
Inhaltsübersicht

| | |
|--|-----|
| Vorwort | v |
| Inhaltsverzeichnis | xi |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Zur ökonomischen Bewertung von Leben und Gesundheit | 19 |
| 3 Das Individuum als Produzent seiner Gesundheit | 89 |
| 4 Empirische Untersuchungen zur Gesundheitsproduktion | 139 |
| 5 Gesundheitsgüter, Marktversagen und Gerechtigkeit | 179 |
| 6 Optimale Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen | 247 |
| 7 Risikoselektion im Krankenversicherungswettbewerb | 305 |
| 8 Der Arzt als Anbieter medizinischer Leistungen | 353 |
| 9 Krankenhausleistungen und ihre Effizienz | 373 |
| 10 Optimale Vergütung von Leistungserbringern | 397 |
| 11 Organisationsformen der medizinischen Versorgung | 457 |
| 12 Der Arzneimittelmarkt | 479 |
| 13 Die Politische Ökonomie des Gesundheitswesens | 513 |
| 14 Herausforderungen an das Gesundheitswesen | 539 |
| Literaturverzeichnis | 583 |
| Autorenverzeichnis | 615 |
| Sachverzeichnis | 623 |

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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