

Boss, Alfred

Article — Digitized Version

Zur Reform des Gesundheitswesens

Die Weltwirtschaft

Provided in Cooperation with:

Kiel Institute for the World Economy – Leibniz Center for Research on Global Economic Challenges

Suggested Citation: Boss, Alfred (1987) : Zur Reform des Gesundheitswesens, Die Weltwirtschaft, ISSN 0043-2652, Springer, Heidelberg, Iss. 2, pp. 82-94

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/1354>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

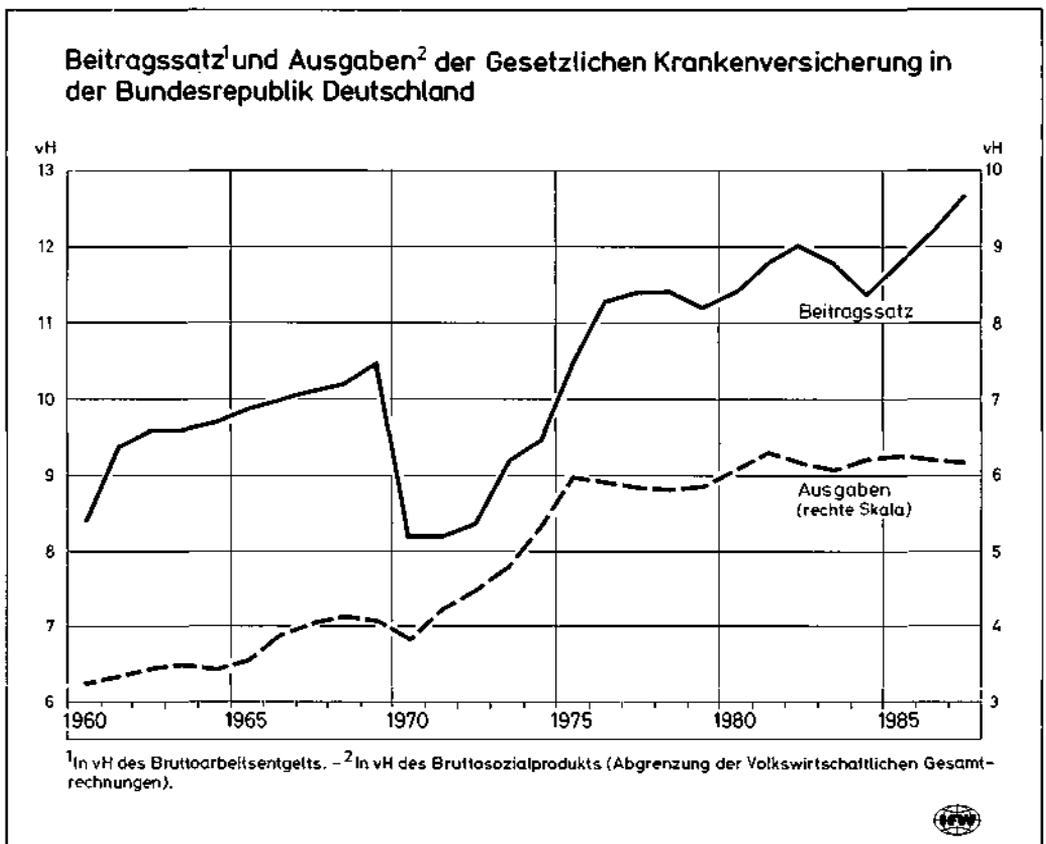
If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Zur Reform des Gesundheitswesens

Von Alfred Boss

Die Ausgaben für die Gesundheit¹ sind in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1970-1985 stark gestiegen²; sie erhöhten sich im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt von 10,4 vH (1970) auf 13,1 vH im Jahre 1985. Ein immer größerer Teil der gesamten Ausgaben wurde von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getätigt; deren Ausgaben betragen 1985 in Relation zum Bruttosozialprodukt mehr als 6 vH, gegenüber reichlich 3 vH im Jahre 1970 (Schaubild 1). Damit die Leistungen der GKV finanziert werden konnten, waren immer höhere Beiträge erforderlich; der Beitragssatz nahm von 8,2 vH (1970) bis auf 12,7 vH³ im September 1987 zu. Noch höhere Beitragssätze werden befürchtet. Um dem zu

Schaubild 1



¹ Zur Abgrenzung vgl. Wolfgang Müller, "Ausgaben für Gesundheit 1985". Wirtschaft und Statistik, Stuttgart 1987, H. 8, S. 655-661.

² Ebenda. Zahlen für 1986 liegen bisher nur für Teilbereiche vor.

³ Vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht 1986. Bonn 1986, S. 189; derselbe, Bundesarbeitsblatt, Vol. 13, Stuttgart 1988, H. 1, Tabellenanhang, S. 69.

begegnen und zusätzliche Belastungen für die Arbeitnehmer und die Unternehmen möglichst gering zu halten, wird vielfach eine Reform des Gesundheitswesens, die den Ausgabenanstieg verringern, die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und zugleich mehr individuellen Entscheidungsspielraum schaffen soll, für erforderlich gehalten⁴. Die Bundesregierung plant eine Strukturreform der Krankenversicherung⁵. In diesem Beitrag soll zunächst untersucht werden, weshalb Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen notwendig sind. Danach wird das System der GKV - getrennt nach seinen wichtigsten Teilbereichen - dargestellt und aus ökonomischer Sicht bewertet. Schließlich wird diskutiert, wo eine grundlegende Reform ansetzen müßte.

Zur Erklärung der Ausgabenentwicklung

Wenn der Anteil der Ausgaben für die Gesundheit mit steigendem Realeinkommen zunimmt, so zeigt dies nicht notwendigerweise wirtschaftspolitischen Handlungsbedarf an. Relativ steigende Gesundheitsaufwendungen mögen den Änderungen in der Nutzeneinschätzung der Bevölkerung ebenso entsprechen wie etwa relativ zunehmende Ausgaben für Auslandsreisen oder für den Kauf und Unterhalt von Automobilen. Im Falle des Gesundheitswesens ist der Ausgabenanstieg aber deshalb bedenklich, weil die GKV für den weitaus größten Teil der Bevölkerung eine staatliche Zwangsversicherung mit Zwangsbeiträgen ist und weil die Preise im Gesundheitsbereich sich nicht nach Angebot und Nachfrage richten, sondern administrativ festgesetzt werden. Dabei spielt die Absicht, Einkommen unzuverteilen, eine nicht unwesentliche Rolle. Schon bei der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung vor rund 100 Jahren gab es diese Bestrebung⁶. Die GKV ist immer mehr zu einem Instrument der Umverteilung geworden; das Versicherungsprinzip hingegen kommt nur noch wenig zum Zuge.

Die individuellen Wahlmöglichkeiten sind im System der Gesetzlichen Krankenversicherung stark eingengt. Im Jahre 1985 hatten 91 vH der Bevölkerung als Mitglieder der GKV oder als mitversicherte Familienangehörige Anspruch auf zweckmäßige und ausreichende Gesundheitsleistungen⁷. Die Krankenkasse kann in der Regel nicht frei gewählt werden⁸.

⁴ Vgl. Kronberger Kreis, Mehr Markt im Gesundheitswesen. Bad Homburg v.d.H., März 1987; Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung", Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth, Oktober 1987.

⁵ Vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialpolitische Informationen, Vol. 19, Bonn, 8. Dezember 1987. Es sind u.a. vorgesehen

- Selbstbeteiligungsregelungen in Form von Festzuschüssen bei Brillen, Hörgeräten, Heil- und Hilfsmitteln sowie Arzneimitteln (nur noch Finanzierung des jeweils billigsten Medikaments),
- Schadenfreiheitsrabatte bei Nicht-Inanspruchnahme der GKV im Rahmen von Modellversuchen,
- eine erweiterte Negativliste für Arzneimittel ("Bagatellmittel"),
- Festzuschläge statt prozentuale Spannen für Apothekenpreise sowie Lockerung des Aut-simile-Verbots und des Auseinzelungsverbots für Apotheker,
- eine Preisvergleichsliste für Krankenhausleistungen,
- geringere Fahrtkostenerstattungen bei ambulanter Behandlung und Selbstbeteiligung an den Fahrtkosten bei Krankenhausbehandlung sowie
- eine Verbesserung der häuslichen Pflege bei Schwerkranken.

⁶ "In der GKV mit ihren verschiedenen Kassenarten ist das Versicherungsprinzip im Sinne eines versicherungstechnischen Risikoausgleichs von Beginn an bewußt um Sozial- bzw. Solidarziele ergänzt worden." Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987. Medizinische und ökonomische Orientierung. Baden-Baden 1987, S. 73.

⁷ Vgl. Sachverständigenrat, a.a.O., S. 283.

⁸ Vgl. etwa Kronberger Kreis, a.a.O., S. 24.

Ferner bewirken Moral hazard auf der Nachfrageseite und fehlender Wettbewerb unter den Anbietern von Arztleistungen, Arzneimitteln und Krankenhausdiensten unnötig hohe Kosten. Es gibt demnach gravierende Gründe für wirtschaftspolitische Korrekturen⁹.

Moral-hazard-Verhalten und fehlende Wahlmöglichkeiten der Versicherten - Reformüberlegungen

Wenn ein bestimmtes Risiko über Versicherungen abgesichert wird, der Risikofall nicht unabhängig vom Verhalten des Versicherten eintritt und die Versicherungsgesellschaft dessen Verhalten nur unvollkommen beobachten und bei der Prämienfestsetzung berücksichtigen kann, dann gerät der Versicherte in Versuchung, den Risikofall herbeizuführen oder durch ein entsprechendes Verhalten nicht zu vermeiden (Moral hazard); eigene Anstrengungen, sich vor Schadensfällen zu schützen, lohnen sich nämlich weniger. Die Häufigkeit des Eintretens des Risikofalls nimmt dann zu. Auch fragen Versicherte im Schadensfall mehr Leistungen nach als sonst. Dies ist das Ergebnis ökonomisch rationalen Verhaltens. Die Gesamtheit der Versicherten finanziert zwar letztlich über Beiträge die Versicherungsleistungen selbst, so daß es im Interesse der Versicherten liegt, daß die Beiträge für ein gegebenes Maß an Versicherungsleistungen möglichst niedrig liegen. Der einzelne Versicherte kann aber seinen Nutzen aus der Versicherung dadurch vergrößern, daß er in möglichst hohem Maße Versicherungsleistungen in Anspruch nimmt und damit dem Gruppeninteresse zuwiderhandelt¹⁰, zumal er nicht sicher sein kann, daß andere nicht verstärkte Leistungen in Anspruch nehmen. Insbesondere in einem großen Kollektiv ist Moral-hazard-Verhalten zu vermuten, weil die "Ausbeutung" der Krankenversicherung durch den einzelnen die künftige Höhe des Beitragssatzes so wenig beeinflusst, daß dies im Kalkül des Individuums vernachlässigt werden kann; die Anonymität des einzelnen begünstigt Moral-hazard-Verhalten.

In der privaten Versicherungswirtschaft hat man verschiedene Methoden entwickelt, um das Moral-hazard-Verhalten zu begrenzen. Erstens werden die Prämien nach Risikogruppen gestaffelt, um den Versicherten Anreize für prophylaktische Maßnahmen zu geben. Beitragsrückerstattungen bei Schadensfreiheit sowie Umstufungen in andere Tarifklassen im Schadensfall werden durchgeführt (z.B. in der Kraftfahrzeugversicherung). Zweitens gibt es häufig eine (absolute oder relative) Selbstbeteiligung an den Kosten im Schadensfall. Drittens sind Klauseln üblich, nach denen in bestimmten Fällen Erstattungszahlungen begrenzt werden.

Im gegenwärtigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung wird – anders als in der privaten Krankenversicherung – praktisch darauf verzichtet, einem Moral-hazard-Verhalten entgegenzuwirken. Entsprechende Maßnahmen werden als unvereinbar mit der Zielsetzung sozialer Gerechtigkeit und der Absicht einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen betrachtet. So gibt es grundsätzlich keine Beitragsgestaltung,

⁹ Auch die Bundesregierung erklärt die überproportionale Ausgabenentwicklung je Mitglied u.a. durch Steuerungsmängel im System der GKV. Vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht 1986, a.a.O., S. 31: "Insbesondere fehlt es an Anreizen zu wirtschaftlichem Verhalten bei Versicherten sowie Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaindustrie und anderen Leistungserbringern, aber auch bei den Krankenhäusern."

¹⁰ Vgl. hierzu Hubertus Müller-Groeling, "Kollektivgutproblematik und Isolierungsparadoxon in der Krankenversicherung. Ein Organisationsproblem auf dem Markt für medizinische Leistungen". In: Bernhard Külp, Wolfgang Stützel (Hrsg.), Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik. Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil zum 65. Geburtstag. Berlin 1973, S. 59 ff.; vgl. auch Mark V. Pauly, "The Economics of Moral Hazard: Comment". The American Economic Review, Vol. 58, Evanston, Ill., 1968, S. 531-537.

Tabelle 1 – Selbstbeteiligung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten 1977–1984

Leistungsart	1977	1980	1984	1984
	Mill. DM			in vH der Ausgaben der GKV
Arzneimittel	533	644	1 518	9,8
Bagatellarzneimittel	–	–	400	2,6
Heil- und Hilfsmittel	13	39	191	3,2
Zahnersatz	1 351	1 838	2 021	27,6
Kieferorthopädische Behandlung	4	10	13	0,9
Krankenhausaufenthalt	0	0	210	0,6
Kuren	0	0	20	–
Fahrten zum Arzt	1	2	92	–
Sonstige Leistungen	0	0	0	0,0
Insgesamt	1 902	2 533	4 065	3,7

Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977 bis 1984. Bonn 1986, S. 38. – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Ib4, Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn, lfd. Jgg. – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987. Medizinische und ökonomische Orientierung. Baden-Baden 1987, Tabelle A 118, S. 284. – Eigene Berechnungen.

die sich an bestimmten Risikofaktoren orientiert. Die Beiträge sind trotz gleicher Leistungsansprüche von der Einkommenshöhe abhängig. Familienangehörige werden mitversichert, ohne daß dies zu höheren Beiträgen führt. Eine Selbstbeteiligung an den Arzneimittelkosten oder den Kosten der Krankenhausbehandlung gibt es nur in sehr geringem Maße. Der Patient erfährt in der Regel überhaupt nicht, welche Kosten seine Behandlung verursacht. Unter diesen Umständen verhindert das System eine effiziente Nutzung volkswirtschaftlicher Ressourcen; es führt zur Verschwendung. Angesichts der anhaltenden Finanzprobleme der GKV sind die Regelungen seit 1977 korrigiert worden¹¹. Eine spürbare Selbstbeteiligung gibt es aber lediglich bei Zahnersatzleistungen (Tabelle 1). Auch veranlassen einzelne Regelungen dazu, auf "kostenlose" Arzneimittel und größere Packungen auszuweichen, und vergrößern zudem den Verwaltungsaufwand¹².

Ein grundsätzliches Problem, das auch bei Verwirklichung von Maßnahmen zur Minderung von Moral hazard nicht gelöst wäre, besteht darin, daß die GKV dem Wettbewerb praktisch

¹¹ Vgl. Bundesgesetzblatt (BGBl.), I: Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. Juni 1977, S. 1069-1085; Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung vom 22. Dezember 1981, S. 1578-1584. Gegenwärtig wird für Arznei- und Verbandmittel pro Verordnung eine Gebühr von 2 DM erhoben; für Heilmittel und Brillen beträgt sie 4 DM. Für Fahrten zum Arzt oder ins Krankenhaus zahlen die Versicherten (außer in Härtefällen) 5 DM pro einfache Fahrt selbst. Die Versicherten müssen bestimmte "Bagatellmittel" wie Mittel gegen Erkältungs- und Reisekrankheiten selbst bezahlen. Außerdem müssen für Kuren pro Tag 10 DM und bei Krankenhausaufenthalten pro Tag 5 DM (allerdings nur für die ersten 14 Tage) von den Versicherten der GKV getragen werden. Vgl. auch Sachverständigenrat, a.a.O., Ziff. 189, S. 82, Tabelle A 117, S. 284.

¹² Infolge geänderter Selbstbehaltsregelungen ging 1983 gegenüber 1982 zwar die Anzahl der Arzneimittelverordnungen durch Ärzte bei der GKV um 10,4 vH zurück, gleichzeitig stiegen jedoch die Packungsgrößen beträchtlich an, so daß insgesamt die Arzneimittelausgaben der GKV um 5 vH zunahm. Vgl. Deutscher Bundestag, Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bundestagsdrucksache 10/2661 vom 20. Dezember 1984, Bonn 1984, S. 6.

nicht ausgesetzt ist. Gegenwärtig können die meisten Versicherten der GKV nicht frei zwischen verschiedenen Krankenkassen oder privaten Versicherern entscheiden. Dies bewirkt, daß die Kosten der GKV nicht der Kontrolle durch den Wettbewerb unterliegen. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollte volle individuelle Wahlfreiheit zwischen privaten und staatlichen Versicherungen und damit Wettbewerb unter den Anbietern eingeführt werden. Ferner sollten alle Bürger zu einer Mindestabsicherung des Krankheitsrisikos verpflichtet werden, um zu verhindern, daß sie mit Blick auf Sozialhilfansprüche im Krankheitsfall jegliche Absicherung unterlassen¹³.

Unter Wettbewerbsbedingungen ist jede gesetzliche Krankenkasse nur ein Anbieter unter vielen, die sich auf dem Markt behaupten müssen. Die gesetzlichen Kassen werden dies bei genereller Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungen aber nur dann können, wenn sie sich privatwirtschaftlich ausrichten dürfen. Dies würde bedeuten, daß sie die Beiträge nach dem Risiko der Versicherten – u.a. abhängig vom Geschlecht und von der konstitutionellen Verfassung, nicht aber vom Einkommen – bemessen¹⁴. Das Äquivalenzprinzip wäre dann – bei freier Prämienkalkulation – für die Gestaltung der Krankenversicherung maßgeblich. Alle nicht versicherungsimmanenten Umverteilungselemente würden damit aus der Versicherung gegen Krankheitsfolgen verbannt. Einkommensumverteilung ließe sich auf andere, den marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus weniger störende Weise, beispielsweise im Rahmen des Steuersystems, betreiben. Auch könnten bei Bedürftigkeit die Prämien für die Mindestabsicherung des Krankheitsrisikos von der Sozialhilfe ganz oder teilweise übernommen werden. Dies könnte in einem reformierten System vor allem bei älteren Menschen erforderlich sein, deren Versicherungsprämien im Vergleich zum jetzigen Krankenversicherungsbeitrag sehr hoch wären. Wirtschaftlich Schwache wären dann geschützt; über eine marktliche Steuerung würde gleichzeitig bei größtmöglicher Handlungs- und Wahlfreiheit des einzelnen erreicht, daß knappe Mittel effizient eingesetzt werden.

In einem reformierten System würden viele Versicherte über die vorgeschriebene Mindestsicherung hinaus entsprechend ihren individuellen Wünschen Zusatzleistungen bei entsprechend höheren Prämien nachfragen. Sehr wahrscheinlich sind die Präferenzen der Versicherten auch hinsichtlich des Grades an Freiheit bei der Arzt- und Krankenhauswahl unterschiedlich. Dies ergäbe für Krankenversicherungen Anreize, mit Gruppen von Ärzten und Krankenhausträgern auszuhandeln, daß diese zu einem im vorhinein festgelegten Preis für eine bestimmte Personengruppe die medizinische Versorgung leisten. Der Versicherer könnte dabei das günstigste Angebot von Ärzten und Krankenhäusern wahrnehmen. Die Versicherungsnehmer hätten dann die Option, darauf zu verzichten, den Arzt bzw. das Krankenhaus frei zu wählen, dafür aber ein bestimmtes Niveau medizinischer Versorgung zu einem niedrigeren Preis beanspruchen zu können. Einrichtungen dieser Art gibt es in den Vereinigten Staaten in Form der sog. Health Maintenance Organizations (HMO). In einem

¹³ Zur Begründung einer Pflicht zur Mindestabsicherung vgl. Roland Vaubel, "Die soziale Sicherung aus ökonomischer Sicht". In: Horst Siebert (Hrsg.), Perspektiven der deutschen Wirtschaftspolitik. Stuttgart 1983, S. 151-164.

¹⁴ Private Versicherer staffeln die Prämien nach dem Eintrittsalter. Das hindert vor allem ältere Versicherte, die Versicherung zu wechseln. Man könnte dem dadurch entgegenwirken, daß die Versicherungsträger verpflichtet werden, die geschäftsplanmäßigen Altersrückstellungen im Falle des Versicherungsverwechslens eines Mitglieds auf den Konkurrenten zu übertragen. Vgl. hierzu Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 1985/86. Stuttgart 1985, Ziff. 369, sowie generell Jörg Finsinger, Kornelius Kraft, Prämienkalkulation und Unternehmensentscheidung in der Privaten Krankenversicherung, Wissenschaftszentrum Berlin, Diskussionspapier, April 1983.

marktwirtschaftlich organisierten System der Krankenversicherung würde das Angebot an Versicherungstarifen demnach wesentlich breiter aufgefächert, als das gegenwärtig der Fall ist.

Verschiedene Grade der Selbstbeteiligung würden von privaten Versicherern bei allen Leistungen angeboten werden, wobei der Versicherte bei höherer Selbstbeteiligung niedrigere Prämien zu zahlen hätte. Auch würden Rückerstattungen für den Fall vorgesehen werden, daß Versicherungsleistungen nicht in Anspruch genommen werden. Rückerstattungen sollten auch dann die Versicherten begünstigen, wenn bei Bedürftigkeit die Prämien ganz oder teilweise von Dritten geleistet werden; andernfalls gäbe es für die betreffenden Personengruppen (ohne Einkommen oder mit sehr niedrigen Einkommen) keine Anreize zu Sparsamkeit. Ferner würde eine Staffelung der Prämien nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme – jedenfalls bei bestimmten Arten von Versicherungsleistungen – Anreize für eine effiziente Nutzung medizinischer Leistungen schaffen. Regelungen dieser oder ähnlicher Art hätten zur Folge, daß die Gesundheitsvorsorge gestärkt würde.

Führte man – entsprechend zahlreichen Reformvorschlägen – mehr Selbstbeteiligung ein, so käme es nicht nur zu einer anderen Kostenaufteilung auf Versicherer und Versicherte, sondern zu insgesamt niedrigeren Ausgaben und Prämien. Empirische Untersuchungen¹⁵ deuten sogar darauf hin, daß die Effekte erheblich wären. Dies besagt, daß gegenwärtig aufgrund weitgehend fehlender Selbstbeteiligung die Ausgaben der GKV und damit die Beitragssätze stark überhöht sind. Welche Formen der Selbstbeteiligung letztlich überwiegen würden, läßt sich nicht sagen. Viel spricht für die Vermutung, daß sich am Markt vor allem jene Versicherungen durchsetzen würden, die den maximalen Selbstbeteiligungsbeitrag jedes Versicherten auf einen bestimmten Anteil seines Jahreseinkommens begrenzen und den Selbstbeteiligungssatz (also den vom Versicherten selbst zu tragenden Anteil der Krankheitskosten) mit zunehmenden Kosten allmählich auf Null absinken lassen¹⁶.

Unzureichender Wettbewerb unter den Anbietern – Ansatzpunkte einer Reform

Die Ressourcenverschwendung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung würde vermindert, wenn es zu Änderungen auf der Nachfrageseite des Marktes für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen käme. Es gibt aber auch auf der Angebotsseite zahlreiche staatliche Regulierungen mit negativen Auswirkungen. Dies gilt gleichermaßen für das Angebot an Arztleistungen¹⁷, Arzneimitteln und Krankenhausdienstleistungen. Rund 78 vH der Ausgaben der GKV entfallen auf Ausgaben für die ambulante und stationäre Behandlung sowie für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (Tabelle 2).

¹⁵ Vgl. Kornelius Kraft, J.-Matthias Graf von der Schulenburg, "Allokationswirkungen einer Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung". Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 38, Göttingen 1987, S. 69-84; Eckhard Knappe, Wilhelm Fritz, Direktbeteiligung im Gesundheitswesen. Steuerungswirkungen des Selbstbezahls bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz. Köln 1984; dieselben, "Direktbeteiligung der Patienten: Auswirkungen eines absoluten Selbstbezahls". Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 159, Berlin 1986, S. 449-468; Willard G. Manning et. al., "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment". The American Economic Review, Menasha, Wisc., 1987, S. 251 ff.

¹⁶ Vgl. Martin Feldstein, "A New Approach to National Health Insurance". The Public Interest, New York 1971, S. 93-105. Zu den versicherungsökonomischen Grundlagen vgl. Friedrich Breyer, "Moral hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag. Eine Übersicht". Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Vol. 140, Tübingen 1984, S. 288-307.

¹⁷ Für das Angebot der Zahnarztleistungen gelten tendenziell ähnliche Regelungen.

Tabelle 2 - Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheit nach Leistungsarten 1970 und 1985

Leistungsart	1970	1985	1970-1985
	Mill. DM		Jahresdurchschnittliche Veränderungen in vH
Ambulante Behandlung durch			
Ärzte	5 458	19 868	9,0
Zahnärzte	1 708	6 727	9,6
Stationäre Behandlung	6 197	37 089	12,7
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	4 891	23 189	10,9
darunter:			
Apotheken	4 224	16 656	9,6
Sonstige Leistungen	6 157	25 054	9,8
Ausgaben insgesamt	24 411	111 927	10,7

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe S. 2: Ausgaben für Gesundheit, 1970 bis 1985. Stuttgart 1987. - Eigene Berechnungen.

Arztleistungen

Ärzte haben einen verfassungsrechtlichen Anspruch auf Ernennung zum Kassenarzt. In dieser Eigenschaft wird der Arzt Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung, eines Zwangskartells, das ihm grundsätzlich die Vergütung jeder einzelnen Leistung zum einheitlichen Preis garantiert. Die Preise werden in zwei Stufen festgesetzt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Kassen bzw. Ersatzkassen handeln - für längere Zeiträume - ein System relativer Preise für alle kassenärztlichen Leistungen aus¹⁸; die Ergebnisse ("Bewertungsmaßstab Ärzte") gelten bundesweit. Das jeweilige Niveau der Arzthonorare für Leistungen an die GKV-Versicherten legen die gesetzlichen Kassen als Vertreter der Versicherten und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundesebene (KBV) oder auf Landesebene fest. Im Jahre 1986 wurde zwischen der KBV und den Kassen sowie den Ersatzkassen aber auch vereinbart, daß die Entwicklung der Ausgaben für ärztliche Behandlung im Einklang mit jener der Grundlohnsumme stehen muß¹⁹. Übersteigt das Produkt aus Mengen der Arztleistungen und Preisen derselben den Betrag, der sich infolge der Orientierung an der Grundlohnsumme ergibt, so verringert sich das Niveau der Einzelpreise. Der Preis der einzelnen Leistung ist damit im vorhinein nicht bekannt²⁰.

All diese Regelungen sind ökonomisch nicht sachgerecht. Wie stets bei administrativen Systemen entsprechen die Preise schon zum Zeitpunkt der Festsetzung nicht den relativen Knappheiten. Die Abweichungen werden im Zeitablauf noch größer, weil sich die Knappheiten ändern. Dies ist im Gesundheitswesen besonders gravierend, weil entsprechende Vereinbarungen oft eine lange Geltungsdauer haben. Damit diese Mängel verringert werden,

¹⁸ W. Zohlhöfer, P.-G. Schmidt, "Die Preisbildung für ambulante kassenärztliche Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland". In: Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik an der Universität Mainz (Hrsg.), Aufsätze zur Wirtschaftspolitik, Nr. 8, Mainz 1984.

¹⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Ziff. 137.

²⁰ Tatsächlich ist das System noch komplizierter, so daß sich auch die relativen Preise ändern können.

sollten die bestehenden kollektiven Verträge zwischen der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der GKV durch eine erweiterte individuelle Vertrags- und Koalitionsfreiheit schrittweise aufgelockert werden. Fernziel sollte es dabei sein, daß der einzelne Arzt mit den Versicherern Preise aushandeln und mit allen Patienten privatrechtliche Behandlungsverträge abschließen kann. Wie Unternehmer in anderen Branchen könnten Ärzte – zumindest für Standardleistungen – Preislisten erstellen und die potentiellen Nachfrager ihrer Leistungen über ihre Preise informieren. Je nach Qualität der erbrachten Leistung würde sich eine Staffelung der Arztpreise für bestimmte Leistungen entwickeln. Verbesserungen ergäben sich bei freier Preisgestaltung wohl auch dadurch, daß bestimmte technische Leistungen weniger von Ärzten als von Institutionen mit Spezialisierungsvorteilen übernommen würden.

Eine Liberalisierung ist auch hinsichtlich der Organisationsformen nötig. So sollten Gruppenpraxen nicht nur unter bestimmten Bedingungen, sondern generell und in beliebiger Form zulässig sein. Es dürfte auch nicht mehr untersagt werden, daß ein Arzt, eine Gruppe von Ärzten oder Unternehmer überhaupt andere Ärzte im ambulanten Bereich unselbständig beschäftigen; nichts spricht dafür, daß praktisch zwei Organisationsformen dominieren – die Arbeit im Krankenhaus und die freiberufliche Ein-Mann-Praxis.

Darüber hinaus sollten Regelungen, die den Marktzugang erschweren oder behindern, abgeschafft werden, beispielsweise die kassenärztliche Bedarfsplanung. Die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten kann im Rahmen dieser Planung für erheblich übertersorgte Gebiete Zulassungsbeschränkungen aussprechen, allerdings nur zeitlich befristet und nur für einzelne Arztgruppen²¹. Auch dürfte Ärzten aus dem Ausland im Interesse eines intensiven Wettbewerbs der freie Zugang zum heimischen Markt für Arztleistungen nicht verwehrt werden. Niederlassungsfreiheit wäre danach nicht nur für ausländische Ärzte aus anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft zu gewähren.

Die vierte Änderungsnovelle zur Bundesärzteordnung sieht die grundsätzliche Einführung eines zweijährigen Praktikums für Ärzte vor²². Die Verschärfung der Ausbildungsanforderungen wurde damit begründet, daß die praktische Ausbildung zu verbessern und eine ungezügelte Ärzteschwemme und hohe Ausgaben zu verhindern seien. Während die Bevölkerung abnehme, steige die Zahl der Absolventen der medizinischen Fakultäten oder Fachbereiche der Universitäten. Die Zahl der Einwohner je Arzt (1984: 398), drohe deutlich abzunehmen²³. Bei sinkender Patientenzahl je Arzt bestehe die Neigung, die Patienten intensiver zu behandeln und mehr Medikamente zu verschreiben. Diese Argumentation beruht aber auf den Erfahrungen, die im jetzigen dirigistischen Gesundheitswesen gewonnen wurden. Sie ließe sich nicht halten, wenn die Reformvorschläge aufgegriffen würden. Wenn sich nämlich die Preise für Arztleistungen (und Medikamente) frei bilden können und der Patient für seine Behandlung (und für seine Medikamente) aufgrund eines Selbstbehalts zahlen muß, dann ist die von den Verfechtern des Praktikums (angesichts sinkender Bevölkerung und steigender Zahl von Ärzten) befürchtete "Kostenexplosion" nicht zu erwarten. Eine stärker praxisorientierte Ausbildung ließe sich wohl im Rahmen des Studiums gewährleisten. Eine ganz andere Frage ist es, ob in einem wettbewerbsorientierten System Ärzte

²¹ Vgl. BGBl., I, Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 19. Dezember 1986, S. 2593-2594; Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht 1986, a.a.O., Ziff. 109.

²² Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Ziff. 84, Ziff. 90.

²³ Zu Schätzungen für das Jahr 2000 vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 47.

nicht daran interessiert wären, mehr praktische Erfahrung zu gewinnen, bevor sie sich selbständig niederlassen.

Arzneimittel

Der Arzneimittelmarkt ist auf der Hersteller- und der Vertriebsstufe in hohem Maße reguliert²⁴. Patienten (und Ärzte) sollen dadurch geschützt werden. Im Rahmen des materiellen Zulassungsverfahrens beim Bundesgesundheitsamt muß der Hersteller die Wirksamkeit und die Unbedenklichkeit eines Arzneimittels nachweisen. Die Verfahren sind sehr zeitaufwendig. Es wird behauptet, daß die Patentschutzfrist von 20 Jahren effektiv nur 8 Jahre beträgt²⁵. Um die Anreize für die Innovationsaktivitäten zu erhöhen, wurde das Arzneimittelgesetz 1986 so geändert, "daß neben den Patentschutz eine Schutzfrist der Zulassungsunterlagen getreten ist. Diese dürfen während 10 Jahren nach der Zulassung nur mit Zustimmung des Erstanmelders benutzt werden"²⁶. Gegenwärtig wird angestrebt, zunehmend Nachahmerpräparate ohne Prüfung vorläufig zuzulassen.

Etwa 80 vH der Arzneimittel sind apothekenpflichtig²⁷, dürfen also nur durch Apotheken an den Verbraucher verkauft werden. Die Abgabe bzw. der Verkauf der Medikamente erfolgt in der Regel aufgrund ärztlicher Verschreibung. Medikamente sind vor allem dann verschreibungspflichtig, wenn sie auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Gesundheit gefährden können²⁸. Im Apothekengesetz²⁹ wurde prinzipiell die Niederlassungsfreiheit für Apotheker verankert. Der Marktzutritt ist aber dadurch beschränkt, daß es einem Apotheker untersagt ist, mehrere Apotheken zu betreiben. Apotheker können somit prinzipiell nicht die Rationalisierungsvorteile einer Filialkette nutzen. Die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke verpflichtet zur persönlichen Leitung in eigener Verantwortung (Verbot des Fremdbesitzes). Entsprechend dem Berufsbild des Apothekers unterbleiben Werbemaßnahmen; Werbung mit Preissenkungen kann zu Verfahren vor Berufsgerichten führen. Die Vertragsfreiheit des Apothekers wird auch insoweit eingeschränkt, als er sich nicht verpflichten darf, bestimmte Arzneimittel ausschließlich oder bevorzugt anzubieten oder sein Angebot auf bestimmte Hersteller oder Händler zu beschränken.

Bei der Preisgestaltung im Pharmabereich sind die Hersteller frei, Großhandel und Einzelhandel aber nicht. Nach der Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft über Preisspannen³⁰ sind für alle apothekenpflichtigen Fertigarzneimittel auf der Großhandelsstufe Höchstzuschläge vorgeschrieben, auf der Apothekenstufe Festzuschläge auf die Summe aus Herstellerabgabepreis und Höchstzuschlag. Wegen der Selbstbeschränkung der Produzenten bei der Werbung und Information erfolgt die Vermarktung der Arzneimittel oft über die "Pharmareferenten", die sie den Ärzten vorstellen³¹.

²⁴ Vgl. BGBl., I, Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24. August 1976, S. 2445-2482.

²⁵ Vgl. Josef A. Schmelzer, "Gesunder Wettbewerb als Ziel". Gesellschaftspolitische Kommentare. Vol. 28, Bonn 1987, Nr. 6, S. 1-6.

²⁶ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Ziff. 250.

²⁷ Vgl. Peter Oberender, "Mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt". Wirtschaftsdienst, Vol. 64, Hamburg 1984, S. 455-461.

²⁸ Vgl. § 48 des BGBl., I, Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24. August 1976, S. 2445-2482.

²⁹ Vgl. BGBl., I: Gesetz über das Apothekenwesen vom 20. August 1960, S. 697-703, vor allem §§ 7, 9, 10 und 16; Bundesapothekerordnung vom 5. Juni 1968, S. 601-604.

³⁰ BGBl., I, Verordnung über Preisspannen für Fertigarzneimittel vom 17. Mai 1977, S. 789-791.

³¹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Ziff. 237, S. 92.

Zur Intensivierung des Wettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt sollten "Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den freien Warenverkehr und die volle Substituierbarkeit von identischen inländischen und ausländischen Arzneimitteln gewährleisten"³². Dies würde bedeuten, daß sich ein umfangreicherer Markt für Arzneimittelreimporte entwickeln könnte. Auch sollte das Verfahren der Arzneimittelzulassung liberalisiert werden³³. Übertriebene Sicherheitskontrollen vor Zulassung eines Arzneimittels können bewirken, daß helfende Präparate unnötig spät eingesetzt werden. Es könnte ein Verfahren erwogen werden, bei dem der einzelne Patient - bei intensiver ärztlicher und pharmazeutischer Beratung und Aufklärung über die Risiken - mehr als bisher mitentscheiden darf, ob ein neues Medikament verabreicht wird (begleitende Sicherheitskontrolle nach Einführung des Medikaments)³⁴.

Auf der Stufe der Apotheken sollte Preiswettbewerb ermöglicht werden, indem die Preisspannenverordnung aufgehoben wird. Dies würde wohl dazu beitragen, daß das Preisgefälle zu anderen Ländern geringer würde. Ferner sollte zugelassen werden, daß nicht verschreibungspflichtige und bisher apothekenpflichtige Medikamente auch außerhalb der Apotheken verkauft werden können. Umgekehrt müßten Apotheker das verkaufen dürfen, was immer sie an "branchenfremden" Produkten verkaufen wollen. Auch das Aut-simile-Verbot und das Auseinzelungsverbot sollten aufgehoben werden. Dann könnte der Arzt, sofern er es aus therapeutischen Gründen für vertretbar hält, in Absprache mit dem Patienten im Grenzfall sogar nur einen Wirkstoff verordnen und der Apotheker - ebenfalls in Absprache mit dem Patienten - das Präparat festlegen. Dies entspräche der Qualifikation der Apotheker eher als die gegenwärtige Praxis, die dem Apotheker in vielen Fällen kaum mehr als die Rolle eines Verkäufers zuweist. Würde das Auseinzelungsverbot abgeschafft, könnte der Apotheker Arzneimittel preisgünstig in Großpackungen beziehen und dann in kleineren Mengen verkaufen. Ferner sollten das Mehrfachbesitz- und das Fremdbesitzverbot aufgehoben werden, um Rationalisierungsvorteile nutzen zu können.

Krankenhausleistungen

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972³⁵ erhielten diejenigen Krankenhäuser, die in den Krankenhausbedarfsplan bzw. das Krankenhausprogramm aufgenommen waren, Zuschüsse des Staates, um so ihre investiven Ausgaben zu finanzieren. Diese Krankenhäuser hatten auch das Recht, Kassenpatienten behandeln zu dürfen. Die laufenden Kosten wurden über die Pflegesätze gedeckt³⁶. Bund und Länder teilten sich die Investitionskosten für als förderungswürdig angesehene Krankenhäuser. Angesichts dessen war das Interesse, die Kosten beim Krankenhausbau niedrig zu halten, vielfach gering. Krankenhäuser wurden

³² Gernot Klepper, "Protektion und Wettbewerb der pharmazeutischen Industrie". Die Weltwirtschaft, 1985, H. 1, (S. 114-132) S. 131.

³³ Vgl. hierzu Peter Oberender, "Für Marktwirtschaft". Bundesarbeitsblatt, Vol. 9, Stuttgart 1984, H. 12, S. 27-30. Zu unterschiedlichen nationalen Zulassungsregeln und ihren Wirkungen auf die Innovationstätigkeit der Unternehmen vgl. derselbe, "Öffentliche Regulierung und innovative Aktivität in der pharmazeutischen Industrie". Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 159, Berlin 1986, S. 357-378.

³⁴ Vgl. Oberender, "Für Marktwirtschaft". a.a.O.; derselbe, "Mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt". a.a.O.

³⁵ Vgl. BGBl., I, Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - KHG vom 29. Juni 1972, S. 1009-1017.

³⁶ Vgl. BGBl., I, Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflugesatzverordnung) vom 25. April 1973, S. 333-339.

zudem belohnt, wenn sie die Patienten länger als medizinisch nötig behandelten. Denn der Pflegesatz war unabhängig von der Art der Krankheit und dem Behandlungsfortschritt, die Kosten aber sanken mit der Verweildauer. Zu einer Belohnung kam es freilich nicht, wenn tatsächlich ein Gewinn entstand; Gewinne wurden nämlich – entsprechend den Regelungen in den meisten Bundesländern – über niedrigere künftige Pflegesätze “weggesteuert“. Eine Belohnung erfolgte nur, wenn absehbare Gewinne für Anschaffungen genutzt wurden. Es fehlte demnach jegliches Interesse an niedrigen Ausgaben³⁷. Bettenberge und lange Verweildauern im Krankenhaus waren die Folge.

Zum Jahresbeginn 1985 wurden nennenswerte Korrekturen im Krankenhauswesen wirksam³⁸. Krankenhäuser und Krankenkassen haben seither die Möglichkeit, sog. Investitionsverträge abzuschließen und insbesondere Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz zu finanzieren. Die Mittel für die öffentliche Förderung der Krankenhäuser werden ab 1985 allein von den Ländern aufgebracht. Der Gestaltungsspielraum der Länder wurde durch eine Verringerung der bundesgesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung erweitert. Den pflegesatzrechtlichen Vorgaben des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes wurde durch die neue Bundespflegesatzordnung³⁹ entsprochen. Die Pflegesätze werden seitdem (unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der GKV sowie der “Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“) zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen vereinbart. Für eine (gemeinsam) erwartete Zahl von Krankenhaustagen wird ein Geldbetrag festgelegt, mit dem der Krankenhausträger planen kann. Damit ist ein Pflegesatz festgelegt als Quotient aus Festsumme und erwarteter Zahl von Krankenhaustagen. Der bis Ende 1984 geltende Gewinn- und Verlustausgleich wurde abgeschafft. Krankenhäuser, die besonders wirtschaftlich geführt werden, können erzielte Gewinne behalten; umgekehrt haben Krankenhäuser mit Verlusten diese selbst zu tragen⁴⁰.

Diese Maßnahmen sind nur ein bescheidener Schritt hin zu mehr Wirtschaftlichkeit. Da nämlich das Budget für die folgende Periode vor allem entsprechend den Kosten der vorangehenden Periode festgesetzt wird, kann ein Krankenhaus von einer Kostensenkung für höchstens ein Jahr profitieren⁴¹, es sei denn, es kommt zu speziellen Vereinbarungen. “Unwirtschaftliches Handeln wird weiterhin honoriert“⁴². Um hier Abhilfe zu schaffen, sollte zugelassen werden, daß sich die Preise für Dienstleistungen der Krankenhäuser nach Angebot und Nachfrage richten. Krankenhäuser und Krankenversicherungen sollten in die Lage versetzt werden, Preise frei auszuhandeln. Insbesondere müßte es generell möglich

³⁷ Vgl. hierzu etwa Peter Oberender, “Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland“. Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 31, Göttingen 1980, (S. 145-176) S. 163-164. Vgl. auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, a.a.O., Ziff. 373.

³⁸ Vgl. BGBl., I, Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984, S. 1716-1722; Presse- und Informationsamt des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), “Krankenhausfinanzierung wurde neu geordnet“. Sozialpolitische Informationen, Vol. 16, Nr. 21, 21. Dezember 1984. Was die ökonomische Bewertung betrifft vgl. Jörg Finsinger, Holger Mühlenkamp, Organisation Krankenhaus – Neue Impulse durch das Krankenhausneuordnungsgesetz? Hochschule Lüneburg, Arbeitsbericht des Fachbereichs Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Nr. 15, Januar 1986.

³⁹ BGBl., I, Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 21. August 1985, S. 1666-1673.

⁴⁰ Vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht 1986, a.a.O., Ziff. 107 und 108, S. 33-35.

⁴¹ Vgl. Kronberger Kreis, a.a.O.

⁴² Finsinger, Mühlenkamp, a.a.O., S. 30.

sein, die Preise nach der Krankheitsart oder der Leistungsart zu differenzieren. Gesundheitsdienstleistungen sind fast stets private Güter. Es gibt deshalb grundsätzlich keine ökonomischen Gründe dafür, Krankenhäuser anders zu behandeln als die Produzenten beliebiger sonstiger privater Güter. Krankenhäuser sollten sich wie andere Unternehmen im Wettbewerb behaupten müssen.

Lohnfortzahlung im Krankheitsfall - Wirkungen und Reformmöglichkeiten

Einkommensersatzzahlungen an Kranke reduzieren die Opportunitätskosten des Nichtarbeitens; sie schaffen einen Anreiz, sich krank schreiben zu lassen und Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung zu unterlassen. Die Lohnfortzahlungsregelungen in der Bundesrepublik Deutschland bedeuten für die Beschäftigten eine hundertprozentige Absicherung gegen das Risiko des Einkommensausfalls bei Krankheit. Empirische Untersuchungen⁴³ zeigen, daß viele Beschäftigte der moralischen Versuchung durch die Lohnfortzahlungsregelungen erliegen.

Um Moral-hazard-Verhalten zu begrenzen, bedarf es einer Selbstbeteiligung der Beschäftigten, etwa einer weniger als hundertprozentigen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder der Einführung von Karenztagen. Es wäre auch erwägenswert, die Lohnfortzahlungsregelungen abzuschaffen. Jeder Beschäftigte könnte sich nämlich durch Eigenvorsorge vor einem Einkommensausfall bei Krankheit schützen. Dazu käme eine private Versicherung in Betracht; Prämienzahlungen würden keine finanzielle Schlechterstellung bedeuten, weil – bei gegebenem Beschäftigungsstand – die Unternehmen höhere Bruttolöhne je geleistete Arbeitsstunde zu zahlen bereit wären.

Zur geplanten Pflegefallabsicherung

Die Bundesregierung erwägt Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. So sollen die Krankenkassen ein Pflegegeld oder Sachleistungen für rund 600 000 Schwer- und Schwerstpflegebedürftige zahlen, die durch Familienangehörige unterstützt werden. Die Kosten werden auf 6-7 Mrd. DM veranschlagt.

Es ist aber keineswegs notwendig, bei der Absicherung des Pflegefallrisikos staatlichen Zwang im Sinne der geplanten Maßnahmen anzuwenden. Ökonomisch läßt sich, um Moral-hazard-Verhalten zu begrenzen, lediglich eine Verpflichtung aller Bürger begründen, das Pflegefallrisiko bei einer frei wählbaren Versicherung zu versichern. Eine private Absicherung ist möglich. Private Versicherungen werden angeboten⁴⁴, beispielsweise eine Pflegekostenversicherung, bei der bis zu bestimmten Grenzen die bei Pflegebedürftigkeit anfallenden zusätzlichen Kosten übernommen werden, oder eine Pflegeetagegeldversicherung. Darüber hinaus bieten Lebensversicherungsgesellschaften Pflegerentenversicherungen an. Diese Angebote werden wohl deshalb nur wenig in Anspruch genommen, weil Aussicht auf eine staatliche Absicherung zum Nulltarif besteht. Für bereits existierende oder in wenigen Jahren auftretende Pflegefälle sind Übergangslösungen denkbar, wenn das Pflegefallrisiko privat abgesichert werden muß. Wird ein Rechtsanspruch auf Pflege im Alter über die GKV eingeräumt, so ist damit zu rechnen, daß die Inanspruchnahme und damit die Ausgaben kräftig steigen werden. Auch ist zu befürchten, daß private Initiativen im Rahmen der Familie, durch Nachbarschaftshilfe und durch karitative Einrichtungen nachlassen werden.

⁴³ Vgl. Alfred Boss, "Moral hazard als Folge der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall – Empirischer Befund und Vorschläge zur Therapie". Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 159, Berlin 1986, S. 177-188.

⁴⁴ Vgl. hierzu z.B. Wirtschaftswoche, "Erträgliche Prämien". Hamburg, 18. Januar 1985, S. 88.

Abschließende Bemerkungen

Das Prinzip des Wettbewerbs und marktwirtschaftliche Steuerungselemente werden sich kaum von heute auf morgen durchsetzen lassen. Alle Korrekturen im Bereich des Gesundheitswesens sollten sich aber an marktwirtschaftlichen Prinzipien orientieren. Die Erfahrungen in anderen Ländern, vor allem in den Vereinigten Staaten und in der Schweiz, zeigen, daß marktwirtschaftliche Lösungen der Probleme in der Krankenversicherung möglich und nützlich sind.

So kennt man in der Schweiz keinen Kassenzwang. Auch werden die Beiträge zur Krankenversicherung prinzipiell nach Versicherungsprinzipien festgesetzt⁴⁵. Neue Wege, zusätzliche Wahlchancen für die Versicherten zu schaffen, werden besprochen oder erwogen (Beitragsrückerstattung, Jahresfranchise)⁴⁶. In den Vereinigten Staaten ist das Gesundheitswesen schon immer stärker privatwirtschaftlich organisiert gewesen. Die meisten Menschen sind privat versichert, und zwar durch das Unternehmen, in dem sie arbeiten. Selbstbeteiligungsregeln sind üblich; in den letzten Jahren wurden sie noch verstärkt⁴⁷. Im Bereich der vom Bund finanzierten Krankenversicherung für ältere Personen⁴⁸ werden die Krankenhauspreise seit einigen Jahren verstärkt nach wirtschaftlichen Prinzipien festgelegt.

Die von der Bundesregierung geplanten Reformmaßnahmen bleiben hinter dem hier skizzierten Reformmöglichkeiten weit zurück. Sie beinhalten nur wenige Fortschritte in Richtung auf ein konsequent marktwirtschaftlich ausgestaltetes Gesundheitswesen.

⁴⁵ Zum schweizerischen System vgl. Jean-François Charles, "Die Sozialversicherung in der Schweiz: Grundzüge, aktuelle Probleme und Schwerpunkte". Internationale Revue für soziale Sicherheit, Vol. 37, Genf 1984, S. 199-215.

⁴⁶ Vgl. Neue Zürcher Zeitung, "Teilweise Strukturentkalkung im Gesundheitswesen". 26./27. Oktober 1986.

⁴⁷ Vgl. Heinz Hauser, Jürg H. Sommer, Kostendämpfung im Gesundheitswesen in den USA, in Kanada und in der BRD. Bern 1984, S. 183-186; Manning et. al., a.a.O., S. 272.

⁴⁸ Zu Medicare und Medicaid vgl. Karen Davis, Diane Rowland, "On Medicare and Medicaid in the U.S.". Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Vol. 138, Tübingen 1982, S. 512-526.