

Das deutsche und Schweizer Krankenversicherungssystem: Kosten, Leistungen und Anreizwirkungen aus Sicht der Versicherten

Von Martin Eling und
Thomas Parnitzke, St. Gallen*

Inhaltsübersicht

1. Einleitung
2. Das deutsche Krankenversicherungssystem
 - 2.1. Leistungskatalog
 - 2.2. Kosten
3. Das Schweizer Krankenversicherungssystem
 - 3.1. Leistungskatalog
 - 3.2. Kosten
4. Vergleich der Anreizwirkungen aus Sicht der Versicherten
 - 4.1. Problematik des Moral Hazard
 - 4.2. Problematik der Adversen Selektion
 - 4.3. Gegenüberstellung und Gesamturteil
5. Fazit

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem weist grundsätzlich einen hohen Versorgungsstandard auf, gilt jedoch auch als kostenintensiv.¹ Für die hohen Kosten gibt es sowohl exogene als auch endogene Ursachen. Eine exogene Ursache ist zum Beispiel der medizinisch-technische Fortschritt, da moderne Behandlungsmethoden zumeist mit hohen Kosten verbunden sind.² Ein weiteres Problem besteht darin, dass der Anteil von alten nicht berufstätigen

* Dr. Martin Eling und Dipl.-Kfm. Thomas Parnitzke, Universität St. Gallen, Institut für Versicherungswirtschaft, Kirchlistrasse 2, CH – 9010 St. Gallen. Wir danken Nadine Gatzert, Matthias Heer und Hato Schmeiser für wertvolle Hinweise und Korrekturen. Des Weiteren danken wir den anonymen Gutachtern sowie den Editoren.

¹ Vgl. zum Beispiel *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2005), S. 21, *Beske, F./Drabinski, T./Golbach, U.* (2005), S. 5 oder *Werblow, A.* (2002), S. 427.

² Vgl. *Farhauer, O./Borchhardt, K./Stargardt, T.* (2004), S. 349, *Heiss, W.* (2004), S. 616 und *Dibbern, G.* (2004), S. 640.

Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt, wobei diese Gruppe gleichzeitig einen großen Teil der Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nimmt.³ Dies führt zu einem zunehmenden Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben in der Krankenversicherung. Der beschriebene Effekt wird in Deutschland durch die hohe Arbeitslosigkeit und die damit verbundene sinkende Anzahl der Beitragszahler verstärkt. Angesichts dieser exogenen Entwicklungen sind in den kommenden Jahren steigende Beitragsätze bei gleichzeitig sinkendem Leistungsniveau zu erwarten.⁴

Jedoch gibt es für die Kostenproblematik in Deutschland auch eine Vielzahl endogener Ursachen, die durch Fehlsteuerungen im Krankenversicherungssystem bewirkt werden. Die geringe Kostenbeteiligung und das Sachleistungsprinzip führen in Deutschland dazu, dass es für den einzelnen Versicherungsnehmer kaum Anreize gibt, sich bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen kostenbewusst zu verhalten.⁵ Wir wollen hierzu die zugrunde liegende Moral Hazard Problematik aufzeigen. Weiterhin können sich Personen in Deutschland ab einer bestimmten Einkommenshöhe von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreien. Wie wir im Folgenden zeigen möchten, hat dies Effekte der Adversen Selektion zur Folge.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen exogenen und endogenen Probleme wird über Veränderungen der Finanzierungsstruktur und des Leistungsumfangs im deutschen Krankenversicherungssystem intensiv diskutiert.⁶ Als ein Vorbild für das deutsche Gesundheitswesen wird häufig die Schweiz genannt.⁷ Das Schweizer Gesundheitssystem wurde bereits in den 1990er-Jahren grundlegend neu geordnet. Aufgrund der obligatorischen Krankenversicherungspflicht wird für die gesamte Bevölkerung eine gesetzlich geregelte Grundversorgung gewährleistet. Wer darüber hinaus Leistungen in Anspruch nehmen will, muss sich zusätzlich versichern. Der Staat beaufsichtigt nur noch, ob die Wettbewerber auf dem Gesundheitsmarkt einen Mindeststandard erbringen.

Dieser Beitrag geht insbesondere zwei Fragen nach: Durch welche Merkmale zeichnen sich das deutsche und Schweizer Krankenversicherungssystem aus? Und was sind aus anreiztheoretischer Sicht die Unterschiede zwi-

³ Vgl. *Rodrig, S. / Wiesemann, H.-O.* (2004), S. 17–46, *Dibbern, G.* (2004), S. 640–641 und *Hagist, C. / Raffelhüschen, B.* (2004), S. 190.

⁴ Vgl. *Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Greiner, W.* (2000), S. 191–192, *Farhauer, O. / Borchardt, K. / Stargardt, T.* (2004), S. 349, *Nickel, A.* (2005), S. 962 und *Pimpertz, J.* (2002), S. 19.

⁵ Vgl. *Giesen, R.* (2004), S. 558 und *Oberender, A.* (1996), S. 111.

⁶ Vgl. etwa *Anlauf, M.* (2001), S. 1, *Klose, J. / Schellschmidt, H.* (2001), S. 7, *Wille, E. / Igel, C.* (2002), S. 13, *Schulze Ehring, F.* (2004), S. 7, *Beske, F. / Drabinski, T. / Golbach, U.* (2005), S. 5, *Nickel, A.* (2005), S. 962.

⁷ Vgl. *Greif, S. / Kocher, R. / Wasem, J.* (2004), S. 59, *Werblow, A.* (2002), S. 427–436, *Germis, C.* (2003), S. 84–85, *Flintrop, J.* (2003), S. 450–455, *Spycher, S.* (2004), S. 19–26.

schen beiden Systemen? Zur Beantwortung dieser beiden Fragen werden wir die Krankenversicherungssysteme in Deutschland und der Schweiz unter Anreizgesichtspunkten miteinander vergleichen. Wir argumentieren auf informationsökonomischer Basis und nehmen eine Beurteilung der Moral Hazard- und Adversen Selektions-Effekte in beiden Systemen vor. Dabei zeigen sich besonders deutliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Anreize für die Versicherten. Von daher legen wir einen Schwerpunkt auf die Perspektive der Versicherungsnehmer. Weitere anreiztheoretische Beziehungen, etwa zwischen Arzt und Krankenkasse, werden dagegen weitgehend aus der Betrachtung ausgeschlossen.

Der vorliegende Beitrag ist wie folgt gegliedert: In Abschnitt 2 werden die wichtigsten Elemente des Leistungskatalogs und die Kostenstruktur der deutschen Krankenversicherung dargestellt. Eine analoge Betrachtung für die Schweizer Krankenversicherung findet sich in Abschnitt 3. In Abschnitt 4 folgt eine vergleichende Analyse beider Systeme unter besonderer Berücksichtigung der Anreizwirkungen aus Sicht der Versicherten. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse in Abschnitt 5.

2. Das deutsche Krankenversicherungssystem

In Deutschland existiert ein zweigeteiltes Krankenversicherungssystem, das die gesetzliche (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) unterscheidet. Für die folgende Darstellung werden jedoch nur die Kosten und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt, um eine Vergleichbarkeit zur Schweizer Grundversorgung zu gewährleisten.

2.1. Leistungskatalog

Die Hauptbestandteile des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sind Sach- bzw. Gesundheitsleistungen. Den kleineren Anteil machen Geldleistungen wie das Kranken- oder das Mutterschaftsgeld aus. Die Zusammensetzung dieser Leistungen soll im Folgenden näher beschrieben werden.⁸

Im Bereich der Sach- bzw. Gesundheitsleistungen haben Versicherte in Deutschland einen Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, sofern diese durch einen von den Krankenkassen zugelassenen Arzt erbracht werden. In diesem Zusammenhang besteht zumeist ein freier Zugang zu Fachärzten sowie eine freie Krankenhauswahl. Weitere Leistungen des

⁸ Vgl. zum Leistungskatalog der deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen *Bundesministerium für Gesundheit* (2006a), *Beske, F./Drabinski, T.* (2005), S. 42–49 und *Busse, R./Riesberg, A.* (2004), S. 91–160.

deutschen Krankenversicherungssystem sind die Bezahlung von erstattungsfähigen Arznei- und Heilmitteln sowie die Erstattung der Kosten von Rettungs- und Krankentransporten. Für diese Leistungen muss der Versicherte gemäß dem Sachleistungsprinzip in der Regel nicht direkt bezahlen, denn die zugehörigen Kosten werden zwischen dem Leistungserbringer (zum Beispiel dem Arzt oder der Apotheke) und der Krankenkasse des Versicherten abgerechnet.

Zu den Geldleistungen gehört die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Demnach besteht ein Anspruch auf Lohnfortzahlung von bis zu sechs Wochen im Jahr je Krankheitsfall, der durch den Arbeitgeber getragen wird. Ab der siebten Woche erhalten erwerbstätige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung Krankengeld. Kein Krankengeld erhalten dagegen Rentner und beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige. Das Krankengeld beläuft sich auf 70% des Arbeitslohns bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 42'750 €, ist aber begrenzt auf maximal 90% des aus dem Arbeitslohn resultierenden Nettoeinkommens.⁹ Krankengeld wird in einem Zeitraum von drei Jahren maximal für anderthalb Jahre für dieselbe Krankheit gewährt. Für die Pflege eines erkrankten Kindes unter 12 Jahren wird für einen bestimmten Zeitraum (von 10 bis 50 Tagen pro Jahr) ebenfalls ein Krankentagegeld bezahlt. Mutterschaftsgeld wird in Höhe von 100% des letzten Netto-Arbeitsentgelts während des Mutterschutzes, also in einem Zeitraum von 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt, gewährt. Das Mutterschaftsgeld als Lohnersatzleistung wird dabei von der Krankenkasse (13 €/Arbeitstag) und der darüber liegende Teil des Nettoentgeltes vom Arbeitgeber aufgebracht.

2.2. Kosten

Die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung sind in Deutschland an das Einkommen des Versicherten gekoppelt. Die Beiträge belaufen sich dabei auf 12 bis 16% des sozialversicherungspflichtigen Bruttoeinkommens (im Jahr 2005 durchschnittlich 14,2%¹⁰). Diese Kosten werden grundsätzlich zur Hälfte vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber getragen.¹¹ Die Obergrenze für die Versicherungspflicht in der GKV liegt im Jahr 2006 bei einem Bruttoarbeitseinkommen von 47'250 € (Jahresentgeltgrenze). Die Beiträge werden dabei jedoch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von

⁹ Alle Angaben: Stand April 2006.

¹⁰ Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit* (2006b).

¹¹ Ab dem 01. 07. 2005 wurde der Krankenkassenbeitrag, der hälftig von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu tragen ist, um 0,9 Prozentpunkte gesenkt. Gleichzeitig wurde ein Anteil von 0,9%, der allein vom Arbeitnehmer getragen werden muss, eingeführt. Folglich wurde das Prinzip der paritätischen Finanzierung etwas zu Gunsten der Arbeitgeber verschoben.

42'750 €¹² erhoben. Bei Überschreitung der Jahresentgeltgrenze ist es dem Arbeitnehmer freigestellt, ob er sich weiterhin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern will, oder ob er sich privat versichern möchte. Die Prämien der privaten Versicherungen hängen im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung von verschiedenen Risikofaktoren wie dem Alter oder dem Gesundheitszustand ab. Durch einen Wechsel zu einer privaten Krankenkasse kann ein junger und gesunder Arbeitnehmer einen Großteil der Beiträge einsparen. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung die Beiträge im Verlauf seines Lebens risikoabhängig ansteigen können und Familienmitglieder separat versichert werden müssen.

Zur Verringerung der Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung und somit zur Senkung der allgemeinen Lohnnebenkosten wurden in den vergangenen Jahren vermehrt Zuzahlungen eingeführt. Pro Quartal ist zum Beispiel eine Praxisgebühr in Höhe von 10 € für den ersten Besuch bei einem Arzt zu zahlen. Die Praxisgebühr muss nicht entrichtet werden, wenn die Arztkonsultation aufgrund einer Überweisung erfolgt. Die Anzahl der Arztbesuche mit Überweisung ist dabei unerheblich. Ausgenommen hiervon sind Besuche bei Zahnärzten. Unabhängig von der beschriebenen Überweisungsregel müssen hier gesondert 10 € für die erste Konsultation pro Quartal entrichtet werden. Die Praxisgebühr wird nicht für Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Maßnahmen der Schwangerenvorsorge und Schutzimpfungen erhoben. Eine Befreiung von der Praxisgebühr kann erfolgen, wenn sich der Versicherte für ein von einigen Krankenkassen angebotenes Hausarztmodell entscheidet. In diesen Fällen muss der Versicherte bei Krankheit immer zuerst einen festgelegten Hausarzt aufsuchen und sich gegebenenfalls von dort zu den entsprechenden Fachärzten überweisen lassen.

Für Arznei- und Heilmittel sowie für Kranken- und Rettungstransporte werden ebenfalls Zuzahlungen fällig. Diese belaufen sich auf 10% der entstandenen Kosten. Es sind dabei mindestens 5 €, höchstens jedoch 10 € zu bezahlen. Die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden nicht mehr von den Krankenkassen getragen. Die Zuzahlungen bei Aufenthalt in Krankenhäusern und bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen belaufen sich auf 10 € je Tag und müssen bis zu 28 Tagen im Kalenderjahr vom Versicherten bezahlt werden.

Die genannten Zuzahlungen muss der Versicherte bis zu einer Höhe von 2% seines Bruttoeinkommens tragen. Bei chronisch Kranken verringert sich diese Obergrenze auf 1% des Bruttoeinkommens. Bei Überschreitung der

¹² Unter einem Einkommen von 400 € monatlich werden keine Beiträge fällig. Es existiert weiterhin eine Mindestbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte in Höhe von 805 € monatlich, welche den Mindestbeitrag für diese Versicherten auf rund 113 € monatlich festlegt.

genannten Grenzen ist der Versicherte von weiteren Zuzahlungen für das betreffende Jahr befreit.

3. Das Schweizer Krankenversicherungssystem

In der Schweiz gibt es zwei Arten von Krankenversicherungen: die für die gesamte Bevölkerung obligatorische Grundversicherung und die freiwilligen Zusatzversicherungen. Für die Grundversicherung existiert ein einheitlich gesetzlich definierter Leistungskatalog. Sie kann bei öffentlichen oder bei staatlich anerkannten privaten Krankenversicherern abgeschlossen werden. Im Vergleich zum deutschen System bietet die obligatorische Versicherung eine geringere medizinische Grundversorgung. Eine Vielzahl weiterführender Versicherungsleistungen, wie Zahnbehandlungen, freie Krankenhauswahl oder homöopathische Heilmethoden, muss über Zusatzversicherungen erworben werden.

3.1. Leistungskatalog

Im Unterschied zu Deutschland herrscht in der Grundversicherung der Schweiz anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip vor.¹³ Dabei müssen die Versicherten Gesundheitsleistungen in der Regel zunächst selbst bezahlen. Für entstandene Kosten im Rahmen des vertraglichen Leistungsversprechens erfolgt im Anschluss eine Rückerstattung durch die Krankenversicherung. Eine andere Ausgestaltungsförm sieht, wie in Deutschland, die Abrechnung der Kosten zwischen Arzt und Krankenkasse vor. Jedoch erhalten die Versicherten im Nachhinein Abrechnungen von der Krankenkasse, mit denen auch der vom Versicherten zu tragende Kostenanteil eingefordert wird.

Im Bereich der Sach- bzw. Gesundheitsleistungen übernimmt die Schweizer Grundversicherung grundsätzlich die Kosten von ärztlichen Behandlungen. Jedoch werden die Kosten einer zahnärztlichen Behandlung nur in seltenen Ausnahmefällen übernommen. In der Grundversicherung können Versicherte je nach Angebot der Krankenkasse zwischen verschiedenen Versorgungsmodellen wählen, die unter dem Stichwort Managed Care bekannt sind. Durch Managed Care erfolgt seitens der Krankenkasse eine Einschränkung in der Art der Leistungserbringung mit dem Ziel einer gesteuerten Behandlung und Pflege.

¹³ Vgl. zum Leistungskatalog der Schweizer Grundversicherung *Bundesamt für Gesundheit* (2006a), *Tiemann, S.* (2006), S. 138–168 und *Beske, F./Drabinski, T.* (2005), S. 105–112.

Das so genannte traditionelle Modell erlaubt, wie in Deutschland, die freie Arzt- bzw. Facharztwahl. Das IPA-Modell (Independent Practice Association oder auch Hausarztmodell) sieht vor, dass der Versicherte immer zuerst seinen Hausarzt aufsucht, der ihn dann bei medizinischer Notwendigkeit zu den entsprechenden Fachärzten überweist. Beim PPO-Modell (Preferred Provider Organization) ist der Patient nicht verpflichtet, immer den gleichen Hausarzt zu konsultieren, jedoch wird die Auswahl der Ärzte mit Hilfe einer Liste eingeschränkt. Das HMO-Modell (Health Maintenance Organization) verlangt, dass Versicherte immer zuerst ein Gesundheitszentrum aufsuchen, welches ein Team von Haus- und Fachärzten beherbergt.¹⁴ Die Krankenhauswahl in der Grundversicherung ist auf die allgemeinen Abteilungen, der durch die Spitalliste des Wohnkantons vorgegebenen Krankenhäuser, beschränkt. Die freie Krankenhauswahl muss über eine Zusatzversicherung abgedeckt werden. Die Erstattung von Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln erfolgt anhand einer Positivliste. Beispielsweise erstattet die Grundversicherung für Erwachsene alle 5 Jahre Kosten in Höhe von 200 CHF (rund 130 €) für Sehhilfen.

Reine Geldleistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der Schweizer Grundversicherung. So wird im Unterschied zu Deutschland kein Krankentagegeld und kein Mutterschaftsgeld ausbezahlt. Ein Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall besteht nur beim Arbeitgeber für bis zu drei Wochen im Jahr, sofern das Arbeitsverhältnis noch nicht länger als ein Jahr bestand. Besteht das Arbeitsverhältnis länger als ein Jahr, sollte der Lohn für einen angemessenen längeren Zeitraum fortgezahlt werden. Eine vergleichbare Weiterführung des Krankentagegelds, wie in Deutschland, muss über eine Zusatzversicherung abgesichert werden. Für die Zeit nach der Geburt muss nach dem Mutterschaftsgesetz seit dem 01. 07. 2005 eine Lohnfortzahlung in Höhe von 80% des letzten Nettoeinkommens für 14 Wochen vom Arbeitgeber gewährt werden.

3.2. Kosten

Prinzipiell sind alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz in der Grundversicherung versicherungspflichtig (Kontrahierungszwang). Eine beitragsfreie Mitversicherungsmöglichkeit von Familienangehörigen existiert nicht. Alle Einzelpersonen (auch Minderjährige) müssen demzufolge separat versichert werden. Die Beiträge werden pro Kopf erhoben und sind im Unterschied zu Deutschland unabhängig vom Bruttoeinkommen.¹⁵ Eine Beteiligung des Arbeitgebers an den Krankenversicherungsbeiträgen erfolgt

¹⁴ Vgl. zum Konzept des Managed Care u. a. *Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Greiner, W.* (2000), S. 215–218.

¹⁵ Vgl. zum Konzept der Kopfprämien *Farhauer, O. / Borhardt, K. / Stargardt, T.* (2004), S. 350–351.

nicht. Allerdings erhalten Einzelpersonen und Familien unter einer bestimmten Einkommensgrenze Zuschüsse zu den Krankenversicherungsbeiträgen aus Steuergeldern.

Die Prämienhöhe kann vom Versicherer frei festgelegt werden und ist regional, in Abhängigkeit von der Kostenstruktur, sehr unterschiedlich. Die Tarife müssen aber vom zuständigen Bundesamt für Gesundheit genehmigt werden. Die Prämien der Grundversicherung sind dabei nicht vom Alter oder anderen Risikofaktoren abhängig. Die zwei elementaren Bestandteile zur Beeinflussung der Prämien durch die Versicherten sind die Wahl der Franchise (Selbstbehalt) und des Versorgungsmodells. Wie erwähnt, können sich Versicherte zwischen dem traditionellen Modell (freie Arztwahl) und alternativen Modellen mit eingeschränkter Arztwahl, wie dem HMO-Modell, entscheiden. Die Wahl eines alternativen Modells kann durch die genannten Einschränkungen zu Prämienersparnissen von bis zu 25% führen. Noch gravierender ist der Einfluss der Franchise auf die monatlichen Prämienzahlungen. Demnach können die Versicherungsnehmer in Abstufungen zwischen einer Mindestfranchise von 300 CHF (rund 195 €) und einer Franchise von 2'500 CHF (rund 1'625 €) pro Jahr wählen, bis zu der die Versicherten Gesundheitsleistungen selbst tragen. Übersteigen die Kosten die Franchise, übernimmt die Krankenkasse 90% aller Kosten. Damit muss der Versicherte auch nach Überschreiten der Franchise über eine prozentuale Selbstbeteiligung 10% der Kosten selbst bezahlen. Diese Selbstbeteiligung ist jedoch auf einen jährlichen Betrag von 700 CHF (rund 455 €) begrenzt. Für die Grundversicherung ist in Abhängigkeit von den genannten Variablen ein monatlicher Preis von 100 CHF (rund 65 €) bis über 300 CHF (rund 195 €) zu zahlen, zuzüglich der Zahlungen im Rahmen der Franchise und der Selbstbeteiligung.

Das primäre Geschäft der Krankenkassen besteht im Vertrieb der Grundversicherung. Es steht den Krankenkassen jedoch frei, neben der Grundversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten. Dabei handelt es sich insbesondere um zahnmedizinische Leistungen, freie Krankenhauswahl, Chefarztbehandlung und um komplementärmedizinische Angebote. Im Unterschied zur Grundversorgung findet im Bereich der Zusatzversicherungen jedoch eine preisliche Differenzierung nach Alter und Gesundheitszustand der Versicherten statt. Die Preisbildung erfolgt hier in Abhängigkeit von den angebotenen Leistungen und den genannten Risikofaktoren.

Abgesehen von der Franchise sind kaum Zuzahlungen zu leisten. Ein Beispiel für eine Zuzahlung ist ein täglicher Betrag von 10 CHF (rund 6,50 €), der bei Krankenhausaufenthalten zu entrichten ist. Eine weitere Form der Zuzahlung ist die beschriebene proportionale Selbstbeteiligung, die nach Überschreiten der Franchise geleistet werden muss. Diese wurde im Bereich der Medikamentenwahl zum 01. 01. 2006 neu reguliert. Sofern vergleich-

bare Generika zu Originalpräparaten existieren, müssen nun 20% statt 10% Selbstbeteiligung für vom Versicherten gewünschte Originalpräparate bezahlt werden. Für die entsprechenden Generika werden weiterhin nur 10% Selbstbeteiligung fällig.

4. Vergleich der Anreizwirkungen aus Sicht der Versicherten

Im Zentrum der folgenden Betrachtungen steht die Analyse und Beurteilung von Anreizwirkungen aus Sicht der Versicherten. Wir werden somit vorrangig die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Versicherten und das Verhältnis zwischen Arzt und Versicherten untersuchen. Anreizwirkungen, die sich aus dem Verhältnis zwischen Krankenkasse und Arzt ergeben, sollen nur am Rande berücksichtigt werden. Tabelle 1 stellt die in Abschnitt 2 und 3 beschriebenen Leistungen und Kosten des deutschen und des Schweizer Krankenversicherungssystems gegenüber und bildet die Grundlage der anschließenden Evaluation.

4.1. Problematik des Moral Hazard

Die Beziehung von Krankenversicherung und Versicherten wird hauptsächlich durch den Austausch von Versicherungsbeiträgen und Versicherungsleistungen geprägt. Wenn, wie in Deutschland, die Prämienzahlungen von den Leistungen weitgehend getrennt sind, hat dies das Problem des Moral Hazard bzw. moralischen Risikos zur Folge.¹⁶ Demnach hat der Versicherungsnehmer nach Abschluss der Krankenversicherung die Möglichkeit sein Verhalten zu Ungunsten des Versicherungsgebers zu verändern. Man kann dabei zwischen ex-ante und ex-post Moral Hazard unterscheiden.¹⁷

Ex-ante Moral Hazard beschreibt die Erhöhung des Schadeneintrittsrisikos. Der Versicherte kann durch Leichtsinn und einen gesundheitsgefährdenden Lebensstil das Risiko einer Erkrankung erhöhen.¹⁸ Ein extremes Beispiel für ex-ante Moral Hazard ist ein Sportler, der sich nach Vertragsabschluss risikofreudiger verhält und damit seine Verletzungswahrscheinlichkeit erhöht. Der Versicherer ist hingegen bemüht, den ex-ante Moral Hazard und damit die Wahrscheinlichkeit des Krankheits- bzw. Schadeneintritts etwa durch Präventionsprogramme möglichst gering zu halten.

¹⁶ Vgl. *Giesen, R.* (2004), S. 558.

¹⁷ Vgl. *Zweifel, P./Eisen, R.* (2003), S. 295–296.

¹⁸ Vgl. *Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M.* (2005), S. 222 und *Schreyögg, J.* (2004), S. 692.

Tabelle 1

**Gegenüberstellung von Leistungen und Kosten
im deutschen und Schweizer Krankenversicherungssystem**

Land	Deutschland	Schweiz
Leistungen	Versorgungsmodelle: zumeist traditionelles Modell (freie Arztwahl), selten IPA (Hausarztmodell), sehr selten PPO (Ärzte-Auswahlliste) oder HMO (Gesundheitszentrum)	Versorgungsmodelle: oft traditionelles Modell (freie Arztwahl), aber auch relativ häufig IPA (Hausarztmodell), PPO (Ärzte-Auswahlliste) oder HMO (Gesundheitszentrum)
	freie Krankenhauswahl	beschränkte Krankenhauswahl
	Übernahme der Kosten für Arzt und Zahnarzt	Übernahme der Kosten für Arzt, aber nicht für Zahnarzt
	Geringe Kostentransparenz: Gesundheitsleistungen müssen nicht direkt bezahlt werden	Hohe Kostentransparenz: Gesundheitsleistungen müssen meist direkt bezahlt werden
	Weitgehende Bezahlung von erstattungsfähigen Arznei- und Heilmitteln sowie Erstattung der Kosten von Rettungs- und Krankentransporten	Weitgehende Bezahlung von erstattungsfähigen Arznei- und Heilmitteln sowie Erstattung der Kosten von Rettungs- und Krankentransporten
	Krankengeld (Arbeitgeber / Krankenkasse)	Krankengeld (Arbeitgeber)
	14 Wochen Mutterschaftsgeld (100% des Netto-Arbeitsentgelts – Arbeitgeber / Krankenkasse)	14 Wochen Mutterschaftsgeld (80% des Netto-Arbeitsentgelts – Arbeitgeber)
	Familienversicherung	Individualversicherung
Kosten	Krankenversicherungsbeitrag abhängig vom Einkommen	Krankenversicherungsbeitrag unabhängig vom Einkommen
	Beteiligung des Arbeitgebers an den Krankenversicherungsbeiträgen	Keine Beteiligung des Arbeitgebers an den Krankenversicherungsbeiträgen
	Geringe Kostenbeteiligungen: Praxisgebühr 10 €, geringe Zahlungen für Arznei- und Heilmittel, Rettungs- und Krankentransporte sowie Krankenhausaufenthalte; Kostenbeteiligung beschränkt auf bis zu 2% des Bruttoeinkommens	Hohe Kostenbeteiligungen: Zahlungen für Gesundheitsleistungen im Rahmen der Franchise und der Selbstbeteiligung; Kostenbeteiligung beschränkt auf Franchise und die Selbstbeteiligung bis zu 700 CHF (rund 455 €) jährlich

Das Phänomen des ex-post Moral Hazard beschreibt die Beeinflussung der Schadenhöhe nach Schadeneintritt. Die Krankenversicherung kann die Schwere und den Verlauf der Krankheit grundsätzlich nur schwer beurteilen, so dass die Leistungshöhe im Schadenfall zumeist nicht fixiert werden kann. Im Gegensatz zu anderen Versicherungszweigen, in denen die Höhe der Leistung vorab durch Festlegung einer Versicherungssumme definiert wird, muss die Krankenversicherung damit die insgesamt anfallenden Ausgaben zur Wiederherstellung der Gesundheit erstatten. Dies gewährt dem Versicherten einen gewissen Spielraum in seinem Nachfrageverhalten. Er kann die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im Extremfall sogar unbegrenzt bzw. bis zur Sättigungsmenge ausdehnen.¹⁹ Eine Ausprägung des ex-post Moral Hazard ist das Phänomen des Ärztetourismus, bei dem der Versicherte sich im Krankheitsfall ohne Rücksicht auf die dabei entstehenden Kosten mehrere Arztmeinungen einholt. Dieser Fall des Moral Hazard tritt insbesondere auch bei einer Fehleinschätzung des Gesundheitszustandes seitens der Versicherten auf, zum Beispiel wenn Versicherte sich übermäßig stark um ihre Gesundheit sorgen und bereits geringe Beschwerden als schwere Erkrankungen interpretieren.

Dieses Verhalten, welches aus Sicht des Versicherten durchaus rational sein kann, führt bei den Krankenkassen zu hohen Kosten, die in Form höherer Prämien an die Versicherten weitergegeben werden müssen. Das Moral Hazard Phänomen hat insgesamt eine ineffiziente Verteilung von Ressourcen und einen gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrtsverlust zur Folge.²⁰ Es werden deshalb verschiedene Maßnahmen zur Begrenzung von Moral Hazard getroffen. Die Instrumente Kostenbeteiligung, Transparenz, Prämienrückerstattung, Managed Care und Fallpauschalen sollen dabei prinzipiell zur Verringerung des Moral Hazard beitragen.²¹ Auf diese Instrumente wird im Folgenden näher eingegangen.

Das wichtigste Instrument zur Begrenzung von Moral Hazard ist die Kostenbeteiligung. Durch Kostenbeteiligungen kann zum einen ex-post Moral Hazard wirksam vermindert werden, denn es bestehen für den Patienten finanzielle Anreize, ärztliche Leistungen sparsam in Anspruch zu nehmen bzw. auf überflüssige Behandlungen zu verzichten. Zum anderen kann durch Kostenbeteiligungen auch eine Reduktion des ex-ante Moral Hazard erreicht werden, da dem Versicherten aufgrund der Vertragsgestaltung klar ist, dass er im Krankheitsfall einen Teil der Kosten selber tragen muss.

¹⁹ Vgl. *Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M.* (2005), S. 222.

²⁰ Vgl. *Schreyögg, J.* (2004), S. 691.

²¹ Eine weitere Möglichkeit die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu begrenzen, besteht in der Erhöhung der mit den Gesundheitsleistungen verbundenen Zeitkosten insbesondere durch eine Rationierung des Angebots (zum Beispiel durch eine Verlängerung der Wartezeiten in den Arztpraxen). Vgl. *Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Greiner, W.* (2000), S. 70, *Giesen, R.* (2004), S. 555–582 und *Zweifel, P.* (2004), S. 583–601.

Demnach hat er einen zusätzlichen finanziellen Anreiz einer Erkrankung vorzubeugen.

Die Anreizwirkung zur Einschränkung von Moral Hazard wird dabei maßgeblich durch die Ausgestaltung und die Höhe der Kostenbeteiligung determiniert. Demzufolge ist die in Deutschland eingeführte Praxisgebühr zur Verminderung des Moral Hazard bei weitem nicht so effektiv wie die teilweise sehr hohen Franchisen und die dargestellte Form der Selbstbeteiligung in der Schweiz. Die Praxisgebühr kann zwar eine gewisse Lenkungs-funktion bei den Arztbesuchen erfüllen und vermutlich helfen, den Ärztetourismus in gewissem Umfang einzudämmen. Unseres Erachtens kann ein kostenbewusster Umgang mit Gesundheitsleistungen und eine Einschränkung übermäßigen Konsums jedoch nur durch deutlich höhere Franchisen, wie etwa in der Schweiz, erreicht werden.

In der deutschen GKV haben die Krankenkassen zwar seit der Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Januar 2004 die Möglichkeit, Tarife mit Selbstbehalt anzubieten. Diese sind jedoch der relativ kleinen Gruppe der freiwillig versicherten Mitglieder, also Beamten, Selbstständigen und Angestellten, deren Einkommen die Jahresentgeltgrenze übersteigt, vorbehalten.²² Aus anreiztheoretischer Sicht wäre jedoch eine Ausweitung von Selbstbehalt- bzw. Selbstbeteiligungs-Tarifen auf alle Versicherte als Instrument zur Beschränkung von Moral Hazard grundsätzlich geeignet. Ein empirischer Beleg für die Wirkung von Selbsthalten und Selbstbeteiligungen auf das Nachfrageverhalten der Versicherten wurde dabei bereits im Rahmen des Rand Health Insurance Experiments erbracht.²³ Jedoch ist zu beachten, dass auch die Ausweitung von Franchisen problematische Anreize mit sich bringen kann. Beispielsweise besteht bei hohen Franchisen eine gewisse Gefahr der Verschleppung von Krankheiten, die wiederum zu steigenden Kosten führen kann. Weiterhin wird eine Franchise ihre Wirkung auf das Konsumverhalten verlieren, wenn der Versicherte antizipiert, dass er in dem betreffenden Zeitraum den Franchisenbetrag mit Sicherheit überschreiten wird.²⁴ In diesem Fall führt die Franchise unter Umständen sogar zu einer deutlichen Ausweitung anstatt zu einer Einschränkung der Konsummenge. Dieser Anreizproblematik kann jedoch dadurch begegnet werden, dass auch nach Überschreiten der Franchise eine bestimmte Selbstbeteiligung zu tragen ist – eine Maßnahme, die im Schweizer Krankenversicherungssystem implementiert ist.

²² Vgl. § 53 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

²³ Vgl. Manning, W. G. et al. (1987).

²⁴ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2005), S. 226.

Ein weiteres Instrument zur Begrenzung von Moral Hazard ist die Transparenz bezüglich der mit den Gesundheitsleistungen verbundenen Kosten. Durch die Einführung von Selbstbehalten und Selbstbeteiligungen wird in den meisten Fällen eine Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den Versicherten notwendig. Einerseits entsteht so ein zusätzlicher administrativer Aufwand. Andererseits wird dadurch die Transparenz der Gesundheitskosten für den Versicherten erhöht. Damit hat dieser die Möglichkeit ein Kostenbewusstsein für die in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen zu entwickeln. So wird der Versicherte, bedingt durch die Wirkung von Franchisen und Selbstbeteiligungen, eher nach günstigeren Behandlungsmethoden und Medikamenten fragen.

Franchisen, Selbstbeteiligungen und Praxisgebühren werden von den Versicherten als zusätzliche Kostenbelastung bzw. als indirekte Beitrags erhöhungen wahrgenommen. Jedoch gibt es auch Instrumente, die zu Kostenbewusstsein motivieren und zugleich vom Versicherten als Kostenersparnis wahrgenommen werden. Dazu gehört insbesondere das Instrument der Prämienreduktion bzw. Prämienrückerstattung. Demnach können freiwillig Versicherte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bis zu einem Zwölftel der Jahresprämie pro Jahr ohne Krankheitsfall einsparen. In der Schweiz existiert sogar die Möglichkeit, dem Versicherten eine pro Jahr steigende Prämienreduktion zukommen zu lassen, wenn er keine Leistungen einfordert.²⁵ In beiden Ländern wird damit die Prämienreduktion bereits als Instrument zur Verringerung von ex-post Moral Hazard eingesetzt. Diese langfristig gesetzten Anreize können gleichzeitig zu einem insgesamt gesunden Lebensstil und somit auch zu einer Einschränkung des ex-ante Moral Hazard führen.

Eng verbunden mit dem Instrument der Prämienreduktion sind auch Präventionsprogramme und Früherkennungsuntersuchungen, die ebenfalls der Verringerung des ex-ante Moral Hazard dienen. Demnach können Aktivitäten zur Vermeidung von Krankheitsfällen, wie die Teilnahme an Fitnesskursen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder die Zugehörigkeit zu einem Disease-Management-Programm durch eine Prämienreduktion oder durch attraktive Bonusprogramme belohnt werden.²⁶ Solche Programme gibt es derzeit vor allem in der deutschen Krankenversicherung, weniger dagegen in der Schweiz.

Eine Beschränkung der Versicherten bei der Auswahl der zugänglichen Leistungserbringer kann ebenfalls zur Reduktion des Moral Hazard und zur Kosteneindämmung dienen. Das Instrument des Managed Care dient diesem Zweck. Managed Care umfasst das bereits beschriebene Hausarztmodell, die Ärzte-Auswahlliste und das Konzept des Gesundheitszentrums.

²⁵ Vgl. *Bundesamt für Gesundheit* (2006b).

²⁶ Vgl. *Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M.* (2005), S. 318.

Mit Hilfe von Managed Care soll sowohl eine verbesserte Behandlung als auch eine Reduktion der Kosten erreicht werden. Dies geschieht vor allem durch die Einschränkung der freien Arztwahl, womit eine deutliche Reduktion des moralischen Risikos seitens des Versicherungsnehmers erzielt werden kann. Dies betrifft wiederum insbesondere den ex-post Moral Hazard etwa bezüglich des Ärztetourismus.

Das Konzept des Managed Care wird in Deutschland nur ansatzweise durch das Hausarztmodell umgesetzt. Im Gegensatz dazu kommt Managed Care in der Schweiz relativ häufig zur Anwendung. Die dabei gewährten Prämienrabatte weisen auf ein tatsächlich vorhandenes Einsparpotential hin. Dies kann zum Beispiel mit Effizienzgewinnen durch eine bessere Organisation der Versorgung in Gesundheitszentren erklärt werden.²⁷ Weiterhin fehlt dem Versicherten durch die vorherige Festlegung auf einen oder wenige Leistungsbringer die Option mit einer möglichen Abwanderung Druck auf den Arzt auszuüben, um zum Beispiel eine gewünschte Behandlung zu erhalten. Die Kostenersparnisse können aber auch mit den stärkeren Kontrollmöglichkeiten (zum Beispiel Globalbudgets, Ärzte im Angestelltenverhältnis) der Krankenkasse über das entsprechende Gesundheitszentrum begründet werden. Diese stärkeren Kontrollmöglichkeiten bergen allerdings auch Gefahren. So kann ein zu knappes Globalbudget unter Umständen zu einer Unterversorgung der Patienten führen.

Im Zusammenhang mit den Globalbudgets kann auch das Instrument der Fallpauschalen genannt werden, welches in Deutschland seit 2004 eingesetzt wird. Demnach werden beispielsweise Krankenhausleistungen nicht mehr tageweise, sondern abhängig vom Krankheitsbild mit Fallpauschalen vergütet. Dadurch soll eine Erhöhung der Transparenz der von den Krankenhäusern erbrachten Leistung und eine Verringerung der Behandlungsdauer erreicht werden. In der Schweiz wird derzeit noch mit Tagespauschalen gerechnet, jedoch gibt es auch hier Bestrebungen Fallpauschalen einzuführen.²⁸ Auf den ersten Blick erscheinen Fallpauschalen zwar nicht als wirksames Instrument zur Beschränkung des Moral Hazard von Seiten des Patienten geeignet, denn in erster Linie wird durch Fallpauschalen das Verhältnis zwischen Arzt und Krankenkasse definiert. Jedoch kann durch einen von der Krankenkasse fest vorgegebenen Leistungsumfang das Angebot an Gesundheitsleistungen und damit zugleich der Spielraum in der Nachfrage effektiv beschränkt werden. Allerdings ist die Einführung von Fallpauschalen nicht frei von Problemen. Insbesondere besteht wiederum die Gefahr der Unterversorgung des Versicherten, zum Beispiel wenn sich ein konkreter Krankheitsfall kostenintensiver als die vorgegebene Fallpauscha-

²⁷ Vgl. *Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M.* (2005), S. 441–443.

²⁸ So wird unter dem Stichwort *Diagnosis Related Groups* über ein Patientenklassifikationssystem diskutiert, mit dem Patientengruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten definiert werden können. Vgl. etwa *Fischer, W.* (2004).

le erweist und die Behandlung aus diesem Grund in einem reduzierten Umfang durchgeführt wird. Weiterhin wird ein Mehraufwand an Bürokratie geschaffen, der insbesondere dadurch entsteht, dass ein System zur Bestimmung adäquater Fallpauschalen entwickelt, implementiert, kontrolliert und regelmäßig adjustiert werden muss. Aufwand und Nutzen der Einführung von Fallpauschalen sind damit im Unterschied zu Selbstbehalten und Selbstbeteiligungen nicht eindeutig geklärt.

4.2. Problematik der Adversen Selektion

Eine besondere Problematik des deutschen Krankenversicherungssystems besteht darin, dass sich bestimmte Personen von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreien können. Dies hat das Problem der Adversen Selektion zur Folge.²⁹ So können sich abhängig Beschäftigte ab einer bestimmten Einkommenshöhe, Selbständige sowie Beamte in einer für sie günstigeren privaten Krankenversicherung (risikoabhängige Tarife) versichern. Für Versicherte, die hohe Krankheitskosten verursachen oder viele Kinder haben (und so von der Familienversicherung profitieren), lohnt sich ein Wechsel in eine private Krankenversicherung dagegen meist nicht, da diese dann keine günstigeren Versicherungsbedingungen als die gesetzliche Krankenversicherung bietet. Folglich verbleiben von diesem Personenkreis lediglich die Personen in der gesetzlichen Krankenkasse, die hohe Gesundheitskosten verursachen. Durch diese Negativauslese wird der Risikoausgleich im deutschen Krankenversicherungssystem eingeschränkt.³⁰ Einer Negativauslese zwischen den Krankenkassen aufgrund verschiedener Kostenstrukturen und dementsprechend unterschiedlichen Prämiensätzen wird mit Hilfe eines Risikostrukturausgleichs begegnet.³¹ Durch den Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Versichertenstrukturen innerhalb der Krankenkassen, zum Beispiel hinsichtlich der Zahl der beitragsfrei versicherten Familienmitglieder, ausgeglichen.

In der Schweiz existiert dagegen keine Differenzierung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Damit bestehen auch keine vergleichbaren Probleme der Adversen Selektion. Aus diesem Grund funktioniert der Risikoausgleich im Schweizer System besser als in Deutschland. Durch die Wahl eines hohen Selbstbehalts und damit einer geringen Krankenversicherungsprämie können Schweizer Versicherte ihren Anteil an der Finanzierung der Grundversorgung nur in einem gewissen Umfang reduzie-

²⁹ Vgl. zur Problematik der Adversen Selektion grundlegend *Zweifel, P./Eisen, R.* (2003), S. 320–342.

³⁰ Vgl. *Hagist, C./Raffelhüschen, B.* (2004), S. 185–186.

³¹ Vgl. zum Risikostrukturausgleich in Deutschland und in der Schweiz *Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M.* (2005), S. 319–322.

ren. Allerdings können die Schweizer Krankenkassen zum Beispiel durch attraktive Angebote im Bereich der Zusatzversicherungen eine Risikoselektion betreiben, um ihren Anteil an schlechten Risiken zu verringern. Dieses Problem wird jedoch durch einen Risikostrukturausgleich gemildert.

Dennoch existieren auch im Schweizer Krankenversicherungssystem Probleme der Adversen Selektion. Beispielsweise ist die Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen, die aus dem Leistungskatalog der Grundversicherung ausgeschlossen ist, von diesem Problem betroffen. Es ist davon auszugehen, dass diese Versicherung vor allem abgeschlossen wird, wenn in Zukunft sehr hohe Kosten für Zahnbehandlungen erwartet werden. Dies erhöht die Prämie für diese Zusatzversicherung und lässt das Produkt für Personen mit geringen zu erwartenden Zahnbehandlungskosten unattraktiv erscheinen.

4.3. Gegenüberstellung und Gesamturteil

In der Analyse von Moral Hazard und Adverser Selektion im deutschen und Schweizer Krankenversicherungssystem lassen sich grundlegende Unterschiede feststellen. Tabelle 2 stellt die Ausprägungen von Moral Hazard und Gegenmaßnahmen in beiden Krankenversicherungssystemen gegenüber.

Tabelle 2

Gegenüberstellung von Moral Hazard im deutschen und Schweizer Krankenversicherungssystem

Anreizprobleme	Gegenmaßnahme	Deutschland	Schweiz
Moral Hazard (fehlendes Kostenbewusstsein, Ärztetourismus)	Kostenbeteiligung	gering	hoch
	Kostentransparenz	gering	hoch
	Prämienrückerstattung	hoch	gering
	Managed Care	gering	hoch
	Fallpauschalen	ja	nein

Das deutsche Krankenversicherungssystem leidet unter einem geringen Kostenbewusstsein, welches sich zum Beispiel im Phänomen des Ärztetourismus widerspiegelt. Diese Effekte sind auf die weitgehende Unabhängigkeit von Kosten und Leistungen zurückzuführen, die Probleme des Moral

Hazard zur Folge haben. Moral Hazard besteht im Schweizer Krankenversicherungssystem in einem geringeren Umfang, da hier eine Vielzahl wirksamer Gegenmaßnahmen implementiert sind. Dazu gehören insbesondere hohe Kostenbeteiligungen und eine hohe Kostentransparenz. Beide Maßnahmen halten den Versicherten zu einem kostenbewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen an. Zudem gibt es eine Vielzahl von Maßnahmen des Managed Care. Im deutschen System wird dem moralischen Risiko nur im geringen Umfang durch Kostenbeteiligungen, wie mit der Praxisgebühr, begegnet. Bonusprogramme, Prämienrückerstattungen für die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen sowie Fallpauschalen mit dem Ziel der Reduktion des moralischen Risikos sind hingegen insbesondere im deutschen Krankenversicherungssystem zu finden. Insgesamt wird dem Problem des Moral Hazard jedoch im Schweizer Krankenversicherungssystem deutlich wirksamer begegnet als im deutschen System.

Des Weiteren leidet das deutsche Krankenversicherungssystem unter der Abwanderung guter Risiken an die private Krankenversicherung. Diese Adverse Selektion ist ein Unterschied zwischen dem deutschen und Schweizer Krankenversicherungssystem, der sich nicht ohne grundlegende Veränderungen beseitigen lässt. Da diese nicht zu erwarten sind, stellt die Adverse Selektion einen Nachteil des deutschen gegenüber dem Schweizer Krankenversicherungssystem dar.

Zur Begrenzung von Anreizproblemen sind jedoch sowohl Bestandteile des Schweizer als auch des deutschen Krankenversicherungssystems geeignet. Das Schweizer System kombiniert eine Vielzahl anreizkompatibler Elemente mit sozialen Gesichtspunkten. Für Personengruppen mit geringen Einkommen erfolgt die Finanzierung der Krankenkassenbeiträge aus Steuermitteln. Zudem existiert ein Strukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Aus dem Katalog der anreizkompatiblen Elemente ist insbesondere das Instrument der Kostenbeteiligung und der Kostentransparenz hervorzuheben. Das schweizer Gesundheitssystem kann in diesen Bereichen ein Vorbild für eine anreizorientierte Umgestaltung des deutschen Gesundheitssystems sein.

Allerdings sind auch Bestandteile des deutschen Krankenversicherungssystems zur Begrenzung von Anreizproblemen geeignet. Dabei sind insbesondere die Instrumente der Prävention und der Bonusprogramme zu nennen, die wirksame Mittel zur Reduktion des Moral Hazard darstellen. Zudem weisen diese Instrumente den großen Vorteil auf, dass sie im Unterschied zur Kostenbeteiligung von den Versicherten nicht als zusätzliche Belastung, sondern als positiver Anreiz wahrgenommen werden.

Insgesamt kommen wir aber zu dem Urteil, dass das Schweizer Krankenversicherungssystem im Hinblick auf die von uns analysierten Anreizprobleme dem deutschen System überlegen ist. Insbesondere sind die im

Schweizer System zur Reduktion von Anreizproblemen implementierten Instrumente deutlich besser geeignet als entsprechende Instrumente des deutschen Systems. Aus anreiztheoretischer Sicht kann daher das Schweizer Krankenversicherungssystem als Vorbild für den Umbau des deutschen Krankenversicherungssystem herangezogen werden.

5. Fazit

Seit einigen Jahren wird in Deutschland über Veränderungen in der Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems intensiv diskutiert. In der Diskussion werden dabei häufig problematische Anreizstrukturen bezüglich des Verhaltens der Versicherten genannt, denn diese haben in Deutschland im Krankheitsfall nur ein geringes Interesse an einer kostengünstigen Behandlung. Häufig wird dann auf das Schweizer Krankenversicherungssystem als ein Beispiel verwiesen, in welchem die Versicherten ein höheres Kostenbewusstsein aufweisen. Vor diesem Hintergrund wurden in diesem Beitrag die Krankenversicherungssysteme in Deutschland und der Schweiz aus der Perspektive der Versicherten gegenübergestellt. Dabei standen zwei Fragen im Mittelpunkt: Durch welche Merkmale zeichnen sich das deutsche und Schweizer Krankenversicherungssystem aus? Und wie wird in beiden Systemen mit den Anreizproblemen des Moral Hazard und der Adversen Selektion umgegangen?

Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz werden die Gesundheitskosten zu einem großen Teil von einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung abgedeckt. In beiden Krankenversicherungssystemen gibt es eine Versicherungspflicht, einen Kontrahierungszwang, ein Diskriminierungsverbot sowie einen Risikostrukturausgleich, welcher eine Risikoselektion von Seiten der Krankenversicherung verhindern soll. Während in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung die Prämien proportional mit dem Bruttoeinkommen steigen, werden in der obligatorischen Schweizer Krankenversicherung einheitliche Kopfpauschalen erhoben. Haushalte mit geringem Einkommen erhalten jedoch einen staatlichen Zuschuss. Es besteht somit in beiden Ländern ein für alle Einkommensklassen garantierter Zugang zur medizinischen Grundversorgung.

Im deutschen und im Schweizer System sind unterschiedliche Maßnahmen zur Verhinderung von Moral Hazard implementiert. Im deutschen System wird dem moralischen Risiko weniger durch Kostenbeteiligungen, sondern vor allem durch Fallpauschalen und Präventionsprogramme begegnet. Das Schweizer System zeichnet sich dagegen durch hohe Kostenbeteiligungen und durch Maßnahmen des Managed Care aus. Diese Instrumente werden im deutschen System zwar intensiv diskutiert, sind aber derzeit noch sehr wenig verbreitet. Zudem leidet das deutsche Krankenversicherungs-

system unter der Adversen Selektions-Problematik – einer Abwanderung guter Risiken zur privaten Krankenversicherung.

Insgesamt weist das Schweizer Krankenversicherungssystem damit in der Ausgestaltung der Anreizwirkungen zahlreiche Vorteile gegenüber dem deutschen System auf. Zu nennen sind vor allem die Instrumente der Kostenbeteiligung und der Kostentransparenz, die grundsätzlich für eine anreizorientierte Umgestaltung des deutschen Gesundheitssystems herangezogen werden sollten. Aus dem deutschen Krankenversicherungssystem ist dagegen vor allem der Bereich der Präventionsmaßnahmen und der Bonusprogramme als beispielhaft zu bezeichnen. In diesen Bereichen kann das deutsche Krankenversicherungssystem Vorbild für die Schweiz sein.

Literaturverzeichnis

- Anlauf, M.* (2001): Krankenversicherung, Anreize im Gesundheitswesen und Konsumentenwohlfahrt, Diss., Aachen.
- Beske, F./Drabinski, T.* (2005): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Band II, Schriften des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystem-Forschung, Band 104, Kiel.
- Beske, F./Drabinski, T./Golbach, U.* (2005): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Band I, Schriften des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystem-Forschung, Band 104, Kiel.
- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M.* (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Berlin/Heidelberg/New York.
- Bundesamt für Gesundheit* (2006a): Leistungen der sozialen Krankenversicherung, URL: <http://www.bag.admin.ch> [Stand: 16. 03. 2006].
- Bundesamt für Gesundheit* (2006b): Sinn und Zweck der sozialen Krankenversicherung, URL: <http://www.bag.admin.ch> [Stand: 16. 03. 2006].
- Bundesministerium für Gesundheit* (2006a): Informationen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, URL: <http://www.bmg.bund.de> [Stand: 16. 03. 2006].
- Bundesministerium für Gesundheit* (2006b): Stabile Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, Pressemitteilung vom 06. 02. 2006 URL: <http://www.bmg.bund.de> [Stand: 16. 03. 2006].
- Busse, R./Riesberg, A.* (2004): Health care systems in transition: Germany, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Dibbern, G.* (2004): Folgerungen einer Rationierung in der gesetzlichen Krankenversicherung für die private Krankenversicherung und ökonomische Grenzen für die private Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 93. Band, Heft 4, S. 639–649.

- Farhauer, O. / Borchart, K. / Stargardt, T.* (2004): Bürgerversicherung – Die Wirkung von Kopfprämien auf den Arbeitsmarkt, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 93. Band, Heft 3, S. 349 – 371.
- Fischer, W.* (2004): Gesucht: Ein DRG-System für die Schweiz, in: Competence, Heft 5, S. 4 – 8.
- Flintrop, J.* (2003): Schweizer Gesundheitswesen: Vorbild mit Selbstzweifeln, in: Deutsches Ärzteblatt, 100. Jg., Heft 8, S. A450-A455.
- Germis, C.* (2003): Wertsache Gesundheit, in: Corporate Responsibility Magazin, Edition Two, Allianz Group, S. 78 – 85.
- Giesen, R.* (2004): Rationierung im bestehenden Gesundheitssystem, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 93. Band, Heft 4, S. 557 – 582.
- Greß, S. / Kocher, R. / Wasem, J.* (2004): Wettbewerbsorientierte Reformen im Gesundheitssystem der Schweiz – Vorbild für regulierten Wettbewerb in der deutschen GKV?, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 5. Jg., Heft 1, S. 59 – 70.
- Hagist, C. / Raffelhüschen, B.* (2004): Friedens- versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein kriegerischer Beitrag für mehr Nachhaltigkeit, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 93. Band, Heft 2, S. 185 – 206.
- Heiss, W.* (2004): Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus ärztlicher Sicht, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 93. Band, Heft 4, S. 603 – 622.
- Klose, J. / Schellschmidt, H.* (2001): Finanzierung und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn.
- Manning, W. G. / Newhouse, J. P. / Duan, N. / Keeler, E. B. / Leibowitz, A. / Marquis, M. S.* (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, in: The American Economic Review, 77. Jg., Heft 3, S. 251 – 277.
- Nickel, A.* (2005): Soll die GKV revolutioniert oder reformiert werden?, in: Versicherungswirtschaft, Heft 13, S. 962 – 964.
- Oberender, A.* (1996): Zur Reform der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung: eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs, Diss., Freiburg im Breisgau.
- Pimpertz, J.* (2002): Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Von der fiskalischen Reaktion zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln.
- Rodrig, S. / Wiesemann, H.-O.* (2004): Der Einfluss des demographischen Wandels auf die Ausgaben der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 93. Band, Heft 1, S. 17 – 46.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005 des Sachverständigenrates, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670 vom 09. 06. 2005.
- Schreyögg, J.* (2004): Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts, in: Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice, 29. Jg., Heft 4, S. 689 – 704.

- Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Greiner, W.* (2000): Gesundheitsökonomik, Tübingen.
- Schulze Ehring, F.* (2004): Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln.
- Spycher, S.* (2004): Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz: Vorbild oder abschreckendes Beispiel?, in: Gesundheit + Gesellschaft – Wissenschaft, 4. Jg., Heft 1, S. 19 – 27.
- Tiemann, S.* (2006): Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt, Köln.
- Werblow, A.* (2002): Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 71. Jg., Heft 4, S. 427 – 436.
- Wille, E. / Igel, C.* (2002): Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse, Köln.
- Zweifel, P.* (2004): Ökonomische Überlegungen zur Rationierung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 93. Band, Heft 4, S. 583 – 601.
- Zweifel, P. / Eisen, R.* (2003): Versicherungsökonomik, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York.

Zusammenfassung

Seit einigen Jahren wird in Deutschland über Veränderungen in der Finanzierung und im Leistungskatalog des Krankenversicherungssystems intensiv diskutiert. Dabei werden häufig problematische Anreizstrukturen im Hinblick auf das Verhalten der Versicherten genannt. Insbesondere haben Versicherte in Deutschland im Krankheitsfall grundsätzlich wenig Interesse an einer kostengünstigen Behandlung. Zugleich wird auf das Schweizer System als ein Beispiel verwiesen, in dem die Versicherten ein höheres Kostenbewusstsein aufweisen. Im folgenden Beitrag werden die Krankenversicherungssysteme Deutschlands und der Schweiz aus der Perspektive der Versicherten anhand der informationsökonomischen Begriffe des Moral Hazard und der Adversen Selektion analysiert. Dabei zeigt sich, dass beide Systeme bei der Verringerung von Anreizproblemen voneinander lernen können.

Abstract

In the last years changes in the financing and in the service catalogue of the German health insurance system have been intensively discussed. The problematic incentive structures regarding the behaviour of the insured are frequently mentioned in these discussions. In particular, German insured

have only little interest in a cost-efficient treatment of illness. At the same time the Swiss health insurance system is an example in which the insured show a higher cost consciousness. In the following article, the health insurance systems of Germany and Switzerland are compared from the perspective of the insured on the basis of the information-economic terms „moral hazard“ and „adverse selection.“ We find that both systems can learn from each other in reducing incentive problems.