

Gesundheitsökonomie:

Gesundheitsökonomie und Versicherung*

Von Jürgen Wasem, Köln

Inhaltsübersicht

1. Einleitung und Überblick
2. Das „einfache“ wohlfahrtsökonomische Paradigma und die gesundheitspolitischen Realitäten
3. Grundformen der Absicherung des Krankheitskostenrisikos im gesundheitsökonomischen Vergleich
 - 3.1. Das Referenzmodell: „Unregulierte“ Gesundheitssicherungs- und Krankenversicherungsmärkte
 - 3.2. Das Gegenmodell: Zentralistischer nationaler Gesundheitsdienst
 - 3.3. Die Suche nach dem ausgewogenen Modell: Krankenversicherungssystem mittlerer Regulierungsintensität
 - Konzept 1: PKV mit reguliertem Wettbewerb
 - Konzept 2: Wettbewerbliche GKV
 - Konzept 3: GKV ohne Wettbewerb
4. Zur Analyse der Krankenversicherungssysteme in der Bundesrepublik
 - 4.1. Institutionelle Ausgestaltung der Krankenversicherungssysteme
 - 4.2. Weiterentwicklung der Krankenversicherungssysteme
 - GKV zwischen bürokratischer Steuerung und Wettbewerb
 - Systemabgrenzung zwischen PKV und GKV
5. Abschließende Bemerkungen

1. Einleitung und Überblick

Zwischen Gesundheitsökonomie und Versicherung gibt es – die vorstehend abgedruckten Beiträge von *J.-M. Graf von der Schulenburg* und *K.-D. Henke* haben dies deutlich gemacht – zahlreiche Berührungspunkte. Gesundheitsökonomie begann etwa in der Bundesrepublik mit der – er-

* Vortrag auf der Jahrestagung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft am 4. März 1993 in Karlsruhe.

staunten – Feststellung von Ökonomen, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung Entgelte für Arztleistungen nicht auf Märkten zwischen Ärzten und Patienten, sondern auf dem Verhandlungswege zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt würden.¹ Auch heute noch bezieht sich ein beachtlicher Teil der Veröffentlichungen bundesdeutscher Gesundheitsökonomien auf die gesetzliche Krankenversicherung – man könnte hinzufügen: den Marktanteilen an den vollversicherten Bürgern entsprechend haben die Fragestellungen der privaten Krankenversicherung die deutschen Gesundheitsökonomien (zumindest in der Vergangenheit) zumeist nur am Rande interessiert.

Berührungspunkte gibt es nicht nur zwischen Gesundheitsökonomie und Versicherung, sondern auch zur ökonomischen Theorie der Versicherung. So haben eine ganze Reihe amerikanischer Ökonomen ihre allgemein gedachten Überlegungen zu Unsicherheit und Risiko, zu asymmetrischer Information oder zur Gleichgewichtsproblematik auf Versicherungsmärkten am Beispiel der Krankenversicherung entwickelt – mancher heute als „grundlegend“ gehandelter gesundheitsökonomischer Beitrag war seiner Intention nach eigentlich eher ein versicherungsökonomischer oder – noch allgemeiner – ein Beitrag über Ökonomie in unsicheren Welten.²

Gesundheitsökonomie befaßt sich mit den ökonomischen Aspekten des *Gesundheitsverhaltens* von Menschen und mit ökonomischen Aspekten des *Gesundheitswesens*.³ Wo Krankenversicherung an der Finanzierung von Gesundheitsleistungen beteiligt ist, beeinflußt sie sowohl das eine (Gesundheitsverhalten) als auch das andere (Beteiligte im Gesundheitswesen). Eine mögliche Variante dieses Beitrags hätte daher darin bestehen können, die breite Themenpalette gesundheitsökonomischer Forschung auf die Wirkungen von Krankenversicherung zu untersuchen. Dies soll allerdings nicht geschehen. Vielmehr soll in den Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags – in ordnungspolitischer Absicht – aus drei Gründen die Diskussion um Alternativen der Absicherung des Krankheitskostenrisikos gestellt werden: Zunächst ist die Diskussion um Alternativen der Absicherung des Krankheitskostenrisikos traditionell einer der Schwerpunkte gesundheitsökonomischer Arbeiten in der Bundesrepublik und auch der Bereich, in dem die Gesundheitsökonomien am nachhaltigsten in die Politik hineinzuwirken versuchen. Die bundesdeutsche Gesundheitspolitik ist denn auch der zweite

¹ Vgl. etwa *Herder-Dorneich, Philipp*: Sozialökonomischer Grundriß der gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1966.

² Vgl. etwa den „klassischen“ Beitrag von *Kenneth Arrow*: Uncertainty and the welfare economics of medical care, in: *American Economic Review* (53), 1963, S. 941 - 969.

³ Vgl. zu dieser Unterscheidung etwa *Evans, Robert G./Stoddart, Gregory L.*: Producing Health, Consuming Health Care, in: *Social Science Medicine* (31), 1990, S. 1347 - 1363.

Grund für die hier vorgenommene Schwerpunktsetzung: Der Verfasser ist davon überzeugt, daß die deutsche Krankenversicherung – zumal die GKV, mit Auswirkungen aber auch auf die PKV – vor einer entscheidenden Weichenstellung steht und ordnungspolitische Klarheit hier notwendig ist.

Schließlich ist die internationale Dimension der dritte Grund für die Akzentuierung dieses Beitrags auf die alternativen Formen der Absicherung des Krankheitskostenrisikos. Dies in zweierlei Hinsicht: Die weitere Integration auf dem europäischen Binnenmarkt wird – auch wenn die Konturen einer solchen Entwicklung derzeit in den meisten Bereichen noch nicht genau abschätzbar sind – auf mittlere und längere Sicht auch Koordinierungs-, unter Umständen auch Harmonisierungsbestrebungen in Bezug auf die nationalen Systeme der sozialen Sicherung auslösen. Insoweit – zumindest in der Bundesrepublik zu Recht – die private Krankenversicherung als Teil der sozialen Sicherung verstanden wird, muß ergänzt werden: Diese Entwicklung steht nicht nur bevor, sie hat bereits in aller Intensität begonnen. In der Europäischen Gemeinschaft befinden sich Krankenversicherungssysteme – und erst recht solche mit einer auch Vollversicherung als Ersatz für gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bietenden privaten Krankenversicherung – in der Minderheit; das bundesdeutsche Krankenversicherungssystem wird daher in diesem Prozeß der Koordination und Harmonisierung auf seine spezifische Ratio hinterfragt werden.

Zugleich stellt der Transformationsprozeß von zentralistischen Gesellschaften und Ökonomien zu Demokratie, Pluralismus, Dezentralisierung und Marktwirtschaft die Staaten Mittel- und Osteuropas vor die Aufgabe der Anpassung auch des Gesundheitswesens an die veränderten Rahmenbedingungen. Diese Staaten blicken erwartungsvoll auf das Modell der „sozialen Marktwirtschaft“ in der Bundesrepublik; ihre Sozial- und Gesundheitspolitiker interessieren sich für „unsere“ Erfahrungen, wollen wissen, welche Elemente des deutschen „Modelles“ zu übernehmen für sie sinnvoll sein könnte.

Der vorliegende Beitrag nimmt seinen Ausgangspunkt bei der Beobachtung hoher Anteile öffentlich-finanzierter an allen Gesundheitsausgaben in den OECD-Staaten (*Abschn. 2.*) – ein Phänomen, das vor dem Hintergrund der Grundentscheidung für eine marktwirtschaftliche Ordnung erklärungsbedürftig erscheint. Dieser Erklärung soll sich dadurch genähert werden, daß zunächst ein Referenzmodell „unregulierter“ Gesundheitssicherungs- und Krankenversicherungsmärkte entwickelt und auf seine Leistungsfähigkeit untersucht wird (*Abschn. 3.1.*). Dieses Modell erweist sich aus allokativer wie distributiver Sicht als defizitär. Das anschließend (*Abschn. 3.2.*) vorgestellte Modell eines zentralistischen nationalen Gesundheitsdienstes stellt in gewisser Weise das Gegenstück dar – auch dieses Modell erweist sich allerdings als defizitär. Überlegen erscheint demgegenüber aus gesundheits-

ökonomischer Sicht ein Krankenversicherungssystem mit „mittlerer Regulierungsintensität“. Allerdings bestehen unterschiedliche Leitvorstellungen über die Ausgestaltung eines solchen „mittleren Weges“ (*Abschn. 3.3.*).

Das in der Bundesrepublik bestehende Krankenversicherungssystem stellt eine „Mischform“ unterschiedlicher „idealtypischer“ Ausgestaltungsformen eines Krankenversicherungssystems dar. Seine wesentlichen Merkmale aus gesundheitsökonomischer Sicht werden skizziert (*Abschn. 4.1.*), bevor ausgewählte Fragen seiner Weiterentwicklung angesprochen werden (*Abschn. 4.2.*).

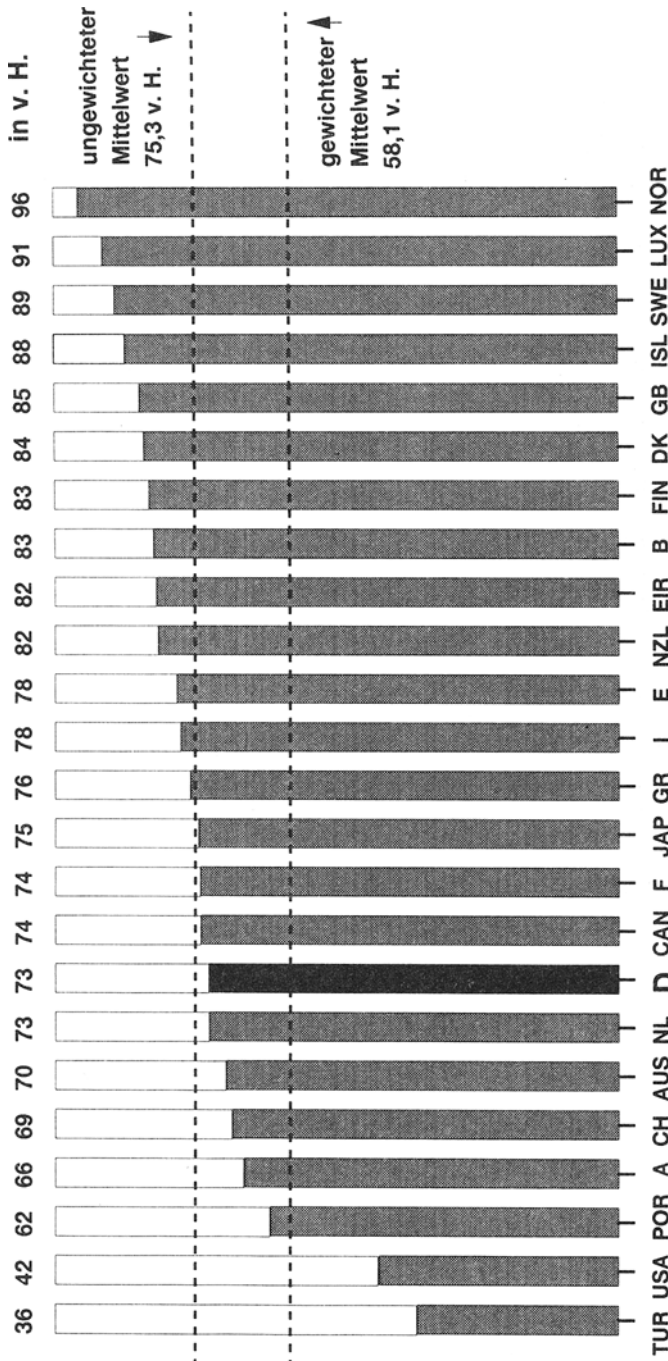
2. Das „einfache“ wohlfahrtsökonomische Paradigma und die gesundheitspolitischen Realitäten

Sich als Marktwirtschaften verstehende Gesellschaftsordnungen fußen auf der Wertentscheidung, daß die Produktion von Gütern und Dienstleistungen an den Präferenzen der Bürger zu orientieren sei, sowie der – wohlfahrtstheoretisch im Rahmen einer „Arrow-Debreu-Welt“ begründbaren⁴ – Auffassung, daß diese Orientierung an den Präferenzen der Bürger am effektivsten und effizientesten durch dezentrale, privatwirtschaftlich organisierte Märkte sichergestellt werden könnte. Staatliche Interventionen in die marktlichen Allokationsprozesse bedürfen demgegenüber aus Sicht der Ökonomie jeweils einer besonderen Legitimation.

Ein Blick auf die gesellschaftlichen Realitäten im Gesundheitswesen zeigt allerdings, daß auch in solchen Staaten, die sich im Grundsatz als marktwirtschaftlich orientiert verstehen, staatlich organisierte, aus Zwangsabgaben finanzierte Gesundheitssicherung gegenüber Sicherung auf freiwilliger, privatwirtschaftlicher Basis zumeist deutlich dominiert: Wird als Indikator etwa der *Anteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben* an allen Gesundheitsausgaben gewählt,⁵ so ergibt sich für die OECD-Staaten für 1990, daß im ungewichteten Mittel rd. 75 v. H. der gesamten Gesundheitsausgaben öffentlich – d. h. aus Steuermitteln oder durch Sozialversiche-

⁴ Etwa Arrow, *Kenneth-J./Debreu, G.*: Existence of an equilibrium for a competitive economy, in: *Econometrica* (22), 1954, 265 - 290; Arrow, *Kenneth-J.*: The Role of Securities in the Optimal Allocation of Risk Bearing, in: *Economic Studies* (31), 1964, S. 91 - 96; *Debreu, G.*: *Theory of Value*, New York 1959; vgl. den Überblick bei *Geanakoplos, J.*: Arrow-Debreu Model of General Equilibrium, in: *The New Palgrave*, 1987, S. 116 - 124.

⁵ Ein anderer Indikator wäre etwa die Frage, ob die Leistungen durch öffentliche oder private Leistungserbringer erbracht werden, oder auch eine Kombination beider Indikatoren (vgl. hierzu etwa *Pfaff, Martin*: *Finanzierungs- und Ausgabenströme im Gesundheitssektor: Eine realtypische Betrachtung fiskalischer Systeme*. In: *Schriften des Vereins für Socialpolitik*. NF Bd. 135, Berlin 1983).



Berechnet nach OECD Health Data, Paris 1991.

Abbildung 1: Anteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben an den Gesundheitsausgaben insgesamt – OECD-Staaten, 1990 –

rungsbeiträge – finanziert waren (vgl. *Abb. 1*).⁶ In einigen Ländern spielen private Gesundheitsausgaben so gut wie keine Rolle.

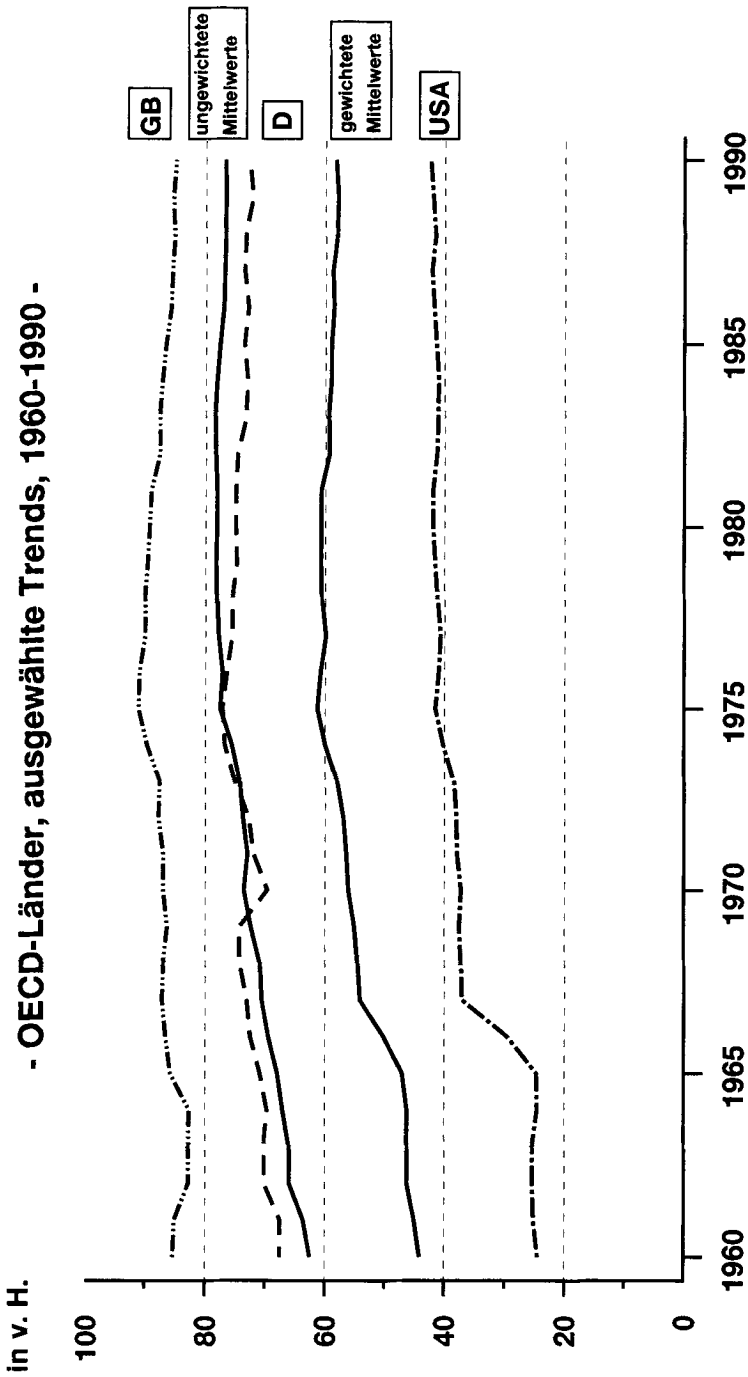
Der Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben hat in den vergangenen Jahrzehnten in den OECD-Staaten erheblich zugenommen (vgl. *Abb. 2*): Das ungewichtete (gewichtete) Mittel betrug 1960 noch rd. 62 v.H. (44 v.H.). Dieser Wachstumsprozeß ist allerdings im wesentlichen bereits Ende der siebziger Jahre abgeschlossen gewesen; in den achtziger Jahren hat sich der öffentlich finanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben bei rd. der Hälfte der OECD-Staaten (wenn auch zumeist nur geringfügig) zurückentwickelt. Dennoch lag auch noch 1990 nur in drei Ländern (Österreich, Dänemark, Italien) der Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben unterhalb des Wertes von 1960.

Auffällig ist hierbei, daß sich über den gesamten beobachteten Zeitraum die Unterschiede im Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben zwischen den OECD-Staaten deutlich verringert haben (vgl. die Entwicklung der Varianz in *Abb. 3*). Offensichtlich haben sich die Vorstellungen über den „optimalen Mix“ zwischen privaten und öffentlich-finanzierten Gesundheitsausgaben angenähert. Dies gilt interessanterweise sowohl innerhalb der beiden – noch näher zu analysierenden – Grundtypen, in denen die Gesundheitssicherung erfolgt, also „Nationaler Gesundheitsdienst“ auf der einen Seite und „Krankenversicherungssystem“ auf der anderen Seite, als auch im Vergleich zwischen beiden Systemen. Allerdings liegt (wie *Abb. 1* zeigte) der Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben in Staaten des Grundtypus „Nationaler Gesundheitsdienst“ typischerweise nach wie vor spürbar über dem in Staaten mit Krankenversicherung.

Wird nach einer Begründung dafür gesucht, warum die Gesundheitssicherung offensichtlich in den meisten Ländern als „Ausnahmebereich“ von der marktwirtschaftlichen Grundentscheidung angesehen wird, bieten sich positive wie normative Erklärungsversuche an. Positive Erklärungen rekurren z.B. auf die *Wirkungen des politischen Systems*, insbesondere des Parteienwettbewerbs, auf die Bereitstellung von „öffentlich“ produzierten Gütern: Entstehung und Ausweitung der öffentlich finanzierten Gesundheitssicherung lassen sich so als Ergebnis des Bemühens der jeweils regie-

⁶ Daß der mit den Gesundheitsausgaben gewichtete Mittelwert mit rd. 58 v.H. deutlich unterhalb des Wertes des ungewichteten Mittels liegt, ist ausschließlich auf den hohen Gewichtungsfaktor für die USA zurückzuführen.

⁷ Vgl. etwa die Modellierung bei *Bernholz, Peter/Breyer, Friedrich*: Grundlagen der Politischen Ökonomie, Tübingen 1984, 2. Aufl., S. 373 ff. Auch in politischen Systemen, in denen dem demokratischen Parteienwettbewerb keine Schlüsselrolle für die Politikprozesse zukommt, sind Maßnahmen der Errichtung oder des Ausbaus sozialer Sicherungssysteme vielfach machtstrategisch bedingt – man denke nur an die in bezug auf die Sozialdemokratie verbundenen Hoffnungen Bismarcks bei Errichtung der Sozialversicherungen.



Berechnet nach OECD Health Data, Paris 1991.

Abbildung 2: Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben an den Gesundheitsausgaben insgesamt

renden Politiker um die Stimmenmehrheit interpretieren;⁷ andere positive Ansätze gehen etwa von der Eigendynamik regulationsinteressierter Bürokratien aus.⁸

Die positiven Erklärungsansätze sollen im folgenden nicht weiter verfolgt werden. Vielmehr soll in normativer Absicht nach der Legitimation dieser staatlichen Aktivitäten aus ökonomischer Sicht gefragt werden. Diese normative Fragestellung nimmt ihren Ausgangspunkt bei der „Theorie des Marktversagens“: Sofern die Bedingungen nicht vorliegen, unter denen nach den Vorhersagen der ökonomischen Theorie ein allokatives Optimum erzielt werden kann, kann durch staatliche Interventionen eine Wohlfahrtssteigerung erreicht werden – vorausgesetzt (und da sind die Ökonomen wohl gegenwärtig überwiegend skeptisch), die theoretisch möglichen Wohlfahrtssteigerungen scheitern in der Praxis nicht an „Staatsversagen“. Den Ausgangspunkt der weiteren Überlegungen soll daher ein Referenzmodell „unregulierter“ Gesundheitssicherungs- und Krankenversicherungsmärkte bilden.

3. Grundformen der Absicherung des Krankheitskostenrisikos im gesundheitsökonomischen Vergleich

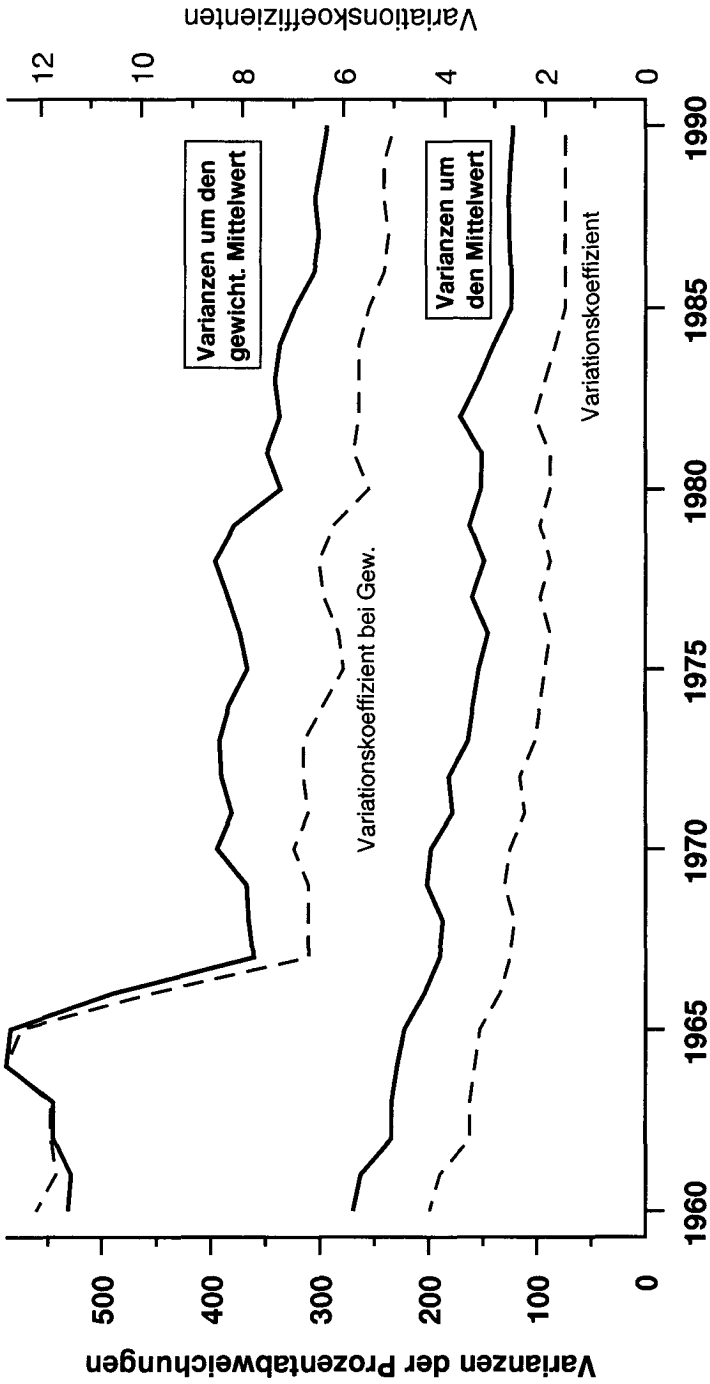
3.1. Das Referenzmodell: „Unregulierte“ Gesundheitssicherungs- und Krankenversicherungsmärkte

Das Modell „unregulierter“ Gesundheitssicherungs- und Krankenversicherungsmärkte zeichnet sich zunächst dadurch aus, daß es dem Bürger die Entscheidung darüber überläßt, wie er sich in bezug auf das Krankheitskostenrisiko im „Spannungsverhältnis zwischen Freiheit und Sicherheit“⁹ entscheidet: Inwieweit er also Sicherungsaktivitäten (durch SchADVORBEUGUNG, SPAREN oder den ABSCHLUß eines Krankenversicherungsvertrages) unternimmt oder es vorzieht, sich dem Risiko des Eintritts von Erkrankungen auszusetzen (und bei Nicht-Eintritt des Schadens vermutlich ein höheres Nutzenniveau als im Falle des Ergreifens von Sicherungsaktivitäten erreicht).

⁸ Vgl. etwa *Niskanen, W. A.*: Bureaucracy and Representative Government, Chicago 1971. Einen kritischen Überblick vgl. bei *Widmaier, Hans Peter / Blien, Uwe*: Zur Theorie sozialpolitischer Institutionen: Bürokratie im Wohlfahrtsstaat; in: *Thiemeyer, Theo* (Hrsg.): Theoretische Grundlagen der Sozialpolitik, Berlin 1990, S. 119 - 150.

⁹ Vgl. zu dieser Perspektive an sozialstaatlich verfaßte Sicherungssysteme: *Sachße, Christoph / Engelhardt, H. Tristram* (Hrsg.): Sicherheit und Freiheit – zur Ethik des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt 1990; *Hackmann, Johannes*: Freiheit und Sicherheit in Systemen der sozialen Sicherung. Zu einer Theorie sozialer Sicherungssysteme, in: *Schmidt, Kurt* (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung I, Berlin 1990, S. 41 - 144.

- OECD-Länder, Varianzentwicklung, 1960-1990 -



Berechnet nach OECD Health Data, Paris 1991.

Abbildung 3: Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben an den Gesundheitsausgaben insgesamt

Vertragspartner des Bürgers bei einer Entscheidung für einen Krankenversicherungsschutz sind private Versicherungsunternehmen, die ihren Geschäftsbetrieb „frei“ betreiben können, insbesondere also hinsichtlich ihrer Versicherungsbedingungen und der Tarifikalkulation keiner staatlichen Regulierung oder Aufsicht unterliegen. Ihr Handeln wird durch das allgemeine Wettbewerbsrecht („Kartellverbot“) beschränkt.

Auch hinsichtlich des Angebotes von Gesundheitsleistungen bestehen in dieser Modellwelt keine staatlichen Regulierungen. Es besteht Berufswahl- und Berufsausübungsfreiheit für Gesundheitsberufe und es bestehen keine staatlichen Preisregulierungen (etwa in der Form von Gebührenordnungen).¹⁰ Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist „open ended“, d. h. das absolute Ausgabenvolumen sowie der Anteil am Volkseinkommen ergeben sich frei von staatlichen Zielvorgaben oder administrativen Maßnahmen.

Unter Gesundheitsökonomern besteht im allgemeinen breite Übereinstimmung, daß ein solches System unregulierter Märkte für Gesundheitsleistungen und Krankenversicherungen allokativ defizitär wäre.¹¹ Auch hinsichtlich der verteilungspolitischen Wirkungen – wenn denn eine Unterscheidung zwischen Allokation und Distribution getroffen wird¹² – wird ein solches Modell als problematisch angesehen, auch wenn hier die Übereinstimmung unter den Gesundheitsökonomern bereits geringer ist.

¹⁰ Dies heißt allerdings nicht, daß die Versicherungsunternehmen darauf verzichten werden, auf die Preisgestaltung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen Einfluß zu nehmen, entweder über die Ausgestaltung der Erstattungsregelungen in den Versicherungsverträgen oder über direkte vertragliche Beziehungen zu den Leistungserbringern.

¹¹ Vgl. etwa *Kenneth Arrow: Uncertainty ...*, a. a. O. Siehe auch die Überblicke bei *Culyer, A. J.: The Nature of the Commodity „Health Care“ and its Efficient Allocation*, in: *Oxford Economic Papers* (23), 1971, 189 - 211 sowie *Pauly, Mark V.: Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy*, in: *Journal of Economic Literature* (XXIV), 1986, S. 629 - 675.

¹² Gegenüber der insbesondere von *Musgrave* betonten Unterscheidung zwischen allokativen und distributiven Zielen und Wirkungen (vgl. *Musgrave, Richard A.: The Theory of Public Finance. A study in Public Economy*, New York 1959, S. 3 ff.) ist in jüngerer Zeit vermehrt diskutiert worden, ob nicht einige traditionell als „Verteilungspolitik“ etikettierte Maßnahmen auch unter allokativen Gesichtspunkten legitimiert werden können. Es kommt im Kern auf den Beobachtungszeitraum an: Was aus der jeweiligen Situation als „reine“ Verteilungspolitik erscheint, mag „ex ante“ als verteilungspolitisch neutrale, allokativ pareto-optimale Sicherungsmaßnahme erscheinen, wenn der Zeitraum des ex ante nur genügend weit nach hinten verlagert wird – etwa auf den Zeitraum vor der Geburt, zu dem die persönliche Verortung in der Verteilungshierarchie noch vergleichsweise vage ist (vgl. zu dieser – bereits bei *Buchanan, James M./Tullock, Gordon, The Calculus of Consent*, Ann Arbor 1962, angelegten – Interpretation sozialer Sicherung etwa *Rolf, Gabriele u. a.: Wirtschaftstheoretische und sozialpolitische Fundierung staatlicher Versicherungs- und Umverteilungspolitik*, in: *Rolf u. a. (Hrsg.), Sozialvertrag und Sicherung. Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme*, Frankfurt 1988, S. 13 - 42, sowie bezogen auf die Gesundheitssicherungssysteme: *Männer, Leonhard: Versicherung und Allokation im Gesundheitswesen*, in: *Gäfgen, Gérard (Hrsg.): Systeme der Gesundheitssicherung im Wandel*, Baden-Baden 1992, S. 9 - 32.)

Im Kern lassen sich die in diesem Zusammenhang vorgetragenen Überlegungen auf fünf Gruppen vermuteter Mängel „unregulierter“ Gesundheitssicherungsmärkte zurückführen (vgl. Abb. 4); hinzu tritt – als sechste Argumentengruppe – die verteilungspolitische Dimension.

Der erste Argumentationsstrang geht davon aus, daß aus mehreren Gründen *unzureichende Konsumentensouveränität* bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen herrsche: Der Patient könne die Qualität der verschiedenen Leistungserbringer nicht beurteilen; zudem habe er keine Informationen über die notwendig werdenden Leistungen, so daß der Arzt die Nachfrage des Patienten selber formulieren und hierbei auch seine eigenen Einkommensinteressen verfolgen könne.¹³ Auch seien die Patienten in Situationen dringenden medizinischen Bedarfes nicht zu rationalen Entscheidungen fähig und würden auch aus diesem Grunde nicht in der Lage sein, Kosten-Nutzen- oder Preis-Vergleiche zwischen verschiedenen Behandlern durchzuführen. Zudem sei es den Leistungserbringern aufgrund der vielfach wenig preiselastischen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen möglich, Preisdiskriminierung (etwa nach dem Einkommen der Patienten) vorzunehmen. Eine optimale Allokation der Gesundheitsgüter über den Marktmechanismus sei aus diesen Gründen nicht möglich.

Eine besondere Form der Einschränkung der Konsumentensouveränität wird schließlich in der „*Minderschätzung künftiger Bedürfnisse*“ gesehen, die dazu führe, daß der Bedarf an Krankenversicherungsschutz solange systematisch unterschätzt werde, wie man gesund sei – dies beinhalte auch eine Unterschätzung der im Alter vermehrt zu erwartenden Krankheitskosten. Das Verlassen auf den Marktmechanismus führe damit zu einer allokativ suboptimalen Sicherungsintensität hinsichtlich des Krankheitskostenrisikos. Die „Zulässigkeit“ eines solchen, tendenziell paternalistischen Argumentes im Rahmen einer individualistischen Wohlfahrtsökonomie ist unter Ökonomen allerdings umstritten.¹⁴

¹³ Vgl. aus der ausführlichen gesundheitsökonomischen Diskussion über „angebotsinduzierte“ Nachfrage nach Arztleistungen etwa *Evans, Ronald G.*: Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications, in: *Perleman, M.* (Hrsg.): *The Economics of Health and Medical Care*, New York 1974, S. 162 - 173; *Adam, Hans*: *Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte – Zur These der anbieterinduzierten Nachfrage im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung*, Berlin 1983; *Breyer, Friedrich*: *Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine empirische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin 1984.

¹⁴ Vgl. die Zustimmung bei *Herder-Dorneich, Philipp*: *Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen*, Opladen 1976, S. 36f. sowie bei *Krupp, Hans-Jürgen*: *Zur Begründung und zur Praxis des Wohlfahrtsstaates*, in: *Rolf, Gabriele u. a.* (Hrsg.), a. a. O., S. 491 - 511, hier: S. 503; demgegenüber ablehnend: *Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter*: *Gesundheitsökonomie*, Berlin 1992, S. 144ff. sowie *Berthold, Norbert*: *Marktversagen, staatliche Intervention und Organisationsformen Sozialer Sicherung*, in: *Rolf, Gabriele u. a.* (Hrsg.), a. a. O., S. 339 - 370, hier: S. 349ff.

- 1. Unzureichende Konsumentensouveränität**
 - * Asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung
 - * Unfähigkeit zu rationalen Entscheidungen
 - * Minderschätzung künftiger Bedürfnisse
 - 2. Externe Effekte der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**
 - * Physische externe Effekte
 - * Psychische externe Effekte
 - 3. Informationsasymmetrien auf Krankenversicherungsmärkten**
 - * Adverse Risikoselektion
 - * Moral Hazard
 - * Ungewißheit über langfristige Erfüllbarkeit von Versicherungsverträgen
 - * Mangelnde Transparenz der Versicherungsbedingungen
 - 4. Steigende Skalenerträge des Krankenversicherungsschutzes**
 - 5. Ineffiziente Marketing- und Abschlußkosten privater Versicherer**
-
- 6. Verteilungspolitische Argumente**

Abbildung 4: Mögliche Gründe für „Marktversagen“ im Gesundheitswesen

Neben mangelnder Konsumentensouveränität gilt das Vorliegen (insbesondere: positiver) „*externer Effekte*“ der *Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen* als „klassischer“ Begründungszusammenhang für Marktversagen, führt deren Vorliegen doch zu einer gesamtgesellschaftlich suboptimalen Nachfrage nach den entsprechenden Gesundheitsgütern. Zu denken ist etwa an Impfungen gegen ansteckende Krankheiten, deren Nutzen auch

für die Mitbürger offensichtlich ist. Auch die Tatsache, daß – zumindest im stationären Sektor – immer ein gewisser Teil der Kapazitäten ungenutzt sein muß, damit im Bedarfsfalle (Epidemie, größeres Unglück etc.) rasch medizinische Versorgung erfolgen kann, stellt eine Variante externer Effekte dar, da die Kapazitäten auch denen zugute kommen, die nur potentielle, aber keine aktuellen Nutzer sind.¹⁵ In einem weiteren Sinne können zu den positiven externen Effekten auch die Auswirkungen einer den Bürgern zuteil werdenden Krankenbehandlung auf das Sozialprodukt, die Arbeitsfähigkeit des Erwerbsspersonspotentiales sowie die Sicherung des sozialen Friedens – und damit die Volkswohlfahrt – verstanden werden.¹⁶

Verschiedentlich ist neben den „physischen“ externen Effekten auch das Vorliegen „psychischer“ externer Effekte diskutiert worden: Wenn Menschen Wohlfahrtsverluste erleiden, so sie kranke Mitmenschen erleben, die vor dem Krankheitskostenrisiko nicht abgesichert sind und wegen ihres geringen Einkommens keine Heilbehandlung finanzieren können, ist die resultierende Gesundheitsversorgung dieser Bedürftigen allokativ suboptimal, da der Nutzen sowohl der Kranken als auch der „Altruisten“ gesteigert werden könnte, wenn die Kranken Behandlung erführen – die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung für diese Personen auf freiwilliger Basis durch die Personen mit solchen „altruistischen“ Elementen in ihrer Nutzenfunktion ist aber eher unwahrscheinlich, da es sich um ein typisches Kollektivgut handelt.¹⁷ Das faktische Ausmaß der Existenz solcherart „interdependenter“ Nutzenfunktionen wird allerdings kontrovers diskutiert.

Während die bisher diskutierten Mängel sich auf Angebot von und Nachfrage nach den Gesundheitsleistungen selber beziehen, kommen solche Argumente hinzu, die sich auf vermutete Mängel der „unregulierten“ Krankenversicherungsmärkte beziehen. Die gesundheitsökonomische Diskussion greift hier überwiegend Argumente auf, die auch allgemein in der ökonomischen Versicherungstheorie – teilweise allerdings gerade am Beispiel von Krankenversicherungsmärkten – erörtert werden.

¹⁵ Vgl. etwa *Weisbrod, B. A.*: Collective-consumption services of individual-consumption goods, in: *Quarterly Journal of Economics* (78), 1964, S. 471 - 477.

¹⁶ Vgl. etwa *Lampert, Heinz*: Notwendigkeit, Aufgaben und Grundzüge einer Theorie der Sozialpolitik, in: *Thiemeyer, Theo* (Hrsg.): *Theoretische ...*, a. a. O., S. 9 - 72, hier: S. 53 ff.

¹⁷ Wohl als erster hierzu: *Lindsay, Cotton M.*: Medical Care and the Economics of Sharing, in: *Economica* (35), 1969, S. 351 - 362. Ein allgemeineres Modell, das eine lebhaftere Diskussion ausgelöst hat, siehe bei *Hochman, H. M./Rodgers, J. D.*: Pareto Optimal Redistribution, in: *American Economic Review* (59), 1969, S. 542 - 557. Vgl. zu den unterschiedlichen Positionen auch die Beiträge in: *Phelps, S.* (Hrsg.): *Altruism, Morality and Economic Theory*, New York 1975. Widersprüchlich sind die experimentellen Ergebnisse (etwa in angewandter Spieltheorie) hierzu (vgl. etwa *May, Theo/Schulz, Ulrich*: Social Values and Structure of Preferences in Experimental games, in: *Scholz, R. W.* (Hrsg.): *Current Issues in West German Decision Research*, Frankfurt 1986, S. 255 - 274).

Dies gilt zunächst für die These von *Informationsasymmetrien auf Versicherungsmärkten*: Insoweit in diesem Zusammenhang der Aspekt der *adversen Risikoselektion* angesprochen ist, kann modelltheoretisch bekanntlich gezeigt werden, daß in einer Situation, in der die Versicherer ex ante nicht in der Lage sind, zwischen guten und schlechten Risiken zu differenzieren, unter Umständen kein Marktgleichgewicht erreicht wird, oder ein Gleichgewicht wird erreicht, nachdem es zu Selektionsprozessen dergestalt gekommen ist, daß die Versicherer Tarife mit hohen Selbstbehalten und solche mit niedrigen Selbstbehalten bzw. Vollversicherungsschutz angeboten haben, von denen die ersten von den „guten“, die zweiten von den „schlechten“ Risiken gewählt werden. Wohlfahrtsökonomisch könnte die Wohlfahrt aller durch eine Versicherungspolice mit begrenzter Selbstbeteiligung und einheitlicher Prämie, bei der die guten Risiken die schlechten subventionieren, gesteigert werden – eine solche einheitliche Prämie wird sich unter den idealen Bedingungen des Marktes aber nicht durchsetzen lassen, vielmehr wird die Quersubventionierung unter dem Wettbewerb der Versicherer „wegkonkurriert“.¹⁸ Inwieweit allerdings die Ausgangsprämissen ex ante fehlender Differenzierungsmöglichkeiten guter und schlechter Risiken und konsequent die „subventionsfreien“ Tarife wählender Versicherungsnehmer die Realität auf „freien“ Krankenversicherungsmärkten zutreffend abbilden würden, ist durchaus diskussionswürdig; empirische Ergebnisse liegen kaum vor.

Soweit als zweite Variante von Informationsasymmetrien *moral hazard* angesprochen ist, wird als Marktangel insbesondere thematisiert, daß bei Vollversicherungsschutz die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen soweit ausgedehnt werden mag – und entsprechend die Prämien der Versicherer ansteigen –, daß die Nachfrage nach Versicherungsschutz unter das alloka-tive Optimum sinkt. Hiergegen könnten sich zwar die Versicherer durch Selbstbehalte und andere Strategien schützen, die aber von den Versicherungsnehmern durch Mehrfachversicherung bei unterschiedlichen Versicherern faktisch unterlaufen werden könnten.¹⁹ Allerdings können die Versicherer wiederum solche Mehrfachversicherungen durch explizite Zustimmungsvorbehalte versuchen zu kontrollieren.²⁰

¹⁸ Einen Überblick über die insbesondere durch den Beitrag von *Rothschild, Michael/Stiglitz, Joseph E.*: *Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information*, in: *Quarterly Journal of Economics* (90), 1976, S. 629 - 649 ausgelöste Diskussion siehe etwa bei *Pauly, Mark V.*: *Taxation, ...*, a. a. O., hier: S. 647 ff. Vgl. auch *Stiglitz, Joseph E.*: *On the Theory of Social Insurance*, in: *The Geneva Papers on Risk and Insurance* (8), 1983, S. 105 - 110 sowie *Eisen, Roland*: „Versicherungsprinzip“ und Umverteilung – Einige theoretische Überlegungen zu den Grenzen des Versicherbaren, in: *Rolf, Gabriele u. a.* (Hrsg.), a. a. O., S. 117 - 129, hier: S. 125 f.

¹⁹ Vgl. etwa bereits die Analyse bei *Pauly, Mark V.*: *Overinsurance and public provision of insurance: The roles of moral hazard and adverse selection*, in: *Quarterly Journal of Economics* (88), 1974, S. 44 - 62, hier: S. 51 ff.

Während die bislang diskutierten Informationsasymmetrien solche waren, bei denen der Versicherungsnehmer einen „Informationsvorsprung“ vor dem Versicherer hat, bestehen auf unregulierten Krankenversicherungsmärkten auch Informationsvorsprünge der Versicherer gegenüber potentiellen Versicherungsnehmern – diese sind nach Auffassung des Verfassers in der Gewichtung auf Krankenversicherungsmärkten vermutlich sogar entscheidender. Ein erster zentraler Punkt ist hier, daß der Versicherte nicht – zumindest nicht mit vertretbarem Aufwand – beurteilen kann, inwieweit der Krankenversicherer das gegebene *Leistungsversprechen langfristig erfüllen* kann. Gerade in der Krankenversicherung ist die langfristige Erfüllbarkeit der Verträge aber von zentraler Bedeutung.

Darüber hinaus dürfte ein unregulierter Krankenversicherungsmarkt zu einer *mangelnden Transparenz der Versicherungsbedingungen* führen: Die sich herausbildende Vielfalt an Krankenversicherungsverträgen – mit unterschiedlichen Kalkulationsprinzipien (Risikoprämie versus Anwartschaftsdeckungsverfahren), unterschiedlichen Regelungen über Kündigungsrechte, unterschiedlichen Systemen von Risikobegrenzungen – führt zwar theoretisch zu einer weitgehenden Verwirklichung der individuellen Präferenzen der Versicherungsnehmer; allerdings stellt sich die Frage, ob die hierbei implizit gestellten Anforderungen an die Informationsverarbeitungskapazität der Individuen nicht unrealistisch hoch sind.

Allokative Ineffizienz eines unregulierten Krankenversicherungsmarktes ist auch damit begründet worden, daß aufgrund des Gesetzes der großen Zahl Versicherungsschutz mit steigender Zahl der Versicherungspolizen bei einem Versicherer effektiver angeboten werden kann und daher *steigende Skalenerträge des Krankenversicherungsschutzes* vorliegen. Nach den Theorien des Marktversagens führen steigende Skalenerträge unter bestimmten Umständen aber zu natürlichen Monopolen, die – unreguliert – unbefriedigende Allokationsergebnisse bewirken.²¹ Ob diese Theorien allerdings die Realitäten auf Versicherungsmärkten zutreffend beschreiben, ist zweifelhaft.

Schließlich ist angeführt worden, daß private Krankenversicherungsmärkte aufgrund der Konkurrenz der Unternehmen zu unter gesamtwirtschaftlicher Perspektive „überhöhten“ *Marketing- und Abschlußkosten* führen würden. Allerdings ist dieses Argument aus wohlfahrtsökonomischer Sicht unzulässig.²²

²⁰ Vgl. etwa *Strassl, W.*: Externe Effekte auf Versicherungsmärkten, Tübingen 1988, S. 270 ff.

²¹ Vgl. einen Überblick bei *Krakowski, Michael*: Theoretische Grundlagen der Regulierung, in: *ders.* (Hrsg.): Regulierung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Ausnahmebereiche des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, Hamburg 1988, S. 19 - 117, hier: S. 27 ff.

²² Vgl. dazu etwa *Hackmann, J.*, a. a. O., S. 68 f.

Von ihrer politischen Wirksamkeit her sicherlich stärker als die allokatorentheoretischen Begründungen für ein „Marktversagen“ unregulierter, freier Gesundheitssicherungs- und Krankenversicherungsmärkte sind die *verteilungspolitischen Begründungen*: Zumindest in Europa besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens, daß der Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen im Bedarfsfalle nicht an der Zahlungsfähigkeit des einzelnen scheitern darf.²³ Inwieweit darüber hinaus auch ein „gleicher“ Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen gefordert wird, auf welchem Leistungsniveau dieser gleiche Zugang für alle sichergestellt und wie hierbei die Ressourcen auf die einzelnen Personen aufgeteilt werden, ist demgegenüber schon eher Gegenstand von Kontroversen. Dies gilt erst recht für die noch weitergehende Forderung nach Abbau unterschiedlicher Gesundheitschancen, bei der zudem schnell der enge Bereich der Gesundheitspolitik verlassen wird und andere, Gesundheitschancen beeinflussende Politikfelder in das Blickfeld rücken.

Eine solche Entkopplung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von der finanziellen Leistungsfähigkeit läßt sich auf unregulierten Gesundheits- und Krankenversicherungsmärkten aber nicht erreichen. Zunächst führen die „Grenzen der Versicherbarkeit“ dazu, daß nicht alle Leistungen, die im Gesundheitswesen angeboten werden können, „versicherbar“ sind. Darüber hinaus führt das sich im Wettbewerb der Krankenversicherer durchsetzende versicherungstechnische individuelle Äquivalenzprinzip, bei dem – sei es in einer Periode, sei es über die Lebensspanne hinweg – die Prämienzahlungen dem Barwert der erwarteten Leistungen entsprechen, dazu, daß Versicherte, die einen neuen Versicherungsvertrag abschließen wollen, auf bestehende Vorerkrankungen einen Prämienzuschlag oder einen Leistungsausschluß hinnehmen müssen, unter Umständen auch als „nicht versicherbar“ abgelehnt werden müssen.²⁴ Schließlich gilt generell für einkommensschwache Versicherte, daß die risikoäquivalenten Prämien für einen verteilungspolitisch als ausreichend angesehenen Umfang des Versicherungsschutzes „zu hoch“ sein mögen.

3.2. Das Gegenmodell: Zentralistischer nationaler Gesundheitsdienst

Die allokativen wie auch insbesondere die verteilungspolitischen Defizite unregulierter Gesundheits- und Krankenversicherungsmärkte sind argu-

²³ Vgl. hierzu und zum folgenden ausführlicher: *Gäfgen, Gérard*: Gesundheit, Gerechtigkeit und Gleichheit: Distributive Aspekte der Gesundheitsversorgung, in: *Gäfgen, Gérard/Oberender, Peter* (Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden 1989, S. 11 - 46.

²⁴ Auch wenn die real existierenden Kalkulationsmethoden der privaten Krankenversicherer denen auf „unregulierten“ Märkten nicht entsprechen, vgl. dennoch etwa: *Bohn, Klaus*: Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung, Karlsruhe 1980.

mentativ vielfach zur Rechtfertigung des Außerkraftsetzens von Marktmechanismen im Gesundheitswesen herangezogen worden. In der politischen Praxis sind in Europa in zahlreichen Ländern nationale Gesundheitsdienste eingeführt worden, die zumindest in ihrer Anfangszeit alle das Ziel verfolgten, möglichst wenig Marktelemente in die Gesundheitsversorgung hineinwirken zu lassen.²⁵

Zwar können solche nationalen Gesundheitsdienste die skizzierten Probleme unregulierter Gesundheitssicherungsmärkte teilweise vermeiden, allerdings um den Preis anderer Probleme. Da die real bestehenden nationalen Gesundheitsdienste teilweise durch Reformen erhebliche Modifikationen gegenüber einer „Idealkonzeption“ eines solchen Modelles gemacht haben, soll die folgende Beschreibung und Analyse am „Modell in Reinkultur“ vorgenommen werden.

Ein solches „Idealmodell“ des nationalen Gesundheitsdienstes ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Die gesamte Bevölkerung erhält steuerfinanzierte Gesundheitsleistungen in staatlichen Gesundheitseinrichtungen, die im Moment der Inanspruchnahme daher „unentgeltlich“ sind – es handelt sich also um eine klassische „versorgungsstaatliche“ Lösung. Standorte und Kapazitäten der Gesundheitseinrichtungen werden staatlich geplant. Die in den Gesundheitsberufen Tätigen sind Angestellte des Staates und werden durch ein festes Gehalt vergütet. Der Staat formuliert die Qualifikationsanforderungen an das Gesundheitspersonal.

Die Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes ist „closed ended“: Im Rahmen des staatlichen Gesamthaushalts wird dem Gesundheitsdienst ein festes Budget zur Verfügung gestellt; dieses wird auf die Regionen und Einrichtungen verteilt. Da angesichts der medizinischen Möglichkeiten prinzipiell ein höheres Ausgabenvolumen als das bereitgestellte Budget möglich wäre, werden (anhand politischer Kriterien oder aufgrund von Kosten-Nutzen-Analysen etc.) Prioritäten für die in den Gesundheitseinrichtungen zu erbringenden Leistungen formuliert.

Außerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes sind Nachfrage und Angebot von Gesundheitsleistungen unzulässig. Dementsprechend bestehen auch keine privaten Gesundheitsmärkte oder Krankenversicherungsmärkte. Innerhalb des Gesundheitsdienstes besteht keine freie Wahl der Gesundheitseinrichtungen; vielmehr werden die Bürger diesen Einrichtungen im Interesse einer gleichmäßigen Auslastung zugeteilt.

²⁵ Nationale Gesundheitsdienste bestehen gegenwärtig innerhalb der EG in Dänemark, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Portugal und Spanien, außerhalb der EG in den übrigen skandinavischen Ländern. Außerdem ist die große Mehrheit der osteuropäischen Gesundheitssysteme gegenwärtig noch nach diesem Muster, folgend den Vorstellungen des sowjetischen Semachko-Planes, organisiert.

In einem solchen Gesundheitssystem kann zunächst ein höheres Maß an „Zugangsgleichheit“ zu den Gesundheitseinrichtungen erreicht werden, da finanzielle Vorleistungen (Direktfinanzierung der Leistungserbringer, Beitragszahlung an Krankenversicherer) keine Voraussetzungen für die Leistungsinanspruchnahme mehr sind. Allerdings entfallen mit der Beseitigung eines direkten Leistungs-Gegenleistungs-Verhältnisses nicht sämtliche Zugangsbarrieren – vielmehr bleiben insbesondere „nicht-monetäre“ Zugangsbarrieren der verschiedensten Art bestehen: Zeit- und Wegekosten, Wartelisten etc., die mit der Größe der Rationierung, die bei beschränktem Budget durchgeführt wird, steigen.²⁶

Diesen Gewinnen an Verteilungsgerechtigkeit stehen allerdings die typischen allokativen Nachteile gegenüber, die die Nationalökonomie generell gegenüber planwirtschaftlichen Systemen identifiziert hat; die Behandlung dieser Defizite kann daher hier recht knapp erfolgen.²⁷

Zentraler Ansatzpunkt der Kritik ist zunächst, daß in einem solchen Modell nur höchst zufällig den Präferenzen der Bürger entsprochen werden kann. Dies gilt sowohl für die Höhe des Budgets des nationalen Gesundheitsdienstes als auch für Standorte und Verteilung der Gesundheitseinrichtungen sowie die Zuweisung der Bürger zu diesen Einrichtungen. Da private Gesundheits- und Krankenversicherungsmärkte nicht bestehen, können sich die unterschiedlichen Präferenzen der Individuen für Gesundheitsleistungen auch nicht außerhalb des staatlichen Systems artikulieren.

Zweifel sind auch an der Fähigkeit des Systems zu effizienter Leistungserstellung angebracht, da die entsprechenden Motivations- und Anreizstrukturen für die Beteiligten (in der Gesundheitsbürokratie, in den Gesundheitseinrichtungen, bei den Patienten) fehlen. Zwar mag es vergleichsweise einfach gelingen, die Ausgaben für das Gesundheitswesen zu reduzieren, geringe Ausgaben müssen jedoch nicht für Effizienz, sondern können auch für Unterversorgung sprechen.

3.3. Die Suche nach dem ausgewogenen Modell: Krankenversicherungssystem mittlerer Regulierungsintensität

Die Analyse des Modells „unregulierter“ Gesundheitssicherungs- und Krankenversicherungsmärkte hat gezeigt, daß solche Märkte aufgrund der

²⁶ Vgl. etwa zu solchen nicht-monetären Zugangsbarrieren: *Acton, J. P.*: Non-monetary Factors in the Demand for Medical Care: Some Empirical Evidence, in: *Journal of Political Economy* (93), 1985, S. 595 - 614; *Cullis, John G./Jones, Philip R.*: National Health Service Waiting Lists, in: *Journal of Health Economics* (4), 1985, S. 119 - 135.

²⁷ Vgl. etwa bereits *Lees, Dennis*: Health through Choice, London 1961. Vgl. einen Überblick bei: *Külp, Bernhard*: Soziale Sicherung bei Krankheit, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaften, Bd. 6, Stuttgart 1988, S. 617 - 628.

„Besonderheiten“ von Gesundheitsgütern wie von Versicherungsmärkten und -produkten allokativ suboptimal und verteilungspolitisch unakzeptabel wären. Allerdings zeichnet sich auch das „Gegenmodell“ eines „reinen“ nationalen Gesundheitsdienstes durch erhebliche Defizite aus. Aus Sicht der meisten Gesundheitsökonomien steht das Ausmaß der Abweichung der Erbringung von Gesundheitsleistungen von der marktlichen Steuerung im skizzierten Modell des nationalen Gesundheitsdienstes zudem außer Verhältnis zu den Mängeln bei unregulierter Marktlösung. In dieser Situation stellt offensichtlich ein „mittlerer“ Weg zwischen beiden Modellen eine allokativ und verteilungspolitisch überlegene Alternative gegenüber beiden Ausgangsmodellen dar.

Ein solcher „mittlerer Weg“ kann zunächst allerdings von beiden Ausgangspositionen aus konzipiert werden: als nationaler Gesundheitsdienst mit gegenüber dem „reinen“ Modell größeren Freiräumen und wettbewerblichen Elementen oder als gegenüber dem „reinen“ Modell privater Märkte stärker reguliertes Krankenversicherungssystem. Wenn eine große Mehrheit zumindest der bundesdeutschen Gesundheitsökonomien regulierte Krankenversicherungssysteme gegenüber „liberalisierten“ nationalen Gesundheitsdiensten als vorteilhaft einschätzt, so in erster Linie aufgrund allgemeiner ordnungspolitischer Erwägungen und Plausibilitätsüberlegungen: Die Eingriffe solcher modifizierten nationalen Gesundheitsdienste in die Gesundheits- und Krankenversicherungsmärkte sind nach dieser Perspektive immer noch wesentlich intensiver als aufgrund der Marktmängel geboten wäre, stellen also eine nicht legitimierbare „Überregulierung“ dar. Geboten sei es aber vielmehr, die für die Beseitigung der Marktmängel notwendige Regulierungsdichte vorzusehen, jedoch von darüber hinausgehenden Eingriffen Abstand zu nehmen.

Diese Beschränkung der Regulierungen auf den notwendigen Umfang erscheint a priori mit Krankenversicherungssystemen einfacher zu erreichen.²⁸ Dies auch wegen der spezifischen Form der Mittelaufbringung für

²⁸ Die Hypothese, daß Krankenversicherungssysteme eine geringere Eingriffsintensität in Marktprozesse bedeuten als nationale Gesundheitsdienste beansprucht a priori eine gewisse Plausibilität. Allerdings zeigt eine empirische Analyse real bestehender nationaler Gesundheitsdienste, daß diese oftmals zu erheblichen Modifikationen gegenüber dem „reinen“ Modell in der Lage sind: So haben die nationalen Gesundheitsdienste in West- und Nordeuropa den Bürgern – zumindest in begrenztem Umfang – Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Leistungserbringer eingeräumt. Auch sind teilweise neben einer deutlich überwiegenderen Leistungserbringung durch staatliche Gesundheitseinrichtungen private Anbieter (Ärzte, Krankenhäuser) zugelassen worden, die durch Verträge mit dem Gesundheitsdienst verbunden und aus dessen Budget finanziert werden. Ein privater Markt für zusätzliche Gesundheitsleistungen und ein privater Krankenversicherungsmarkt haben sich in den meisten Ländern etablieren können. Die vollständige Steuerfinanzierung der Gesundheitsleistungen ist teilweise durch Zuzahlungen des Versicherten, für einzelne Elemente der Gesundheitssicherung auch durch Beitragsfinanzierung, ergänzt worden. In jüngerer Zeit sind in einigen dieser Länder auch Wettbewerbsmechanismen zwischen öffentli-

das Gesundheitssicherungssystem über Beiträge in einem Krankenversicherungssystem gegenüber derjenigen über Steuern in einem nationalen Gesundheitssystem:²⁹ Der bei einer beitragsfinanzierten Krankenversicherung im Grundsatz bestehende Leistungs-Gegenleistungs-Bezug wird als im marktwirtschaftlichen Zusammenhang systemkonform angesehen und es wird angenommen, daß hiermit geringere Abgabenwiderstände als bei Steuerfinanzierung verbunden sind.

Wenn in der bundesdeutschen Gesundheitsökonomie (und auch in der Gesundheitspolitik) auch ein Konsens darüber besteht, daß ein Krankenversicherungssystem einer steuerfinanzierten Staatsbürgerversorgung im Grundsatz vorzuziehen sei, so bestehen doch recht unterschiedliche Auffassungen, welches Regulierungsniveau auf den Gesundheits- und Krankenversicherungsmärkten notwendig ist, damit die Marktmängel unregulierter Märkte vermieden werden können. Ein relativ breiter Konsens besteht am ehesten bezüglich einer Reihe von Fragen der Regulierung auf den *Gesundheitsmärkten*: so etwa hinsichtlich notwendiger Regelungen zur Sicherung eines Mindestqualitätsstandards der Gesundheitseinrichtungen oder hinsichtlich der Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit starken externen Effekten über Steuermittel. Dissens besteht insbesondere hinsichtlich der Ausgestaltung des *Krankenversicherungssystems*. Diese unterschiedlichen

chen Gesundheitseinrichtungen sowie zwischen öffentlichen und privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen implementiert worden (vgl. dazu: *Saltman, Richard B./ Otter, Casten van*: Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems, Buckingham 1992). Da sich umgekehrt die realen Krankenversicherungssysteme gegenüber dem „reinen“ Modell durch teilweise erhebliche Regulierungsdichte auszeichnen, ist durchaus denkbar, daß konkrete nationale Gesundheitsdienste größere Freiräume für die Beteiligten als Krankenversicherungssysteme bieten können und erst nach einer Analyse der Detailregelungen können hier Feststellungen getroffen werden.

Ähnlich differenziert müßte ein Urteil auch hinsichtlich der relativen Effizienz ausfallen: Real existierende nationale Gesundheitsdienste sind nicht a priori unwirtschaftlicher als Krankenversicherungssysteme – vielmehr kommt es auch hier auf die Ausgestaltung der Systeme im einzelnen an. Die Gesundheitsökonomie steht hinsichtlich des Effizienzvergleiches auf der Ebene von Gesamtsystemen – im Gegensatz zur Analyse einzelner diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen oder einzelner Strukturmechanismen – allerdings erst am Anfang: Nur so ist auch erklärlich, daß etwa Effizienzvergleiche zwischen dem britischen und dem deutschen Gesundheitswesen teilweise zu konträren Ergebnissen kommen (vgl. beispielhaft etwa *Arnold, Michael*: Der NHS. Zur Effizienz und Effektivität des britischen Gesundheitswesens, Köln 1987; demgegenüber: *Korbanka, Christian*: Staatsbürgerversorgung oder Sozialversicherung im Gesundheitswesen – Effizienz alternativer Steuerungsmechanismen am Beispiel von National Health Service und Gesetzlicher Krankenversicherung, Regensburg 1992; vorsichtig: *Neubauer, Günter*: National Health Service. Sozialökonomische Probleme eines staatlichen Gesundheitsdienstes, Diss. Würzburg 1970).

²⁹ Vgl. zu diesem Aspekt insbesondere: *Mackscheidt, Klaus*: Über die Belastbarkeit mit Sozialversicherungsbeiträgen aus der Sicht der Steuerwiderstandsforschung, in: *Schmähl, Winfried* (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985, S. 27 ff.; siehe auch: *Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.*: Die GVG zur sozialen Dimension des Europäischen Binnenmarktes – Vorzüge der Finanzierung der sozialen Sicherung über Beiträge, in: Informationsdienst der GVG Nr. 232, Köln 1993, S. 1 - 7.

Auffassungen können – unter Vernachlässigung von Einzelheiten und Überschneidungen – zu insbesondere drei Konzepten verdichtet werden – das erste dieser Modelle beschränkt sich gegenüber der „unregulierten“ Marktlösung in starkem Maße auf „marktfördernde“ staatliche Interventionen, während die beiden weiteren Modelle (in von Konzept 2 zu Konzept 3 steigendem Umfang) „marktsubstituierenden“ Charakter haben³⁰ (vgl. auch *Abbildung 5*).

Konzept 1: PKV mit reguliertem Wettbewerb

Das Konzept mit der geringsten Eingriffsintensität in die Marktprozesse (*Konzept 1*) wird zwar nur von einer kleineren Gruppe von Ökonomen explizit für die Tagespolitik gefordert,³¹ einer Mehrheit der Gesundheitsökonomien dürfte es aber gegenwärtig als „Leitvorstellung“ für die langfristige Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen dienen.³² Soll es als „Handlungsanleitung“ für die praktische Politik dienen, wären tiefgreifende Veränderungen gegenüber der faktischen Organisation des Gesundheitssicherungssystems in der Bundesrepublik erforderlich. Die Vertreter dieses Konzeptes bestreiten im allgemeinen nicht, daß aufgrund der historischen Umstände und Entwicklungen in der praktischen Politik der Vergangenheit die Errichtung eines sehr viel regulierungsintensiveren Modelles erforderlich gewesen sein mag (etwa weil die Dienstleistungs-, und insbesondere die Versicherungsmärkte nur rudimentär entwickelt waren), gehen jedoch davon aus, daß marktkonforme Instrumente heute möglich wären.

Diese Konzeption einer „PKV mit reguliertem Wettbewerb“ zeichnet sich zunächst dadurch aus, daß für die gesamte Bevölkerung eine Versicherungspflicht ab Geburt besteht. Diese wird nicht etwa aufgrund der Anerkennung des Argumentes einer „Minderschätzung künftiger Bedürfnisse“ und auch nicht in erster Linie wegen der oben erörterten Informationsasymmetrien auf Krankenversicherungsmärkten für erforderlich angesehen, sondern aufgrund der Erkenntnis, daß der Sozialstaat nicht umhin kann, Personen, die nicht durch Versicherung Vorsorge geleistet haben, eine Grundsicherung aus Steuermitteln zu finanzieren – dem hieraus resultierenden möglichen „Trittbrett-Fahren“ soll durch die Versicherungspflicht entgegengewirkt

³⁰ Vgl. zu dieser Unterscheidung auch *Schönböck, Wilfried*: Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatlicher Intervention, in: *Rolf, Gabriele u. a.* (Hrsg.), a. a. O., S. 45 - 65, hier: S. 51 ff.; siehe dazu auch *Petersen, Hans-Georg*: Sozialökonomik, Stuttgart/Berlin/Köln 1989, S. 59 ff.

³¹ Vgl. etwa *Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung e. V.*: Mehr Markt im Gesundheitswesen, Bad Homburg 1987.

³² Vgl. etwa *Henke, Klaus-Dirk*: Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall, in: *Hansmeyer, Karl-Heinrich* (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Berlin 1991, S. 117 - 177, hier: S. 152 ff.; *Breyer/ Zweifel*, a. a. O.

	Konzept 1	Konzept 2	Konzept 3
	PKV m. reguliertem Wettbewerb	Wettbewerbliche GKV	GKV ohne Wettbewerb
Personenkreis d. Versicherungspflicht	Gesamtbevölkerung	"Schutzbedürftige" (?)	Gesamtbevölkerung (?)
Träger der Versicherung?	private Versicherer	gesetzliche Kassen	gesetzliche Kassen
Beitragskalkulation?	Äquivalenzprinzip, Anwartschaftsdeckung	Solidarprinzip, Umlage	Solidarprinzip, Umlage
Absicherungsniveau d. Pflichtversicherung?	Grundsicherung	Grundsicherung	umfassend
Wettbewerb der Versicherer?	ja, reguliert	ja, reguliert	nein
Steuerung der Leistungserbringung?	dezentral	dezentral	korporatistisch
Kostendämpfung?	kein zentrales Ziel	kein zentrales Ziel	ja, Beitragssatzstabilität

Abbildung 5: Leitvorstellungen einer Krankenversicherung mittlerer Regulierungsintensität

werden.³³ Die Versicherungspflichtigen sollen ihrer Versicherungspflicht durch Abschluß eines Versicherungsvertrages mit einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung nachkommen, da dieser Unternehmenstyp mit dem Konzept einer möglichst geringen Regulierungsintensität am meisten kompatibel ist.³⁴ Für die PKV-Unternehmen besteht – zumindest für die erste Versicherung ab Geburt bzw. Zuwanderung – Kontrahierungszwang.

Die Beitragskalkulation würde in diesem Konzept nach dem individuellen Äquivalenzprinzip erfolgen. Hieraus entstehen zwei verteilungspolitische Probleme: Zum einen wird die Tatsache, daß damit Bezieher unterschiedlicher Einkommen bei gleicher Risikolage den gleichen Beitrag zu zahlen hätten, – wie oben skizziert – häufig als mit dem Recht auf „gleichen Zugang“ zu den Gesundheitsleistungen kollidierend angesehen. Die Befürworter dieses Konzeptes verweisen allerdings darauf, daß die hier angesprochene Umverteilungsdimension Aufgabe des Steuersystems und nicht der Krankenversicherung sei – folglich werden unterschiedliche Möglichkeiten diskutiert, wie der Staat den Krankenversicherungsschutz Einkommensschwacher subventionieren kann.³⁵ Schwieriger zu lösen ist demgegenüber die Behandlung gesundheitlich vorbelasteter Versicherter: Sofern die Versicherungspflicht bei Geburt beginnt, ist es immerhin noch mit dem Äquivalenzprinzip vereinbar, bei der ersten Versicherung auf Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse zu verzichten, da argumentiert werden kann, die gesundheitlichen Risiken seien bei allen noch nicht geborenen Personen gleich³⁶ – allerdings ist hier auch vorgeschlagen worden, von Geburt an „nicht versicherbare“ Personen sollten auf andere Weise als im Rahmen der generellen Versicherungspflicht abgesichert werden, z.B. direkt über den Staat oder eine speziell hierfür bestehende gesetzliche Krankenversicherung.³⁷ Bei späterem Wechsel der Versicherung sowie in den Fällen, in denen

³³ Vgl. bereits *Seidl, Christian*: Moral hazard: Die individuelle Maximierung des Erwartungsnutzens als Quelle von Wohlfahrtsminderungen, in: *Zeitschrift für Nationalökonomie* (32), 1972, S. 425 - 448.

³⁴ Die hiermit faktisch verbundene Abschaffung bestehender gesetzlicher Krankenversicherungssysteme erklärt auch, warum die meisten Gesundheitsökonomien, die dieses Modell „theoretisch“ favoursieren, es dennoch in der praktischen Politikberatung nicht offensiv vertreten. Gelegentlich ist auch vorgeschlagen worden, neben den privaten Krankenversicherern sollten auch – aus historischen Gründen bestehende – gesetzliche Krankenkassen an der Durchführung der Versicherungspflicht teilnehmen dürfen – zu „gleichen Konditionen“ wie private Versicherer.

³⁵ Vgl. hierzu auch *Eisen, Roland*: Der Organisationstyp „Private Krankenversicherung“: Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: *Neubauer, Günter* (Hrsg.): Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen einer sozialen Marktwirtschaft, Gerlingen 1984, S. 101 - 162, hier: S. 147 ff.

³⁶ Vgl. bei *Brümmerhoff, Dieter*: Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Hansmeyer, Karl-Heinrich* (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Berlin 1991, S. 177 - 211.

³⁷ So etwa *Berthold, a. a. O.*, S. 354.

die individuelle Versicherung erst in späteren Lebensjahren beginnt (z.B. Zuwanderer) ist die Fiktion ex ante gleicher gesundheitlicher Risiken jedoch in jedem Falle nicht mehr haltbar. Will man hier nicht ebenfalls den Staat als „Auffangeinrichtung“ beteiligen, der die risikoäquivalent kalkulierten Prämien für solche Personen auf das „Normalniveau“ herabsubventioniert, ist die einzig schlüssige andere Lösung, auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse zu verzichten³⁸ – und die hierbei potentiell entstehende Unterdeckung durch einen Unternehmen-übergreifenden, obligatorischen Finanzausgleich zu neutralisieren.

Es wird von den Vertretern dieses Modelles im allgemeinen davon ausgegangen, daß die Beitragskalkulation nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren erfolgen würde – ob dies durch Regulierung vorgeschrieben werden soll oder ob sich dies auf dem Markt in der Konkurrenz mit anderen Verfahren ergeben würde, ist hierbei den Vorschlägen nicht eindeutig entnehmbar.³⁹ Der Verfasser vertritt die Auffassung, daß das Anwartschaftsdeckungsverfahren in einem solchen Konzept obligatorisch vorgeschrieben werden müßte – insbesondere um zu verhindern, daß für Personen, die keine ausreichende Vorsorge für im Alter steigende Krankenversicherungsbeiträge geleistet haben, die Gesellschaft über die Sozialhilfe einspringen muß.

Die Absicherung in der Pflichtversicherung soll sich nur auf eine Grundversicherung beziehen, damit darüber hinausgehende Sicherung nach den individuellen Präferenzen erfolgen kann – für diese Zusatzsicherung gilt dann kein Kontrahierungszwang der Versicherer und das individuelle Äquivalenzprinzip kann in „Reinkultur“ praktiziert werden. Innerhalb der Grundversicherung soll eine spürbare Selbstbeteiligung – eventuell einkommensgestaffelt – bestehen, um moral hazard-Effekten entgegenzuwirken.⁴⁰

Wettbewerb der Krankenversicherer steht dieses Konzept aufgeschlossen gegenüber – ja, es sieht ihn als notwendige Voraussetzung für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung an. Allerdings bedarf es regulativer Eingriffe in diesen Wettbewerb: Relativ unumstritten ist hierbei die Solvabilitätssicherung. Welches Ausmaß an Regulierung im übrigen – insbesondere hinsichtlich zentraler Elemente der Allgemeinen Versicherungsbedingungen – notwendig ist, ist von den Befürwortern dieses Konzeptes bislang hinreichend herausgearbeitet worden. Nach Auffassung des Verfassers geht hier der Regulierungsbedarf noch über die qualitativen Mindestanforderungen hinaus, die der bundesdeutsche Gesetzgeber kürzlich als Voraussetzun-

³⁸ So der Vorschlag bei *Breyer/Zweifel*, a. a. O.

³⁹ Vgl. etwa *Henke*, a. a. O., S. 153 f.

⁴⁰ Vgl. etwa *Pauly, Mark V.*: The normative and positive economics of minimum health benefits, in: *Zweifel, Peter/Frech III, H. E.* (Hrsg.): *Health Economics Worldwide*, Dordrecht/Boston/London 1992, S. 63 - 80.

gen zur Berechtigung auf einen Arbeitgeberzuschuß für in der privaten Krankenversicherung versicherte, in der GKV versicherungsfreie Arbeitnehmer normiert hat.

Wettbewerb erfordert Wahlfreiheit der Versicherten. Damit stellt sich sofort die Frage der Mobilisierung der Alterungsrückstellungen. Sofern das Problem der „Neutralisierung“ von Vorerkrankungen von Wechslern (s. o.) gelöst wird, spricht bei Kontrahierungszwang nichts gegen eine solche Mobilisierung⁴¹ – andernfalls wäre der Wettbewerb, zugespitzt formuliert, auf die Erstentscheidung der Eltern über den Krankenversicherer bei Geburt ihrer Kinder begrenzt.

Der Wettbewerb soll insbesondere zum einen dadurch erfolgen, daß die Krankenversicherer sich in den Leistungen, die sie im Rahmen der Grundversicherung (und natürlich im Bereich der Zusatzsicherung) anbieten, unterscheiden können. Zum anderen sollen die Krankenversicherer – und hier liegt für die Vertreter eines solchen Konzeptes vielfach der zentrale Punkt – unterschiedliche Verträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern schließen können. Das Konzept geht also davon aus, daß die Krankenversicherer – anders als die privaten Krankenversicherer in der Bundesrepublik heute – aktiv für ihre Versicherten auf den Gesundheitsmärkten Leistungen einkaufen und sich hierbei ganz unterschiedliche Modalitäten der Dreiecksbeziehung zwischen Krankenversicherer, Leistungserbringern und Versicherten bilden werden. Die Krankenversicherer sollen also – wie etwa auch im geltenden bundesdeutschen Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung – als Sachwalter der Patienten auftreten, diese sollen also – wegen der skizzierten Asymmetrien in der Arzt-Patienten-Beziehung – nicht gezwungen werden, individuelle Entgeltverträge mit den Leistungserbringern abzuschließen. Zugleich soll aber auch nicht der Staat die Vertragsbedingungen (über Gebührenordnungen etc.) festlegen. Vielmehr sollen sich – anders als in der bundesdeutschen GKV – die „optimalen Verträge“ zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Wettbewerb ergeben – dies wird insbesondere deswegen für erforderlich angesehen, weil die Wahl des „optimalen Vertrages“ selber ein Suchprozeß ist,⁴² dessen Lösung durch Wettbewerb der Lösung durch zentral administrierte Entscheidung allokativ überlegen sei. Gesetzlich verordnete Monopole oder Kartelle von Leistungserbringern, wie sie etwa „Kassenärztliche Vereinigungen“ als Inhaber eines Sicherstellungsauftrages darstellen, sind mit dieser pluralistischen Steuerung nicht vereinbar. Über die

⁴¹ Vgl. hierzu *Leber, Wulf-Dietrich/Meierjürgen, Rüdiger*: Die Alterungsrückstellung als Problem bei einer Neuordnung des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung, in: *Arbeit und Sozialpolitik* (45), Heft 7 - 8/1991, S. 4 - 9.

⁴² Vgl. hierzu die Analyse bei *Diener, Frank*: Die Wahl der Verträge zwischen Versicherungen und Klinik, Frankfurt 1990.

Konkurrenz der Versicherer wird Konkurrenz der Anbieter von Gesundheitsleistungen bewirkt.

Kostendämpfung ist kein zentrales Ziel in einem solchen Ansatz, vielmehr wird die Auffassung vertreten, daß überproportional wachsende Ausgaben der Krankenversicherung durchaus den Präferenzen der Versicherten entsprechen könnten. In diesem Zusammenhang wird etwa (zu weiteren Argumenten, die der Verfasser weitgehend ähnlich bewertet, vgl. den Beitrag von Henke ZVersWiss 1993 S. 97) darauf hingewiesen, daß im internationalen Vergleich mit der Höhe des Sozialprodukts die Gesundheitsquote an diesem Sozialprodukt signifikant ansteigt, Gesundheit offenbar also ein Gut mit einer Einkommenselastizität größer als Eins ist (vgl. Abb. 6).⁴³

Konzept 2: Wettbewerbliche GKV

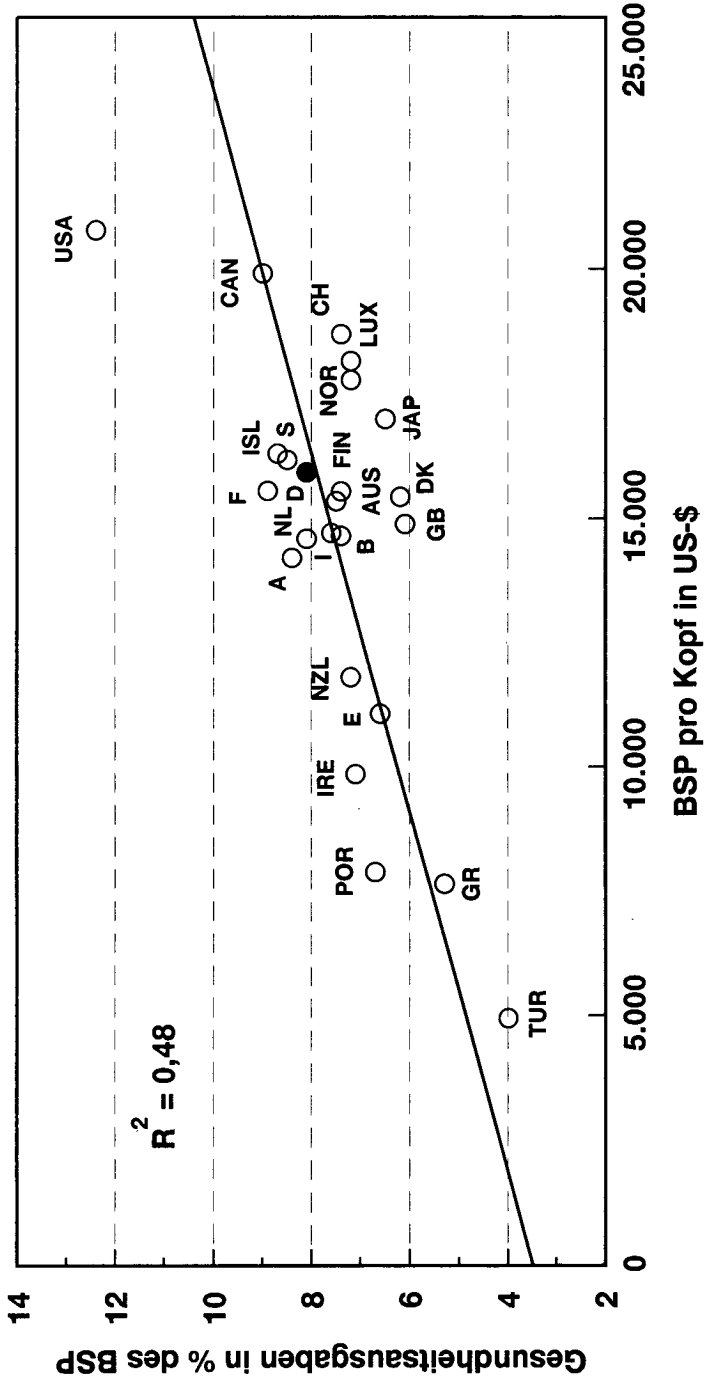
Das *Konzept 2* („Wettbewerbliche GKV“), das in der Bundesrepublik gegenwärtig von der Mehrzahl der GesundheitsökonomInnen entweder präferiert oder aber aufgrund der geringen politischen Realisierungschancen des soeben skizzierten Konzeptes als „Nahziel“ verfolgt werden dürfte,⁴⁴ hat mit *Konzept 1* viele Gemeinsamkeiten (vgl. Abb. 5). Dies gilt insbesondere für die Beschränkung der Pflichtversicherung auf eine Grundsicherung und die wettbewerbliche Orientierung, die zu einer dezentralen, pluralistischen Steuerung der Leistungserbringung führen soll.

Der zentrale Unterschied beider Konzepte liegt darin, daß in *Konzept 2* die Beitragserhebung nach dem „Solidarprinzip“, also einer einkommensbezogenen Beitragserhebung (unter Umständen verbunden mit beitragsfreier Familienversicherung) erfolgen soll. Der Gesundheitszustand des Versicherten sowie sein Alter und Geschlecht sind demgegenüber für die Höhe der erhobenen Prämie unerheblich.

Durch das Solidarprinzip werden über die zufallsbedingte Abweichung zwischen nach versicherungsmathematischen und versicherungsmedizinischen Kenntnissen zu erwartenden Gesundheitsausgaben und tatsächlichen Gesundheitsausgaben hinausgehende Umverteilungsprozesse bewirkt: zwischen Beziehern unterschiedlich hoher Einkommen, zwischen Kinderlosen

⁴³ Bei einer tiefergehenden statistischen Analyse zeigt sich insbesondere, daß die Mengen in Anspruch genommener Gesundheitsleistungen (und nicht etwa Preiseffekte) für die oberhalb Eins liegende Einkommenselastizität verantwortlich sind (vgl. Gerdtam, Ulf-G./Jönsson, Bengt: Price and quantity in international comparisons of health care expenditure, in: Applied Economics (23), 1991, S. 1519 - 1528).

⁴⁴ Vgl. etwa Wissenschaftliche Arbeitsgruppe Krankenversicherung: Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth 1987; Gitter, Wolfgang/Oberender, Peter: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV, Baden-Baden 1987.



Berechnet nach OECD Health Data, Paris 1991.

Abbildung 6: Bruttonationalprodukt und Gesundheitsquote 1990
 – errechnet über Kaufkraftparitäten –

und Versicherten mit Kindern, zwischen Männern und Frauen. Sofern – wie dies zumeist auch gedanklich geschieht – das Solidarprinzip zusammen mit dem Umlageverfahren praktiziert wird, ergeben sich bei nicht-stabiler Bevölkerungsentwicklung auch intergenerationelle Umverteilungsprozesse.⁴⁵

Solidarprinzip und Wettbewerb stehen allerdings in einem latenten Spannungsverhältnis zueinander,⁴⁶ denn bei einkommensabhängigen Beiträgen und beitragsfreier Familienversicherung spiegelt der jeweilige Beitragssatz einer Krankenversicherung nicht deren Effizienz, sondern in erster Linie ihre jeweilige Risikomischung wider. Während einige Gesundheitsökonomten dennoch den Ausbau der Wahlfreiheit zwischen den Krankenversicherern als ausreichend ansehen, plädiert eine Mehrheit der Gesundheitsökonomten (bundesdeutsch wie international), die für eine Realisierung des Solidarprinzips eintreten, dafür, die von unterschiedlichen Risikomischungen der Krankenversicherer ausgehenden Effekte auf den Beitragssatz durch einen sogenannten „Risikostrukturausgleich“ zu neutralisieren: Jedem Versicherer sollten quasi risikoäquivalente Beitragseinnahmen zur Verfügung stehen, indem die einkommensabhängig erhobenen Beiträge entsprechend der Risikozusammensetzung zwischen den Versicherern umverteilt würden und alle im gleichen Umfang an der Bewältigung des Solidarausgleichs beteiligt wären.⁴⁷

Auch die im Konzept vorgesehenen Möglichkeiten für die Krankenversicherer, Wettbewerb über das Leistungsangebot betreiben zu können, stehen in einem Spannungsverhältnis zum Solidarprinzip: Wie die Analyse der Mängel „unregulierter“ Krankenversicherungsmärkte zeigte, wird Wahlfreiheit des Versicherten zwischen einzelnen Tarifen unter der Konkurrenz der Versicherer dazu führen, daß Quersubventionen zwischen den Tarifen nur sehr begrenzt möglich sind, es tendenziell also zu Risiko-Entmischungen kommt. Dies gilt bei einkommensabhängiger Beitragsgestaltung um so mehr, da es sich für Bezieher hoher Einkommen *ceteris paribus* rechnet, in der solidarisch finanzierten Pflichtversicherung das geringstmögliche Leistungspaket abzuschließen, also auch im Vergleich mit den eigenen Präferenzen eine Unterversicherung in Kauf zu nehmen und die Aufstockung auf den den eigenen Präferenzen entsprechenden Sicherungsumfang in der nicht

⁴⁵ Vgl. etwa *Schulenburg, J.-M. v. d.*: Demographischer Wandel, intergenerationale Gerechtigkeit und die Stabilität des Generationenvertrages, in: *Gahlen, B. u. a.* (Hrsg.): *Theorie und Politik der Sozialversicherung*, Tübingen 1990, S. 269 - 300.

⁴⁶ Vgl. hierzu insbesondere *Cassel, Dieter*: *Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung*, Hrsg.: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1987.

⁴⁷ Vgl. hierzu umfassend: *Leber, Wulf-Dietrich*: *Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden 1991; aus der internationalen Diskussion siehe etwa: *Ven, W. P. M. M. van de/Vliet, R. C. J. A. van*: How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the '90s, in: *Zweifel, Peter/Frech III, H. E.* (Hrsg.), a. a. O., S. 23 - 47.

über einkommensbezogene Beiträge kalkulierten Zusatzversicherung vorzunehmen. Theoretisch erscheint es zwar möglich, die Krankenversicherer zu verpflichten, ihre Wahltarife so zu kalkulieren, daß die hier gewährte Beitragsermäßigung nicht zu einer Verminderung des Solidarbeitrags der in diesen Tarifen Versicherten an die Versicherten in den Vollversicherungstarifen führt,⁴⁸ jedoch erscheinen die Anforderungen an das Datenmaterial zur Kalkulation solcher Wahltarife unrealistisch hoch.

In erster Linie auf die Entscheidung für das Solidarprinzip ist zurückzuführen, daß gesetzliche Krankenkassen in *Konzept 2* anstelle privater Versicherungsunternehmen die Versicherung durchführen sollen. Für die Gesundheitsökonominnen, die für dieses Konzept eintreten, ergibt sich daraus eine ambivalente Position hinsichtlich des Personenkreises für die Versicherungspflicht: Einerseits wird auch hier gesehen, daß das Argument des Vermeidens von „Trittbrettfahrer“-Positionen auf eine umfassende Versicherungspflicht hinausläuft; andererseits wird hier auch betont, daß es notwendig sei, einen „Wettbewerb der Systeme“ zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung zuzulassen, der es erzwingt, die Pflichtversicherten in der GKV auf die (wie auch immer abgegrenzten) „Schutzbedürftigen“ zu begrenzen.

Konzept 3: GKV ohne Wettbewerb

Während sich *Konzept 1* und *Konzept 2* im wesentlichen „nur“ durch die Frage „Äquivalenzprinzip oder Solidarprinzip“ und die damit im Zusammenhang stehende Frage nach der Trägerschaft der Krankenversicherung unterscheiden, sind dies die einzigen Elemente, die *Konzept 2* mit *Konzept 3* („GKV ohne Wettbewerb“) verbinden. Die Befürworter von *Konzept 3*, die innerhalb der bundesdeutschen Gesundheitsökonomie gegenwärtig eine Minderheit bilden, aber in der praktischen Gesundheitspolitik über erhebliches Gewicht verfügen, messen den verteilungspolitischen Aspekten des Solidarprinzips eine gewichtige Rolle bei. Im wesentlichen verteilungspolitische Aspekte sind es auch, die dazu führen, daß die Befürworter dieses Konzeptes für ein umfassendes Sicherungsniveau (sowohl hinsichtlich des pflichtversicherten Personenkreises als auch hinsichtlich des Leistungsumfanges) und gegen Zuzahlungsregelungen plädieren.⁴⁹ Privater Krankenver-

⁴⁸ Vgl. Männer, Leonard: Einführung von Wahltarifen und deren Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der GKV: Empirische Ergebnisse, in: Gäfgen/Oberender (Hrsg.), a. a. O., S. 111 - 140.

⁴⁹ Vgl. etwa Pfaff, Anita B./Pfaff, Martin: Distributive Effects of Alternative Health-Care Financing Mechanisms: Cost-Sharing and Risk-Equivalent Contributions, in: Chiancone, Aldo/Messere, Ken (Hrsg.): Changes in Revenue Structures. Proceedings of the 42nd Congress of the International Institute of Public Finance, Michigan 1989, 375 - 401. Die Skepsis gegenüber Zuzahlungsregelungen ist allerdings nicht

sicherung kommt in diesem Konzept in erster Linie die Aufgabe zu, „Komfortleistungen“ jenseits der Schwelle medizinischer Dringlichkeit anzubieten.

Von den Befürwortern einer Beschränkung der Pflichtversicherung auf eine Grundsicherung wird die Vollversicherung insbesondere deswegen problematisiert, weil sie je nach den individuellen Präferenzen zwangsweise Überversicherung bedeute und außerdem moral hazard-Verhalten (sowohl im Sinne einer Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als auch im Sinne einer Vernachlässigung präventiver Anstrengungen des Versicherten) provoziere.

Weiterhin stehen die Vertreter des *Konzeptes 3* Wettbewerb der Krankenversicherer skeptisch gegenüber, da er nach ihrer Auffassung aufgrund der skizzierten „Besonderheiten der Gesundheitsgüter“ allokativ ineffizient wirkt;⁵⁰ Kassenwahlrechte der Versicherten werden daher allenfalls aus allgemeinen Freiheitserwägungen heraus als notwendig angesehen, nicht jedoch um hierdurch Voraussetzungen für Kassenwettbewerb zu schaffen.

Die Skepsis gegenüber Wettbewerb der Krankenversicherer gilt insbesondere auch für das Verhältnis zu den Leistungserbringern. Folglich lehnen die Vertreter dieses Ansatzes dezentrale und pluralistische Steuerung der gesundheitlichen Versorgung ab. Sie setzen demgegenüber auf eine zentrale Steuerung, in der die administrative Bestimmung von Budgets für die Gesundheitssicherung insgesamt wie für einzelne Leistungsbereiche zur „Globalsteuerung“ eingesetzt wird. Da die Vertreter dieses Ansatzes typischerweise Ausgabenbegrenzung für notwendig erachten, kommt dem „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ eine zentrale Orientierungsfunktion zu. Er ist das „Vehikel“, durch welches die politische Diskussion über die notwendige medizinische Versorgung und die „angemessene“ Honorierung der Leistungsanbieter auf den Gesundheitsmärkten, über die in diesem Konzept letztlich politisch entschieden werden muß, erzwungen werden kann.⁵¹

Die Umsetzung der globalen Budgetierungsregeln erfolgt in diesem Konzept durch „Feinststeuerung“ im Wege einer korporatistischen Entscheidungsfindung durch Verhandlungen zwischen Verbänden der Krankenkas-

nur distributiv motiviert, sondern rührt auch aus Zweifeln an ihrer allokativen Wirksamkeit.

⁵⁰ Vgl. etwa *Herder-Dorneich, Philip*: Wettbewerb und Rationalitätenfallen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Hamm, Walter/Neubauer, Günter*: Wettbewerb im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 7, Gerlingen 1985, S. 13 ff. Vgl. auch *Reformoption II* im Schlußbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (BT-Drucksache 11/6380).

⁵¹ Vgl. etwa *Zöllner, Detlev*: Beitragssatzstabilität: Eignung, Bedingungen und künftige Entwicklung, in: *Sozialer Fortschritt* (41), 1992, S. 58 - 61.

sen und Leistungserbringer sowie auf Konzertierte Aktionen etc. Hierbei kommt es darauf an, „Verhandlungsgleichgewichte“ zwischen Krankenkassenseite und der Seite der Leistungserbringer zu finden. Hierfür wird typischerweise vorgeschlagen, daß beide Seiten „einheitlich und gemeinsam“ handeln sollen.⁵²

4. Zur Analyse der Krankenversicherungssysteme in der Bundesrepublik

4.1. Institutionelle Ausgestaltung der Krankenversicherungssysteme

Konkrete Gesundheits- und Krankenversicherungssysteme werden – im Regelfall – nicht am Reißbrett geplant, sondern bauen bereits zum Zeitpunkt ihres Entstehens auf Vorhandenem auf und werden aufgrund vielfältiger wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und politischer Einflußfaktoren weiterentwickelt. Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, daß das konkret bestehende bundesdeutsche System nicht einem der soeben skizzierten Modelle in Reinkultur zugeordnet werden kann. Um Orientierungspunkte für seine mögliche Weiterentwicklung gewinnen zu können, soll daher zunächst anhand der im vorigen Abschnitt aufgestellten Kriterien das bundesdeutsche Krankenversicherungssystem charakterisiert werden.

Zunächst sei auf das *System der gesetzlichen Krankenversicherung* eingegangen: Die Versicherungspflicht in der GKV bezieht sich in der Bundesrepublik auf gut 50 % der Bevölkerung; werden deren beitragsfrei in die Versicherung einbezogenen Familienangehörigen miteinbezogen, beträgt der Anteil der über eine Pflichtversicherung Versicherten rd. drei Viertel der Bevölkerung. Die Versicherungspflicht ist damit sicherlich umfassender als wenn nach ökonomischen Kriterien auf den Begriff der Schutzbedürftigkeit abgestellt würde; andererseits ist nicht die Gesamtbevölkerung versicherungspflichtig. Durch die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung in der GKV erhält allerdings insgesamt knapp 90 v. H. der Bevölkerung Versicherungsschutz in der GKV.

Die Beiträge werden im Umlageverfahren nach dem Solidarprinzip kalkuliert. Allerdings weisen die Regeln des Beitragsrechts unter der Perspektive „systematischer“ Umverteilungswirkungen manche Brüche auf⁵³ – empirische Untersuchungen stellen entsprechend auch fest, daß insgesamt zwar eine Einkommensumverteilung in die „richtige Richtung“ (von höheren zu niedrigen Einkommen, von Alleinstehenden zu Familien, von Män-

⁵² Vgl. etwa *Griesewell, Gunnar*: Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen u. a. (Hrsg.): *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. Gedenkschrift für Ulrich Geißler, München 1985, S. 555 - 580.

⁵³ Vgl. dazu etwa *Gitter/Oberender*, a. a. O.; *Brümmerhoff*, a. a. O.

nern zu Frauen) stattfindet, der Umverteilungssaldo aber nicht durchgängig das „erwünschte“ Vorzeichen aufweist.⁵⁴ Inwieweit – was verteilungs- und ordnungspolitisch nicht unproblematisch wäre – die freiwilligen Mitglieder von den Pflichtmitgliedern subventioniert werden, ist empirisch nicht abschließend geklärt.⁵⁵

Der Leistungskatalog der GKV ist – trotz der im Zuge der Kostendämpfungs politik seit 1977 vorgenommenen Leistungsbegrenzungen – als umfassend zu bezeichnen; Selbstbeteiligungsregelungen finden sich zwar in verschiedenen Leistungsbereichen, mit Ausnahme des Zahnersatzes jedoch nur auf einem begrenztem – und mit Härtefallregelungen flankierten – Niveau.

Im heute geltenden Recht verfügen rd. 60 v. H. der Mitglieder über Krankenkassen-Wahlrechte. Aus diesem Grunde hat sich Wettbewerb der Kassen herausgebildet, der bislang vor allem um die „guten Risiken“ geführt wurde. Ab 1996 sollen bis auf wenige Ausnahmen alle Versicherten über Kassenwahlrechte verfügen; bereits ab 1994 wird ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, mit dem die Auswirkungen unterschiedlicher Mitgliederstrukturen auf den Beitragssatz erheblich verringert werden.⁵⁶ Im Wettbewerb stehen den Krankenkassen allerdings nur wenige Aktionsparameter zur Verfügung. Das Leistungsrecht ist zunehmend vereinheitlicht und für alle Krankenkassen verbindlich vorgeschrieben worden; im Vertragsrecht ist der Wettbewerb durch die dominante Strategie der korporatistischen Steuerung in weiten Feldern ausgeschlossen – allerdings können sich die Krankenkassenarten in der Höhe der Vergütung der Ärzte, Zahnärzte sowie der Erbringer von Heil- und Hilfsmitteln voneinander unterscheiden.

Kostendämpfung, in Form der „Beitragssatzstabilität“, ist seit Mitte der siebziger Jahre ein explizit verfolgtes Ziel. Der „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ stellte bislang allerdings keine Budgetierung im strengen Sinne dar: Zum einen relativierte das Gesetz selber die Vorschrift dahinge-

⁵⁴ Vgl. etwa *Becker, Irene*: Einkommensumverteilung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Schmähl, Winfried* (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985, S. 98 - 119; *Brennecke, Ralph*: Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Jahre 1981, in: *Hauser, R./Engel, B.* (Hrsg.): Soziale Sicherung und Einkommensverteilung, Frankfurt 1985, S. 2889ff.; *Ott, G.*: Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt 1982; *Henke, Klaus-Dirk/Behrens, Cornelia*: Umverteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth 1989.

⁵⁵ Vgl. die unterschiedlichen Ergebnisse bei *Zschocke, A.*: Zur These der Subventionierung der freiwilligen Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung, Idstein 1989, *Henke/Behrens*, a. a. O.; *Meye, Maria Rita/Brenner, Gerhard*: Allgemeine Ortskrankenkassen: Werden die freiwillig Versicherten aus den Pflichtbeiträgen subventioniert?, in: *Medizin Mensch Gesellschaft* (9), 1984, S. 26 - 31.

⁵⁶ Vgl. dazu *Wasem, Jürgen*: Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich – Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV, in: *Sozialer Fortschritt* (42), 1993, S. 33ff.

hend, daß aus medizinischen Gründen notwendige Mehrleistungen – sofern Wirtschaftlichkeitsreserven bereits ausgeschöpft seien – zu Beitragssatzsteigerungen führen könnten. Zum anderen fehlten teilweise den Krankenkassen die Instrumente, ein im Vergleich zu den beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten überproportionales Wachstum der Leistungsausgaben zu verhindern; und selbst dort, wo die Krankenkassen über entsprechende Instrumente verfügten, fehlten für die Politiker bzw. die Ministerialbürokratie Möglichkeiten, den konsequenten Einsatz dieser Instrumente durch die Krankenkassen zugunsten des Zieles der Beitragssatzstabilität durchzusetzen. Durch das jüngste Reformgesetz sind allerdings die Ausweichmöglichkeiten für die Beteiligten deutlich verringert und ist eine – bis 1995/96 befristete – Budgetierung durchgesetzt worden.

Zusammengefaßt ist also festzustellen, daß die GKV gegenwärtig eine „Mischform“ aus den Konzepten „Wettbewerbliche GKV“ und „GKV ohne Wettbewerb“ darstellt, wenn sie auch mehr der Konzeption „GKV ohne Wettbewerb“ zuzuordnen ist.

Die *private Krankenversicherung* kann in der Bundesrepublik im Rahmen der Vollversicherung naturgemäß nur Personen versichern, die in der GKV nicht versicherungspflichtig sind; dagegen richtet sich ihr Angebot an Zusatzversicherungen gerade an GKV-Versicherte. Hinsichtlich der Beitragskalkulation ist hervorzuheben, daß sie mit Äquivalenzprinzip und Anwartschaftsdeckungsverfahren arbeitet, wobei in jüngster Zeit (z.B. bei dem „Standardtarif“ für ältere Versicherte) auch gewisse Elemente des Umlageverfahrens hinzugekommen sind. Das Absicherungsniveau ist individuell wählbar, die angebotenen Tarife ermöglichen eine weitreichende Auswahl.

Es besteht Wettbewerb zwischen den Versicherern, der gegenwärtig noch einer umfassenden Regulierung unterworfen ist. Diese wird ab 1. 7. 1994 im Zuge der 3. EG-Schadensrichtlinie abnehmen. Die Ökonomen erachten das Ausmaß des gegenwärtig bestehenden Wettbewerbs eher für gering und identifizieren insbesondere die fehlende Mobilisierbarkeit der Alterungsrückstellungen als Hindernis für mehr Wettbewerb – allerdings besteht auch Übereinstimmung, daß deren Mobilisierung *ceteris paribus* Prozesse adverser Risikoselektion auslösen würde.⁵⁷

Die Steuerung der Leistungserbringung in der PKV ist schwach ausgeprägt. Insbesondere unternimmt die PKV keine Bemühungen, durch direkte Vertragsbeziehungen mit Leistungserbringern Leistungen für ihre Versicherten einzukaufen. Im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Versor-

⁵⁷ Vgl. etwa *Neubauer, Günter*: Probleme des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung, in: *Farny, Dieter/Felderer, Bernhard* (Hrsg.): Ordnungspolitik der Lebens- und Krankenversicherung, Karlsruhe 1988, S. 181 - 186 sowie *Finsinger, Jörg*: Reform der privaten Krankenversicherung, in: *Farny, Dieter/Felderer, Bernhard* (Hrsg.), a. a. O., S. 143 - 163. Siehe auch *Leber/Meierjürgen*, a. a. O.

gung verläßt sie sich auf die staatlich erlassenen Gebührenordnungen für Selbstzahler.

In begrenztem Umfang findet eine Steuerung der Leistungserbringung durch die Versicherungsbedingungen statt, indem die Erstattungsfähigkeit von Kosten an bestimmte Bedingungen geknüpft ist.

Wettbewerb besteht nicht nur innerhalb der beiden Systeme von GKV und PKV, sondern auch zwischen beiden Krankenversicherungsarten, da Personen, die aus der Pflichtversicherung in der GKV ausscheiden, über eine Wahlmöglichkeit zwischen beiden Systemen verfügen. Dieser Wettbewerb ist unter ökonomischer Perspektive zumeist ambivalent beurteilt worden: Einerseits kommt der PKV die Aufgabe eines Seismographen zu, der auf Fehlentwicklungen in der GKV reagiert; der Wettbewerb erfüllt insoweit eine Kontrollfunktion für das System der GKV. Andererseits ist die Beitragskalkulation in beiden Systemen – wie gesehen – so unterschiedlich, daß die individuelle Entscheidung für das jeweils „günstigere“ System keine Aussage über die relative Effizienz von GKV und PKV zuläßt. Der Wettbewerb ist daher verzerrt. In der jüngeren Zeit hat der Gesetzgeber auf eine klarere Abgrenzung hingearbeitet, indem die Rückkehr von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung erschwert wurde.

4.2. Weiterentwicklung der Krankenversicherungssysteme

Aus gesundheitsökonomischer Sicht könnte an dieser Stelle eine breite Palette von Fragen der Weiterentwicklung von GKV und PKV behandelt werden, die bei der Skizze der „Leitvorstellungen einer Krankenversicherung mittlerer Regulierungsintensität“ bereits angeklungen sind. Der vorliegende Beitrag beschränkt sich aber auf zwei Fragestellungen: Die zukünftige Entwicklung der GKV zwischen bürokratischer Steuerung und Wettbewerb und die Frage der künftigen Systemabgrenzung zwischen GKV und PKV.

GKV zwischen bürokratischer Steuerung und Wettbewerb

Auch wenn die jeweiligen Einzelmaßnahmen der Kostendämpfungspolitik sich mehr nach der aktuellen politischen Durchsetzbarkeit als an ordnungspolitischen Konzepten orientierten, läßt sich – wie bereits skizziert – dennoch die *korporatistische Steuerung als durchgängige Strategie* für die meisten Leistungsbereiche identifizieren. Die Handlungsspielräume – und die Handlungsverpflichtungen – für verbandliche Akteure wurden ausgebaut; auch die Gestaltungskompetenzen für die staatlichen Akteure (Ministerialbürokratie) wurden erweitert. Hierbei wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Handlungen der verschiedenen Krankenkassen-

arten einander angeglichen und zunehmend gemeinsam und einheitliches Handeln gegenüber Leistungserbringern durch den Gesetzgeber vorgeschrieben.⁵⁸

Diese Form der zentral-korporatistischen Steuerung wird von den Befürwortern einer dezentralen Steuerung der Leistungserbringung aus mehreren Gründen kritisch bewertet:⁵⁹ Korporatistisch gefällte Entscheidungen spiegeln die Präferenzen der am Aushandlungsprozeß Beteiligten wider, weniger die der Versicherten wie auch der einzelnen Anbieter von Gesundheitsleistungen. Des weiteren bestünde die Gefahr des „exklusiven“ Korporatismus zulasten nicht-unmittelbar Beteiligter. Auch wird auf die geringere Flexibilität und Innovationsfähigkeit als in wettbewerblichen Lösungen und die Gefahr einer Interventionsspirale hingewiesen.

Allerdings ist festzustellen, daß aufgrund der bislang verzerrten Rahmenbedingungen der Gliederung und Organisationsstrukturen der GKV eine wettbewerbliche Steuerung auch kaum möglich gewesen wäre. Mit dem Ende 1992 beschlossenen Gesundheitsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber nunmehr allerdings die Möglichkeiten für eine wettbewerbliche GKV entscheidend verbessert: Die Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten wurde ausgebaut, mit Einführung eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleiches wurden die Voraussetzungen für eine Milderung des Spannungsverhältnisses zwischen Wettbewerb und Solidarprinzip geschaffen.

Zugleich aber setzt das Gesundheitsstrukturgesetz den Weg der bürokratischen Steuerung und Korporatisierung fort, durch die gesetzlich verordnete Budgetierung der meisten Leistungsbereiche sowie administrierte Preisfestsetzungen etc. erreicht diese Politik sogar eine neue Dimension. Den Krankenkassen stehen nunmehr weniger Wettbewerbsparameter zur Verfügung als je zuvor. Die Verbindung von Wahlfreiheit und Risikostrukturausgleich auf der einen Seite mit zentralistisch-korporatistischer Steuerung auf der anderen Seite kann sich als ein höchst gefährlicher Sprengsatz erweisen, an dessen Ende eine staatlich reglementierte Einheitsversicherung (mit ihren Auswirkungen auch auf die private Krankenversicherung) steht.⁶⁰ Die Politik wird daher bei den schon angekündigten nächsten

⁵⁸ Vgl. eine umfassende Darstellung und Analyse dieses Prozesses bei: *Wasem, Jürgen*: Die Erfahrungen mit Kostendämpfungsstrategien und Gesundheitsreformen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.): *Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen*, St. Augustin 1993. Siehe auch: *Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip*: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, in: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* (3), 1992, S. 64 - 106.

⁵⁹ Vgl. etwa *Knappe, Eckhard*: Neokorporatistische Ordnungsformen als Leitbild einer Strukturreform im Gesundheitswesen?, in: *Gäygen, Gerard* (Hrsg.): *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*, Baden-Baden 1988, S. 271 - 294.

⁶⁰ Vgl. zu ersten Bewertungen aus gesundheitsökonomischer Sicht: *Cassel, Dieter*: Anspruch und Wirklichkeit: Zur Organisationsreform der GKV, in: *Soziale Sicherheit* (42), 1993, S. 18 ff.; *Wasem, Jürgen*, *Der kassenartenübergreifende ...*, a. a. O.

Reformschritten zu entscheiden haben, welchem der beiden Wege (dezentrale Steuerung durch Wettbewerb konkurrierender Krankenversicherer oder zentralistisch-korporatistische Steuerung) die Zukunft gehört.

Systemabgrenzung zwischen PKV und GKV

Sollte sich der Gesetzgeber für die wettbewerbliche Konzeption entscheiden und den um Mitglieder konkurrierenden Krankenkassen zusätzliche Wettbewerbsparameter an die Hand geben, stellt sich die Frage, ob zu diesen Wettbewerbsparametern für die Krankenkassen auch die Berechtigung gehören sollte, für den einzelnen Versicherten „Wahltarife“ anbieten zu können. Dieselbe Frage stellt sich, wenn in den kommenden „Gesundheitsreformen“ der über Pflichtbeiträge finanzierte Leistungskatalog der GKV auf eine „Grundsicherung“ reduziert werden sollte: Sollten die Krankenkassen diese Grundsicherung durch individuell wählbare „Zusatzversicherungen“ aufstocken können? Aus aktuellem Anlaß muß hinzugefügt werden: Derselbe Fragenkomplex wird gegenwärtig im Rahmen eines Richtlinien-Entwurfes der EG-Kommission thematisiert, hat damit also eine zusätzliche Brisanz erhalten.

Die Fragestellung ist deswegen so brisant, weil mit der Berechtigung für die Krankenkassen, solche Zusatzversicherungen oder Wahltarife anbieten zu können, die GKV in einem bislang der privaten Krankenversicherung vorbehaltenen Marktsegment tätig werden würde. Damit würde zugleich eine ordnungspolitische Grundentscheidung für das soziale Sicherungssystem berührt – ist die Zuweisung der individuell wählbaren Elemente von Krankenversicherungsschutz zur Sphäre der Privatversicherung bei gleichzeitiger Pflichtversicherung durch gesetzlich errichtete Krankenversicherungsträger doch auch Ausdruck des unserer Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung eigenen Subsidiaritätsgedankens: Wenn der Gesetzgeber die Pflichtversicherung schon als nicht durch private Versicherer durchführbar ansieht, so sollen diese zumindest jenen außerhalb der Pflichtversicherung liegenden Teil des Krankenversicherungsschutzes übernehmen.

Für die Einräumung des Rechts an die Krankenkassen, Wahl- und Zusatztarife anbieten zu können, spricht sicherlich zunächst, daß die Versicherten selber daran interessiert sein dürften, Versicherungsschutz „aus einer Hand“ zu erwerben. Allerdings bedeutet gerade diese Tatsache auch, daß die privaten Krankenversicherer realistischer Weise in einem solchen Wettbewerb von vorneherein gewichtige Startnachteile haben würden. Zudem ist fraglich, ob innerhalb einer Krankenkasse die „Spartentrennung“ zwischen Pflichtversicherungsgeschäft und Zusatzversicherungsgeschäft hinreichend präzise gezogen und überwacht werden kann, so daß Quersubventionen zwischen beiden Geschäftsarten unter Umständen nicht vermieden

werden könnten. Auch würde der Wettbewerb zwischen GKV und PKV wegen vielfältiger rechtlicher Unterschiede beider Sparten verzerrt sein.

Für die – auch vom Verfasser als erforderlich angesehene – Stärkung des Wettbewerbs in der GKV ist die Einräumung individueller Zusatzversicherungs- und Wahltarif-Angebote in jedem Falle nicht erforderlich: Hier erscheint es ausreichend, wenn zum einen die Möglichkeiten für jede Krankenkasse ausgebaut werden, für jeweils alle ihre Versicherten oberhalb eines gesetzlich definierten Mindestversicherungspaketes Leistungsvariationen vorzunehmen, und zum anderen die Flexibilität in den Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern ausgebaut wird.

5. Abschließende Bemerkungen

Ausgangspunkt für den vorliegenden Beitrag war insbesondere die Feststellung, daß unser bundesdeutsches Gesundheitssystem im Zusammenhang mit den Integrationsprozessen in der Europäischen Gemeinschaft und den Transformationsprozessen in Ost-Europa auf seine spezifische Ratio hinterfragt wird. Vor diesem Hintergrund sollen die wesentlichen Ergebnisse noch einmal kurz skizziert werden:

Aus Sicht der großen Mehrheit der bundesdeutschen Gesundheitsökonomien gibt es gute Gründe für ein beitragsfinanziertes Krankenversicherungssystem „mittlerer Regulierungsintensität“ anstelle eines steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienstes; insbesondere läßt sich hier leichter nicht durch die allokativen oder distributiven Mängel reiner Marktlösungen gebotene Regulierung, also „Überregulierung“, vermeiden. Empirisch liegt allerdings bislang nur wenig aussagefähiges Material über diesen Systemvergleich vor, so daß sich die Aussagen der Gesundheitsökonomie mehr auf theoretische Ableitungen und Plausibilitätsüberlegungen stützen.

Das gegenwärtig konkret in der Bundesrepublik realisierte Modell von Krankenversicherung erscheint wohl nur einer Minderheit unter den Gesundheitsökonomien gleichzeitig als das wünschenswerte. Eine Mehrheit würde als „Langfrist-Lösung“ eine Versicherungspflicht, der bei privaten Krankenversicherern nachzukommen wäre, anstreben. Als „second best“-Lösung wird eine wettbewerbliche gesetzliche Krankenversicherung für den Bereich der Grundsicherung angesehen, bei der die private Krankenversicherung für die Absicherung darüber hinaus gehender individueller Bedarfe zuständig wäre. Die Parallelität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung auch im Bereich der Vollversicherung erscheint insbesondere vor dem Hintergrund eines dadurch ermöglichten „Wettbewerbs der Systeme“ sinnvoll. Er erscheint auch vertretbar, da das zentrale Argument für eine die gesamte Bevölkerung umfassende Versicherungspflicht – „Trittbrettfahrer-

Verhalten“ angesichts der von der Sozialhilfe zur Verfügung gestellten Gesundheitsleistungen – empirisch in der Bundesrepublik kaum greift: Von den nicht der Versicherungspflicht Unterworfenen haben über 95 % sich privat krankenversichert.

In der Vergangenheit hat sich der bundesdeutsche Gesetzgeber faktisch gegen Wettbewerb und im Bereich der Beziehungen zu den Leistungserbringern für eine korporatistische Steuerung ausgesprochen, während die Gesundheitsökonomien überwiegend auf dezentrale Steuerung im Dreieck Krankenversicherung – Leistungserbringer – Versicherter setzen. Es bleibt abzuwarten, ob nach dem Wirksamwerden umfassender Krankenkassenwahlrechte 1996/97 eine Deregulierung der GKV in Richtung auf mehr Wettbewerb stattfindet. Bei einer solchen Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der GKV sind die Auswirkungen auf die PKV zu beachten.

Im internationalen Vergleich verfügt die Bundesrepublik allerdings immer noch über ein Gesundheitssystem mit einem relativ großen Maß an Freiräumen von staatlicher Steuerung. Denn (um an den Ausgangspunkt des Beitrages zurückzukehren): Das Gesundheitswesen wird fast überall als primär staatliche Aufgabe betrachtet.