben wurde.

Für die multivariaten Schätzverfahren werden alle Kovariaten als „gelagte“ Information ausgewiesen, d.h. es werden die sozio-demographischen Indikatoren zum Zeitpunkt des Kassenwechsels verwendet.⁶ Mit diesem Vorgehen reduziert sich die Zahl der Beobachtungsjahre auf fünf Wellen des SOEP. Die resultierende Anzahl der gepoolten Beobachtungen beträgt aber immer noch 64.992 Fälle.

3. Kassenwechsel und Beitragssatzdifferenzen – deskriptive Befunde

Wer das Wechselgeschehen im Zeitablauf analysieren und dabei ein realistisches Bild vom Wechselpotential in der GKV gewinnen will, muss nach Nicht-, Erst- (resp. Einmal-) und Mehrfachwechslern differenzieren können. Die Differenzierung nach diesen Gruppen wird deshalb grundlegend für die weiteren Analysen. Dies gilt sowohl für die deskriptiven Befunde (Kap. 3) wie für die Ergebnisse der ökonometrischen Modelle (Kap. 5). Dieser Gruppenvergleich wird auch zur Basis, um ein wesentliches Ziel dieses Beitrags zu erreichen, nämlich Hinweise darauf zu gewinnen, wie die Kunden auf die neuen Wettbewerbsbedingungen mutmaßlich reagieren werden.

Tabelle 1 zeigt den Verlauf der Wechslerquoten von 1999 bis 2004 und die jeweiligen Anteile an Erst- und an Mehrfachwechslern.⁷

Tabelle 1 Wechslerquoten

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Wechsler insgesamt	4,50	5,62	5,70	4,24	5,22	5,84
<i>Darunter ... (Anteil in %)</i>						
Erstwechsler	100,0	84,2	73,3	60,8	67,8	69,0
Mehrfachwechsler	–	15,8	26,7	39,2	32,2	31,0

Datenbasis: SOEP 1999-2004, Mitglieder der GKV, gepoolte und gewichtete Querschnitte.

⁵ Dieses Vorgehen steht im Gegensatz zu den Analysen von Schwarze und Andersen (2001), die sich nur auf die erwerbstätige Bevölkerung in der GKV bezogen.

⁶ Für die multivariaten Schätzungen wurden die LKK, die Hanseatische Ersatzkasse, die Gärtnerkrankenkasse sowie einige andere kleine Krankenkassen, die mittels der Klarschriftangaben identifiziert werden konnten nicht separat als Dummyvariable kontrolliert, sondern der Rubrik „Sonstige Krankenkassen“ zugeordnet.

⁷ Da Wechselmöglichkeiten bereits seit 1996 bestehen, ist der Anteil der Erstwechsler tatsächlich etwas niedriger und der Anteil der Mehrfachwechsler etwas höher als in dieser Tabelle ausgewiesen.

Insgesamt gesehen sind die Wechslerquoten mit rund 4 bis 6 Prozent aller GKV-Mitglieder über die Zeit hinweg relativ stabil. Die Verringerung der Quote von 2001 auf 2002 könnte mit der Einführung der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten zum 1.1.2002 erklärt werden. Diese Regelung dürfte zunächst die Wechselmöglichkeiten eingeschränkt haben. Die Steigerung von 4,24% in 2002 auf 5,84% in 2004 könnte auch auf einen verstärkten Wettbewerb deuten und ein Hinweis darauf sein, dass neue Anreize für einen Wechsel wirksam werden. Mit den Angeboten für neue Versorgungsformen (Disease-Management-Programme, Hausarztmodelle, integrierte Versorgung, Bonusprogramme) und Kooperationen einzelner GKV-Kassen mit privaten Krankenkassen sind Wettbewerbsparameter eingebracht worden, die zu einer Steigerung der Wechselquoten beitragen dürften. Diese Interpretation könnte dadurch gestützt werden, dass ab 2002 die Anteile an Erstwechslern wieder etwas steigen. Möglich ist, dass zunehmend Versicherte angesprochen wurden, die bisher kein hinreichendes Motiv zum Wechsel einer Kasse hatten.

Tabelle 2 zeigt die durchschnittlichen Beitragssätze der Jahre 1999 bis 2004 für verschiedene Gruppen. Die Werte der Spalte „GKV insgesamt“ sind nahezu identisch mit denen der amtlichen Statistik (BMG 2005) und verweisen auf die valide empirische Basis der Surveydaten. Aus den Beitragssätzen der Wechsler insgesamt (in Zeile 2) folgt, dass die Wechsler – wie selbstverständlich zu erwarten – vornehmlich in Kassen mit einem unterdurchschnittlichen Beitragssatz wechseln. Die durchschnittlichen Beitragssätze von Erstwechslern einerseits und der Mehrfachwechsler andererseits entwickeln sich differenzierter. Während in 2000 alle Wechslergruppen (aus datentechnischen Gründen zwangsläufig) einen weitgehend identischen Beitragssatz haben, zeigen die Gruppen ab 2001 folgenden Verlauf: Die durchschnittlichen Beitragssätze der Mehrfachwechsler liegen immer etwas unter denen der Erstwechsler. Mehrfachwechsler wählen also im Durchschnitt Kassen mit einem besonders niedrigen Beitragssatz.

Tabelle 2 Durchschnittliche Beitragssätze¹ in der GKV

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
GKV insgesamt	13,66	13,64	13,63	14,06	14,35	14,25
<i>Darunter ...</i>						
Wechsler	13,18	12,97	12,67	13,20	13,50	13,88
Erstwechsler	13,18	12,96	12,75	13,32	13,59	13,92
Mehrfachwechsler	–	12,99	12,46	13,02	13,32	13,80

¹ Beitragssatz jeweils zum 1.1. des entsprechenden Jahres. Im Falle von Kassenwechslern wird hier der Beitragssatz der aufnehmenden Kasse ausgewiesen.

Datenbasis: SOEP 1999-2004, Mitglieder der GKV, gepoolte und gewichtete Querschnitte.

Die Veränderungen zwischen den Beitragssätzen der einzelnen Gruppen – jeweils gemessen in Beitragssatzpunkten – werden in Tabelle 3 ausgewiesen. Die erste Zeile zeigt die Entwicklung in der GKV insgesamt (entsprechend den Werten in Tabelle 2). Zeile 2 ergibt das erwartete Bild: Die Wechsler insgesamt haben immer einen deutlichen Beitragssatzvorteil. Differenziert man nun nach Erst- und Mehrfachwechslern, dann zeigt sich, dass die Erstwechsler den größten Vorteil realisieren. Und wenn man weiterhin berücksichtigt, dass der durchschnittliche Beitragssatz der Erstwechsler ab 2001 höher liegt als der der Wechsler insgesamt, dann folgt daraus notwendig, dass Erstwechsler vor allem aus Kassen mit einem überdurchschnittlich hohen Beitragssatz kommen.

Tabelle 3 Beitragssatzveränderungen¹ in der GKV (in Beitragssatzpunkten)

	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
GKV insgesamt	-0,02	-0,02	0,43	0,29	-0,10
<i>Darunter ...</i>					
Wechsler	-0,61	-0,86	-0,03	-0,39	-0,28
Erstwechsler	-0,91	-1,15	-0,49	-0,79	-0,66
Mehrfachwechsler	-0,04	-0,28	0,46	0,19	0,39

¹ Beitragssatzveränderung jeweils für den Beitragssatz des 1.1. des entsprechenden Jahres.

Datenbasis: SOEP 1999-2004, Mitglieder der GKV, gepoolte Querschnitte, gewichtete Querschnitte des jeweiligen 2. Beobachtungsjahres.

Die Beitragssatzveränderungen für die Gruppe der Mehrfachwechsler sind differenzierter. Während die Mehrfachwechsler bis 2000/2001 noch einen Beitragsvorteil erzielen, in 2001/2002 eine vergleichbare Entwicklung wie die GKV insgesamt erreichen, 2002/2003 wiederum zumindest im Vergleich zur GKV insgesamt einen relativen Vorteil haben, nehmen Mehrfachwechsler 2003/2004 im Durchschnitt sogar eine Beitragssatzerhöhung von 0,39 Prozentpunkten in Kauf.

Wie die Tabellen 2 und 3 zeigen, werden zur Analyse der Zusammenhänge von Kassenwechsel und Beitragssatz zwei Bezugsgrößen (resp. Indikatoren) herangezogen. Zum einen die Höhe des Beitragssatzes (sowohl der abgebenden wie der aufnehmenden Kassen) und zum anderen die Beitragssatzdifferenz zwischen abgebenden und aufnehmenden Kassen, jeweils differenziert nach den verschiedenen Gruppen. Beide Größen haben einen je spezifischen Indikatorwert und weisen in verschiedenen Konstellationen auf unterschiedliche Motive bzw. auf einen unterschiedlichen Mix von Motiven. Und zwar je nach Beitragssatzhöhe der Kasse, aus der gewechselt wird und der Beitragssatzhöhe der Kasse, in die gewechselt wird sowie dem Vorzeichen und dem Niveau der erzielten Beitragssatzdifferenzen. In folgender, sehr vereinfachter Vierfeldertafel sollen exemplarisch mutmaßliche Wechselmotive bzw. Motivkombinationen verschieden möglicher Konstellationen dargestellt werden.

Vierfeldertafel: Exemplarische Darstellung möglicher Zusammenhänge zwischen Beitragssatz, Beitragssatzdifferenzen und Kassenwahlmotiven

	Durchschnittliche Höhe des Beitragssatzes der aufnehmenden Kassen	
Beitragssatzdifferenz der Kassenwechsler	Neue Kasse liegt <i>unter</i> Durchschnitt der GKV insgesamt	Neue Kasse liegt <i>über</i> Durchschnitt der GKV insgesamt
Beitragssatz ist <i>niedriger</i> als vor dem Wechsel (monetärer Vorteil)	Beitragssatzhöhe: dominantes Motiv	Mixed motives (Beitragssatz; Service; Leistungen; neue Formen der Versorgung; Qualität)
Beitragssatz ist <i>höher</i> als vor dem Wechsel (monetärer Nachteil)	Mixed motives (Beitragssatz; Service; Leistungen; neue Formen der Versorgung; Qualität)	Beitragssatzhöhe: kein Motiv (Motive: Service; Leistungen; neue Formen der Versorgung; Qualität)

Wenn z.B. eine Person aus einer beitragsgünstigen Kasse in eine Kasse wechselt, die einen noch günstigeren Beitragssatz hat, dann dürfte vermutlich der Beitragssatz das eindeutig dominante Motiv sein. Wenn der neue Beitragssatz ebenfalls günstiger ist, aber der Beitragssatz der neuen Kasse über dem Durchschnitt liegt, dann dürften neben dem Beitragssatz auch andere Gründe relevant sein; ansonsten hätte die Person eine billigere Kasse gewählt. Ähnlich dürfte die Motivlage bei denen sein, deren Beitragssatz nach dem Wechsel höher ist als vorher, die aber in Kassen mit einem unterdurchschnittlichen Beitragssatz wechseln. Wenn der alte Beitragssatz allerdings über dem Durchschnitt lag und die neue Kasse ebenfalls einen überdurchschnittlich hohen Beitragssatz hat, dann dürfte das Beitragssatzmotiv keine Dominanz gehabt haben. Anreize dürften dann Service, Komfort, Versorgungsangebot, Leistungen oder Qualitätsvermutungen gewesen sein.

Sieht man sich nun die einzelnen Jahre an, dann dürften etwa für den Kassenwechsel im Zeitraum 2000/2001 für beide Wechslergruppen monetäre Anreize das primäre Wechselmotiv sein. Sieht man sich dagegen das Bild für 2003/2004 an, dann dürfte deutlich werden, dass es eine Reihe von Mehrfachwechslern gegeben haben muss, für die monetäre Anreize keine dominante Rolle gespielt haben können; ansonsten hätten die Mehrfachwechsler nicht im Durchschnitt höhere Beiträge in Kauf genommen.

Bei dem Gruppenvergleich der „Mittelwerte wichtiger Merkmale“ interessieren zum einen die Verteilungen jener Merkmale, die für die Interpretation der Risikoprofile relevant sind und zum anderen die jener Merkmale, die im Hinblick auf die Maßnahmen des GKV-WSG prognostisch genutzt werden können. Merkmalsverteilungen also, die Hinweise auf Dispositionen für bestimmte Mobilitätsmodi bieten können. Dabei ist zu beachten, dass sich die Informationen immer auf das Jahr der Entscheidung für einen Wechsel der Kasse beziehen.

Tabelle 4 zeigt die Mittelwerte für zwei verschiedene Datensätze. Die ersten vier Spalten beziehen sich auf den gepoolten Querschnitt der Jahre 1999 bis 2004 mit ca. 65 Tsd. Beobachtungen. Die Spalten 5 und 6 umfassen den gepoolten Querschnitt der Jahre 2003 und 2004 mit ca. 27,5 Tsd. Beobachtungen. Zunächst werden ausgewählte Verteilungen der Gesamtbeobachtungen interpretiert, anschließend wird auf einige Besonderheiten der Daten aus 2003/2004 eingegangen, die auf Veränderungen und zeitliche Entwicklungen hinweisen könnten.

Das Durchschnittsalter der Wechsler ist deutlich niedriger als das der GKV-Mitglieder insgesamt. Da das Lebensalter zahlreiche andere, vor allem im Gesundheitsbereich relevante Indikatoren beeinflusst, dürften einige Unterschiede zwischen den Gruppen der Wechsler und den Mitgliedern insgesamt auf den Alterseffekt zurückzuführen sein. So etwa auf Seiten der Wechsler der höhere Anteil an nicht-verheirateten Mitgliedern und an Haushalten mit ein oder zwei Kindern und an Erwerbstätigen. Ebenfalls auf den Alterseffekt zurückzuführen sein dürften die insgesamt bessere Einschätzung des Gesundheitszustandes und die geringere ambulante und stationäre Inanspruchnahme durch die Wechsler. Ob dies allerdings auch bedeutet, dass die Wechsler bessere Risiken sind, kann nur bestimmt werden, wenn für Alter und Geschlecht kontrolliert wird.

Die Mehrfachwechsler unterscheiden sich von den Erstwechslern vor allem durch das noch etwas niedrigere Durchschnittsalter sowie die noch höheren Anteile an Erwerbstätigen, an Mitgliedern mit Hochschulabschluss und – mit letzterem vermutlich zusammenhängend – den höheren Anteil an den beiden obersten Quintilen des Haushaltseinkommens. Dies etwa könnte auf die Bedeutung monetärer Motive für den mehrfachen Kassenwechsel hinweisen.

Tabelle 4 Mittelwerte wichtiger Merkmale¹

Mittelwerte	GKV-Mitglieder 2000- 2004	Wechsler Insgesamt 2000- 2004	Erst- wechsler 2000- 2004	Mehrfach- Wechsler 2000- 2004	Erst- wechsler 2003- 2004	Mehrfach- wechsler 2003- 2004
Alter in Jahren	48,1	37,8	38,5	36,7	40,2	37,4
Frauen (%)	48,6	48,7	48,6	48,9	53,6	48,5
Verheiratet (%)	63,7	57,1	57,4	56,6	60,2	56,8
Ein Kind im Haushalt (%)	16,4	22,7	23,3	21,8	21,2	20,7
Zwei Kinder (%)	10,7	13,9	13,4	14,7	12,1	13,9
Drei Kinder und mehr (%)	3,3	2,9	3,2	2,5	3,4	2,7
Erwerbstätig (%)	56,9	79,4	76,3	84,3	75,8	84,0
Sozialhilfeempfänger (in %)	1,5	0,9	1,0	0,6	1,0	0,7
Arbeitslos (in %)	6,7	4,6	5,2	3,7	5,4	4,9
Schwerbehindert, amtlich anerkannt (%)	13,1	5,0	5,1	4,9	5,4	3,9
Gesundheitszustand (%)						
Sehr gut	8,6	11,1	11,4	10,5	9,6	10,2
Gut	39,5	51,8	50,6	53,6	48,6	52,7
Zufriedenstellend	34,4	29,1	29,3	28,7	31,3	29,3
Weniger gut	13,7	6,9	7,6	5,8	8,7	5,8
Schlecht	3,7	1,2	1,2	1,3	1,4	2,0
Quintile des Haushaltseinkommens						
1. Quintil	21,2	14,7	15,6	13,4	14,0	11,6
2. Quintil	20,8	21,5	22,1	20,6	21,5	21,3
3. Quintil	18,4	21,9	22,5	21,0	22,4	19,6
4. Quintil	20,4	20,2	20,0	20,6	20,5	20,9
5. Quintil	19,1	21,6	19,7	24,5	21,7	26,7
Arztbesuch letztes Quartal (%)	70,3	64,8	64,2	65,7	66,3	65,0
Anzahl der Arztbesuche	2,7	1,9	1,9	1,9	2,1	1,9
Stationäre Behandlung (%)	12,6	8,4	8,9	7,6	9,1	7,3
Hochschulreife (%)	13,2	18,7	17,5	20,6	17,6	21,1
Lehre (%)	71,0	75,8	75,3	76,7	77,0	75,2
Hochschulabschluss (%)	15,1	18,1	16,7	20,3	17,8	22,3
Alte Bundesländer (%)	70,0	64,8	64,7	65,0	61,4	66,3
Gemeindegrößenklassen (%)						
< 2000 Einwohner	10,9	11,7	12,3	10,8	13,5	9,9
2 – 5.000 Einwohner	15,8	17,2	16,1	19,0	17,1	19,2
5 – 20.000 Einwohner	18,1	17,9	18,1	17,5	19,3	17,7
20 – 50.000 Einwohner	18,3	17,2	17,9	16,3	18,4	16,7
50 – 100.000 Einwohner	7,2	7,1	6,6	8,0	4,8	6,8
100 – 500.000 Einwohner	17,9	17,6	17,6	17,6	17,4	18,5
500.000 und mehr	11,7	11,2	11,4	10,9	9,5	11,2
Freiwillig versichert (%)	11,7	12,2	11,5	13,3	12,1	15,0
Private Zusatzversicherung (%)	9,6	12,2	11,1	14,0	11,7	15,5
Kassen/Kassenarten (%)						
AOK	36,2	23,1	30,8	10,8	27,0	11,9
TKK	7,6	5,3	5,6	4,9	4,7	2,9
Barmer	13,4	12,8	18,2	4,2	19,4	4,6
DAK	11,7	10,9	14,6	5,2	17,3	5,6
KKH	3,7	4,3	5,8	1,9	6,9	2,4
BKK	16,0	32,1	12,5	63,1	14,8	65,3
IKK	6,3	7,3	8,6	5,3	7,4	4,3
GEK	1,8	1,5	1,0	2,3	0,7	1,2
Knappschaft	2,0	0,1	0,1	0,8	0,7	0,9
Sonstige Krankenkasse	1,4	2,0	2,3	1,4	1,1	1,0
Nachrichtlich:						
Observationen	64992	3248	1993	1255	881	588

¹ Die sozio-demographischen Informationen beziehen sich auf das entsprechende Erhebungsjahr des Wechsels der Krankenkasse.

Datenbasis: SOEP 1999-2004, Mitglieder der GKV, gepoolte Querschnitte, gewichtete Querschnitte.

Die Ergebnisse der beiden letzten Spalten sollen zeigen, ob sich in den Beobachtungsjahren 2003/2004 wesentliche Veränderungen in den Verteilungsmustern von Erst- und Mehrfachwechslern ergeben haben, die auf Verhaltens- bzw. Profilveränderungen, bzw. auf einen Wandel der Wechselmotive schließen lassen. So ist das Durchschnittsalter vor allem der Erstwechsler etwas höher, eine Erhöhung die nicht auf Paneffekte zurückzuführen ist (Andersen/Grabka 2007). Aufmerksam macht auch, dass der Frauenanteil unter der Erstwechslern 2003/2004 deutlich höher ist und dass sie relativ häufig in den neuen Bundesländern wohnen.

Abschließend soll noch kurz auf die Verteilungen der Kassen bzw. Kassenarten eingegangen werden. Hier unterscheiden sich vor allem die Werte der Betriebskrankenkassen grundlegend von allen anderen Kassen bzw. Kassenarten. So weist der Wert von über 60% Anteil unter den Mehrfachwechslern darauf hin, dass „Kassenhopping“ vor allem ein BKK-internes Phänomen (besser: Problem) ist.

4. Determinanten des Kassenwechsels

Die Entscheidung, die Krankenkasse zu wechseln, kann in jedem Beobachtungszeitpunkt t als die Realisation eines latenten, nicht beobachtbaren Prozesses Y^* aufgefasst werden. Die Versicherten treffen ihre Entscheidung aufgrund einer Kosten-Nutzen-Analyse, deren konkrete Bestandteile aber nicht beobachtet werden können. Kosten und Nutzen des Wechsels sind insbesondere abhängig vom Beitragssatz und von verschiedenen beobachtbaren Einflussgrößen X , die u. a. Informations- und Transaktionskosten des Kassenwechsels einschließen. Als entscheidungsrelevanter Beitragssatz wird hier der Satz aus dem Beobachtungsjahr vor dem Wechsel bzw. dem Nicht-Wechsel herangezogen:

$$Y_{it}^* = a * \text{Beitragssatz}_{i,t-1} + \mathbf{x}'_{it} \mathbf{b} + \varepsilon_{it} = \mathbf{x}'_{it} \boldsymbol{\beta} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

i ist ein Index für die Individuen, ε sind nicht beobachtbare Einflüsse. Aus den Daten zu beobachten ist, ob tatsächlich ein Kassenwechsel stattgefunden hat. In diesem Fall ist $Y = 1$. Wenn kein Kassenwechsel zu beobachten war, ist $Y = 0$. Die Beziehung zu der latenten Kosten-Nutzen-Analyse kann dann als

$$Y_{it} = \begin{cases} 1 & \text{wenn } Y_{it}^* > 0 \\ 0 & \text{wenn } Y_{it}^* \leq 0 \end{cases} \quad (2)$$

formuliert werden.

Je nach Annahme über die Verteilung des Störterms kann dieses Modell als Logit- oder Probit-Modell geschätzt werden. Aus noch zu erläuternden Gründen wird hier das Logit-Modell gewählt:

$$P(Y_{it} = 1) = F(\mathbf{x}'_{it} \boldsymbol{\beta}) = \frac{e^{\mathbf{x}'_{it} \boldsymbol{\beta}}}{1 + e^{\mathbf{x}'_{it} \boldsymbol{\beta}}} \quad (3)$$

mit F als Verteilungsfunktion der logistischen Verteilung oder der Standardnormalverteilung. Die Parameter $\boldsymbol{\beta}$ geben den Einfluss der Merkmale X auf die Wahrscheinlichkeit an, die Krankenkasse zu wechseln. Da Paneldaten über mehrere Jahre zur Verfügung stehen, besteht die Möglichkeit, die unbeobachtete Heterogenität der Individuen entweder in

Form eines Random- oder eines Fixed-Effects Modells zu kontrollieren (vgl. z.B. Greene 2003).

Das bisher vorgestellte Modell analysiert die Entscheidung eines Kassenwechsels in jedem Beobachtungsjahr unabhängig davon, wie häufig die Krankenkasse schon vorher gewechselt wurde. Dies wäre nicht problematisch, wenn davon ausgegangen werden könnte, dass die Determinanten des Kassenwechsels unverändert wirken. Die in den vorangegangenen Abschnitten angestellten Überlegungen sprechen allerdings dagegen. Das ökonometrische Modell ist deshalb im Hinblick auf die Analyse von Mehrfachwechslern zu modifizieren. Dabei ist die Art der Modellierung nicht von vornherein festgelegt, sondern von den Hypothesen über die Häufigkeit des Kassenwechsels bestimmt.

Die zentralen Hypothesen wurden oben abgeleitet: Danach ist der erste Kassenwechsel vor allem durch die Höhe des Beitragssatzes bzw. von der Differenz der Beitragssätze abhängig. Demnach sollte der Koeffizient α für den Beitragssatz in Gleichung (1) positiv sein: Je höher der Beitragssatz der Kasse, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass in eine Kasse mit einem geringeren Beitragssatz gewechselt wird. Selbstverständlich spielt der Beitragssatz auch bei wiederholtem Kassenwechsel eine Rolle. Allerdings wurde oben gezeigt, dass dieser Vorteil immer geringer wird. Zwar ist davon auszugehen, dass die Informations- und Transaktionskosten bei mehrfachem Wechsel sinken. Deshalb ist bei gleichen Beitragssätzen die Wahrscheinlichkeit eines Mehrfachwechsels höher als die eines Erstwechsels. Oder: Auch bei relativ günstigen Beitragssätzen, die – wie die deskriptive Analyse gezeigt hat – durch den erstmaligen Wechsel bereits erreicht wurden, wird mehrfach gewechselt, um weitere Beitragssatzvorteile durch einen Wechsel in eine noch günstigere Kasse zu erreichen.

Für Mehrfachwechsler könnte aber auch gelten, dass Erfahrungen mit den neuen Kassen möglicherweise als ein Verlust an Service oder an Beratungsleistungen empfunden werden und dass sich Versicherte deshalb auch für einen Rückwechsel in die alte Kasse oder einen nochmaligen Wechsel in eine Kasse mit einem Vorteil an qualitäts- und versorgungsorientierten Parametern (z.B. örtliche Präsenz; Service; Leistungen) entscheiden. Für Mehrfachwechsler gilt deshalb eher ein Mix von Motiven. Im Vergleich zu Erstwechslern könnte sich der Einfluss des Beitragssatzes auf die Wahrscheinlichkeit eines Mehrfachwechsels sogar umkehren. Jedoch darf dies nicht als kausaler Einfluss interpretiert werden. Eher lautet die Hypothese: Bei mehrfachen Wechseln hat der Beitragssatz insgesamt keinen dominanten Einfluss.

Das oben vorgestellte binäre Logit-Modell kann diesen potentiell gegenläufigen Einfluss des Beitragssatzes auf die Kassenwechselentscheidung nicht abbilden. Eine Möglichkeit, Mehrfachwechsel explizit zu analysieren, ist ein multinomiales Logit-Modell. In diesem konkretisieren wir drei Alternativen: (1) die Krankenkasse wurde im Beobachtungszeitraum gar nicht gewechselt, (2) es ist ein Kassenwechsel zu beobachten und (3) es sind mehr als ein Kassenwechsel zu beobachten. Das multinomiale Logit-Modell stellt sich wie folgt dar:

$$P(Y_{it} = j) = \frac{e^{x'_{it}\beta_j}}{1 + \sum_{k=1}^3 e^{x'_{it}\beta_k}}, \quad j = 1, 2, 3 \quad \beta_1 = 0 \quad (4)$$

Das multinomiale Modell liefert also für jede der Alternativen einen eigenen Parametervektor. Die Normalisierung der Parameter für die erste Alternative auf Null ist aus rechentechnischen Gründen notwendig.

Es lässt sich durchaus diskutieren, inwieweit das multinomiale Modell eine der Problemstellung angemessene Modellierung darstellt. Zunächst unterstellt diese Modellierung, dass die drei Alternativen unabhängig voneinander gewählt werden können. Streng genommen gilt das hier nicht, da einem mehrfachen Kassenwechsel (Alternative 3) zwangsläufig ein erster Kassenwechsel (Alternative 2) vorausgehen muss.

Genauer impliziert diese Annahme, dass die Fehlerterme der alternativenspezifischen Entscheidungen unabhängig voneinander sind. Dies lässt sich mit einem Test auf Unabhängigkeit von irrelevanten Alternativen testen (vgl. Greene 2003). Für das multinomiale Modell existiert noch kein Schätzer für Paneldaten. Da es jedoch unrealistisch erscheint, die befragten Individuen über die Zeit als unabhängig voneinander zu betrachten, wird die Varianz-Kovarianzmatrix des Modells im Hinblick auf die befragten Personen geclustert, also robust geschätzt. Eine Alternative zum multinomialen Modell wäre ein verallgemeinertes Ordered Logit-Modell.

Durch die Kombination der Höhe des Beitragssatzes und dem beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder wird der faktische monetäre Vorteil eines Kassenwechsels bestimmt. Im Falle von abhängig Beschäftigten oder Rentnern ist dieser Vorteil direkt ableitbar. Hier werden aber alle Mitglieder der GKV berücksichtigt, d.h. z.B. auch Bezieher von Lohnersatzleistungen oder Sozialhilfeempfänger, für die die entsprechende Beitragsbemessungsgrundlage nicht direkt aus den SOEP-Daten bestimmt werden kann. Aus diesem Grunde wurde hier das verfügbare Haushaltseinkommen in Form von Quintilen in den Schätzungen herangezogen. Referenzgruppe ist das unterste Quintil.

Ein Wechsel der Krankenkasse ist mit Informations- und Transaktionskosten verbunden. Mit zunehmender Qualität der Schul- und Berufsausbildung dürften die Informationskosten zurückgehen. Die Schul- und Berufsausbildung wird deshalb in den Schätzungen kontrolliert. Die Transaktionskosten eines Kassenwechsels dürften auch mit der Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen steigen, da der Zeit- und Organisationsaufwand, der mit dem Wechsel verbunden ist, zunimmt. Deshalb wird in den Schätzungen der Familienstand (verheiratet) und die Anzahl der Kinder im Haushalt berücksichtigt. Beides sind zugleich wichtige Kriterien im Risikostrukturausgleich.

Für einen signifikanten Anteil der Versicherten ist die Höhe des Beitragssatzes nicht mehr das alleinige Wechselmotiv, sondern auch Leistungsumfang und Leistungsqualität gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dies kann sich in der Nachfrage bestimmter Zusatzpolizen einer privaten Krankenzusatzversicherung ausdrücken. Eine Dummyvariable über den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung ist deshalb berücksichtigt worden.

Entscheidend dafür, inwieweit der Kassenwechsel die Risikomischung der Krankenkassen - unabhängig von den im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Merkmalen - verändert, ist, ob Morbiditäts- und/oder Inanspruchnahmeindikatoren die individuelle Kassenwechselentscheidung ursächlich beeinflussen. Um dies zu prüfen, wird in den Schätzungen die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (vgl. dazu Abschnitt 3) durch vier Dummy-Variablen berücksichtigt. Referenzgruppe sind Versicherte, die einen zufriedenstellenden Gesundheitszustand angegeben haben. In den Schätzungen wird auch berücksichtigt, ob eine amtlich attestierte Schwerbehinderung vorliegt. Als Indikatoren für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden die Anzahl ambulanter und stationärer Kontakte berücksichtigt. Für den ambulanten Bereich wurde zusätzlich die Anzahl der

Arztkontakte im letzten Quartal in die Schätzungen aufgenommen. Eine deskriptive Statistik der im Modell verwendeten Variablen zeigt Tabelle 4.⁸

5. Ergebnisse der ökonometrischen Modelle

Zunächst werden die Ergebnisse des gepoolten Logit-Modells⁹ für die Wahrscheinlichkeit eines Kassenwechsels für die Jahre 2000-2004 vorgelegt; anschließend werden anhand des multinomialen Logit-Modells Effekte diskutiert, die sich ergeben, wenn die Wechsler zusätzlich nach Erst- und Mehrfachwechslern unterschieden werden.¹⁰ Die Ergebnisse des abschließenden multinomialen Logit-Modells für die Jahre 2003/2004 werden vor allem daraufhin geprüft, ob Unterschiede vorliegen, die sich als Trends für die Konsequenzen der Maßnahmen des GKV-WSG interpretieren lassen.

Nach den deskriptiven Ergebnissen war zu erwarten, dass mit steigendem Alter insgesamt die Wahrscheinlichkeit, die Kasse zu wechseln, sinkt. Nach multivariater Kontrolle ist aber eine sinkende Bereitschaft nur in den höheren Altersgruppen signifikant vorhanden. Während das Geschlecht, der Ehestatus sowie Ein- bzw. Zweikinderhaushalte keinen Einfluss haben, ist die Wechselbereitschaft von Angehörigen von Mehrkinderhaushalten geringer; ein Effekt, der bereits in den Analysen 1999/2000 registriert wurde und mit den vergleichsweise hohen Transaktionskosten erklärt werden kann (Schwarze/Andersen 2001). Mit der Erwerbstätigkeit, mit steigendem Haushaltseinkommen, besserer Bildung und dem Abschluss einer privaten Zusatzversicherung steigt die Wechselneigung.

Von besonderer Bedeutung für das Wechselgeschehen insgesamt sind der Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Einschätzung des Gesundheitszustandes ist ambivalent. Denn Versicherte, die ihren Gesundheitszustand als „zufriedenstellend“ einschätzen, sind sowohl im Vergleich zu denen, die ihren Gesundheitszustand mit „sehr gut“ wie im Vergleich zu denen, die ihren Gesundheitszustand mit „weniger gut“ einschätzen, eher zu einem Kassenwechsel bereit. Die Inanspruchnahmeindikatoren verweisen auf einen differenzierteren Kontext. Während Versicherte, die regelmäßig zum Arzt gehen – dies lässt sich auch als Hinweis auf gesundheitsbewusstes Verhalten deuten – eher häufiger die Kasse wechseln, verringern häufige Arztkontakte und stationäre Aufenthalte die Wechselwahrscheinlichkeit. Diese Zusammenhänge zeigen, dass Kassenwechsler zumindest in der ersten Zeit nach dem Kassenwechsel vermutlich eher gute Risiken sind. Damit werden die Ergebnisse der Analyse von Risikoprofilen im Längsschnitt bestätigt, die ergeben haben, dass Wechsler unmittelbar nach dem Wechsel noch gute Risiken waren, dass dann allerdings ein Prozess der „Verdurchschnittlichung der Risikoprofile“ eingetreten ist (Andersen/Grabka 2006: 159f.).

Die Ergebnisse zu den Kassen bzw. Kassenarten sind immer in Relation zur AOK zu interpretieren. D.h. also, dass Mitglieder der Technikerkrankenkasse eher seltener, die

⁸ Weitere Indikatoren, die in den multivariaten Schätzungen Berücksichtigung finden, sind die Information ob eine Person freiwillig versichert ist, regionale Differenzierungen und neben dem kassenindividuellen Beitragssatz auch die Krankenkasse bzw. Kassenart.

⁹ Um im Hinblick auf das multinomiale geclusterte Logitmodell vergleichbare Koeffizienten zu schätzen, wurde das einfache Logitmodell als geclusterte Variante berechnet. Die sich ergebenden Koeffizienten weichen nur unwesentlich von einem random effects Logitmodell ab. Diese Ergebnisse stehen auf Nachfrage zur Verfügung.

¹⁰ Der Test auf Unabhängigkeit von irrelevanten Alternativen zeigt das Ergebnis, dass die Nullhypothese nicht abgelehnt werden kann. Aus dieser Sicht kann das multinomiale Logitmodell also verwendet werden.

Tabelle 5 Ergebnisse eines geclusterten Logit Modells für die Wahrscheinlichkeit eines Kassenwechsels 2000-2004

	Betas	Std. err. ¹
Alter in Jahren	-0.0115	0.0121
Alter in Jahren quadriert	-0.0004***	0.0001
Frauen	0.0242	0.0447
Verheiratet	0.0341	0.0540
Ein Kind im Haushalt	-0.0030	0.0585
Zwei Kinder	-0.0200	0.0741
Drei Kinder und mehr	-0.2309*	0.1283
Erwerbstätig	0.3701***	0.0644
Sozialhilfeempfänger	-0.2965	0.1992
Arbeitslos	-0.1368	0.0996
Schwerbehindert, amtlich	-0.1618	0.1025
Gesundheitszustand (RF: zufriedenstellend)		
Sehr gut	-0.1500**	0.0726
Gut	0.0195	0.0466
Weniger gut	-0.1726**	0.0803
Schlecht	-0.0844	0.1963
Quintile des Haushaltseinkommens (RF: 1. Quintil)		
2. Quintil	0.2572***	0.0660
3. Quintil	0.3579***	0.0703
4. Quintil	0.2350***	0.0758
5. Quintil	0.3163***	0.0823
Arztbesuch letztes Quartal	0.0795*	0.0455
Anzahl der Arztbesuche	-0.0170**	0.0079
Stationäre Behandlung	-0.1505**	0.0696
Hochschulreife	0.0545	0.0641
Lehre	0.2081***	0.0550
Hochschulabschluss	0.1972***	0.0721
Alte Bundesländer	-0.3966***	0.0550
Gemeindegrößenklassen (RF: < 2000 Einwohnern)		
2 – 5.000 Einwohner	0.0494	0.0774
5 – 20.000 Einwohner	0.0767	0.0871
20 – 50.000 Einwohner	-0.0719	0.0820
50 – 100.000 Einwohner	0.0775	0.1066
100 – 500.000 Einwohner	-0.0321	0.0808
500.000 und mehr	0.0478	0.0934
Freiwillig versichert	-0.1808***	0.0658
Private Zusatzversicherung	0.1628***	0.0634
Kassen / -arten (RF: AOK)		
TKK	-0.4218***	0.0982
Barmer	0.2268***	0.0687
DAK	0.2277***	0.0714
KKH	0.2954***	0.1008
BKK	0.5038***	0.0692
IKK	0.2094***	0.0804
GEK	-0.2695	0.1654
Knappschaft	-0.3652	0.2235
Sonstige	0.5639***	0.1458
Beitragsatz	-0.3214***	0.0407

Tabelle 5 Fortsetzung

	Betas	Std. err. ¹
Erhebungsjahr (RF: 1999)		
2000	0.0526	0.0575
2001	-0.2252***	0.0654
2002	0.1352**	0.0667
2003	0.4033***	0.0691
Konstante	2.0651***	0.6029
Nachrichtlich:		
Observationen	64992	
Log likelihood	-11624.683	
Wald chi ²	1750.45	
Pseudo R ²	0.0987	

¹ Robuste Standardfehler

Datenbasis: SOEP 1999-2004, Mitglieder der GKV, gepoolte Querschnitte.

* p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01.

Mitglieder der meisten anderen Kassen bzw. Kassenarten eher häufiger wechseln. Zu beachten bleiben die regionalen Unterschiede. Während die Gemeindegrößenklasse keine Rolle spielt, neigen die GKV-Mitglieder in den neuen Bundesländern signifikant stärker zu einem Wechsel. Dies könnte eine Folge der durchschnittlich kürzeren Kassenzugehörigkeit und damit mutmaßlich geringerer Kassenbindung im Osten sein.

Von zentraler Bedeutung ist selbstverständlich die Rolle des Beitragssatzes. Nun weist die Schätzung aus, dass die Wechselwahrscheinlichkeit mit höherem Beitragssatz der Kassen, aus denen die Mitglieder weggehen, signifikant sinkt. Dieses Ergebnis steht in fundamentalem Gegensatz zum Ergebnis der Schätzung 1999/2000. Denn die Schätzung damals hatte ergeben, dass eine Beitragssatzerhöhung um einen Prozentpunkt zu einer Erhöhung der Wechselhäufigkeit um 4.2 Prozentpunkte führt (Schwarze/Andersen 2001: 598).

Eine Erklärung für diesen, wie sich zeigen wird nur scheinbaren Widerspruch, wurde bereits in den Interpretationen der deskriptiven Befunde angedeutet. Denn es sind vor allem die Erstwechsler, die einen relativ hohen Beitragsgewinn erzielen und die vor allem aus beitragshöheren Kassen abwandern, während die Mehrfachwechsler deutlich geringere Vorteile erreichen und in 2003/2004 im Durchschnitt sogar Beitragsnachteile in Kauf nehmen. Eine Schätzung auf Basis eines multinomialen Logit-Modells, das nach Erst- und Mehrfachwechslern differenziert, müsste deshalb unterschiedliche Einflussrichtungen der Beitragssatzhöhe auf die Wechselbereitschaft ausweisen.

Wie die Ergebnisse der Tabelle 6 zeigen, wird diese Vermutung bestätigt. Denn die Wahrscheinlichkeit eines erstmaligen Wechsels steigt mit der Höhe des Beitragssatzes. Auch wenn nicht ausgewiesen wird, wohin die Erstwechsler gehen, kann aufgrund des durchschnittlichen Beitragsgewinns davon ausgegangen werden, dass der zu erwartende Beitragsvorteil das dominante Wechselmotiv ist. Dieser Vorteil kann aber nur realisiert werden, wenn der Beitragssatz der abgebenden Kasse vergleichsweise hoch ist.

Tabelle 6 Ergebnisse eines geclusterten multinomialen Logit Modells für die Wahrscheinlichkeit eines Kassenwechsels

	2000-2004				2003-2004			
	Erstwechsler		Mehrfachwechsler		Erstwechsler		Mehrfachwechsler	
	Betas	Std.err. ⁻¹	Betas	Std.err. ⁻¹	Betas	Std.err. ⁻¹	Betas	Std.err. ⁻¹
Alter in Jahren	-0,0169	0,0135	0,0084	0,0201	-0,0245	0,0191	0,0396	0,0277
Alter in Jahren quadriert	-0,0003*	0,0002	-0,0007***	0,0002	-0,0002	0,0002	-0,0011***	0,0003
Frauen	-0,0685	0,0472	0,1617**	0,0726	0,0479	0,0727	0,0758	0,0991
Verheiratet	0,0352	0,0586	0,0636	0,0869	0,1609*	0,0896	0,1139	0,1206
Ein Kind im Haushalt	0,0664	0,0647	-0,1352	0,0949	-0,0620	0,0980	-0,2137	0,1344
Zwei Kinder	-0,0076	0,0833	-0,0532	0,1173	-0,1497	0,1282	-0,2173	0,1638
Drei Kinder und mehr	-0,1100	0,1406	-0,4596**	0,2044	-0,0385	0,2071	-0,4891*	0,2768
Erwerbstätig	0,3433***	0,0738	0,4079***	0,1107	0,4156***	0,1070	0,3893**	0,1582
Sozialhilfeempfänger	-0,2871	0,2311	-0,3215	0,3841	-0,0274	0,3504	0,1514	0,5142
Arbeitslos	-0,1390	0,1154	-0,1329	0,1770	-0,1876	0,1687	-0,0062	0,2325
Schwerbehindert, amtlich	-0,2884**	0,1109	0,0852	0,1633	-0,3627**	0,1617	-0,2312	0,2411
Gesundheitszustand (RF: zufriedenstellend)								
Sehr gut	-0,0799	0,0845	-0,2545**	0,1217	-0,1879	0,1355	-0,2395	0,1637
Gut	0,0387	0,0553	0,0023	0,0734	-0,0317	0,0834	-0,0435	0,1041
Weniger gut	-0,1436	0,0936	-0,2153	0,1419	-0,1459	0,1313	-0,2165	0,1969
Schlecht	-0,2447	0,2228	0,2346	0,3109	-0,2248	0,3179	0,8397**	0,3875
Quintile des Haushaltseinkommens (RF: 1. Quintil)								
2. Quintil	0,2909***	0,0785	0,1848*	0,1110	0,3767***	0,1255	0,4515***	0,1692
3. Quintil	0,4168***	0,0822	0,2286**	0,1155	0,4560***	0,1285	0,2985*	0,1796
4. Quintil	0,3036***	0,0884	0,1038	0,1219	0,3523***	0,1359	0,2954	0,1829
5. Quintil	0,3659***	0,0957	0,1801	0,1288	0,3587**	0,1447	0,2703	0,1924
Arztbesuch letztes Quartal	0,0617	0,0556	0,1147	0,0750	0,0861	0,0841	0,1382	0,1044
Anzahl der Arztbesuche	-0,0135	0,0092	-0,0246*	0,0140	-0,0038	0,0119	-0,0296*	0,0160
Stationäre Behandlung	-0,1069	0,0836	-0,2152*	0,1161	-0,1484	0,1243	-0,2385	0,1732
Hochschulreife	0,1183*	0,0695	-0,0711	0,0961	0,0770	0,1083	-0,1718	0,1353
Lehre	0,1885***	0,0588	0,1860**	0,0911	0,1956**	0,0938	0,0666	0,1277
Hochschulabschluss	0,1245	0,0761	0,2711**	0,1092	0,1115	0,1161	0,3713**	0,1480**
Alte Bundesländer	-0,3025***	0,0595	-0,4844**	0,0872	-0,5467***	0,0931	-0,3231***	0,1211

Tabelle 6 Fortsetzung

	2000-2004				2003-2004			
	Erstwechsler		Mehrfachwechsler		Erstwechsler		Mehrfachwechsler	
	Betas	Std.err. ¹	Betas	Std.err. ¹	Betas	Std.err. ¹	Betas	Std.err. ¹
Gemeindegrößenklassen (RF: < 2000 Einwohner)								
2 – 5.000 Einwohner	-0,0236	0,0833	0,2007	0,1265	0,0100	0,1252	0,3321*	0,1779
5 – 20.000 Einwohner	0,1026	0,0911	0,0674	0,1425	0,1870	0,1398	0,1616	0,2038
20 – 50.000 Einwohner	0,0180	0,0849	-0,1735	0,1379	0,0585	0,1302	-0,0338	0,1968
50 – 100.000 Einwohner	0,0430	0,1150	0,1998	0,1640	-0,2246	0,1954	0,0953	0,2474
100 – 500.000 Einwohner	0,0578	0,0851	-0,1095	0,1297	0,0566	0,1319	0,0839	0,1889
500.000 und mehr	0,1341	0,0971	-0,1345	0,1525	-0,0348	0,1562	-0,0179	0,2094
Freiwillig versichert	-0,1874**	0,0759	-0,1534	0,1023	-0,1560	0,1116	-0,1068	0,1371
Private Zusatzversicherung	0,1039	0,0749	0,2065**	0,0945	0,0056	0,1128	0,2309*	0,1280
Kassen / -arten (RF: AOK)								
TKK	-0,0731	0,1236	-0,0122	0,1812	-0,2083	0,1960	-0,6379**	0,2879
Barmer	0,2270***	0,0709	0,0858	0,1847	0,2701**	0,1106	0,3409	0,2596
DAK	0,1243*	0,0749	0,4416**	0,1767	0,2350**	0,1174	0,8231***	0,2437
KKH	0,2676**	0,1072	0,4430*	0,2477	0,4331***	0,1596	0,8244***	0,3071
BKK	0,2617**	0,1039	1,1275***	0,1263	0,2511*	0,1441	1,0963***	0,1661
IKK	0,2508***	0,0923	0,6733***	0,1722	0,1014	0,1480	0,5473**	0,2508
GEK	-0,5790**	0,2375	0,7706***	0,2325	-0,8818**	0,4222	0,0344	0,4019
Knappschaft	0,0028	0,2874	-0,0391	0,3481	0,3533	0,4472	-0,2963	0,4857
Sonstige	0,5479***	0,1663	0,8847***	0,2773	-0,0780	0,3320	0,6037	0,4455
Beitragssatz	0,5218***	0,0639	-0,9904***	0,0562	0,5200***	0,0974	-0,8821***	0,0724
Erhebungsjahr (RF: 1999) ²								
2000	-0,0010	0,0739	0,1574	0,1050	-	-	-	-
2001	-0,4513***	0,0831	0,0054	0,1090	-	-	-	-
2002	-0,2848***	0,0833	0,3855***	0,1136	-	-	-	-
2003	-0,3381***	0,0955	0,9881***	0,1117	-0,0550	0,0799	0,5856***	0,0887
Konstante	-9,7981***	0,9365	9,2392***	0,8584	-9,9271***	1,4509	7,4459***	1,1574
Nachrichtlich:								
Observationen			64992				27514	
Log Pseudo likelihood			-13034,06				-5814,69	
Wald chi2			2971,13				1510,29	
Pseudo R ²			0,1348				0,1350	

¹ Robuste Standardfehler. / ² Bei 2. Modell bezogen auf die Jahre 2003-2004 ist die Referenzgruppe 2003 / * p < 0,1, ** p < 0,05, *** p < 0,01.
 Datenbasis: SOEP 1999-2004, Mitglieder der GKV, gepoolte Querschnitte.

Bei den Mehrfachwechslern dagegen ist der Wert für den Beitragssatz signifikant negativ. Die Wahrscheinlichkeit eines Mehrfachwechsels steigt also mit sinkendem Beitragssatz. Im Gegensatz zu den Erstwechslern sind allerdings weder die Richtung noch die Motive eindeutig. Denn da die Ergebnisse auf Herkunftskassen abstellen, dürfte es sich sowohl um die „Schnäppchenjäger“ handeln, also um Versicherte, die eine noch billigere Kasse suchen, aber auch um Versicherte, die „rückwechseln“ in eine Kasse mit zwar höherem Beitragssatz aber mit möglicherweise besserem Service, neuen Versorgungsangeboten oder besserer Qualität.¹¹ Ein Beispiel könnten die Einbußen bestimmter „virtueller Kassen“ sein, bei denen von zahlreichen Versicherten das Fehlen von Geschäftsstellen und damit der Mangel an persönlichen Kontakten moniert wurde. In diesem Zusammenhang ist auch der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung zu nennen. Während bei Erstwechslern das Vorhandensein einer privaten Zusatzversicherung keinen Einfluss auf den Kassenwechsel hat, zeigt sich bei Mehrfachwechslern ein positiv signifikanter Effekt. Dies kann als Wunsch nach einer umfassenderen Versorgung interpretiert werden.

Schon bei der Interpretation der Tabelle 3 wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere bei den Motiven der Mehrfachwechsler sich in den letzten Beobachtungsjahren Veränderungen ergeben haben könnten, die auf einen Wandel von Wechselprofilen und Wechselmotiven deuten könnten. Differenziert man die beiden Gruppen nach den einzelnen Merkmalen, dann ist bemerkenswert, dass die Wahrscheinlichkeit eines Mehrfachwechsels bei Frauen höher ist als bei Männern. Und plausibel ist, dass die Transaktionskosten für den Mehrfachwechsel in Haushalten mit drei und mehr Kindern besonders hoch sind und deshalb auch die Wahrscheinlichkeit eines mehrfachen Wechsels signifikant niedriger ist.

Die Differenzierung nach Wechslergruppen verändert auch die Einflussstrukturen der für die Risikoprofile relevanten Gesundheits- und Inanspruchnahmeindikatoren. Während für die Erstwechsler keines dieser Merkmale einen signifikanten Einfluss ausweist, sinkt bei Versicherten, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut einschätzen eher die Wahrscheinlichkeit zum mehrmaligen Wechsel. Da Mehrfachwechsler offenbar eine geringere Zahl von Arztkontakten und seltenere stationäre Aufenthalte zeigen, dürften sie im Vergleich zu Nicht-Wechslern und Erst-Wechslern zumindest in der ersten Zeit nach dem Wechsel die besseren Risiken sein.

Auch bei den Bildungs- und Einkommensmerkmalen zeigen die Daten Unterschiede zwischen Erst- und Mehrfachwechslern. Während bei Erstwechslern die Versicherten, die aus Haushalten oberhalb des untersten Quintil kommen, alle eine verstärkte Wechselwahrscheinlichkeit zeigen, sind bei den Mehrfachwechslern nur das zweite und dritte Quintil signifikant. Und während ein Hochschulabschluss keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Erstwechsels hat, gilt dies nicht für den Mehrfachwechsel; der Hochschulabschluss dürfte Tendenzen zum Mehrfachwechsel steigern. Für die regionalen Merkmale resultieren keine Veränderungen. Denn für beide Gruppen spielen Stadt-Land-Unterschiede keine Rolle und die Bewohner der neuen Bundesländer neigen stärker als die Westdeutschen sowohl zum Erst- wie zum Mehrfachwechsel.

Tabelle 6 zeigt auch die Ergebnisse der multinomialen Logit-Schätzung für die gepoolten Daten allein der Jahre 2003/2004. Ziel ist es hier vor allem zu fragen, ob sich die Einflussstrukturen von Erst- und Mehrfachwechslern in den beiden letzten Beobachtungsjahren

¹¹ Die weitere Differenzierung der Gruppe der Mehrfachwechsler ist aufgrund der geringen Fallzahlen problematisch. Geplant ist eine weitergehende Analyse auf Basis eines gepoolten Datensatzes der Jahre 1998 bis 2007.

in der Weise geändert haben, dass Trends für prognostische Aussagen über mutmaßliche Auswirkungen der Maßnahmen des GKV-WSG abgeleitet werden können. Aufmerksam in diesem Kontext machen vor allem zwei, möglicherweise relevante Veränderungen bei den signifikanten Merkmalen. Versicherte, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen, neigen verstärkt zum Mehrfachwechsel, während das Merkmal „stationärer Aufenthalt“ keinen Einfluss mehr hat. Dies könnte die Vermutung eines Trends stützen, dass zur Gruppe der Mehrfachwechsler zunehmend Personen gehören, die in Kassen wechseln, die zwar einen höheren Beitragssatz haben als die Herkunftskasse, die aber ein Angebotsprofil vorweisen, das eher den Präferenzprofilen entspricht, die stärker auf Morbiditäts- und Inanspruchnahmeindikatoren ausgelegt sind.

Abschließend soll kurz auf die Daten zu den Jahresdummys eingegangen werden. Referenz ist jeweils das Jahr 1999; in diesem Jahr gab es nur Erstwechsler. Der hochsignifikante Rückgang der generellen Wechselbereitschaft (Tabelle 5 für 2001) bezieht sich auf das Jahr 2002 in Tabelle 1 und wurde durch die Maßnahmen zur 18-Monatsfrist erklärt, während die gestiegene Wechselwahrscheinlichkeit im Wechseljahr 2002 in der Tabelle 1 in 2003 ausgewiesen wird. Werden dagegen die Wechslergruppen differenziert, zeigen sich die zwangsläufig zu erwartenden Veränderungen: Die Wahrscheinlichkeit des Erstwechsels sinkt in Referenz zu 1999 während die Wahrscheinlichkeit eines Mehrfachwechsels notwendig steigt.

6. Das GKV-WSG: Vom Kassenwechsel zur Kundenmobilität

Der einleitend skizzierte Paradigmenwechsel in ordnungspolitischer Perspektive, der vor allem mit dem GKV-WSG begründet wurde, resultiert aus dem Wechsel der vordringlichen Zielsetzungen der einzelnen Gesetzesvorhaben. Vordringliches Ziel des Gesundheitsstrukturgesetzes war die Aufhebung von Ungleichheiten, die durch die berufsständische Zuordnung entstanden; die freie Kassenwahl war die strukturelle Bedingung für diese Aufhebung. Im Fokus des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (sowie vorher schon des Gesundheitsreformgesetzes und des Modernisierungsgesetzes) dagegen stehen vor allem die Wünsche und Vorstellungen von Patienten und Versicherten, stehen die Möglichkeiten zu einer präferenzbasierten Produktentwicklung.

„Erfolgskriterium“ des GSG war auch keineswegs der „massenhafte“ Kassenwechsel. Darin wurde eher eine Gefahr von Verwerfungen in der Kassenlandschaft gesehen, trotz der zeitgleichen flankierenden Einführung des Risikostrukturausgleichs. Deshalb wurde auch zu Recht immer wieder hervorgehoben, dass dieses Gesetz einen „Wert an sich“ habe. Und auch die Aussage, dass eine „hinreichende Zahl von Versicherten die Kasse wechseln“ müsse, damit der Funktionsmechanismus der freien Kassenwahl funktioniere (Braun et al. 2008: 21) ist zumindest problematisch. Denn entscheidend ist die *Möglichkeit* der Wahl; sind hinreichende Bedingungen für die Funktionsfähigkeit eines potentiellen Markts. Selbstverständlich gab es Strategien, diese Funktionsfähigkeit zu beschränken. Aber es dürfte außerordentlich schwierig sein, eine Grenze zu bestimmen, ab der die freie Kassenwahl als Zeichen eines funktionierenden Wettbewerbs zu werten ist.

Für eine empirische Überprüfung der Frage, ob die geänderten Wettbewerbsbedingungen hinreichend geeignet sind, nach eigenen Vorstellungen und Wünschen die Formen der Absicherung des Krankheitsrisikos zu bestimmen, taugt nun der Mobilitätsmodus Kassenwechsel noch weniger. Denn mit den neuen Angeboten haben sich auch die Indikatoren

der Kundenmobilität grundlegend geändert. Neben (besser vielleicht: vor) dem Kassenwechsel muss künftig der Tarifwechsel als Indikator für die Kundenmobilität herangezogen werden. Dabei wird es zu den zentralen Fragen der empirischen Analysen der Folgewirkungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes gehören, wie sich die Zusammenhänge von Kassenwechsel und Tarifwechsel im Einzelnen gestalten. Im Fokus der Analyse stehen die unterschiedlichen Modi der Kundenmobilität wie Kassenwechsel ohne Tarifwechsel, Kassenwechsel mit Tarifwechsel oder Tarifwechsel ohne Kassenwechsel. Das empirische Analyseprogramm, das bisher nur für den Mobilitätsmodus Kassenwechsel angewandt wurde, wird nun für jeden Modus relevant. Und wenn man sich das Spektrum verpflichtender und optionaler Tarifangebote ansieht, dann gewinnt man einen Eindruck vom komplexen analytischen Aufwand.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass nach Einführung der umfassenden Tarifangebote im Zuge des GKV-WSG der Beitragssatz die (fast) singuläre Rolle im Erklärungskontext der Kundenmobilität einbüßen wird. Dies gilt analog für die nach Einführung des Gesundheitsfonds dann zu erwartenden pauschalen Ab- und Zuschläge. Dies bedeutet selbstverständlich keineswegs, dass der Beitragssatz bzw. die folgenden pauschalen Ab- und Zuschläge keine Bedeutung mehr als Anreize für die Kundenmobilität hätten. Entscheidend ist, dass monetäre Anreize zunehmend in den Kontext von tatsächlicher und erwarteter Morbidität, von aktueller und erwarteter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, von Service-, Komfort-, oder Qualitätsansprüchen eingebunden sind. Vor allem die Morbidität, die Morbiditätserfahrungen und die Morbiditätserwartungen werden bei Wahl und Wechsel der Absicherung des Krankheitsrisikos von primärer Bedeutung sein. Wenn bisher die Morbidität eine Rolle als Barriere für den Kassenwechsel spielte, etwa als „Risiko von Wechslersanktionen“, dann beruhte dies auf Irrtümern und Fehlinformationen der GKV-Regelungen (Braun et al. 2008).

Diese bisherige Dominanz von Beitragssatzdifferenzen als Wechselanreiz hat dazu geführt, dass empirische Untersuchungen die Barrieren eines Kassenwechsels zum zentralen Thema der empirischen Analysen gemacht haben. Zu den wichtigen Folgen des Paradigmenwechsels einer Empirie der Kundenmobilität zählt deshalb auch die veränderte Bedeutung von Wechselbarrieren bzw. von Transaktionskosten. So haben sich die Kassenbindung als „Garant kommunikativer und sozialer Sicherheit aufgrund der Kenntnis zuständiger Ansprechpartner“ (Braun et al. 2008: 47) und die Zufriedenheit mit Service oder Informationsangeboten der bisherigen Kasse als wesentliche Barrieren für einen Wechsel der Kasse erwiesen. Für einen Tarifwechsel innerhalb einer Kasse dürften sich diese bisherigen Barrieren eher als Motive und „Treibsatz“ für einen Wechsel der Absicherung des Krankheitsrisikos auswirken; wenn die entsprechenden Angebote von der Kasse auch vorliegen. Die kasseninterne Kundenmobilität durch einen Tarifwechsel wird durch Kassenloyalität und Kassenzufriedenheit gefördert, die Barrieren für die Kundenmobilität in Form des Kassenwechsels dürften eher noch größer werden. Und auch die Suchkosten dürften bei kasseninterner Mobilität deutlich niedriger ausfallen. Und da angesichts des zunehmend komplexer werdenden Angebots an Tarifen in der GKV die Suchkosten erheblich steigen dürften, könnte darin ein weiteres Argument für steigende kasseninterne Kundenmobilität liegen.

Analysen zur Kundenmobilität nach dem GKV-WSG werden umfassender und komplexer angelegt sein müssen (vgl. Andersen/Grabka 2007). Und die Forderung nach wissenschaftlichen, und d.h. vor allem nach öffentlichen und veröffentlichten und nicht auf kasseninterne Marktanalysen reduzierte empirische Analysen gründet stärker noch als bei den bisherigen Studien zum Kassenwechsel auf den latenten Risiken der Wettbewerbsfol-

gen.¹² Vor allem an umfassenden, evaluativ angelegten Studien besteht prinzipiell auch ein öffentliches Interesse. Hier lassen sich durchaus Parallelen mit den Zertifizierungsvorschriften der DMP-Programme ziehen (Wegscheider et al. 2006). Denn die Evaluation der verschiedenen Mobilitätsmodi dürfte einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung von Maßnahmen zu einer weiteren Stärkung von Versicherten- und Patientenorientierung haben.

7. Ausblick

Ziel dieser empirischen Analyse sollte es auch sein, prognostische Hinweise auf die möglichen Effekte der Maßnahmen des GKV-WSG abzuleiten. Dabei ist es durchaus reizvoll, auf die Situation zur Einführung der freien Kassenwahl vergleichend einzugehen. In bestimmter Hinsicht ähnelt die Situation durchaus jener zu Beginn der freien Kassenwahl, andererseits gibt es fundamentale Unterschiede. So gab es bei Einführung der freien Kassenwahl keine Erfahrungen zur Einschätzung des Wanderungspotentials, die man hätte übertragen können; man war auf mehr oder weniger begründete Spekulationen angewiesen. Und wären die meist genannten Prognosen eingetreten, hätte es zu erheblich größeren Wanderungsbewegungen kommen müssen als dann tatsächlich zu registrieren waren (vgl. dazu Andersen/Grabka: 2006). Die Preiselastizität wurde offenbar überschätzt, die Transaktionskosten unterschätzt. Die Situation heute ähnelt jener von 1996 insofern, als es ebenfalls kaum Erfahrungen mit den meisten der neuen Wahltarife gibt. Die Versicherten und Patienten können sich für Modalitäten der Absicherung des Krankheitsrisikos entscheiden, für die es bisher keine Angebote gab.¹³

Zu den fundamentalen Unterschieden gehört, dass zehn Jahre freie Kassenwahl auch zehn Jahre Erfahrung mit der Möglichkeit von Entscheidungen auf einem Handlungsfeld bedeuten, dass vorher kaum Spielraum für die Orientierung an den je eigenen Wünschen und Vorstellungen bot. Und in einer weiteren Hinsicht unterscheidet sich die Situation heute grundlegend. So beklagte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 1995 noch, dass es nur vereinzelt Befragungen gegeben habe, „die die Präferenzen der Versicherten untersucht haben“ (SVR 1995: Zi. 455-459). Heute liegen zahlreiche Befragungen vor; die Kundenpräferenzen der GKV sind in allen möglichen Facetten empirisch erfasst.

Auch wenn die Ergebnisse dieser Analysen zu den stated preferences selbstverständlich nicht bruchlos in Prognosen zur Kundenmobilität umgesetzt werden können, so bieten sie doch empirisch begründete Informationen, um das Mobilitätspotential auszuloten und um Strategien der Umsetzung zu entwickeln. Insgesamt dürfte die Annahme begründet sein, dass nicht nur das Wissen um die Möglichkeiten, eine Versicherung nach eigenen Wünschen und Vorstellungen zu wählen, erheblich gestiegen ist, sondern dass immer mehr Versicherte bewusste Entscheidungen treffen; dass sie darüber nachdenken, ob sie angesichts ihrer Morbidität, ihren Risikopräferenzen, ihren Vorstellungen über die gewünschte oder notwendige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einen Tarif wählen, der für sie der geeignete ist. Die zu Beginn der freien Kassenwahl von vielen Beobachtern geäußerte Furcht vor der Überforderung des „durchschnittlichen“ Versicherten dürfte trotz

¹² Hierbei dürfte dem Problem der Entsolidarisierung der Versichertengemeinschaft in der GKV vermehrt Bedeutung zukommen. Dies ist vor allem dann relevant, wenn es zu einer Risikoentmischung der Versichertenpopulation zwischen bestimmten Tarifen kommen sollte.

¹³ Selbstverständlich sind in diesem Fall Erfahrungen aus dem PKV-Bereich eher übertragbar; denn Tarifwechsel in der PKV gibt es, Kassenwechsel gibt es (fast) nicht.

des erheblich komplexer gewordenem Angebots heute kein gravierendes Problem mehr darstellen.

Die Erwartungen der zahlreichen Experten hinsichtlich der mutmaßlichen Auswirkungen des GKV-WSG auf die Stärkung des Wettbewerbs sind selbstverständlich unterschiedlich. Sie reichen von der Überzeugung, dass das gesamte Paket – Tarifangebot und Gesundheitsfonds – überhaupt keine wettbewerbsfördernden Effekte haben wird (Breyer 2007), über die vermutlich mehrheitlich vertretene Überzeugung, dass zumindest die neuen Tarifangebote den Wettbewerb zwischen den Kassen fördern werden bis zu der Überzeugung, dass der Gesundheitsfonds nicht nur das Potential zur wettbewerblichen Weiterentwicklung in sich trägt (Henke 2007; Richter 2007), sondern auch unmittelbar den Wettbewerb dadurch stärkt, dass die pauschalen Ab- und Zuschläge korrekte Preissignale an die Versicherten senden (Felder 2007).

Insbesondere die „korrekten Preissignale“ dürften für jenen Typus Mehrfachwechsler, der bereits jetzt bei auch nur marginalen Beitragssatzvorteilen die Kasse wechselt, unmittelbar Anlass für Mobilität sein. Und jener mobile Typus, der schon jetzt Beitragssatznachteile in Kauf nimmt, um besseren Service oder mehr vertragliche Leistungen zu erreichen, wird bei einem differenzierteren Angebot vermutlich noch eher die Modalitäten der Absicherung des Krankheitsrisikos wechseln. Vor allem aber die sich abzeichnenden Tendenzen, dass zunehmend auch ältere Versicherte und Versicherte mit eher schlechterem Gesundheitszustand und höherer Inanspruchnahme Wechselbereitschaft zeigen, lässt vermuten, dass Tarife, die sich an bestimmten Veränderungen des Versorgungsangebots orientieren, zunehmend das Interesse dieser Klientel gewinnen werden.

Kurzfristig wird es keine massiven Bewegungen zwischen den Tarifen geben. So warnen z.B. Verbraucherorganisationen angesichts der Bindungsfristen vor einem Tarifwechsel, solange nicht die Pauschalen, die mit dem Gesundheitsfonds kommen werden, feststehen. Mittelfristig und langfristig allerdings dürfte – das legen die Ergebnisse der Befragungen zu den Präferenzen der GKV-Versicherten und die Analysen zum Mobilitätspotential nahe – die zu erwartende Kundenmobilität ein wesentlich höheres Niveau erreichen als es die Quoten des Kassenwechsels zur Zeit ausweisen.

Literatur

- Andersen, H.H., J. Schwarze (1999), Kassenwahlentscheidungen in der GKV – Eine empirische Analyse. *Arbeit und Sozialpolitik* 5-6: 10-23.
- Andersen, H.H., M.M. Grabka (2006), Kassenwechsel in der GKV 1997-2004. Profile – Trends – Perspektiven. S. 145-189 in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.), *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. St. Augustin.
- Andersen, H.H., M.M. Grabka (2007), Vom Kassenwechsel zur Kundenmobilität. S. 233-254 in: H. Adam, C. Behrens, D. Göppfarth, B. Jochimsen (Hrsg.), *Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie. Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke*. Baden-Baden.
- Braun, B., S. Greß, H. Rothgang, J. Wasem (Hrsg.) (2008), *Einfluss nehmen oder aussteigen. Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Forschung Haus Böckler Stiftung. Berlin
- Breyer, F. (2007), Löst der Gesundheitsfonds die Finanzierungsprobleme der GKV? S. 27-43 in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.), *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds*. St. Augustin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): *Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005*. Berlin.

- Felder, S. (2007), Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb. S. 215-230 in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds. St. Augustin.
- Greene, W.H. (2003): *Econometric Analysis*. Fifth Edition, Upper Saddle River.
- Henke, K.-D. (2007), Der Gesundheitsfonds: Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument. S. 45-69 in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds. St. Augustin.
- Lüngen, M., K.W. Lauterbach (2007), Wettbewerb im Gesundheitswesen. S. 279-283 in: V. Ulrich, W. Ried (Hrsg.), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden.
- Reiners, H. (2006), Der „Lahnstein-Mythos“: Die schwere Geburt des RSA. S. 13-34 in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. St. Augustin.
- Richter, W.F. (2007), Der Gesundheitsfonds als Kernstück einer Reform. S. 71-95 in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds. St. Augustin.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten. Baden-Baden.
- Schwarze, J., H.H. Andersen (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? *Schmollers Jahrbuch* 121: 581-602.
- Wagner, G.G., J.R. Frick, J. Schupp (2007), The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) – Scope, Evolution and Enhancements. *Schmollers Jahrbuch* 127(1): 139-169.
- Wegscheider, K., C. Romes, C. Gawlik (2006), Evaluation von Disease Management Programmen in Deutschland. S. 261-278 in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. St. Augustin.

Dr. Hanfried H. Andersen, Technische Universität Berlin, Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin, Germany.
E-Mail: h.andersen@finance.wv.tu-berlin.de

Dr. Markus M. Grabka, DIW Berlin / SOEP, Mohrenstraße 58, 10117 Berlin, Germany.
E-Mail: mgrabka@diw.de

Prof. Johannes Schwarze, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Fakultät für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insb. Empirische Mikroökonomik, 96045 Bamberg, Germany. DIW Berlin und IZA Bonn
E-Mail: johannes.schwarze@uni-bamberg.de

Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen

Double-sided Competition for the German Health Care Market

Von Axel Börsch-Supan, Mannheim*

JEL I11, I12, I18

Health care markets, efficiency of health care provision, competition in health care provision.

Summary

Germany spends more than 11% of GDP on health care – after the US and Switzerland the third most expensive system in the world. At the same time, healthy life expectancy is just about average among the OECD countries. This indicates that the German health care system suffers from inefficiency. Other OECD countries, notably Sweden, achieve much higher healthy life expectancies at considerably lower costs.

This paper addresses how the efficiency of the German health care system should be improved upon. Our central argument departs from the well-known observation that information about efficient health care procedures and technologies is asymmetric: insurances know better than consumers which doctors and hospital deliver high quality at lower prices. Hence, the role of health insurances as information mediators between consumers and providers is crucial. Thus, on the one hand, health insurances should gain more market power in the provider market, in which insurance companies pay the services of doctors and hospitals, in order to control costs. On the other hand, however, this increased market power in the provider market needs to be counter-balanced by more competition in the insurance market, in which consumers purchase insurance policies. This requires free choice of consumers among insurance contracts with different prices.

1. Einleitung

Deutschlands Gesundheitswesen ist zunächst einmal Anlass zur Zufriedenheit. Seit 1950 ist die Lebenserwartung um mehr als 10 Jahre, die so genannte „aktive Lebenserwartung“, d.h. die Zeit, in der keine Behinderungen vorliegen, sogar noch etwas mehr angestiegen.¹ Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern ist kein Mensch in Deutschland vom Zugang zum Gesundheitssystem ausgeschlossen. Zwar ist auch in Deutschland ein Unterschied im Gesundheitszustand zwischen Arm und Reich festzustellen, und er ist größer als z.B. in Skandinavien, aber er ist deutlich geringer als z.B. in den südlichen EU-Mitgliedsstaaten.²

* Dem Herausgeber und einem anonymen Gutachter danke ich für wertvolle Hinweise. Dank gilt ferner der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dem Land Baden-Württemberg, dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) und dem U.S. National Institute on Aging (NIA) für die finanzielle Unterstützung des MEA.

¹ Oxley et al. (2000).

² Avendano et al., based on SHARE 2005

Dennoch ist das Gesundheitswesen in Deutschland ein Dauerbrenner im Reformstreit. Anlass dazu sind vor allem die hohen Kosten. Es ist, gemessen am Anteil des Bruttoinlandsprodukts, neben der Schweiz das mit Abstand kostspieligste Gesundheitssystem Europas und wird weltweit nur von den Vereinigten Staaten übertroffen.

In der Diskussion wird jedoch oft vernachlässigt, dass auch die Leistungen des deutschen Gesundheitssystems keinen Anlass zur Zufriedenheit bieten. Das deutsche Gesundheitswesen leistet im internationalen Vergleich zwar gute Arbeit, bringt jedoch keineswegs Spitzenleistungen hervor. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt im unteren Drittel der großen Industriestaaten und ist seit 1990 langsamer gestiegen als sowohl im OECD als auch im EU-Durchschnitt.

Ein Gesundheitswesen, das Spitzenkosten verursacht, aber keine Spitzenleistungen hervorbringt, ist ineffizient gegenüber Gesundheitssystemen, die die gleichen Leistungen wie in Deutschland mit einem niedrigeren Kostenaufwand erbringen (gemessen an der Lebenserwartung z.B. die Niederlande), mit dem gleichem Kostenaufwand wie in Deutschland bessere Leistungen schaffen (z.B. die Schweiz), oder gar höhere Leistungen als in Deutschland bei niedrigeren Kosten zu erbringen (z.B. Schweden).

Seit 1980 hat es mehrere Gesundheitsreformen gegeben, die sich vor allem auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung konzentriert haben. Nach wie vor fehlt es im Gesundheitswesen jedoch an Reformen, die dieses grundlegende Effizienzproblem angehen.

Dieser Beitrag stellt eine Stärkung des Wettbewerbs in den Vordergrund, um das Gesundheitswesen effizienter zu machen. Dabei konzentrieren wir uns auf den doppelseitigen Vertragswettbewerb, bei dem die Krankenversicherungen im Mittelpunkt stehen: zum einen schließen die Haushalte langfristige Versicherungsverträge mit den Krankenversicherungen; zum anderen regeln direkt und indirekt Verträge das Verhältnis zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern. Kernthese dieses Beitrages ist, dass eine kluge Ausgestaltung dieses doppelseitigen Vertragswettbewerbs den Schlüssel zu einer höheren Effizienz des Gesundheitswesens darstellt.

Der Beitrag beschäftigt sich nur insoweit mit der viel diskutierten Finanzierungsfrage, als diese in einem engen Zusammenhang mit einem funktionierenden Wettbewerb besteht. Ausgeklammert werden auch Fragen der Versicherungspflicht, des Leistungskatalogs und der grundsätzlichen Überlegung, mehr Kapitaldeckung in der Krankenversicherung einzuführen.

Der Beitrag ist wie folgt gegliedert: Abschnitt 2 stellt die Ausgangslage – Spitzenkosten ohne Spitzenleistungen – detailliert dar. Abschnitt 3 beschäftigt sich mit der Markt- und Vertragsstruktur im Gesundheitswesen. Die wesentliche Einsicht ist, dass die Versicherungen nicht nur dafür gebraucht werden, Versicherungsdienstleistungen bereitzustellen, sondern auch als „Agenten“ der Patienten in den Verhandlungen mit den Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen dienen müssen. Abschnitt 4 ist dem Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Finanzierungsmodus gewidmet. Die wesentliche Einsicht ist, dass auf dem Versicherungsmarkt sowohl auf der Verkäufer- als auch auf der Käuferseite Wettbewerb herrschen muss. Dieser doppelseitige Wettbewerb soll es ermöglichen, dass die Versicherungen ihre Verhandlungsmacht im Interesse der Patienten ausspielen können und dass gleichzeitig die Versicherungsdienstleistungen effizient erbracht werden. Abschnitt 5 beinhaltet einen kurzen Exkurs zu Umverteilung und Anreizmechanismen im Gesundheitswesen. Abschnitt 6 geht auf wichtige Details in den Verhandlungsme-

chanismen zwischen Versicherungen und den Erbringern medizinischer Leistungen ein. Abschnitt 7 fasst zusammen.

2. Kosten und Leistungen des deutschen Gesundheitswesens

Die Kosten eines Gesundheitswesens werden international vergleichend von der OECD gemessen. Zwar gibt es einige Abgrenzungsschwierigkeiten, was zum Gesundheitssektor gehört und was nicht (vor allem im „Wellness-Bereich“), im Großen und Ganzen sind diese Zahlen jedoch unumstritten. Sie zeigen, auch in modifizierten Abgrenzungsvarianten, dass Deutschland, gemessen am Anteil des Bruttoinlandsprodukts, neben der Schweiz das mit Abstand kostspieligste Gesundheitssystem Europas hat. Es wird weltweit nur von den Vereinigten Staaten übertroffen (Tabelle 1).

Die Leistungsseite eines Gesundheitssystems ist sehr viel schwerer zu erfassen. Auf sehr hoch aggregierter Ebene ist die so genannte „gesunde Lebenserwartung“, also die Zeitspanne bis zum Eintritt einer das normale Leben beeinträchtigenden Behinderung, die etablierteste Maßzahl für internationale Vergleiche. Sie liegt für Deutschland im unteren

Tabelle 1 Leistungen und Kosten im internationalen Vergleich

	Gesunde Lebens- erwartung bei Alter 60 (WHO)	Lebens- erwartung bei Geburt (OECD)	Gesundheits- ausgaben pro Kopf (EuroPPP) (OECD)	Gesundheits- ausgaben pro Kopf (D=100)	Gesundheits- ausgaben in %BIP (OECD)
Japan	18,90	81,8	2701,42	73,91	7,9
Schweiz	18,16	80,4	4872,06	133,30	11,5
Frankreich	17,57	79,4	3445,92	94,28	10,1
Schweden	17,49	80,2	3269,21	89,44	9,4
Island	17,16	80,7	3698,29	101,18	10,5
Österreich	17,12	78,6	2740,21	74,97	7,5
Italien	16,85	79,9	2668,28	73,00	8,4
Norwegen	16,76	79,5	4614,15	126,24	10,3
Spanien	16,73	80,5	2278,03	62,32	7,7
Luxemburg	16,70	78,2	3959,20	108,32	6,9
Finnland	16,63	78,5	2511,20	68,70	7,4
Kanada	16,63	79,7	3527,36	96,51	9,9
Griechenland	16,40	78,1	2431,04	66,51	9,9
Deutschland	16,35	78,4	3655,09	100,00	11,1
Belgien	16,33	78,1	3477,76	95,15	9,6
Niederlande	16,18	78,6	3526,48	96,48	9,8
Dänemark	16,10	77,2	3322,97	90,91	9,0
Grossbritannien	15,91	78,5	2833,79	77,53	7,7
USA	15,73	77,2	6764,73	185,08	15,0
Irland	15,02	77,8	2479,45	67,84	7,4
Portugal	14,78	77,3	2135,81	58,43	9,6
Tschechien	14,37	75,3	1489,74	40,76	7,5
Polen	13,27	74,7	886,72	24,26	6,5
Ungarn	12,41	72,4	1444,41	39,52	8,4

Quellen: OECD Health Data 2006 (Stand 2003), WHO Burden of Disease 2006 (Stand 2002)

Drittel der großen Industriestaaten und ist seit 1990 langsamer gestiegen als sowohl im OECD als auch im EU-Durchschnitt (Tabelle 1).

Der Vergleich von Kosten und Leistungen in Tabelle 1 quantifiziert, was wir mit „Ineffizienz“ des deutschen Gesundheitssystems bezeichnen. Es gibt Länder mit Gesundheitssystemen, die die gleichen Leistungen wie in Deutschland, aber mit einem niedrigeren Kostenaufwand erbringen (gemessen an der Lebenserwartung z.B. die Niederlande). Es gibt auch Länder, deren Gesundheitssysteme mit dem gleichen Kostenaufwand wie in Deutschland bessere Leistungen schaffen (z.B. die Schweiz). Besonders eindrucksvoll sind Länder, deren Gesundheitssysteme in der Lage sind, höhere Leistungen als in Deutschland zu erbringen und dennoch mit niedrigeren Kosten auskommen (z.B. Schweden).

Disaggregierte Leistungs- und Kostenmessung

Gegen diese hoch aggregierten Leistungszahlen mag man einwenden, dass sie auch Ausdruck von Verhalten widerspiegeln, das wenig mit dem Gesundheitssystem im engeren Sinne zu tun hat, z.B. Rauchen und Essgewohnheiten. Im Folgenden untersuchen wir daher krankheitsspezifische Mortalitätsraten, die vielleicht am ehesten die medizinische Leistung eines Gesundheitssystems messen.³ Dabei wenden wir das wirtschaftswissenschaftliche Konzept der Produktivitätsmessung konsequent auf das Gesundheitswesen an.

Das Gesundheitssystem wird wie ein Produktionsvorgang betrachtet, der aus kranken Menschen gesunde macht und dafür Personal (Ärzte, Krankenschwestern), Kapital (Krankenhäuser und ihre Apparate) und Materialien (Medikamente, Heilmittel) einsetzt. Die betriebswirtschaftlich ausgerichteten Studien gehen weit ins Detail und modellieren für jede Krankheit die ärztliche Behandlung wie für einen industriellen Produktionsprozess. Die ärztliche Behandlung umfasst dabei stationäre wie ambulante Leistungen, sowie akute und nachsorgeterische Pflege. Es wird berücksichtigt, welche Behandlungsvariante wie oft praktiziert werden und welcher Behandlungsaufwand in jedem Einzelschritt entsteht.

Während die Messung der Inputs so vergleichsweise einfach gut strukturiert werden kann, ist die Messung des Outputs schwieriger. Wir messen die Leistung daher getrennt für einzelne Krankheiten, da so der Erfolg der Behandlung einfacher zu quantifizieren ist. Bei unmittelbar lebensbedrohenden Krankheiten (z.B. Brust- oder Lungenkrebs, Herzinfarkt) werden typischerweise die Überlebensjahre nach dem ärztlichen Eingriff als Outputmaß verwendet. Bei Krankheiten, die nicht unmittelbar lebensbedrohend sind (z.B. Diabetes oder Gallensteinentfernung) können die Überlebensjahre mit der Lebensqualität bewertet werden, für die es eine international anerkannte Skala gibt (QALY). Zusätzlich geht ein, wie hoch die Überlebens- und Komplikationsraten sind, und wie lange die Genesungsphasen dauern.

McKinsey Studie „Health Care Productivity“

McKinsey und Co. hat in den Jahren zwischen 1993 und 1996 eine groß angelegte Studie durchgeführt, die die Behandlung von vier Krankheiten (Brust- oder Lungenkrebs, Diabetes und Gallensteinentfernung) in Deutschland, Großbritannien und den USA verglichen hat. Die Daten beziehen sich auf die Zeit etwa zwischen 1985 und 1990, sind aber aktueller als man denken mag. Auf die in der Zwischenzeit eingetretenen Veränderungen gehen wir im nächsten Abschnitt ein – sie sind erfreulich, aber ernüchternd gering.

³ Vgl. den Literaturüberblick in Wolf (2002).