

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Inhaltsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	XV
Tabellenverzeichnis	XVII
KAPITEL 1 Einleitung	1
1.1 Gesundheit - ein unbezahlbares Gut?	1
1.2 Mikro- und makroökonomische Betrachtungsweisen der Gesundheit	4
1.2.1 Eine vereinfachte mikroökonomische Sicht der Gesundheit	5
1.2.2 Das Gesundheitswesen auf der makroökonomischen Ebene	7
1.2.3 Die Problematik der Globalsteuerung: Das Beispiel der makroökonomischen Gesundheitsquote	8
1.3 "Ökonomie der Gesundheit" versus "Ökonomie des Gesundheitswesens": Ein erster Überblick	11
1.3.1 Ökonomie der Gesundheit	12
1.3.2 Gesundheit und Konsum von Gesundheitsleistungen	13
1.3.3 Ökonomie des Gesundheitswesens	14
1.4 Eine Systemanalyse des Gesundheitswesens	17
1.5 Literaturhinweise	17
KAPITEL 2 Zur ökonomischen Bewertung von Leben und Gesundheit	19
2.1 Anwendungsbereiche der Bewertung von Leben	19
2.2 Ethische Einwände und Rechtfertigungen	20
2.2.1 Einwände gegen die Aufrechnung des Lebens in Geld	21
2.2.2 Argumente gegen die Endlichkeit des Wertes des Lebens	23
2.3 Theoretische Grundkonzeptionen	24
2.3.1 Der Humankapital-Ansatz	25
2.3.2 Der Ansatz der Zahlungsbereitschaft	26
2.3.2.1 Definition	26
2.3.2.2 Entscheidungstheoretische Fundierung	27
2.3.2.3 Konsequenzen für den Wert eines statistischen Lebens	33
2.3.2.4 Die Einbeziehung der Zahlungsbereitschaft anderer	36
2.4 Die Messung der Zahlungsbereitschaft	37
2.4.1 Die direkte Methode: Fragebogenstudien	38
2.4.2 Die indirekte Methode: Auswertung von Marktdaten	40
2.4.3 Meßergebnisse	

KAPITEL 6 Optimale Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen	171
6.1 Zur Problemstellung	171
6.2 Typen von Krankenversicherungsverträgen und ihre Anreizwirkungen	173
6.3 Optimaler Versicherungsschutz bei Abwesenheit von Moral Hazard	175
6.3.1 Krankheitsfolgen rein finanziell	176
6.3.1.1 Ein Modell mit nur zwei Gesundheitszuständen	178
6.3.1.2 Ein Modell mit beliebig vielen Gesundheitszuständen	182
6.3.2 Direkte Nutzenwirkungen der Krankheit	187
6.3.3 Fazit	190
6.4 Optimaler Versicherungsschutz bei Ex ante - Moral Hazard	191
6.4.1 Optimale Vorbeugung ohne Versicherungsmöglichkeit	193
6.4.2 Optimum des Versicherten bei variabler Prämie	195
6.4.2.1 Optimaler Versicherungsschutz bei variabler Prämie	195
6.4.2.2 Optimale Vorbeugung bei variabler Prämie	197
6.4.3 Optimaler Versicherungsschutz bei fester Prämie	198
6.4.3.1 Beliebige Prämien gestaltung: Zweistufige Optimierung	198
6.4.3.2 Optimale Vorbeugung bei gegebenen Versicherungsbedingungen	199
6.4.3.3 Optimierung der Versicherungsbedingungen	201
6.4.3.4 Lineare Prämienfunktion	203
6.4.4 Fazit	204
6.5 Optimaler Versicherungsschutz bei Ex post - Moral Hazard	205
6.5.1 Modellannahmen	205
6.5.2 Optimale Nachfrage nach medizinischen Leistungen und optimaler Versicherungsschutz	208
6.5.2.1 Globale Optimierung	208
6.5.2.2 Optimale Nachfrage nach medizinischen Leistungen	209
6.5.2.3 Optimale proportionale Selbstbeteiligung	211
6.5.3 Fazit	215
6.6 Der empirische Zusammenhang zwischen Versicherungsdeckung und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	216
6.7 Schlußfolgerungen für die Gestaltung einer sozialen Krankenversicherung	218
6.8 Übungsaufgaben	220
6.9 Literaturhinweise	221
KAPITEL 7 Der Arzt als Anbieter medizinischer Leistungen	223
7.1 Einleitung	223
7.2 Die These von der angebotsinduzierten Nachfrage nach ambulanten Arztleistungen	224
7.2.1 Ärztedichte und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: der empirische Zusammenhang	224

7.2.2 Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung	225
7.2.3 Nutzenmaximierung des Arztes und die Zieleinkommens-Hypothese	228
7.2.3.1 Ein Modell des ärztlichen Verhaltens	228
7.2.3.2 Einführung der Zieleinkommens-Hypothese	231
7.2.3.3 Reaktion auf eine Erhöhung der Ärztedichte in drei Situationen	232
Anhang zu Abschnitt 7.2.3	235
7.2.4 Ärztedichte und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: alternative Erklärungen	236
7.2.5 Empirische Überprüfung der Hypothese	239
7.3 Systeme der Vergütung ärztlicher Leistungen und ihre Allokationswirkungen	241
7.3.1 Honorarverfahren, Honorarform und Honorartarif	241
7.3.1.1 Honorarverfahren	241
7.3.1.2 Honorarform	242
7.3.1.3 Honorartarif	243
7.3.2 Ein einfaches Modell der Erstellung ärztlicher Leistungen	243
7.3.3 Modelltheoretische Analyse der Wirkungsweisen unterschiedlicher Honorarformen	245
7.3.3.1 Fragestellungen	245
7.3.3.2 Vergütung nach dem Faktoreinsatz	247
7.3.3.3 Einzelleistungs-Vergütung	248
7.3.3.4 Perioden-Fixum	250
7.3.3.5 Vergütung nach der Zahl eingeschriebener Versicherter	251
7.3.4 Schlußfolgerungen für Vergütungssysteme in der Praxis	253
7.4 Übungsaufgaben	254
7.5 Literaturhinweise	255
KAPITEL 8 Organisationsformen der medizinischen Versorgung	257
8.1 Fragestellung	257
8.2 Die Sachwalterbeziehung als Grundproblem	260
8.3 Ergänzende Sachwalterbeziehungen im Gesundheitswesen	266
8.3.1 Der Arbeitgeber als ergänzender Sachwalter	266
8.3.2 Der Staat als ergänzender Sachwalter	268
8.3.2.1 Staatliche Gesundheitsversorgung	268
8.3.2.2 Nationale Krankenversicherung	270
8.3.3 Der private Krankenversicherer als ergänzender Sachwalter	270
8.3.3.1 Herleitung der optimalen Honorierungsfunktion	271
8.3.3.2 Eigenschaften der optimalen Honorierungsfunktion	274
Anhang zu Abschnitt 8.3	276
8.4 Die Health Maintenance Organization als alternative Form der Versorgung	277
8.4.1 Die HMO als ergänzender Sachwalter im Gesundheitswesen	277

8.4.2 Kostenwirkungen der HMOs auf der Ebene des Gesamtsystems	280
8.4.3 Abschließende Würdigung der HMOs	285
8.5 Die Rolle der Verbände im Gesundheitswesen	286
8.5.1 Warum sind Berufsverbände im Gesundheitswesen so wichtig?	287
8.5.2 Funktionen der Verbände im Gesundheitswesen	289
8.5.2.1 Sicherung der Behandlungsqualität	289
8.5.2.2 Wahrnehmung von Aufgaben im Interesse politischer Entscheidungsträger	289
8.5.2.3 Sicherung der Einkommenschancen der Mitglieder	290
8.5.3 Wettbewerb der Leistungsanbieter, Wettbewerb der Verbände	292
8.6 Übungsaufgaben	295
8.7 Literaturhinweise	296
KAPITEL 9 Krankenhausleistungen und ihre Vergütung	299
9.1 Problemstellung	299
9.2 Das Krankenhaus als Produktionsbetrieb	301
9.2.1 Der Krankenhaus-"Output": Gesundheit als latente Größe	301
9.2.2 Der mehrstufige Charakter der Produktion im Krankenhaus	303
9.2.3 Die Heterogenität des Krankenhaus-Outputs	306
9.2.4 Krankenhaus-Kostenfunktionen	308
9.3 Ein ökonomisches Modell des Krankenhauses	312
9.3.1 Notation und Annahmen	313
9.3.2 Die Akteure im Krankenhaus und ihre Ziele	316
9.3.3 Fragestellungen für die nachfolgende Analyse	319
9.4 Vergütungssysteme und ihre Anreizwirkungen	320
9.4.1 Das Kostendeckungsprinzip: Für und Wider	320
9.4.1.1 Das "Geschäft mit der Krankheit"	320
9.4.1.2 Die Mehrdeutigkeit des Kostenbegriffs	322
9.4.1.3 Anreizwirkungen der Kostenerstattung	322
9.4.2 Leistungsorientierte Entgeltformen	324
9.4.2.1 Die Abrechnungseinheit	324
9.4.2.1.1 Festes Budget	327
9.4.2.1.2 Die Fallpauschale	328
9.4.2.1.3 Einzelleistungs-Vergütung oder Tagessatz	329
9.4.2.2 Der Preisbildungsmodus	331
9.4.2.3 Der Geltungsbereich der Preise	332
9.4.2.4 Maßstäbe für die Preishöhe	332
9.4.3 Schlußfolgerungen für die Krankenhaus-Vergütungssysteme in der Praxis	334
9.5 Übungsaufgaben	337
9.6 Literaturhinweise	338
KAPITEL 10 Der Arzneimittelmarkt	341
10.1 Problemstellung	341

10.2 Die Entwicklung eines neuen Arzneimittels	343
10.2.1 Die Konsumtechnologie eines Arzneimittels	343
10.2.2 Regulierung des Marktzutritts durch die Zulassungsbehörde	344
10.2.3 Einfluß einer Kostenbeteiligung des Patienten	345
10.3 Die Innovation als Investition	347
10.3.1 Der zeitliche Ablauf einer Arzneimittel-Innovation	347
10.3.2 Erfolgswahrscheinlichkeiten und Innovationsausgaben	348
10.3.3 Lohnen sich pharmazeutische Innovationen?	350
10.4 Die Rolle des Patentschutzes	351
10.4.1 Wozu ein Patentschutz?	351
10.4.2 Die Entscheidungssituation des Innovators	353
10.4.3 Die Patentschutzdauer aus der Sicht der Behörde	355
10.4.4 Anpassung der Patentschutzdauer an veränderte Rahmenbedingungen	357
10.5 Der Preiswettbewerb bei Arzneimitteln	359
10.5.1 Preiswettbewerb trotz Versicherungsdeckung und Marktabschottung	360
10.5.2 Fallstudie: Die Festbeträge des Gesundheitsreformgesetzes 1989 in Deutschland	363
10.6 Übungsaufgaben	365
10.7 Literaturhinweise	366
KAPITEL 11 Zukünftige Herausforderungen an das Gesundheitswesen	369
X 11.1 Fragestellung	369
11.2 Die demographische Herausforderung	371
11.2.1 Alterung der Bevölkerung	371
11.2.1.1 Verbesserte Kontrolle über den Gesundheitszustand als Aufgabe der Medizin?	371
11.2.1.2 Umverteilungswirkungen der Alterung	373
11.2.2 Veränderte Familienstruktur	375
11.3 Die technologische Herausforderung	378
11.3.1 Die drei Arten von Innovation	378
11.3.2 Kriterien für eine optimale Allokation der Innovation	380
11.3.3 Verzerrungen der Kriterien auf aggregierter Ebene	384
11.4 Die Herausforderung des "Sisyphus-Syndroms"	387
11.4.1 Ein einfaches dynamisches Modell	387
11.4.2 Zur empirischen Relevanz des Sisyphus-Syndroms	390
11.5 Internationale Herausforderungen	393
11.5.1 Die Integration der Versicherungsmärkte	393
11.5.2 Migrationen von Beschäftigten des Gesundheitswesens	394
11.5.3 Internationale Direktinvestitionen in Krankenhäuser	397
11.6 Übungsaufgaben	399

2.4.3.1 Ergebnisse aus Fragebogenstudien	40
2.4.3.2 Ergebnisse aus der Beobachtung von Verhalten	41
2.5 Bewertung der Lebensqualität	42
2.5.1 Das Konzept der QALYs	43
2.5.2 Zur Nutzenbewertung des Gesundheitszustands	44
2.6 Übungsaufgaben	51
2.7 Literaturhinweise	53
KAPITEL 3 Das Individuum als Produzent seiner Gesundheit	57
3.1 Problemstellung	57
3.2 Zum Konzept der Gesundheitsproduktion	59
3.2.1 Grundsätzliche Betrachtungen	59
3.2.2 Die Gesundheit als Teil des Humankapitals	61
3.2.3 Gesundheitsproduktion als Einflußnahme auf einen Zufallsprozeß	62
3.2.4 Unabhängigkeit von Nachfrage und Angebot?	63
3.3 Kurzfristige Optimierung und Zahlungsbereitschaft für Gesundheit	64
3.4 Ein Modell mit zustandsabhängigen Produktionsmöglichkeiten: Die kurze Frist	68
3.4.1 Der Zufallsprozeß im Überblick	68
3.4.2 Die Bestandteile des Modells	70
3.4.3 Bedingte Grenzen der kurzfristigen Produktionsmöglichkeiten	73
3.4.3.1 Der kurzfristige Trade-off bei guter Gesundheit (Nr. 1)	73
3.4.3.2 Der kurzfristige Trade-off bei schlechter Gesundheit (Nr. 2)	74
3.4.3.3 Zur Instabilität des Gesundheitsverhaltens	76
3.5 Ein Modell mit zustandsabhängigen Produktionsmöglichkeiten: Die längere Frist	78
3.5.1 Der längerfristige Trade-off bei guter Gesundheit (Nr. 1')	79
3.5.2 Der längerfristige Trade-off bei schlechter Gesundheit (Nr. 2')	82
3.6 Komplementarität oder Substitutionalität in der Gesundheitsproduktion?	83
3.6.1 Bedeutung der Fragestellung	83
3.6.2 Substitutionalität im gesunden Zustand	84
3.6.3 Komplementarität im kranken Zustand	84
Anhang zu Kapitel 3	85
3.7 Übungsaufgaben	92
3.8 Literaturhinweise	93
KAPITEL 4 Empirische Untersuchungen zur Gesundheitsproduktion	95
4.1 Überblick über die Fragestellungen	95
4.2 Untersuchungen anhand von aggregierten Daten	97
4.2.1 Mortalitätsraten als Erfolgsmaßstab?	97
4.2.2 Die Grenzproduktivität des Gesundheitswesens insgesamt	98
4.2.2.1 Erste Evidenz aus den USA	98

11.7 Literaturhinweise	401
KAPITEL 12 Wirtschaftspolitische Schlußfolgerungen	403
12.1 Gesundheit als ökonomisches Gut	403
12.2 Wettbewerb oder Regulierung im Gesundheitswesen?	404
12.3 Gesundheitspolitische Empfehlungen im einzelnen	405
12.3.1 Versicherte und Patienten	406
12.3.2 Gestaltung der Krankenversicherung	406
12.3.3 Der Markt für ärztliche Leistungen	408
12.3.4 Der Markt für Krankenhausleistungen	409
12.3.5 Der Markt für Arzneimittel	410
12.4 Reformprogramme aus einem Guß?	410
12.5 Literaturhinweise	412
Autorenverzeichnis	413
Stichwortverzeichnis	417

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1-1:	Gesundheit, Konsum und optimale Gesundheitsquote am Einkommen	6
Abb. 1-2:	Technologischer Wandel in der Medizin und Veränderung der optimalen Gesundheitsquote	10
Abb. 1-3:	Eine Systemanalyse des Gesundheitswesens	15
Abb. 2-1:	Nutzendifferenzen als Flächen unter der Grenznutzenkurve	31
Abb. 2-2:	Zeitliche Abwägung zur Bewertung von Gesundheitszuständen	47
Abb. 2-3:	Standard-Lotterie zur Bewertung von Gesundheitszuständen	47
Abb. 3-1:	Marginale Zahlungsbereitschaft für Gesundheit (kurzfristig)	67
Abb. 3-2:	Abfolge von Gesundheitszuständen als beeinflußbarer Zufallsprozeß	69
Abb. 3-3:	Trade-offs zwischen Konsum und Gesundheit unter dem Einfluß exogener Veränderungen	74
Abb. 3-4:	“Instabilität” des Gesundheitsverhaltens	77
Abb. 3-5:	Längerfristige Trade-offs zwischen Konsum und gesund verbrachter Zeit	81
Abb. 4-1:	Produktionsfunktion mit latenten Inputs und Outputs, 25 Schweizer Kantone	108
Abb. 4-2:	Der Gesundheitszustand als latente, endogene Bestimmungsgröße der Nachfrage nach medizinischen Leistungen	129
Abb. 5-1:	Darstellung von Versicherungsverträgen in einem Modell mit bedingten Ansprüchen	160
Abb. 5-2:	Vereinendes Gleichgewicht auf einem Versicherungsmarkt	163
Abb. 5-3:	Versicherungstechnische Äquivalenz zweier Risikogruppen	164
Abb. 5-4:	Pareto-Verbesserung durch trennende Verträge	166
Abb. 6-1:	Typen von Optima unter der Nebenbedingung $0 \leq l^0 \leq L$	179
Abb. 6-2:	Versicherungsleistung (I) und verfügbares Einkommen (y) im Falle eines Selbstbehalts (D)	184
Abb. 6-3:	Abnehmendes Grenzprodukt der Vorbeugung	192
Abb. 7-1:	Auswirkungen einer Zunahme des Ärzteangebots im “Normalfall”	225
Abb. 7-2:	Anbieterinduzierte Nachfrage als Reaktion auf eine Angebotszunahme	227

4.2.2.2 Evidenz aus dem Vergleich von Industrieländern	104
4.2.2.3 Evidenz aus dem Vergleich von zwei Nachbarregionen	106
4.2.2.4 Gesundheitsproduktion in den schweizerischen Kantonen	108
4.2.3 Die Grenzproduktivität einzelner medizinischer Maßnahmen	110
4.2.4 Umwelt- und Konjunktureinflüsse auf den Gesundheitszustand	112
4.3 Untersuchungen anhand von Individualdaten	116
4.3.1 Zur Messung des Gesundheitszustandes	116
4.3.2 Die Grenzproduktivität der medizinischen Infrastruktur auf individueller Ebene	117
4.3.3 Der Einfluß medizinischer Interventionen auf individueller Ebene	119
4.3.4 Umweltqualität und Gesundheitszustand	119
4.3.4.1 Luftqualität und Rauchen als exogene Faktoren	120
4.3.4.2 Rauchen als endogener Faktor	122
4.4 Nachfrage nach Gesundheit, Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	125
4.4.1 Wie sind individuelle Beobachtungen zu interpretieren?	125
4.4.2 Nachfrage nach medizinischen Leistungen als abgeleitete Nachfrage	128
4.5 Übungsaufgaben	134
4.6 Literaturhinweise	135
KAPITEL 5 Besonderheiten von Gesundheitsgütern und ihre allokativen Konsequenzen	139
5.1 Problemstellung	139
5.2 Marktversagen auf den Märkten für Gesundheitsgüter	141
5.2.1 Externe Effekte und Kollektivgutproblematik	141
5.2.2 Optionsgutcharakter medizinischer Leistungen	143
5.2.3 Gründe für das Fehlen von Konsumentensouveränität	144
5.2.3.1 Unfähigkeit zu rationaler Entscheidung	144
5.2.3.2 Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse	145
5.2.4 Unvollkommene Information auf Gesundheitsmärkten	146
5.3 Marktversagen auf den Märkten für Krankenversicherung	147
5.3.1 Trittbrettfahrerverhalten	148
5.3.2 Asymmetrische Information über das Krankheitsrisiko	149
5.4 Gerechtigkeit als Begründung für staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen	151
5.4.1 Das "Anrecht" auf medizinische Behandlung	151
5.4.2 Chancengleichheit und Versicherungszwang	152
5.5 Schlußfolgerungen für die Gestaltung einer sozialen Krankenversicherung	152
Anhang zu Kapitel 5	154
5.6 Übungsaufgaben	168
5.7 Literaturhinweise	169

Abb. 7-3:	Ärztedichte und Leistungsmenge pro Kopf bei Gültigkeit der Ziel-einkommens-Hypothese	234
Abb. 7-4:	Auswirkungen einer Angebotsausweitung bei reguliertem Preis und Nachfrageüberhang	237
Abb. 8-1:	Sachwalterbeziehungen als Organisationsmerkmal des Gesundheitswesens	259
Abb. 8-2:	Der Erfolg der Bemühungen des Sachwalters als Zufallsvariable	263
Abb. 8-3:	Verwendung der Beitragseinnahmen einer typischen HMO vom Vertragsnetztyp	278
Abb. 8-4:	Entwicklung der Ärztedichte und der relativen Ärzteeinkommen	291
Abb. 9-1a:	Pflegetage und Behandlungsfälle als Zwischenprodukte des Krankenhauses	304
Abb. 9-1b:	Pflegetage als Input im Behandlungsprozess	305
Abb. 9-2:	Die Vorhaltung von Betten als zusätzlicher Output des Krankenhauses	307
Abb. 9-3:	Das flexible Budget als Krankenhaus-Vergütungssystem	335
Abb. 10-1:	Konsumtechnologie von drei Rheumamitteln	344
Abb. 10-2:	Pharmakologische und wirtschaftliche Aspekte einer pharmazeutischen Innovation	346
Abb. 10-3:	Zahl der neuen Wirkstoffe nach Land der Ersteinführung	349
Abb. 10-4:	Wahre und beobachtbare Zahlungsbereitschaft (Kostenbeteiligung 50%)	352
Abb. 10-5:	Iso-Gewinnkurven und Reaktionsfunktion des Innovators	355
Abb. 10-6:	Optimale Patentschutzdauer im Gleichgewicht	357
Abb. 10-7:	Effektive Patentschutzdauer in Großbritannien, Deutschland und in den USA	359
Abb. 10-8:	Verlängerung der Patentschutzdauer zum Ausgleich erhöhter Grenzkosten der Innovation	360
Abb. 11-1a:	Veränderung der Überlebenskurve am Beispiel Deutschlands (Männer)	373
Abb. 11-1b:	Veränderung der Überlebenskurve am Beispiel Deutschlands (Frauen)	374
Abb. 11-2:	Kinder, Erwerbstätige und Rentner in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung	375
Abb. 11-3:	Durchschnittseinkommen von Allgemeinpraktikern in ausgewählten Industrieländern und Jahren	395

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1: Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttosozialprodukt (in Prozent)	2
Tab. 1.2: Beschäftigte im Gesundheitswesen	3
Tab. 2.1: Das entscheidungstheoretische Modell der Zahlungsbereitschaft	30
Tab. 3.1: Übergangswahrscheinlichkeiten und Zustandswahrscheinlichkeiten	62
Tab. 3.2: Ein Modell der zustandsabhängigen Gesundheitsproduktion (kurzfristig)	71
Tab. 4.1: Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in einigen Ländern	96
Tab. 4.2: Bestimmungsgründe der Sterblichkeit in 48 US-Bundesstaaten, 1960	101
Tab. 4.3a: Eine einfache Produktionsfunktion für Gesundheit und ihre empirische Schätzung	102
Tab. 4.3b: Eine einfache Produktionsfunktion für Gesundheit und ihre empirische Schätzung	103
Tab. 4.4: Bestimmungsgründe spezifischer Mortalitätsraten in 18 Industrie- ländern, um 1970	105
Tab. 4.5: Sterblichkeit und einige mögliche Einflussfaktoren in Nevada und Utah, 1970	107
Tab. 4.6: Mortalitätsraten in England und Wales sowie Schottland, 1954-76	114
Tab. 4.7: Geschätzte Einflüsse auf klinische Gesundheitsindikatoren, USA um 1960	118
Tab. 4.8: Einfluss der Luftqualität auf den Gesundheitszustand, USA 1976	121
Tab. 4.9: Luftqualität und Rauchen in der Gesundheitsproduktion, USA 1979	124
Tab. 4.10: Gesundheitsproduktion in der Schweiz, 1980	130
Tab. 5.1: Modell eines Versicherungsmarktes mit heterogenen Krankheits- risiken	156
Tab. 5.2: Existenz eines Gleichgewichts auf dem Versicherungsmarkt	168
Tab. 6.1: Das Grundmodell der optimalen Krankenversicherung bei Abwesenheit von Moral Hazard	177
Tab. 6.2: Ein Modell der optimalen Vorbeugung und des optimalen Versicherungsschutzes	194
Tab. 6.3: Optimaler Versicherungsschutz und optimale Nachfrage nach medizinischen Leistungen	207
Tab. 7.1: Ein Modell des Arztverhaltens	230
Tab. 7.2: Ein Modell der Arzthonorierung	246

Tab. 8.1:	Allgemeines Modell der Sachwalterbeziehung	262
Tab. 8.2:	Anwendung des Sachwaltermodells auf den privaten Krankenversicherer	272
Tab. 8.3:	Struktur der medizinischen Leistungen und der Ausgaben im Vergleich, 1983	279
Tab. 8.4:	Verschiebung der Kosten durch das Krankenhaus	283
Tab. 9.1:	Krankenhausausgaben als Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben (in Prozent)	300
Tab. 9.2:	OLS-Schätzergebnisse für Krankenhauskosten	311
Tab. 9.3:	Ein ökonomisches Modell des Krankenhauses	325
Tab. 10.1:	Innovationsaufwand und Patentschutzdauer als simultan zu bestimmende Entscheidungsvariablen	358
Tab. 10.2:	Preisverhältnis von neuen und bisherigen Wirkstoffen	362
Tab. 11.1:	Durchschnittlicher Lebensnettotransfer der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung seit 1900 (Modellrechnungen), in konstanten DM	376
Tab. 11.2:	Anteil von Einpersonen-Haushalten in ausgewählten Industrieländern (Angaben in %)	377
Tab. 11.3:	Die drei Innovationsarten in einem Zweiperioden-Modell	381
Tab. 11.4:	Gewonnene QALYs je 1'000 £, verschiedene Innovationen	385
Tab. 11.5:	Modell des Sisyphus-Syndroms im Gesundheitswesen	388
Tab. 11.6:	Interne Ertragsraten einer medizinischen Karriere, ohne Korrektur für Arbeitszeitunterschiede (um 1983)	396