



Daniel Paquet / flickr

Die Diskussion um das moralische Risiko

Welche Anreize in der Krankenversicherung?

Hohe Selbstbeteiligungen in der Krankenversicherung sind kein Wundermittel. Um Kosten zu sparen, muss primär bei den Leistungserbringern angesetzt werden.

Moralisches Risiko wird oft als einer der Gründe für die hohen Gesundheitsausgaben genannt. Moralisches Risiko ist der Fachausdruck, dass die Leute desto mehr Gesundheitsleistungen konsumieren, je tiefer der Preis ist – sprich je höher die Versicherungsabdeckung. Bis zu einem gewissen Grad ist moralisches Risiko erwünscht: Erst eine Versicherung ermöglicht den Patienten Behandlungen, die ihre finanziellen Mittel

übersteigen würden. Problematisch ist es, wenn unnötige Gesundheitsleistungen nachgefragt werden («ich bezahl ja nichts, also mach ich doch auch noch ein MRI»). Dann führt moralisches Risiko zur «Ausbeutung der Krankenversicherung durch ihre eigenen Mitglieder» (Jürg Sommer). Selbstbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) sollen moralisches Risiko eindämmen. Ein optimaler Krankenversicherungsvertrag muss abwägen zwischen möglichst hoher Risikoübernahme und den Verlusten aufgrund von exzessiver Nachfrage (Verschwendung).

Im Zentrum die Angebotsseite

Höhere Selbstbeteiligungen werden oft als Wundermittel angepriesen, um

Kosten zu sparen. Ich zweifle ernsthaft daran, schliesse allerdings eine gewisse Rolle von Selbstbeteiligungen nicht aus. Im Zentrum aber sollte die Angebotsseite stehen – sprich die Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Pharmaindustrie). Im Folgenden meine Argumente:

- Die meisten (empirischen) Studien zeigen, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (im Gegensatz zu anderen Gütern) nur schwach auf den Preis reagiert. Je höher die Notwendigkeit einer medizinischen Leistung (z.B. Spital oder Notfall), desto geringer sind die Nachfrageelastizitäten. Je nach Abdeckung liegen letztere zwischen -0.1 und -0.2, d.h. ein 10 % höherer Preis führt zu 1 bis 2 % tieferer Nachfrage.

- Höhere Selbstbeteiligungen verändern nicht nur das Verhalten der Nachfrager, sondern auch das der Leistungserbringer. Das Stichwort ist angebotsinduzierte Nachfrage. Plump gesagt: Gehen weniger Leute zum Arzt (aufgrund höherer Kostenbeteiligung), könnte der Mediziner pro Konsultation mehr Leistungen anbieten (um auf sein voriges Einkommen zu kommen). Ökonometrische Studien fassen diesen Effekt nicht, da sie oft nur ein kleines Experiment anschauen (z.B. höhere Selbstbeteiligung bei nur einer Krankenversicherung).

- Im schlimmsten Fall könnten höhere Selbstbeteiligungen die Gesundheitskosten sogar erhöhen. Dann nämlich, wenn weniger präventive Gesundheitsleistungen nachgefragt werden. Das berühmte (häufig falsch zitierte) RAND-Experiment (1) hat zwar gezeigt, dass sich im Durchschnitt kurzfristig der Gesundheitszustand nicht verschlechtert hat, allerdings waren Personen älter als 65 vom Experiment ausgeschlossen. Und: Ärmere Leute waren kränker je höher die Kostenbeteiligung. Eine amerikanische Studie im *New England Journal of Medicine* hat gezeigt, dass höhere Beteiligungen für ambulante Leistungen bei älteren Personen die Spitalkosten erhöhen.

- Ca. 80 % der Kosten werden von 20 % der Versicherten verursacht. Die höchsten Kosten fallen in den letzten zwei Jahren des Lebens an. Hier haben höhere (traditionelle) Selbstbeteiligungen keine Wirkung.

- Höhere Selbstbeteiligungen unabhängig vom Einkommen sind «unsozial». Ärmere Menschen sind kränker (sozioökonomischer Gradient). Gerade untere Schichten reagieren aber elastischer als finanziell Bessergestellte, fragen also weniger Gesundheitsleistungen nach, wenn ihr Selbstbehalt steigt.

- Die meiste Forschung über Kostenbeteiligungen stammt aus den 1970 und 1980ern. GesundheitsökonomInnen untersuchen heute mehrheitlich andere Bereiche (Stichwort Angebotsseite). Weil höhere Selbstbeteiligungen doch nicht das Wundermittel sind?

Innovative Vorschläge

Dass Selbstbeteiligungen aber durchaus diskutiert werden sollen, zeigen niederländische Forscher mit einem interessanten Vorschlag. Das Problem mit bisherigen Franchisen ist, dass die Grenzpreise null sind für kranke Menschen oder für Leute, deren Gesundheitskosten über dem Franchisebetrag liegen. Für chro-



Innovative Vorschläge zur optimalen Krankenversicherungsabdeckung sind wichtig. Um wirksam Kosten einzusparen, sollte aber vor allem auf der Angebotsseite angesetzt werden.

nisch Kranke hat eine Franchise z.B. überhaupt keinen Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Kleef und seine Kollegen schlagen deshalb «versetzte» Franchisen vor. Diese Franchisen liegen im Bereich $(s_i + d)$ anstelle von $(0, d)$ wobei s_i grösser als null ist und von individuellen Charakteristiken abhängt. Praktisch veranschaulicht bedeutet dies, dass eine Franchise für Diabetiker zwischen beispielsweise 2500 und 2800 Schweizer Franken liegt (anstelle von 0 bis 300 Franken). Die Krankenkasse bezahlt Gesundheitskosten unter 2500 und über 2800 Franken (fiktives Beispiel). Der Betrag, bei welchem die Franchise beginnt (s_i), wird so gewählt, dass die Varianz (ein Mass für die Unsicherheit) der Selbstzahlungen maximiert ist. Je kränker eine Person, desto höher ist s_i . In der Praxis wäre es natürlich zu umständlich, diesen Betrag für jedes Individuum separat zu berechnen. Eine Differenzierung nach Gruppen ist sinnvoller. Kriterien dafür könnten das Alter und der Gesundheitszustand sein.

Ein anderer Vorschlag: Eine hohe Selbstbeteiligung auf Originalpräparaten steigert die Verwendung von Generika.

Innovative Vorschläge zur optimalen Krankenversicherungsabdeckung sind wichtig. Um wirksam Kosten einzusparen, sollte aber vor allem auf der Angebotsseite angesetzt werden. Wie können die 20 % der teuersten Versicherten möglichst effizient behandelt werden (hier besteht ein grosser Hebel)? Wie müssen die Anreize für Leistungserbringer und die Pharma-

industrie gesetzt werden? Wie kann der Risikoausgleich verbessert werden? (der neue wird wohl kaum genügen, da das neue Kriterium «Krankheitsrisiko» stark mit den alten – Alter, Geschlecht, Kanton – korreliert). Wie kann das Lobbying der Gesundheitsindustrie im Parlament eingedämmt werden? Wie steht es mit der heiklen Frage nach Rationierung?

LUKAS SCHWANK

Master of Science in Economics, Doktorand
Universität St. Gallen

(1) Im amerikanischen RAND-Experiment wurden in den 1970er Jahren 6000 Personen per Zufallsverfahren verschiedenen Krankenkassenverträgen zugewiesen. Ziel war es, herauszufinden, wie die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von der Versicherungsabdeckung abhängt.

Zitierte Artikel:

Trivedi, Arnal et al. «Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly.» *The New England Journal of Medicine* 320 (2010), 320-8.

Van Kleef, Richard C., Wynand P.M.M. van de Ven and René C.J.A. van Vliet. »Shifted Deductibles For High Risks: More Effective in Reducing Moral Hazard than Traditional Deductibles.« *Journal of Health Economics* 28 (2009), 198-209.