

---

# Neue Formen der ambulanten Versorgung: Was wollen die Versicherten?

## Ein Discrete-Choice-Experiment<sup>1</sup>

Karolin Becker, Peter Zweifel

### *Einleitung*

In der ambulanten medizinischen Versorgung werden seit den Gesundheitsreformen der Jahre 2000 und 2002 sowie auf der Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) von 2003 vermehrt Möglichkeiten der Neuorganisation diskutiert. Eine verstärkte Koordination zwischen den behandelnden Leistungserbringern soll zu einem besser gesteuerten Behandlungsverlauf und zu Kostensenkungen führen. Damit eine solche Umstrukturierung auch zu den erwünschten Effizienzsteigerungen und Kosteneinsparungen führt, ist es unabdingbar, dass neue Versorgungsmodelle auf die Akzeptanz der Patienten bzw. Versicherten stoßen und diese die neue Form der ambulanten medizinischen Versorgung auch nutzen. Welche Ausgestaltungen Erfolg haben, ist abhängig von der Präferenzstruktur der Versicherten. Die Meinungen und Einstellungen zu verschiedenen Formen der Versorgung können einerseits mittels traditioneller (Versicherten-)Befragungen ermittelt werden. Diese scheinen zu zeigen, dass keine generelle Abneigung gegenüber neuen Versorgungsmodellen besteht. Die Versicherten sehen in ihnen eine gewisse Notwendigkeit, um eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen und eine Senkung der Gesundheitsausgaben zu erreichen. Geht es jedoch darum, sich selbst für ein solches

Modell einzuschreiben, ist eine größere Skepsis zu beobachten, und es gibt Vorbehalte bezüglich konkreter Ausgestaltungen.<sup>2</sup>

Andererseits bieten sogenannte Discrete-Choice-Experimente (DCE) die Möglichkeit, Nutzengewinne und -verluste infolge von Änderungen im Versorgungsmodell abzubilden und als jeweilige Zahlungsbereitschaft in Geldbeträgen zu bewerten. Der grundlegende Fortschritt des in diesem Beitrag dargestellten DCE besteht nun darin, dass die „Skepsis“ quantifiziert wird. Die Ergebnisse zeigen auf, um wie viel Euro jährlich der Beitrag der Krankenkassen zurückgehen müsste, um den Widerstand der Versicherten gegenüber den mit den neuen Versorgungsmodellen verbundenen Einschränkungen zu überwinden. Im vorliegenden Beitrag wird diese Methode kurz vorgestellt, und im Anschluss daran werden die Ergebnisse eines Experiments zum Thema „Alternative Versorgungsformen“ präsentiert, das im November/Dezember 2005 mit einer Stichprobe von 1003 Versicherten<sup>3</sup> in Deutschland durchgeführt wurde.

### *Neuorganisation der ambulanten Versorgung*

Bei Politikern und Krankenkassen stehen im Zusammenhang mit neuen Organisationsstrukturen beim Angebot von medizinischen Leistungen alternative Versorgungsmodelle an vorderster Stelle. Die auf den §§ 140a–d des Sozialgesetzbuches V beruhenden Formen der sogenannten Integrierten Versorgung bieten vielfältige Ausgestaltungsmöglichkeiten. So sieht beispielsweise der Berufsverband der Ärzte (Ärztekammer) die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens von der Integrierten Versorgung geprägt.<sup>4</sup> In dieser Diskussion bleibt allerdings oftmals unklar, welche Formen die Integration im Einzelnen annehmen wird und welche Gruppen in welchem Ausmaß davon betroffen sein werden.

Inzwischen haben zahlreiche Krankenversicherer neue Versorgungsformen in ihr Angebot aufgenommen, die jedoch eher Modellcharakter haben. Als ein Beispiel kann das Hausarztmodell herangezogen werden, welches bereits von einigen Krankenkassen angeboten wird: Die Patienten, die sich dafür einschreiben, können sich nicht mehr unmittelbar ohne Zuzahlung an einen Facharzt wenden, sondern müssen stets zuerst ihren Hausarzt aufsuchen, der die Behandlung koordiniert. So sollen bei gleichbleibender Qualität Kostensenkungen erzielt werden. Einige Krankenkassen haben überdies sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) ins Leben gerufen, welche die verbesserte Koordination der Behandlung chronisch Kranker zum Ziel haben.

Bei der Einführung und konkreten Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle wird die Perspektive der Patienten und Versicherten jedoch weitgehend ausgeklammert. Die Präferenzen der Versicherten sind je nach betrachteter Untergruppe (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand) sehr unterschiedlich. Die Krankenkassen ihrerseits haben kaum die Möglichkeit, mit ihren Vertragsangeboten auf diese Präferenzunterschiede einzugehen. Im Zusammenhang mit neuen Versorgungsmodellen können sie zwar Vergünstigungen anbieten, sie aber nicht so abstufen bzw. unterschiedliche Beiträge verlangen, dass die Versicherten das in jeweils genügendem Maße als Kompensation ansehen. Es scheint, dass sie von den vorhandenen Spielräumen zu wenig Gebrauch machen und deshalb ihre Kunden für Versorgungsmodelle, die heute als unattraktiv empfunden werden, nicht gewinnen können.

Die erweiterten Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsschutz, aber auch die zunehmende finanzielle Beteiligung in Form von Zuzahlungen betreffen die Patienten und Versicherten jedoch sehr direkt und führen zu einem gesteigerten Informationsbedarf. Wird diesem Informationsbedarf

nicht entsprochen, ist es sehr unwahrscheinlich, dass die Versicherten eine Wechselbereitschaft zeigen und Abstand von der ihnen vertrauten Organisation der medizinischen Versorgung nehmen. Dieser Hang zum Status quo dürfte umso ausgeprägter sein, je mehr Unsicherheit über die Funktionsweise und Qualität der neuen Versorgungsmodelle besteht. Die vermehrte Bereitstellung von Informationen wird somit zur Voraussetzung dafür, dass Strukturveränderungen im Gesundheitswesen, zu denen auch neue Organisationsformen der medizinischen Versorgung gehören, eine Chance auf Erfolg haben. Hier lässt sich ein Beispiel aus der Schweiz anführen. Dort wurden bereits vor rund zehn Jahren alternative Versorgungsmodelle und Wahlmöglichkeiten zur obligatorischen Grundversicherung eingeführt. Machten zu Beginn noch wenige der Versicherten von den Wechseloptionen Gebrauch, so stieg der Anteil derer, die sich für einen alternativen Vertrag entschieden, im Jahre 2005 auf über 50 Prozent an; davon wählten etwa 10 Prozent einen Vertrag mit eingeschränkter Arztwahl.<sup>5</sup> Diese Entwicklung dürfte auf den zunehmenden Bekanntheitsgrad der alternativen Modelle zurückzuführen sein. Für die Bereitstellung der Information sind einerseits die Medien sowie die Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen verantwortlich. Andererseits gibt es seitens der Krankenversicherungen Anstrengungen, den Versicherten Informationen über neue Versorgungsmodelle nahezubringen.

Für die Akzeptanz neuer Versorgungsmodelle ist es deshalb unerlässlich, die Präferenzen der Bürger bezüglich der verschiedenen Versorgungsangebote zu erkunden und zu berücksichtigen. Die in Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen ausgedrückten Präferenzen können mithilfe von Marktexperimenten ermittelt werden.<sup>6</sup>

Beim vorliegenden DCE werden die Teilnehmer in einer schriftlichen Befragung gebeten, sich zwischen ihrem geltenden Krankenversicherungsvertrag bzw. Versorgungs-

modell und einer hypothetischen Alternative zu entscheiden. Dabei wird jeder Krankenversicherungsvertrag mit verschiedenen Eigenschaften beschrieben. Bei ihrer Wahl wägen die Befragten zwischen den einzelnen Eigenschaften ab. Diese Entscheidungen verraten, welche Eigenschaften den Versicherten wichtig sind. Daraus lässt sich dann mit ökonomischen Methoden ihre Präferenzstruktur ermitteln. Eine der relevanten Eigenschaften ist regelmäßig der zu bezahlende Versicherungsbeitrag. Deshalb erlaubt das DCE auch die Messung der Zahlungsbereitschaft für die einzelnen Eigenschaften in Geldbeträgen.

Diese Art der Befragung hat den Vorteil, dass bei einer Entscheidung mehrere Eigenschaften gleichzeitig berücksichtigt werden. Es wird nicht lediglich nach der Wichtigkeit einer Eigenschaft gefragt, sodass „Gratismeinungen“ abgefragt werden, sondern es muss zwischen verschiedenen Eigenschaften abgewogen werden. So ist im vorliegenden Fall beispielsweise mit der Verbesserung einer Eigenschaft des Versicherungsvertrages meist eine Erhöhung des Versicherungsbeitrags verbunden. Traditionelle Befragungen berücksichtigen typischerweise nicht mehrere Eigenschaften simultan, sondern sie fragen mehrere Eigenschaften nacheinander einzeln ab. Aus einer Aussage wie beispielsweise „74 Prozent der Befragten halten die Einführung neuer Versorgungsformen für sehr wichtig“ lässt sich aber nicht schließen, wie sich dieses „Wichtig“ in Geldeinheiten ausdrückt. Für den Erfolg neuer Versorgungsformen ist es jedoch von entscheidender Bedeutung zu wissen, mit wie viel Geld der damit verbundene Verzicht auf freie Arztwahl kompensiert werden muss. Reichen die erzielbaren Kostensenkungen nicht aus, um die verlangte Kompensation in Form von Beitragssenkungen zu finanzieren, wird das Vorhaben scheitern. Umgekehrt zeigen traditionelle direkte Befragungen, dass die Deutschen eine erhöhte Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten mehrheitlich ableh-

nen. Diese Information genügt jedoch für eine Krankenkasse noch nicht, um diesbezüglich eine Entscheidung zu fällen. Mit Selbstbeteiligungen sind Kosteneinsparungen verbunden. Die Zusatzinformation, wie hoch eine Kompensation ausfallen müsste, damit die Versicherten bereit wären, einen Teil des Risikos erhöhter Gesundheitsausgaben selber zu tragen, ist erforderlich, um etwas über die Akzeptanz von Selbstbeteiligungen aussagen zu können. Die dazu notwendigen Informationen über Zahlungsbereitschaften können durch ein DCE bereitgestellt werden. Reichen die Kosteneinsparungen für eine entsprechende Beitragssenkung, kann eine Krankenversicherung den Schritt trotz der Befragungsergebnisse wagen. Dabei ist zudem zu berücksichtigen, dass individuell unterschiedlich hohe Kompensationen gefordert werden, was für eine differenzierte Ausgestaltung von Versicherungsverträgen mit verschiedenen wählbaren Selbsthalten spricht.

### *Durchführung des Discrete-Choice-Experiments in Deutschland*

#### Vorgehensweise

Für die Durchführung eines DCE sind verschiedene Schritte erforderlich. Im vorliegenden DCE sollten neue Modelle der ambulanten Versorgung im Zentrum stehen, die sich durch verschiedene Eigenschaften charakterisieren lassen. Diese Eigenschaften und die Gestaltung der hypothetischen Entscheidungsszenarien werden im folgenden Abschnitt kurz beschrieben.

Für die Entscheidungen, welche die Befragten im Rahmen des DCE zu treffen haben, müssen hypothetische Szenarien konstruiert werden. Diese Szenarien nehmen in der vorliegenden Untersuchung die Form von Versicherungs-

verträgen mit jeweils fünf Eigenschaften an. Diese Eigenschaften werden mithilfe eines Optimierungsprogramms in verschiedenen Kombinationen zu hypothetischen Versicherungsverträgen zusammengestellt und jeweils mit der gegenwärtigen Versicherung des Befragten verglichen.

Zum einen wird die Art der ärztlichen Versorgung untersucht, die entweder wie heute eine freie Arztwahl beinhalten oder eingeschränkt sein kann, zum Beispiel in Form eines Hausarztmodells, eines Netzwerks aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen oder einer von der Krankenkasse erstellten Ärzteliste nach Kosten- und Qualitätskriterien.

Des Weiteren wird auf dem Hintergrund der Praxisgebühr und angesichts der großen Bedeutung der freien Arztwahl<sup>7</sup> das Einholen einer Zweitmeinung als Bestandteil eines Versicherungsvertrages angeboten. Entweder zahlen die Versicherten wie heute bei jedem ersten Arztbesuch im Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro (es sei denn, sie können einen Überweisungsschein vorlegen), oder sie können jederzeit kostenfrei eine Zweitmeinung bei einem Arzt ihrer Wahl einholen.

Die Krankenversicherung übernimmt bei der Einführung neuer Versorgungsmodelle eine wichtige Informations- und Beratungsfunktion. Gegenwärtig werden von den Krankenkassen nur eingeschränkt Leistungen und Informationen angeboten. Im DCE werden alternative Zusatzleistungen der Krankenkasse als weitere Eigenschaft berücksichtigt. Die Krankenkasse bietet ihren Versicherten dabei (in einer 24-Stunden-Telefon-Hotline) die Möglichkeit, sich von einer (medizinisch) qualifizierten Person hinsichtlich Steuerung und Ablauf der Behandlung beraten zu lassen. Die Krankenkasse gibt außerdem Anleitungen zu einem gesundheitsfördernden Verhalten und zu Vorsorgemaßnahmen.

Als vierte Eigenschaft wird ein Anreizsystem betrachtet. Jede Versicherung hat eine unerwünschte Nebenwir-

kung, die in der ökonomischen Literatur als moralisches Risiko bekannt ist.<sup>8</sup> Bei einem umfassenden Versicherungsschutz haben die Versicherten weniger Anreize, Anstrengungen zur Vermeidung eines Schadens zu erbringen (gesundheitsbewusstes Verhalten, „ex-ante moral hazard“). Der Versicherungsschutz führt aber auch dazu, im Schadensfall Leistungen zu beanspruchen, die nicht unbedingt nötig sind („ex-post moral hazard“). Um eine übermäßige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu unterbinden, müssen den Versicherten deshalb entsprechende Anreize gegeben werden. Im Vordergrund stehen dabei verschiedene Formen der Kostenbeteiligung. Sie werden für die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert oder bereits in Pilotprojekten angeboten. Zurzeit gibt es in Deutschland neben den Zuzahlungen zu Medikamenten und Hilfsmitteln die Praxisgebühr für jeden ersten Arztbesuch im Quartal, sofern kein Überweisungsschein für das jeweilige Quartal vorliegt. Als Alternativen sollen eine jährliche pauschale Kostenbeteiligung in Höhe von 500 Euro, eine Beitragsrückzahlung bei Nichtinanspruchnahme<sup>9</sup> von Leistungen ebenfalls in Höhe von 500 Euro (Bonusoption<sup>10</sup>) sowie ein Bonus (finanziell oder als Sachleistung) für nachgewiesenes gesundheitsbewusstes Verhalten angeboten werden.

Die verschiedenen Ausprägungen führen je nach Kombination zu einer Erhöhung bzw. Senkung des Krankenkassen-Jahresbeitrages. Dieser „Preis“ des Versorgungsmodells wird als fünfte Eigenschaft in das DCE aufgenommen, um bei der Auswertung Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen für einzelne Änderungen im Versorgungsmodell berechnen zu können. Dazu wurden die Befragten im Experiment gebeten, den Arbeitnehmeranteil ihres Krankenversicherungsbeitrages der Gehaltsabrechnung zu entnehmen und daraus ihren Jahresbeitrag in Euro zu berechnen. Die alternativen Versicherungspakete sind mit einer



Eigenschaften	Ausprägungen
1. Art der ärztlichen Versorgung	freie Arztwahl* Ärzteliste Hausarztmodell Netzwerk von Ärzten
2. Einholen einer Zweitmeinung	Praxisgebühr ohne Überweisungsschein* Einholen einer Zweitmeinung ohne Zuzahlung
3. Zusatzleistung der Krankenkasse	kein besonderes Service- und Informationsangebot* Patientenberater der Krankenkasse
4. Anreizsystem	kein besonderes Anreizsystem* Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme Kostenbeteiligung Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
5. Erhöhung/Senkung Ihres Krankenkassenbeitrages	+/- 200, 300, 400, 500 Euro jährlich
* Status quo (entspricht dem heutigen Standard-Versorgungsmodell)	

Abb. 1: Eigenschaften und Ausprägungen des Versicherungsvertrages

Senkung bzw. Erhöhung des Jahresbeitrages um 200, 300, 400 oder 500 Euro verbunden.

Die folgende Abbildung fasst die betrachteten Eigenschaften und ihre Ausprägungen, die sich zu einer Vielzahl von Szenarien (Versicherungsverträgen) kombinieren lassen, zusammen.

Mithilfe eines Optimierungsprogramms wurden aus den insgesamt möglichen 512<sup>11</sup> derartigen Szenarien 24 Szenarien ausgewählt.<sup>12</sup> Diese wurden in drei Gruppen zu je acht Entscheidungskarten aufgeteilt. Neben den Entscheidungskarten, auf denen die Eigenschaften und Ausprägungen kurz beschrieben werden, wurde ein Merkblatt versandt, das die Szenarien im Detail festhielt. Abb. 2 zeigt die Karte des aktuellen Versicherungsvertrages, die von den Befragten mit ihrem jährlichen Versicherungsbeitrag zu ergänzen war.

<b>Ihr jetziger Versicherungsvertrag</b>	
1. Art der ärztlichen Versorgung	freie Arztwahl
2. Einholen einer Zweitmeinung	ohne Überweisung fällt eine Praxisgebühr an
3. Zusatzleistung der Krankenkasse	kein besonderes Service- und Informationsangebot
4. Anreizsystem	kein besonderes Anreizsystem
5. Erhöhung/Senkung Ihres Krankenkassenbeitrags	Ihr heutiger jährlicher Beitrag: _____ Euro

Abb. 2: Status quo beim Versicherungsvertrag

Dieser Status quo wurde dann insgesamt achtmal mit einer Alternative verglichen, die sich in mindestens einer Eigenschaft vom Status quo unterschied.

### Durchführung der Befragung

Das DCE wurde in einen Fragebogen eingebettet, der neben Fragen zu Einstellungen gegenüber Veränderungen im Gesundheitssystem und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im vergangenen Jahr auch Fragen zu sozioökonomischen Merkmalen (Alter, Ausbildung, Einkommen etc.) enthielt. Da es sich bei Fragen zum Gesundheitswesen und zur Krankenversicherung um komplexe Themenfelder handelt, war es unabdingbar, in einer Voruntersuchung (Pre-test) den Fragebogen sowie das DCE auf seine Funktionalität zu testen. Der Fragebogen und das DCE wurden deshalb an 20 Personen geprüft, die in einem anschließenden persönlichen Interview Kommentare und Anmerkungen äußern konnten. Nach den nötigen Anpassungen wurden in Deutschland die Fragebogen und Informationsunterlagen zum DCE an Personen eines sogenannten Access-Panels des TNS-Befragungsinstituts im Alter von über 25 Jahren verschickt.

## Hypothesen

Hinsichtlich der Wirkungsrichtung von verschiedenen Veränderungen auf den Nutzen lassen sich Hypothesen formulieren. Es besteht in Bezug auf den jährlichen Beitrag die Erwartung, dass er mit einem Nutzenverlust in Verbindung gebracht wird und deshalb teurere Alternativen weniger häufig gewählt werden (vgl. dazu auch den Abschnitt „Einstellungen zur Organisation des Gesundheitssystems“). Würde sich dies nicht bewahrheiten, wäre das ganze Konzept der Zahlungsbereitschaft bzw. der Kompensationsforderung unbrauchbar.

Darüber hinaus lassen sich aber auch Aussagen über sozioökonomische Unterschiede treffen. Im Folgenden werden einige Hypothesen formuliert, die anhand der Daten überprüft werden sollen.

So ist erstens zu vermuten, dass das Geschlecht eine Rolle spielt. Frauen nehmen die Leistungen des Gesundheitssystems im Durchschnitt stärker in Anspruch als Männer. Bezüglich der Einschränkungen bei der Arztwahl und dem Einholen einer Zweitmeinung ist zu erwarten, dass sie einen größeren Nutzenverlust erleiden als Männer. Zudem gelten Frauen als risikoscheuer, sodass ihre Nachfrage nach einer umfassenden Versicherungsleistung höher sein dürfte.<sup>13</sup>

Auch das Alter ist als Differenzierungsmerkmal zu berücksichtigen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen. Eine Einschränkung der Arztwahl wirkt sich daher gravierender aus und müsste eine höhere Kompensationsforderung hervorrufen. Allerdings hängt das Ausmaß des Sicherheitsbedürfnisses vom Wert des zu schützenden Gutes ab.<sup>14</sup> Der Wert des Gutes „Gesundheit“ erreicht jedoch in einem Alter von rund 40 Jahren ein Maximum (weil das dank Gesundheit erzielbare Arbeitsein-

kommen nicht mehr zunimmt).<sup>15</sup> Entsprechend müsste die Zahlungsbereitschaft für die Krankenversicherung ab diesem Alter abnehmen und die Akzeptanz für eine höhere Kostenbeteiligung steigen bzw. die Kompensationsforderung niedriger ausfallen.<sup>16</sup> Ein zusätzlicher Aspekt sind die Informationskosten, die mit der Suche nach einem guten Arzt verbunden sind. Die konventionelle Versorgung zeichnet sich durch eine gewisse Intransparenz und daher hohe Informationskosten aus. Ärzte in Netzwerken hingegen müssen gewissen Qualitätsanforderungen genügen, sodass der Aufwand der Informationsbeschaffung reduziert wird. Dies kommt älteren Versicherten entgegen, für die die Komplexität des Gesundheitssystems oftmals eine Herausforderung darstellt. Ebenso dürften ältere Versicherte eine höhere Zahlungsbereitschaft für Zusatzleistungen der Krankenversicherungen haben, wenn diese eine informierende und lenkende Funktion erfüllen.

Der Gesundheitszustand ist ein Kriterium, das bei der Einstellung zu Veränderungen in der medizinischen Versorgung eine entscheidende Rolle spielen dürfte. Im Experiment wurden dazu verschiedene Dimensionen des Gesundheitszustandes abgefragt.

Die Unterscheidung zwischen chronisch Kranken und nicht chronisch Kranken zielt auf die Erfahrungen ab, die Patienten mit der momentanen medizinischen Versorgung machen. Je nachdem, wie zufrieden chronisch Kranke mit ihrer augenblicklichen Versorgung sind, könnte der Nutzen Gewinn aus einer verbesserten Koordination den Nutzenverlust durch eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer aufwiegen. Diese zweiseitige Wirkungsrichtung ist wichtig für die zielgruppengerechte Ausgestaltung von neuen Versorgungssystemen (Chroniker- oder Disease-Management-Programme), die zu einer effizienteren Versorgung der chronisch Kranken führen sollen.<sup>17</sup> In eine ähnliche Richtung zielt die Unterscheidung, ob im abgelaufenen Jahr ein

krankheitsbedingter Arztbesuch erfolgte.<sup>18</sup> Weil die meisten Personen risikoscheu sind, also dem bereits Bekannten den Vorzug geben, ist zu vermuten, dass jene Versicherten, die in der jüngeren Vergangenheit (mindestens) einen krankheitsbedingten Arztkontakt aufweisen, mit einem höheren Betrag kompensiert werden müssen, damit sie die mit einer alternativen Versorgungsform verbundenen Einschränkungen akzeptieren.

Um die Hypothesen überprüfen zu können, werden die interessierenden Merkmale in das statistische Modell aufgenommen. Aus den Auswertungen lassen sich dann die Zahlungsbereitschaften der einzelnen Untergruppen berechnen, die darauf geprüft werden, ob sie sich systematisch oder nur zufällig unterscheiden (vgl. dazu auch den Abschnitt „Deskriptive Ergebnisse zur Funktionalität des DCE“).

### *Ergebnisse der Hauptbefragung*

#### Einstellungen zur Organisation des Gesundheitssystems

Wie bereits oben erwähnt, ist zu vermuten, dass alternative neue Formen der medizinischen Versorgung noch nicht ins Bewusstsein der Bevölkerung gedrungen sind. Es herrscht eine gewisse Unsicherheit darüber, wie die medizinische Versorgung der Zukunft aussehen könnte. Anhand der Daten des bereits zitierten VdAK-Versichertenberichtes<sup>19</sup> und des Gesundheitsmonitors<sup>20</sup> können gewisse Vorbehalte der Bevölkerung bzw. der Versicherten gegenüber neuen Versorgungsmodellen aufgezeigt werden. Um die Befragten für das Thema zu sensibilisieren, wurden ergänzend zum vorliegenden Experiment einige Fragen gestellt.

Aus Abb. 3 geht hervor, dass rund 74 Prozent (21 plus 53 Prozent) der Befragten die Einführung neuer Versorgungsformen für grundsätzlich sehr wichtig oder wichtig halten,

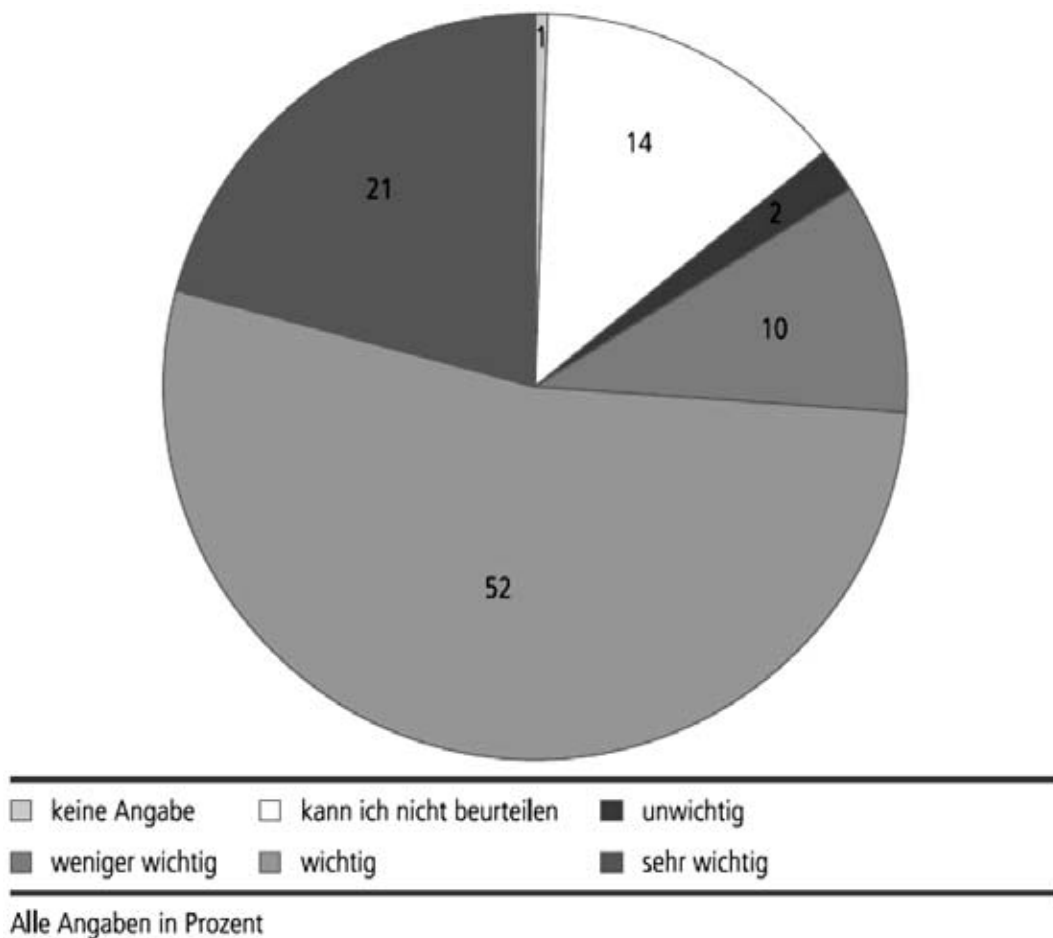


Abb. 3: Einstellung zur Einführung neuer Versorgungsformen  
 „Was halten Sie grundsätzlich von der Einführung neuer Versorgungsformen?“

knapp 12 Prozent (10 plus 2 Prozent) halten sie dagegen für weniger wichtig oder unwichtig. Die Tatsache, dass knapp 14 Prozent der Befragten die Wichtigkeit neuer Versorgungsformen nicht beurteilen können, deutet darauf hin, dass bei Teilen der Bevölkerung noch Unklarheit über die Definition und genaue Ausgestaltung solcher Versorgungsformen besteht. Zu diesem Ergebnis ist jedoch zu bemerken, dass die Äußerungen nur auf eine Dimension abstellen. Vermutlich würden sie anders ausfallen, wenn die mit einer Neuorganisation der medizinischen Leistungserbringung verbundene Einschränkung der freien Arztwahl berücksichtigt würde (mehrdimensional). Dass gewisse ge-

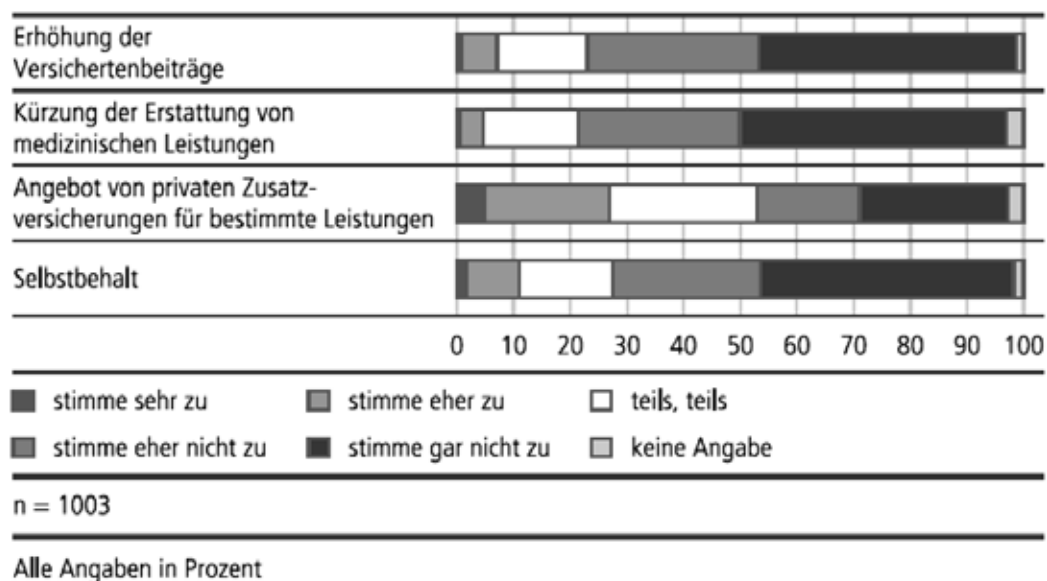


Abb. 4: Einstellung zu gesundheitspolitischen Maßnahmen

sundheitspolitische Maßnahmen, die unter Umständen mit der Einführung alternativer Versorgungsmodelle einhergehen, weithin auf Ablehnung stoßen, zeigt Abb. 4. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen, die angesichts der Finanzknappheit zurzeit politisch diskutiert werden.

Erwartungsgemäß erhält keine der vorgeschlagenen Maßnahmen eine hohe Zustimmungsrates. Sie ist mit 27 Prozent (5 plus 22 Prozent) noch am höchsten für das Angebot von privaten Zusatzversicherungen für bestimmte Leistungen. Allerdings dürften solche Angebote mit Kürzungen im Grundleistungskatalog einhergehen. Diese Präzisierung hätte die Aussagen wohl stark verändert, denn eine mögliche Kürzung des Katalogs der erstattungsfähigen Leistungen wird von 47 Prozent eindeutig abgelehnt. Wäre diese Kürzung jedoch mit einer Beitragssenkung verbunden, könnten sich die Ergebnisse ändern. Insgesamt lehnen nämlich drei Viertel der Befragten (30 plus 46 Prozent) eine Erhöhung der Versichertenbeiträge ab. Dies lässt vermuten, dass mindestens ebenso viele auf die umgekehrte Frage nach Beitragssenkungen zustimmend antworten würden – fragt sich nur, zu welchem Preis. Auf diese Frage

können das DCE und die daraus ableitbaren Zahlungsbereitschaften eine Antwort geben.

### Deskriptive Ergebnisse zur Funktionalität des DCE

Jeder Teilnehmer hatte im Verlauf des Experiments acht Entscheidungen zwischen dem Status quo und einer Alternative zu treffen. Die Mehrheit (80 Prozent) sah bei mindestens einer Entscheidungssituation in der Alternative eine Verbesserung gegenüber dem Status quo. Dementsprechend sind 20 Prozent der Stichprobe sogenannte Status-quo-Anhänger, die in keiner der acht Entscheidungen die Alternative wählten. Ein Grund für den Hang zum Status quo könnte darin liegen, dass die Vertragsalternativen nicht alle Eigenschaften enthalten, die diesen Befragten wichtig sind.

Die meisten der 80 Prozent „Nicht-Status-quo-Anhänger“ entschieden sich ein- bis zweimal (zusammen 44 Prozent) für einen Alternativvertrag, immerhin knapp 18 Prozent zogen dreimal die Alternative dem Status quo vor. Nur wenige wechselten häufiger, und es ist anzunehmen, dass diese Personen auch in der Realität eher Wechselentscheidungen treffen. Zur Bestätigung dieser Beobachtung aus dem Wechselverhalten im Experiment lassen sich die Ergebnisse zu der Frage nach den tatsächlich erfolgten Versicherungsverwechslungen in den letzten drei Jahren heranziehen, die im Rahmen der Befragung ebenfalls gestellt wurde. Es wechselten gerade einmal 13 Prozent der Befragten ihre Krankenkasse, während 17 Prozent angaben, zumindest darüber nachgedacht zu haben.<sup>21</sup> Dieses Resultat verdeutlicht, dass ein Kassenwechsel von nur wenigen in Erwägung gezogen wurde, und liefert somit eine Bestätigung der im DCE zu beobachtenden Wechselbereitschaften.

Für die ökonomische Auswertung ist von Bedeutung, ob sich die Status-quo-Anhänger im Experiment systema-



tisch von denjenigen unterscheiden, die vom Status quo abgewichen sind („Wechsler“) und in einer Alternative eine Verbesserung sehen.<sup>22</sup> Frauen gehören mit größerer Wahrscheinlichkeit zu den Status-Quo-Anhängern, ebenso Personen in höherem Alter, mit niedrigem Bildungsniveau und Einkommen sowie schlechter Gesundheit. Wer umgekehrt in der Befragung die Wichtigkeit von alternativen Versorgungsformen betonte oder in den letzten drei Jahren die Krankenkasse wechselte, ist auch im Experiment eher zu einem Wechsel vom Status quo zu einer Alternative bereit.

Die Status-quo-Anhänger im Experiment zeichnen sich also durch bestimmte Charakteristika aus, was zu berücksichtigen ist, wenn über die Einführung neuer Versorgungsmodelle und deren Akzeptanz in der Bevölkerung diskutiert wird.<sup>23</sup> Die Frage der unterschiedlichen Bewertung dieser Alternativen ist damit allerdings noch nicht beantwortet. Dies ist erst durch die Auswertung des DCE nach sozioökonomischen Charakteristika möglich (vgl. dazu den Abschnitt „Unterschiede in den Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen der sozioökonomischen Gruppen“).

### *Nutzengewinne und -verluste aus Veränderungen der Versorgungsform: Ergebnisse aus dem DCE*

#### Die Bedeutung einzelner Eigenschaften neuer Versorgungsmodelle

Als Erstes soll untersucht werden, welche Eigenschaften eines Versorgungsmodells für die Versicherten wichtig sind, anders ausgedrückt: wie viel sie zu zahlen bereit wären, um gewisse Leistungen weiterhin gewährleistet zu bekommen, oder aber wie hoch die Kompensation bei einem Verzicht darauf ausfallen müsste. Jedes Abweichen vom Status quo ist zunächst einmal mit einer Nutzeneinbuße

verbunden.<sup>24</sup> Infolgedessen zeichnen sich die Teilnehmer im Experiment durch einen (nicht unerheblichen) Hang zum Status quo aus.<sup>25</sup> Die berechneten Zahlungsbereitschaften bzw. Kompensationsforderungen für die einzelnen Eigenschaften gelten somit für diejenigen, die mindestens einmal eine Alternative gewählt haben, also nicht für die Status-quo-Anhänger. Der Betrag ist zudem als Zahlungsbereitschaft oder Kompensationsforderung des Durchschnittsindividuums der Stichprobe zu interpretieren. Für einen Teil der Befragten gilt folglich ein höherer Betrag, aber es ist auch möglich, dass Individuen eine deutlich niedrigere individuelle Kompensationsforderung oder Zahlungsbereitschaft äußern. Im Übrigen lassen die Schätzergebnisse auf einen statistisch signifikanten Einfluss aller Eigenschaften schließen. Die Wahrscheinlichkeit, eine Alternative der Status-quo-Versorgung vorzuziehen, variiert demnach systematisch mit den Eigenschaften des Versicherungsvertrages. Darüber hinaus weisen aber die Zusammenhänge in die theoretisch zu erwartende Richtung, und auch die Größenordnungen der geschätzten Effekte erscheinen vernünftig. So hat eine Ärzteliste nach Kosten- und Qualitätskriterien einen klar negativen Einfluss auf die Tendenz, der dadurch charakterisierten Alternative den Vorzug zu geben. Die entsprechende Einschränkung wird demnach wie behauptet als Nutzenverlust wahrgenommen. Auch die Teilnahme an einem Hausarztmodell oder einem Ärztenetzwerk wird als Nutzeneinbuße empfunden und senkt deshalb die Wahrscheinlichkeit, vom Status quo zur Alternative zu wechseln. Der Effekt ist jedoch deutlich geringer als derjenige der Ärzteliste, was auch den Annahmen entspricht, bedeutet doch die Ärzteliste eine weit stärkere Einschränkung der Arztwahl als ein Hausarztmodell oder ein Ärztenetzwerk.

Das Recht, zuzahlungsfrei eine Zweitmeinung einzuholen, wird zwar positiv bewertet. Es scheint aber weniger

wichtig zu sein als ein Zusatzleistungsangebot der Krankenkassen, wie beispielsweise die Unterstützung bei der Wahl der Behandlung. Weit positiver ins Gewicht fällt die Möglichkeit, bei einer Nichtinanspruchnahme von Leistungen eine Beitragsrückerstattung zu erhalten. Dies ist einigermaßen erstaunlich, müssen doch die Versicherten Bagatellfälle selbst bezahlen, wenn sie in den Genuss der Rückerstattung kommen wollen. Umgekehrt trägt die Tatsache, dass im Falle einer schweren Erkrankung auf die Versicherungsleistung zurückgegriffen werden kann, zur positiven Bewertung dieses Anreizsystems bei. Einer pauschalen Selbstbeteiligung dagegen fehlt diese Flexibilität; sie muss stets entrichtet werden, was Anlass zu Kritik gibt („Wenn man krank ist, muss man auch noch bezahlen“). Entsprechend senkt eine pauschale Selbstbeteiligung von 500 Euro die Wahrscheinlichkeit massiv, einen solchen Vertrag zu wählen. Die große Wirkung positiver Anreize geht auch aus dem Umstand hervor, dass ein „Bonus für nachweislich gesundheitsbewusstes Verhalten“ die Wahrscheinlichkeit erhöht, sich für ein alternatives Versorgungsmodell zu entscheiden.

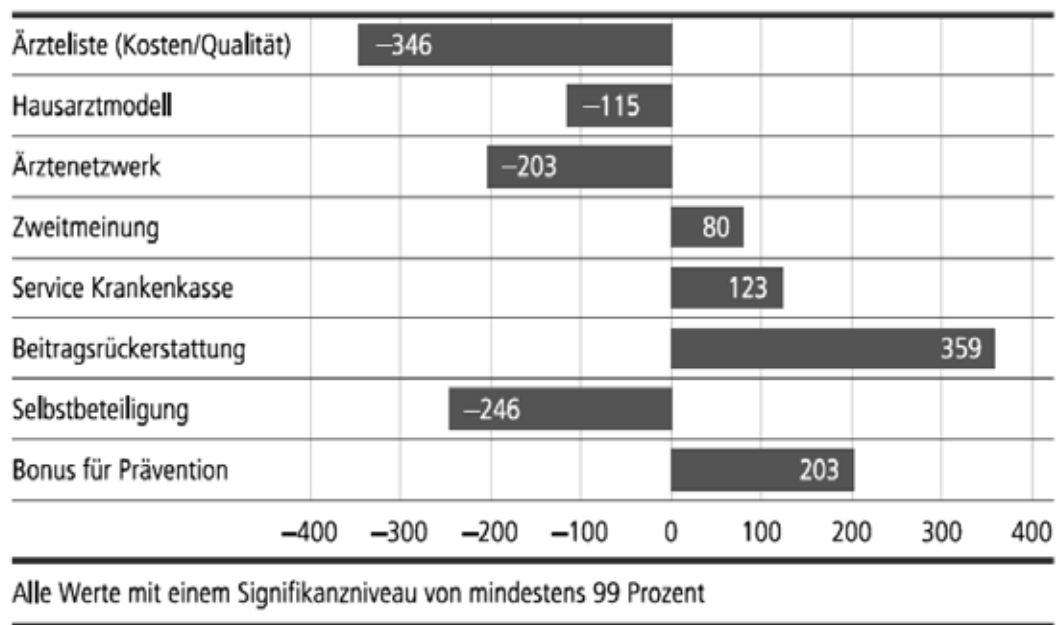
Der negative Zusammenhang zur Variablen „Jahresbeitrag“ schließlich bestätigt die zentrale Hypothese, dass die Experimentteilnehmer die Vorteile eines Versicherungsvertrages gegen seinen Preis abwägen. Eine mit der Alternative verbundene Erhöhung des Jahresbeitrages um 100 Euro senkt die Wahrscheinlichkeit, dass die Alternative dem Status quo vorgezogen wird, um knapp fünf Prozentpunkte. Dennoch werden aber auch mit einer Beitragserhöhung verbundene Alternativen gewählt. Die Befragten sind also offensichtlich bereit, den Nutzenverlust in Form eines geringeren verbleibenden Einkommens hinzunehmen, um in den Genuss anderer Vorteile der Alternative zu gelangen. Umgekehrt bedeutet dies aber auch, dass eine Zahlungsbereitschaft dafür besteht, sich die Vorteile des Status

quo (namentlich die freie Arztwahl) zu sichern. Und schließlich besagen diese Ergebnisse, dass die Versicherten für Nutzenverluste, die ihnen beispielsweise durch Einschränkungen der freien Arztwahl zugefügt werden, durch eine Senkung des Beitrages kompensiert werden können (und müssen).

Aus dem Austauschverhältnis zwischen den Produkteigenschaften und dem Preis – der Änderung des Jahresbeitrages zur Krankenversicherung – lassen sich diese Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen berechnen. Durchschnittswerte sind in Abb. 5 dargestellt.

Eine nach Kosten- und Qualitätskriterien erstellte Ärzteliste weist die höchste Nutzeneinbuße auf. Der Betrag kann als jährliche Kompensationsforderung aufgefasst werden. Eine auf diese Weise eingeschränkte Arztwahl muss mit einer Reduktion des Jahresbeitrages in Höhe von 346 Euro kompensiert werden, um die Akzeptanz eines solchen Versorgungsmodells zu sichern. Beim Hausarztmodell fällt die geforderte Beitragsreduktion mit 115 Euro deutlich geringer aus. Mit einem Kompensationsbetrag von 203 Euro stellt die Teilnahme an einem Netzwerk von Leistungserbringern aus der Sicht der Befragten eine Zwischenlösung dar. Dies ist intuitiv nachvollziehbar, denn die Behandlung innerhalb eines Netzwerkes ist weniger restriktiv als die Ärzteliste, aber einschränkender als das Hausarztmodell, das nur eine geringfügige Einschränkung bedeutet.

Die Möglichkeit, kostenlos eine Zweitmeinung einzuholen, ist insbesondere im Hinblick auf die Diskussionen um die Einführung der Praxisgebühr interessant. Die aus dem Experiment berechnete jährliche Zahlungsbereitschaft beträgt 80 Euro. Den deutschen Versicherten ist es demnach so viel wert, die Praxisgebühr beim Einholen einer Zweitmeinung zu vermeiden. Dies ist mehr, als sie im Durchschnitt pro Jahr effektiv entrichten, nicht nur um einen Facharzt ohne Überweisung aufzusuchen, sondern



Alle Angaben in Euro pro Jahr

Abb. 5: Durchschnittliche Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen für einzelne Eigenschaften neuer Versorgungsmodelle

auch um eine Zweitmeinung einzuholen.<sup>26</sup> Hier handelt es sich also um eine Maßnahme zur Eindämmung des moralischen Risikos, die verhältnismäßig große Nutzenverluste verursacht.

Eine für die Krankenkassen relevante Information ist das Ergebnis, dass die Zahlungsbereitschaft für zusätzliche Serviceleistungen immerhin durchschnittlich 123 Euro jährlich beträgt. Den größten Wert hat mit 360 Euro die Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen. Auch wenn es sich dabei um eine deutliche Überschätzung handeln sollte, ist die Botschaft klar: Es ist den Versicherten viel wert, über Höhe und zeitliche Abwicklung der Kostenbeteiligung selbst entscheiden zu können. Umgekehrt müsste eine Selbstbeteiligung von 500 Euro mit 246 Euro Nachlass beim jährlichen Krankenversicherungsbeitrag kompensiert werden. Doch auch diese Kompensation erscheint finanzierbar, denn die Krankenkasse wird um mehr als 254 Euro entlastet. Zur Verschie-

bung der Kosten kommt die Eindämmung des moralischen Risikos hinzu,<sup>27</sup> die auch in ökonometrischen Untersuchungen nachgewiesen wurde.<sup>28</sup>

### Unterschiede in den Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen der sozioökonomischen Gruppen

Erweitert man das Schätzmodell um sozioökonomische Merkmale, wird die Berechnung von Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen für ausgewählte Untergruppen möglich. Die im Folgenden präsentierten Abb. 6 bis 8 beinhalten jeweils die durchschnittliche Zahlungsbereitschaft einer Gruppe für die verschiedenen Eigenschaften einer Versorgungsalternative. Dabei ist anzumerken, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen oft nur sehr gering ausfallen und statistisch nicht zu unterscheiden sind.

#### *a. Zahlungsbereitschaften für die Art der Versorgung*

Abb. 6 zeigt die negativen Zahlungsbereitschaften bzw. Kompensationsforderungen für die drei betrachteten Arten der eingeschränkten Arztwahl. Die im vorherigen Abschnitt aufgezeigte Rangfolge der Durchschnittswerte bestätigt sich bei allen hier unterschiedenen Teilpopulationen, insofern eine Ärzteliste mit dem höchsten Betrag kompensiert werden muss, gefolgt vom Ärztenetzwerk und dem Hausarztmodell.

Im Übrigen zeichnen sich bereits zwischen Männern und Frauen systematische (wegen der großen Standardfehler jedoch im Einzelfall nicht signifikante) Unterschiede ab. Frauen müssen für den Verzicht auf die freie Arztwahl höher kompensiert werden. Als Erklärung kommt neben der höheren Risikoscheu auch die höhere Wahrscheinlichkeit infrage, einen Arzt konsultieren zu müssen.

Dagegen unterscheiden sich die Individuen verschiedenen Alters in ihren Kompensationsforderungen erstaunlich

wenig. Zwischen 30- und 40-Jährigen ist kein Unterschied auszumachen, während 65-Jährige für die Akzeptanz einer Ärzteliste und eines Hausarztmodells etwas mehr als andere kompensiert werden müssen. Beim Netzwerk sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sogar vernachlässigbar gering. Der Gesundheitszustand müsste gemäß den Hypothesen einen entscheidenden Einfluss auf die Bereitschaft haben, sich in der Arztwahl einschränken zu lassen. Die Voraussage geht dahin, dass chronisch Kranke für die Inkaufnahme einer Ärzteliste verstärkt belohnt werden müssen oder vielleicht sogar umgekehrt

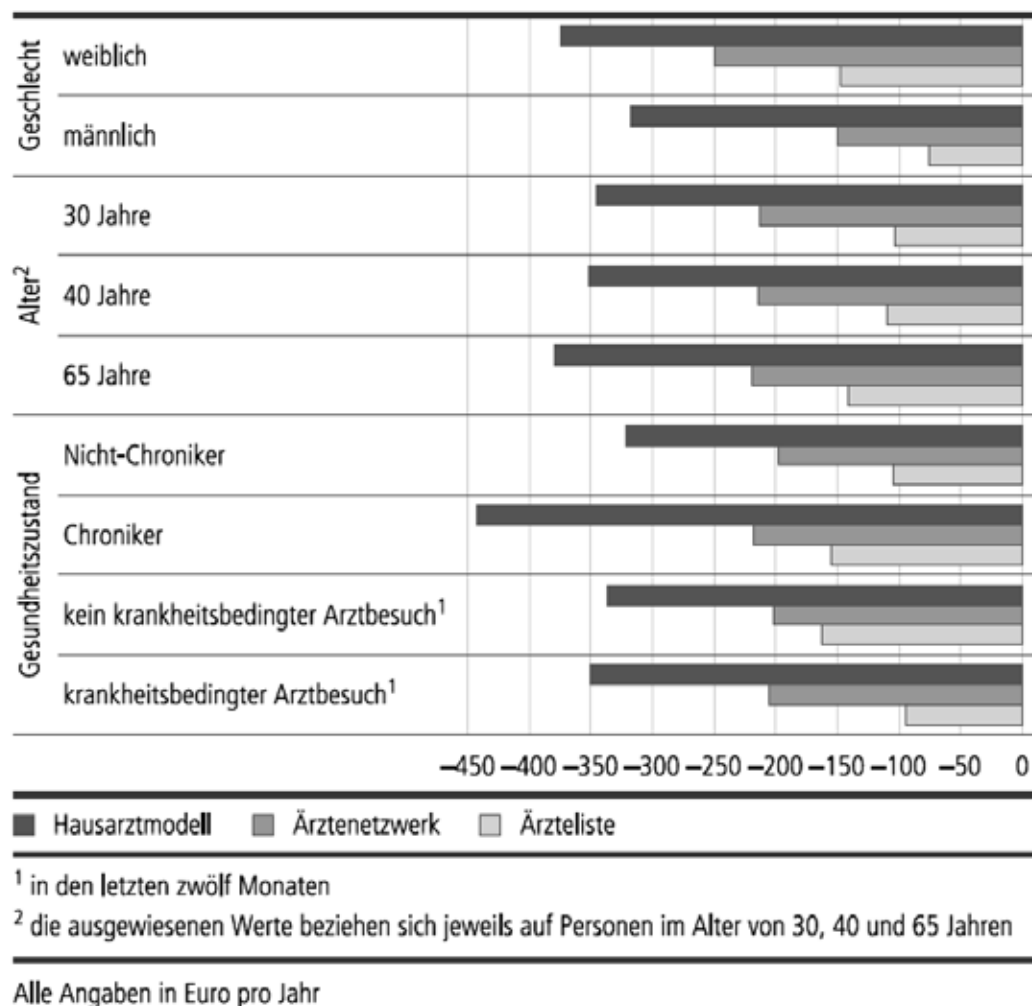


Abb. 6: Kompensationsforderungen für ausgewählte Bevölkerungsgruppen (bewertet am durchschnittlichen Individuum der Gruppe)

eine positive Zahlungsbereitschaft für die Alternativen „Hausarztmodell“ und „Netzwerk“ aufweisen könnten. Der erste Teil dieser Voraussage steht tendenziell im Einklang mit den Beobachtungen der Abb. 6, die zeigen, dass chronisch Kranke im Falle einer Ärzteliste mit dem Maximalbetrag von 443 Euro jährlich entschädigt werden müssten, während für nicht chronisch Kranke 321 Euro ausreichen würden. Infolge einer starken Streuung der Werte der chronisch Kranken erweist sich dieser Unterschied allerdings nicht als signifikant. Der zweite Teil der Voraussage wird nicht bestätigt, denn die Zahlungsbereitschaft ist auch in Bezug auf das Hausarztmodell und das Ärztenetzwerk negativ. Die Kompensationsforderungen fallen zudem tendenziell etwas höher aus als bei den nicht chronisch Kranken.

Schließlich müssten jene, die bei einem krankheitsbedingten Arztbesuch in der jüngeren Vergangenheit mit dem Status quo der ambulanten Versorgung Erfahrungen sammeln konnten, präzisere Vorstellungen vom Nutzen der Arztwahl entwickelt haben als andere, wobei allerdings der Einfluss auf die Kompensationsforderungen davon nicht berührt zu werden braucht. Ein Unterschied in den Kompensationsforderungen zeichnet sich in Bezug auf das Hausarztmodell ab, bei dem die Befragten „mit Erfahrung“ schon mit einer Kompensation von 94 Euro – gegenüber 163 Euro für jene „ohne Erfahrung“ – zufriedengestellt werden können.

Es zeigt sich, dass der Gesundheitszustand einen Einfluss auf die Bewertung der verschiedenen Versorgungsmodelle hat. Vor allem chronisch Kranke stellen – geht es um die Akzeptanz einer Ärzteliste – systematisch höhere Kompensationsforderungen als der Rest der Bevölkerung.

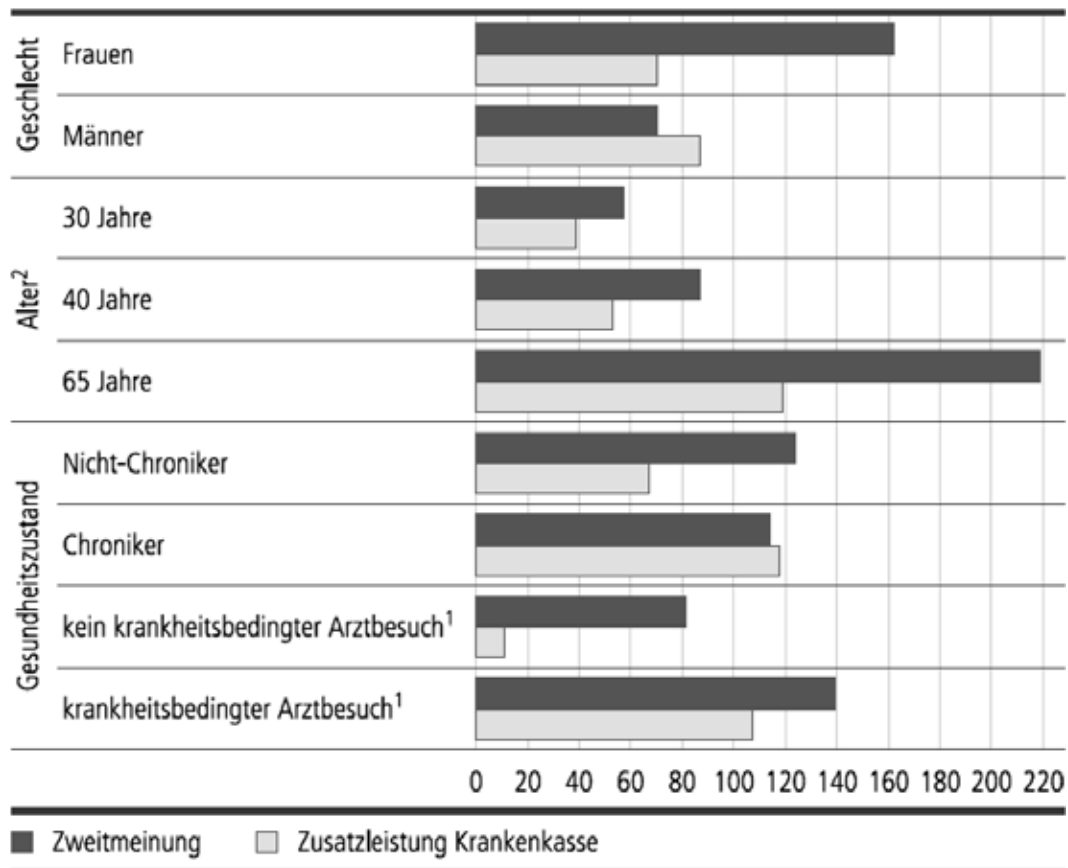


*b. Zahlungsbereitschaften für Zweitmeinung und Zusatzleistungen der Krankenkasse*

Abb. 7 gibt Auskunft über die jährlichen Beträge, welche die verschiedenen Bevölkerungsgruppen für zwei weitere Eigenschaften eines Krankenversicherungsvertrages zu bezahlen bereit wären. Zum einen handelt es sich um das Einholen einer zuzahlungsfreien Zweitmeinung, zum anderen um bestimmte Zusatzleistungen der Krankenkasse im Sinne der Informationsvermittlung und Hilfestellung bei der Gestaltung des Behandlungsverlaufes. Während sich Männer und Frauen in ihrer Bewertung der Zweitmeinungsoption kaum unterscheiden, gibt es Hinweise darauf, dass die Zusatzleistungen der Krankenkasse von Männern weniger hoch bewertet werden. So ist zu vermuten, dass Frauen ein größeres Bedürfnis nach Informationen über den Behandlungsverlauf und sonstige gesundheitsrelevante Themen haben als Männer. Ihre Zahlungsbereitschaft ist mit 162 Euro mehr als doppelt so hoch wie die der Männer.

Ältere Versicherte weisen demgegenüber für beide Eigenschaften eine systematisch höhere Zahlungsbereitschaft auf. So ist die Zahlungsbereitschaft der 30-Jährigen für die Zweitmeinung aufgrund der kleinen Stichprobe nicht statistisch gesichert, die der 40-Jährigen steigt auf signifikante 55 Euro und diejenige der 65-Jährigen sogar auf 119 Euro. Bei den Zusatzleistungen ist der Alterseffekt noch ausgeprägter, indem die 65-Jährigen den hohen Betrag von 219 Euro dafür aufwenden würden, signifikant mehr als die 40-Jährigen und erst recht als die 30-Jährigen.

Der Einfluss des Gesundheitszustandes ist auch hier von besonderem Interesse. Tatsächlich erweisen sich fast alle der nachstehend angesprochenen Differenzierungen als statistisch signifikant. Betrachtet man nur die chronisch Kranken, so sind sie an einer zuzahlungsfreien Zweitmeinung stärker interessiert bzw. bereit, einen höheren Beitrag zu zahlen als nicht chronisch kranke Versicher-



<sup>1</sup> in den letzten zwölf Monaten

<sup>2</sup> die ausgewiesenen Werte beziehen sich jeweils auf Personen im Alter von 30, 40 und 65 Jahren

Alle Angaben in Euro pro Jahr

Abb. 7: Zahlungsbereitschaften für ausgewählte Bevölkerungsgruppen (bewertet am durchschnittlichen Individuum der Gruppe)

te, um eine kostenlose Zweitmeinung in Anspruch nehmen zu können. Die Werte für die chronisch Kranken und die Gesunden stimmen dagegen in Bezug auf die Zusatzleistungen ungefähr überein. Ganz massiv ist schließlich der Unterschied zwischen den Individuen mit und ohne Arztkonsultation im Verlauf der letzten zwölf Monate. Während die Befragten ohne diese Erfahrung nicht bereit sind, für eine Zweitmeinung einen höheren Betrag zu bezahlen (der Betrag von 11 Euro ist jedoch nicht statistisch gesichert), liegt dieser Wert bei jenen „mit Erfahrung“ bei 107 Euro jährlich. Nicht ganz so markant höher ist ihre

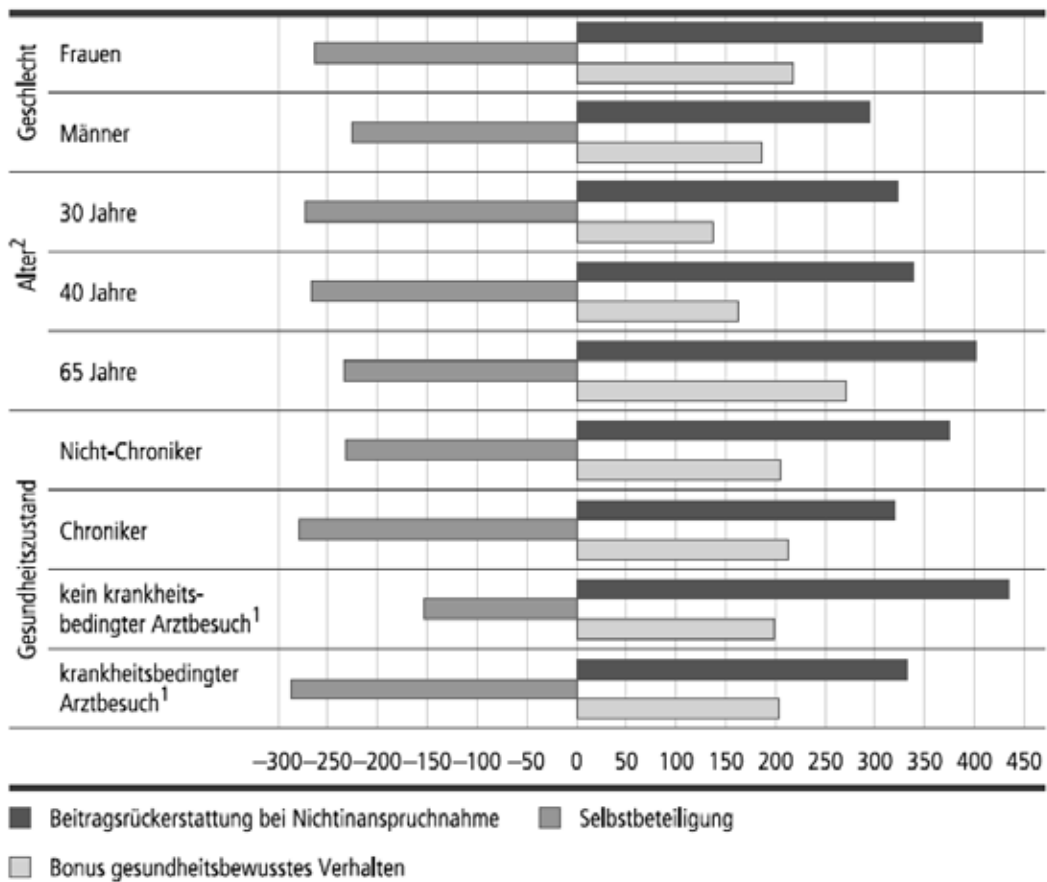
Zahlungsbereitschaft für Zusatzleistungen der Krankenkasse.

Insgesamt ergeben sich Anzeichen für recht deutliche Präferenzunterschiede bezüglich der beiden Attribute „Zweitmeinung“ und „Zusatzleistungen der Krankenkasse“ sowohl zwischen Männern und Frauen und den verschiedenen Altersgruppen als auch zwischen Gesunden und Kranken.

*c. Zahlungsbereitschaften für die verschiedenen Anreizelemente*

Das erste betrachtete Anzeilelement ist die Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen. Die Zahlungsbereitschaft der Frauen ist hier deutlich höher als die der Männer. Zwischen den Altersgruppen lässt sich diesbezüglich kein signifikanter Unterschied erkennen (vgl. Abb. 8).

Frauen und Männer sind sich in ihrer Ablehnung einer erhöhten Selbstbeteiligung einig; für beide Geschlechter wäre im Durchschnitt eine Senkung des Beitrages um jährlich rund 240 Euro erforderlich, um sie für diese Maßnahme gewinnen zu können. Was mögliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen betrifft, so bewahrheitet sich die diesbezüglich formulierte Hypothese. Die Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Kompensationsforderungen der 30-, 40- und 65-Jährigen sind zwar nicht gravierend, am ehesten zeichnet sich jedoch eine (statistisch nicht signifikante) Reduktion der Ablehnung einer höheren Selbstbeteiligung mit dem Alter ab. Dieses Ergebnis steht in einem deutlichen Gegensatz zur vielerorts geäußerten Auffassung, dass ältere Menschen von einer erhöhten Selbstbeteiligung besonders stark betroffen würden. Sie scheinen im Gegenteil eher als die Jüngeren bereit zu sein, sich darauf einzulassen.<sup>29</sup> Wie eingangs im Abschnitt „Einstellungen zur Organisation im Gesund-



<sup>1</sup> in den letzten zwölf Monaten

<sup>2</sup> die ausgewiesenen Werte beziehen sich jeweils auf Personen im Alter von 30, 40 und 65 Jahren

Alle Angaben in Euro pro Jahr

Abb. 8: Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen für ausgewählte Bevölkerungsgruppen (bewertet am durchschnittlichen Individuum der Gruppe)

heitswesen“ angeführt, gibt es unter den verschiedenen Altersgruppen auch Individuen, die mehr oder auch weniger als den in Abb. 8 aufgezeigten Durchschnittsbetrag fordern, sodass weitaus deutlichere Unterschiede zwischen den Individuen verschiedener Altersklassen vorliegen können.

Das dritte Anreizelement besteht in einem Bonus für nachgewiesenes gesundheitsbewusstes Verhalten. Während sich die Geschlechter in ihrer Wertung einmal mehr nicht unterscheiden, nimmt hier die Zahlungsbereitschaft mit dem Alter markant zu. Dies könnte damit zu tun ha-

ben, dass gesundheitsbewusstes Verhalten recht viel Zeit in Anspruch nimmt und ältere Menschen nach dem Übergang in die Rente mehr Zeit dafür haben. Für diese Erklärung spricht die Beobachtung, dass in Abb. 8 die Zahlungsbereitschaft von 138 Euro im Alter von 30 Jahren zunächst nur mäßig auf 162 Euro im Alter von 40 Jahren ansteigt, dann aber auf 271 Euro im Alter von 65 springt.

Abschließend soll einmal mehr die Rolle des Gesundheitszustandes untersucht werden. Es scheint sich die Hypothese zu bestätigen, dass chronisch Kranke mit 320 Euro eine niedrigere Zahlungsbereitschaft für eine Beitragsrückerstattung aufweisen als Gesunde, die bereit sind, für diese Option 377 Euro mehr zu zahlen. Versicherte ohne krankheitsbedingten Arztbesuch in den letzten zwölf Monaten sind bereit, für einen möglichen Bonus von 500 Euro einen um 435 Euro höheren Jahresbeitrag zu bezahlen. Dies bedeutet, dass die Befragten bezüglich ihres zukünftigen Gesundheitszustandes recht optimistisch sind. Denn wenn sie beispielsweise mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent damit rechnen müssten, ärztliche Leistungen von mindestens 500 Euro in Anspruch zu nehmen und so den Bonus zu verlieren, sollten sie für diese Option höchstens 250 Euro bezahlen wollen (50 Prozent von 500 Euro sind ja 250 Euro). Da sie jedoch effektiv bereit sind, dafür 435 Euro in Form des erhöhten Jahresbeitrages zu bezahlen, müssen sie die Wahrscheinlichkeit, ohne Gesundheitsausgaben durchzukommen, auf mindestens 87 Prozent veranschlagen (87 Prozent von 500 Euro sind 435 Euro). Angesichts der Tatsache, dass in einem Jahr mindestens 70 Prozent der Versicherten Leistungen konsumieren, ist dies eine optimistische Einschätzung.

Deutliche Unterschiede sind auch in Bezug auf die Selbstbeteiligung zu erkennen. Hingegen spielen bei der Bewertung eines Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten weder der Status „chronisch krank“ noch die Erfahrung ei-

nes krankheitsbedingten Arztbesuches in den letzten zwölf Monaten eine Rolle. Dieses Anreizelement wird unabhängig vom Gesundheitszustand mit rund 200 Euro bewertet.

Zusammenfassend lassen sich erhebliche und zum Teil unerwartete Unterschiede in den Bewertungen der beiden Anreizelemente „Beitragsrückerstattung“ und „Selbstbeteiligung“ ausmachen, wenn die Teilnehmer am Experiment anhand verschiedener Gesundheitsindikatoren charakterisiert werden. Die Auffassung, eine Beitragsrückerstattung für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen „sei nichts für Chroniker“, lässt sich nicht aufrechterhalten.

*Fazit: Handlungsempfehlungen für die Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle im deutschen Gesundheitswesen*

Verfolgt man die Diskussionen um die Einführung neuer medizinischer Versorgungsformen in Deutschland, so lässt sich eine Vielzahl von Modellvorschlägen unterscheiden, deren Organisationsstrukturen zwar deutlich voneinander abweichen, die jedoch das gleiche Ziel verfolgen. Sie sollen eine Verbesserung der medizinischen Versorgung durch optimierte Behandlungsprozesse erreichen, indem die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer verstärkt wird, was wiederum zu Kosteneinsparungen führen soll. Das geringe Interesse der Versicherten, sich in solche Modelle einzuschreiben, rührt vermutlich daher, dass im Gestaltungsprozess die Präferenzen und Wünsche der Patienten und Versicherten zu wenig berücksichtigt wurden. Die Krankenkassen ihrerseits haben kaum die Möglichkeit, mit ihren Vertragsangeboten auf diese Präferenzunterschiede einzugehen. Es werden außerdem wenig Anstrengungen unternommen, über neue Versorgungsmodelle und ihre Vorzüge zu informieren.

Welche Eigenschaften eines Versorgungsmodells den Versicherten besonders wichtig sind, wurde mit der hier angewandten Methode des DCE untersucht, die eine Bewertung von Nutzegewinnen und -verlusten aufgrund von Veränderungen in der Versorgungsform ermöglicht. Von besonderem Interesse sind die Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen verschiedener sozioökonomischer Gruppen. Die Ergebnisse unterscheiden sich zum Teil deutlich voneinander, sodass von einer starken Präferenzheterogenität in der Bevölkerung Deutschlands auszugehen ist, der nicht mit Einheitslösungen begegnet werden kann.

Im Folgenden soll aufgrund der experimentellen Ergebnisse aufgezeigt werden, welche Aspekte bei der Ausgestaltung von neuen Versorgungsformen berücksichtigt werden müssen, um zu einer breiteren Akzeptanz und Beteiligung vonseiten der Versicherten zu gelangen.

Alternative Formen der medizinischen Versorgung beinhalten meist eine Einschränkung der Arztwahl. Im Experiment wurden verschiedene Abstufungen untersucht. Der durchschnittliche Versicherte erleidet erwartungsgemäß den größten Nutzenverlust aus einer Ärzteliste, die nach Qualitäts- und Kostenkriterien erstellt wird. Er müsste eine Kompensation in Höhe von 346 Euro jährlich bekommen, um die Einschränkung in Kauf zu nehmen. Auch Ärztenetzwerke sind mit einem Nutzenverlust verbunden, der jedoch um rund 150 Euro geringer ausfällt. Für Hausarztmodelle müsste eine jährliche Beitragsreduktion in Höhe von 115 Euro gewährt werden. Bisherige gesundheitsökonomische Forschungen in der Schweiz zeigen jedoch, dass diese Einschränkungen niedrigere Behandlungskosten mit sich bringen, die entsprechende Beitragssenkungen möglich machen.<sup>30</sup> Die geringeren Behandlungskosten von Versicherten in alternativen Versorgungsmodellen lassen sich einerseits auf einen Selektionseffekt zurückführen,

da gesündere Versicherte eher solche Modelle wählen. Andererseits ist mit diesen Modellen auch ein Anreizeffekt verbunden, der auf eine Eindämmung des moralischen Risikos<sup>31</sup> abzielt und zu weniger Arztbesuchen führen soll.<sup>32</sup> Berücksichtigt man, dass die individuellen Kompensationsforderungen um diese ermittelten Durchschnittsbeträge streuen (die berechneten Werte liegen zwischen 58 und 173 Euro) und es somit eine Gruppe Versicherter gibt, die bereit wären, auch für eine niedrigere Beitragsreduktion an einem Hausarztmodell teilzunehmen, erscheint eine Finanzierung der Kompensationsforderungen durch die Krankenkassen durchaus möglich.

Dies zeigen auch die nach verschiedenen Eigenschaften differenzierten Analysen. Sie deuten auf zum Teil sehr unterschiedliche Bewertungen der Einschränkung der Arztwahl hin. So beträgt die von Männern geforderte Kompensation für die Akzeptanz des Hausarztmodells im Durchschnitt nur gerade 75 Euro. Dies ist so wenig, dass die Krankenkassen praktisch die Gewähr haben, den entsprechenden Rabatt durch die Kosteneinsparungen finanzieren zu können.

Die Option auf eine zuzahlungsfreie Zweitmeinung scheint den Versicherten nicht so wichtig zu sein. Die durchschnittliche Zahlungsbereitschaft in Höhe von 80 Euro fällt im Vergleich zu den anderen betrachteten Elementen alternativer Versorgungsmodelle eher gering aus. Es scheint, dass die 2004 eingeführte Praxisgebühr nach anfänglichen Protesten von einer zunehmenden Zahl von Versicherten akzeptiert und als Beitrag zur Kostendämmung im Gesundheitswesen wahrgenommen wird. Für gewisse Versicherte der betrachteten Gruppen ist die Zahlungsbereitschaft für das kostenlose Einholen einer Zweitmeinung jedoch höher. Dies gilt für nicht chronisch Kranke sowie für die 65-Jährigen.

Die Höhe der Zahlungsbereitschaft für Zusatzleistun-



gen der Krankenversicherungen gibt einen Hinweis auf den Informationsbedarf der Versicherten. Die Informationsverteilung zwischen Patient und Leistungserbringer ist nach wie vor sehr asymmetrisch, und die Aufgabe der Überwindung dieser Asymmetrie kann als Aufgabe der Krankenversicherung gesehen werden. Diese Zusatzleistung würde von den Versicherten auch honoriert werden und rechtfertigt gewisse Beitragssteigerungen. Doch nicht alle Versicherten wären bereit, dafür einen entsprechend erhöhten Beitrag zu zahlen. Insbesondere den unter 30-Jährigen ist diese Zusatzleistung nur gerade einmal 57 Euro wert.

Im Rahmen der verschiedenen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre wurde zunehmend auch die Rolle der Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten thematisiert, nicht zuletzt auch mit dem Ziel, die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen einzudämmen. Ein wichtiges Instrument stellen in diesem Zusammenhang verschiedene Anreizmechanismen dar, die eine übermäßige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verhindern sollen. Die Frage, welche Variante den größten Anreiz bietet, soll in diesem Beitrag nicht diskutiert werden. Für die Krankenkassen ist es von vorrangigem Interesse zu wissen, wie die verschiedenen Modelle von den Versicherten eingeschätzt und angenommen werden bzw. wie hoch die entsprechenden Kompensationsforderungen sind. Untersucht wurden eine Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen, eine feste jährliche Selbstbeteiligung von 500 Euro sowie ein Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten. Die Beitragsrückerstattung wird im Durchschnitt dem Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten klar vorgezogen. Je nachdem, welche Subgruppen betrachtet werden, lassen sich unterschiedlich starke Differenzen ausmachen. Zwischen chronisch und nicht chronisch Kranken sowie zwischen 30- und 40-Jährigen sind sie am wenigsten ausgeprägt. Am größten ist er-

wartungsgemäß der Widerstand gegen die finanzielle Selbstbeteiligung. Bestehende gesundheitsökonomische Studien lassen allerdings vermuten, dass die geforderte Kompensation von 250 Euro geleistet werden kann, denn der Einspareffekt (Eindämmung des moralischen Risikos) entlastet die Krankenkasse um mindestens diesen Betrag.<sup>33</sup>

Diese Unterschiede erlauben den Schluss, dass es heterogene Präferenzen für verschiedene Vertrags- und Anreizmodelle gibt und ein breites Angebot vonseiten der Krankenkassen notwendig ist, um den divergierenden Präferenzen in der Bevölkerung Deutschlands gerecht zu werden. Die Diskussion um die verschiedenen Formen der Integrierten Versorgung wird in Deutschland allerdings bislang überwiegend auf politischer Ebene und zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geführt. Dabei bleibt die Perspektive der Versicherten und Patienten außen vor. Ihre Einbeziehung ist jedoch unerlässlich, wenn diese Versorgungsmodelle eine weite Verbreitung finden sollen. Sie müssen in ihren Eigenschaften so ausgestaltet werden, dass sie den Präferenzen der Versicherten entsprechen, damit diese sich für ein solches Modell entscheiden.

Discrete-Choice-Experimente ermöglichen die gleichzeitige Bewertung verschiedener Eigenschaften. Diese Eigenschaften lassen sich in Geldeinheiten ausdrücken, zum einen in Form von Zahlungsbereitschaften für Vorteile (beispielsweise Zusatzleistungen) und zum anderen durch Kompensationsforderungen für Einschränkungen (beispielsweise Verzicht auf eine freie Arztwahl). Dank dieser Experimente ist heute zumindest annäherungsweise bekannt, welche Beitragssenkungen notwendig sind, um die Versicherten für die neuen Versorgungsformen, die ihnen im Wesentlichen Einschränkungen abverlangen, zu gewinnen. Ein zweites zentrales Ergebnis dieser Studie sind die großen Unterschiede in den Zahlungsbereitschaften und Kompensationsforderungen der verschiedenen Bevöl-

kerungsgruppen. Diese Präferenzheterogenitäten passen schlecht zum traditionellen Einheitsprodukt der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit einer Steigerung der Gesamtwohlfahrt kann aus theoretischer Sicht nur gerechnet werden, wenn die Krankenkassen in Zukunft den heterogenen Präferenzen in Bezug auf die Form der medizinischen Versorgung mit differenzierten Versicherungsverträgen entgegenkommen.

### *Literatur*

- Andersen, H. H.:* Der VdAK/AEV Versichertenreport 2001 – Neue Wege in der Gesundheitsversorgung. Berlin 2002.
- Becker, K.:* Flexibilisierungsmöglichkeiten in der Krankenversicherung. Hamburg 2006.
- Böcken, J.:* Gestaltungsspielräume und Grenzen gesundheitspolitischer Entscheidungen in Deutschland. In: Böcken, J. et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh 2002, 150–160.
- Böcken, J. / Amhof, R.:* Finanzierungsoptionen des Gesundheitswesens aus Bevölkerungssicht. In: Böcken, J. et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh 2005, 120–136.
- Brechtel, T. / Zöll, R.:* Neue Versorgungsformen aus Sicht der Versicherten: Integrierte Versorgung, Ambulantes Operieren und die Stellung des Hausarztes. In: Gesundheitsmonitor Newsletter 4/2004, 1–5.
- Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M.:* Gesundheitsökonomie. Berlin/Heidelberg/New York 2005.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.):* Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003. Bern 2005.
- Carlsson, F. / Martinsson, P.:* Design Techniques for Stated Preference Methods in Health Economics. In: Health Economics 12 (2003), 281–294.
- Einnahmen durch die Praxisgebühr sinken. In: Die Welt vom 7.1.2006.

- Heydayat, A. S. / Sloane, N. J. A. / Stufken, J.: Orthogonal Arrays. New York/Berlin/Heidelberg 1999.
- Kanninen, B.: Optimal Design for Multinomial Choice Experiments. In: Journal of Marketing Research 39 (2002), 214–227.
- Lehmann, H.: Managed Care. Zürich/Chur 2003.
- Lehmann, H. / Zweifel, P.: Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance. In: Journal of Health Economics 22 (2004), 997–1012.
- Louviere, J. J. / Hensher, D. A. / Swait, J. D.: Stated Choice Methods. Cambridge 2000.
- Ryan, M. / Gerard, K.: Using Discrete Choice Experiments to Value Health Care Programmes: Current Practice and Future Reflections. In: Applied Health Economics and Health Policy 1 (2003), 55–64.
- Salkeld, G. / Ryan, M. / Scott, A.: The Veil of Experience: Do Consumers Prefer What They Know Best? In: Health Economics 9 (2000), 267–270.
- Samuelson, W. / Zeckhauser, R.: Status Quo Bias in Decision Making. In: Journal of Risk and Uncertainty 1 (1988), 7–59.
- Schönbach, K. H.: Integrierte Versorgung. In: Wille, E. / Albring, M. (Hrsg.): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen? Frankfurt am Main 2004, 87–100.
- Schubert, R. / Brown, M. / Gysler, M. et al.: Financial Decision-Making: Are Women Really More Risk-Averse? In: American Economic Review Papers and Proceedings 89 (1999), 381–385.
- Shepard, D. S. / Zeckhauser, R. J.: Survival and Consumption. In: Management Science 30 (1984), 423–439.
- Telser, H.: Nutzenmessung im Gesundheitswesen. Die Methode der Discrete-Choice-Experimente. Hamburg 2002.
- Telser, H. / Vaterlaus, S. / Zweifel, P. / Eugster, P.: Was leistet unser Gesundheitswesen? Zürich 2004.
- Werblow, A. / Felder, S.: Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz. In: Schmollers Jahrbuch 123 (2003), 235–264.
- Wooldrige, J. M.: Introductory Econometrics. Cincinnati 2003.
- Zweifel, P.: Bonus Options in Health Care. Dordrecht 1992.
- Zweifel, P.: On the Use of Willingness-to-Pay Studies in Health.

Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik  
137 (2001), 11–25.

Zweifel, P. / Eisen, R.: Versicherungsökonomie. Berlin/Heidelberg/  
New York 2003.

Zweifel, P. / Telser, H. / Vaterlaus, S.: Consumer Resistance  
Against Regulation. In: Journal of Regulatory Economics 29  
(2006), 319–332.

Zwerina, K. / Huber, J. / Kuhfeld, W. F.: A General Method for Con-  
structing Efficient Choice Designs (Working Paper, Fuqua  
School of Business, Duke University. Durham, N. C. 1996).

### *Anmerkungen*

<sup>1</sup> Der vorliegende Beitrag ist eine leicht überarbeitete Fassung des Aufsatzes, den die Verfasser unter dem gleichen Titel veröffentlichen haben in: Böcken, Jan et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh 2006, 272–303.

<sup>2</sup> Andersen 2002.

<sup>3</sup> Angestrebt war eine Stichprobe von 1000 gesetzlich Versicherten des TNS-Haushalts-Panels.

<sup>4</sup> Schönbach 2004.

<sup>5</sup> Becker 2006, 80 (Kap. 4).

<sup>6</sup> Zweifel et al. 2006; Telser et al. 2004.

<sup>7</sup> Anderson 2002.

<sup>8</sup> Vgl. dazu Zweifel und Eisen 2003, Kap. 4; Breyer et al. 2005, Kap. 6.

<sup>9</sup> Hierunter fällt auch das Nicht-Einreichen von Arzt- und Medikamentenrechnungen bei der Krankenkasse.

<sup>10</sup> Vgl. Zweifel 1992.

<sup>11</sup> Werden fünf Eigenschaften berücksichtigt, die jeweils durch unterschiedlich viele Ausprägungen charakterisiert sind, ergeben sich gemäß folgende Rechnung 512 denkbare Kombinationsmöglichkeiten (zwei Eigenschaften mit vier Ausprägungen, zwei mit je zwei etc.):  $4^2 \times 2^2 \times 8 = 512$ .

<sup>12</sup> Mit einem softwaregestützten Optimierungsprogramm wurde ein sogenanntes D-optimales Design ermittelt, das eine Vielzahl von Abhängigkeiten abbilden kann (Carlsson und Martinsson 2003; Becker 2006).

- <sup>13</sup> Schubert et al. 1999.
- <sup>14</sup> Zweifel und Eisen 2003, Kap. 4.
- <sup>15</sup> Vgl. Shepard und Zeckhauser 1984.
- <sup>16</sup> Vgl. dazu Becker 2006, Kapitel 8.
- <sup>17</sup> Vgl. dazu die Informationsseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Gesundheitsreform: [www.diegesundheitsreform.de/zukunft\\_entwickeln/integrierte\\_versorgung/grundlagen/index-html](http://www.diegesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/integrierte_versorgung/grundlagen/index-html) (5.4.2006).
- <sup>18</sup> Ein Arztbesuch muss nicht zwingend krankheitsbedingt sein, sodass die entsprechende Indikatorvariable unter Umständen den Gesundheitszustand falsch wiedergibt. In der vorliegenden Stichprobe war das für rund 70 Prozent der Befragten der Fall.
- <sup>19</sup> Andersen 2002.
- <sup>20</sup> Böcken 2002; Böcken und Amhof 2004; Brechtel und Zöll 2004.
- <sup>21</sup> Es wurde nicht differenziert nach einem Vertragswechsel innerhalb der gleichen Krankenkasse gefragt.
- <sup>22</sup> Dies kann mithilfe eines sogenannten „Probit“-Modells untersucht werden (Wooldridge 2003). Für die grundsätzliche Bedeutung verschiedener Typen in einer Stichprobe vgl. Samuelson und Zeckhauser 1988.
- <sup>23</sup> Samuelson und Zeckhauser 1988.
- <sup>24</sup> Dies zeigt sich in der signifikanten negativen Konstante, die aus der ökonometrischen Schätzung resultiert.
- <sup>25</sup> Dass sich im Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen oder der Wahl eines Krankenversicherungsvertrages ein Hang zum Status quo manifestiert, zeigen auch Salked et al. (2000) sowie Samuelson und Zeckhauser (1988).
- <sup>26</sup> Seit dem Beginn der Gesundheitsreform 2004 sind die Arztbesuche um 10,1 Prozent zurückgegangen. Insgesamt wurden 2005 1,68 Mrd. Euro Praxisgebühr eingenommen, das entspricht rund 23 Euro pro Person (Die Welt vom 7.1.2006).
- <sup>27</sup> Breyer et al. 2005, Kap. 6.
- <sup>28</sup> Zweifel 1992, Kap. 4; Werblow und Felder 2003; Lehmann 2003.
- <sup>29</sup> Vgl. dazu auch die Ergebnisse eines in der Schweiz durchgeführten DCE, unter anderem zu Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherung (Becker 2006, Kap. 8).
- <sup>30</sup> Betrachtet man die Gesundheitsausgaben von Versicherten in Hausarzt- oder Health-Maintenance-Organization-Modellen (HMO)

mit denen von traditionellen Versicherten, zeigt sich, dass eine Prämiensenkung dieser Größenordnung durchaus gerechtfertigt ist (vgl. Becker 2006, Kap. 4 sowie die Daten der Krankenversicherungsstatistik, Bundesamt für Gesundheit 2005).

<sup>31</sup> Breyer et al. 2005.

<sup>32</sup> Lehmann 2003; Lehmann und Zweifel 2004.

<sup>33</sup> Werblow und Felder 2003.