

Metze, Ingolf

Article — Digitized Version

Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Metze, Ingolf (1980) : Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 60, Iss. 4, pp. 182-187

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135426>

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.

Ist Gesundheit ein öffentliches Gut?

Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung

Ingolf Metze, Münster

Ende Mai finden die Wahlen zu den Gremien der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger zum sechsten Male nach dem Kriege statt, ein Vorgang, der in der Öffentlichkeit kaum Beachtung findet. Dies ist insofern erstaunlich, als die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung den tragenden Pfeiler des Systems der gegliederten Krankenversicherung darstellt, deren Ausbau und Erhaltung nicht nur von den Versicherten selbst, sondern auch von Politikern immer wieder gefordert wird. Gerade die letzteren haben aber in den letzten zehn Jahren durch ihre Neigung, die Gesetzliche Krankenversicherung mit systemfremden Aufgaben zu belasten, die Selbstverwaltung unterminiert.

Welche Bedeutung der Selbstverwaltung trotz der immer weiter fortschreitenden Beschneidung ihrer Mitwirkungsrechte bei der Ausgestaltung des Leistungsumfanges einer Kasse und damit auch der Festsetzung der Beitragshöhe zukommt, hat sich gerade in den letzten Jahren besonders deutlich gezeigt. So ist es den Selbstverwaltungsgremien gelungen, den durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) drohenden Zwängen zu entgehen: Indem schon vor der Konzertierten Aktion mit den Ärzten Verbände geschlossen wurden, deren kostendämpfender Effekt außer Zweifel steht, konnte die Selbstverwaltung ihre Effizienz erneut unter Beweis stellen. Welches innovatorische Potential eine gegliederte Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) beinhaltet, zeigt insbesondere der Versuch der RVO-Kassen Bayerns, die Kostenentwicklung durch völlig neue Vertragsformen zwischen Ärzten und Kassen zu begrenzen¹.

Versicherungsfremde Aufgaben der GKV

Trotz dieser unbestreitbaren Erfolge der Selbstverwaltung wurde der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltungsgremien in den letzten Jahren sowohl vom Gesetzgeber als auch von der Rechtsprechung zunehmend eingeschränkt. Zum einen wurde das Leistungsrecht nahezu völlig vereinheitlicht, zum anderen wurden in zunehmendem Maße bislang über die öffentli-

chen Haushalte finanzierte Maßnahmen – Pflegefälle, Suchterkrankungen, Vorsorgeleistungen, Schwangerschaftsabbruch, Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung – in den Verantwortungsbereich der GKV verlagert.

Diese Bestrebungen der Politiker, der Krankenversicherung versicherungsfremde Aufgaben anzulasten, werden durch die Rechtsprechung des Sozialgerichts verstärkt. Indem diese sich einerseits in einem immer stärkeren Maße den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu eigen machen, wonach Gesundheit der „Zustand des vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens“ darstellt, gelangen Leistungen in den Leistungskatalog der GKV, die als nicht versicherbar anzusehen sind. Der bestehende Trend wird durch eine Entwicklung verstärkt, wonach vornehmlich sozial bedingte, also nicht mit der Behandlung einer Krankheit zusammenhängende Leistungen von der GKV zu finanzieren sind. So führt Pflegebedürftigkeit bei einer fehlenden häuslichen Pflegemöglichkeit schon heute in der Regel zu einem stationären Krankenhausaufenthalt, der von den Krankenkassen zu finanzieren ist. Weiterhin wird gegenwärtig überlegt, Leistungen für Schutzimpfungen und Seuchenbekämpfung, die bislang über die öffentlichen Haushalte finanziert werden, auf die GKV zu übertragen.

Gelingt es nicht, diese Entwicklung zu bremsen, so gelangt man zwangsläufig an einen Punkt, bei dem die Leistungsfähigkeit der GKV als Versicherung überfor-

Prof. Dr. Ingolf Metze, 45, ist Direktor des Instituts für Finanzwissenschaft an der Universität Münster. Seine Arbeitsgebiete umfassen Finanzwissenschaft und Sozialpolitik.

¹ Vgl. Ingolf Metze: Marktwirtschaftliche Alternativen zur Konzertierten Aktion, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 59. Jg. (1979), H. 10, S. 508 ff.

dert wird und eine Beitragsfinanzierung nicht mehr gerechtfertigt erscheint, da die Beiträge in zunehmendem Maße Steuercharakter erlangen. Dies würde praktisch eine völlige Auflösung der Kompetenzen der Selbstverwaltungsorgane bedeuten. Die gegliederte GKV würde nur noch eine formale Bedeutung haben, die Aufgaben der Selbstverwaltungsgremien würden auf die Überwachung der Durchführung gesetzlicher Auflagen beschränkt. Das Endergebnis einer solchen Entwicklung wäre eine Einbeziehung der Krankenversicherung in den öffentlichen Haushalt und eine Finanzierung der Aufwendungen aus allgemeinen Steuermitteln oder doch zumindest eine Einheitsversicherung mit steuerähnlichen Abgaben.

Will man die gegliederte GKV erhalten und die Selbstverwaltung stärken, so muß man die GKV von Aufgaben entlasten, die ihre Leistungsfähigkeit und ihre Aufgaben als Organisation der Versicherten überschreiten. Bei dieser Frage nach den Grenzen der Aufgaben der GKV in einem auf dem Subsidiaritätsprinzip aufbauenden demokratischen Staat kann die wissenschaftliche Diskussion über das Problem der sogenannten „öffentlichen Güter“ wichtige Aufschlüsse liefern.

Kennzeichen öffentlicher Güter

Im allgemeinen werden als Kriterien für öffentliche Güter der Verzicht auf die Anwendung des Preises als Ausschlußkriterium sowie das Fehlen einer Rivalität der Verbraucher im Konsum angeführt. Als weitere Merkmale werden hieraus die gemeinsame (kollektive) Nutzung der Güter sowie die Verfügbarkeit einer gleich großen Menge des betreffenden Gutes für alle Nachfrager abgeleitet. Beispiele für öffentliche Güter mit diesen Eigenschaften sind Parkanlagen, Brücken und Leuchttürme. Keinem der für öffentliche Güter genannten Kriterien soll seine Bedeutung abgesprochen werden. Es scheint aber nicht nur unzweckmäßig, sondern einer Diskussion über die Problematik öffentlicher Güter sogar hinderlich zu sein, die Erfüllung aller dieser Kriterien zu fordern.

Beschränkt man sich im Rahmen einer positiven Betrachtung zunächst darauf, Merkmale herauszustellen, die für öffentliche Güter am wichtigsten sind, so handelt es sich um:

- den Verzicht auf die Anwendung des Preises als Ausschlußkriterium und
- das Vorhandensein einer kollektiven Entscheidung über den Umfang der Güterversorgung.

Welche Güter man als „öffentliche Güter“ betrachten muß, ist hiernach das Ergebnis einer politischen

Entscheidung. Gesundheit ist demnach in einer Gesellschaft immer dann ein öffentliches Gut, wenn über die Güter, die zur Befriedigung dieses Bedürfnisses erforderlich sind, kostenlos verfügt werden kann. Hinzu kommen muß, daß diese Güter entsprechend dem Bedarf angeboten werden, der gesellschaftlich als gerechtfertigt und notwendig angesehen wird.

Geht man von dem Gesundheitsbegriff der WHO aus, so zeigt schon eine oberflächliche Betrachtung, daß keineswegs alle der Gesundheit dienenden Güter kostenlos verfügbar sind. Zwar sind Medikamente und ärztliche Behandlung, also die Güter, die unmittelbar der Gesundheit dienen, nahezu kostenlos, so daß die Befriedigung des Bedarfs nicht an der Zahlung eines Preises scheitert. Dies trifft dagegen nicht für einen Urlaub zu, der ebenfalls der Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit dient. Selbst wenn die Befriedigung eines Bedürfnisses im öffentlichen Interesse liegt, braucht dies also nicht zu bedeuten, daß alle Güter, die der Befriedigung dieses Bedürfnisses dienen, kostenlos bereitgestellt werden müssen. Dies wird durch die Diskussion über die sogenannte Negativliste bei Arzneimitteln bestätigt.

Finanzierung der Gesundheitsgüter

Wenden wir uns der normativen Seite des Problems der öffentlichen Güter zu, so ist zunächst festzustellen, daß es sich hierbei um Güter handeln muß, deren Nutzung durch ein Gruppenmitglied positive Effekte für andere Gruppenmitglieder hat oder negative Effekte bei anderen Gruppenmitgliedern verhindert. Ein Beispiel hierfür ist der Gebrauch von Medikamenten im Falle einer ansteckenden Krankheit. Aber auch das Bedürfnis nach Gesundheit gehört zu den „Gütern“ mit dieser Eigenschaft. Je höher das Gesundheitsniveau der Mitglieder einer Gesellschaft ist, desto höher ist nicht nur das Arbeitspotential und damit das Sozialprodukt, sondern auch das allgemeine Wohlbefinden der Bevölkerung.

Ein kostenloses Angebot von Gütern, also der Verzicht auf die Anwendung des Preises als Ausschlußkriterium, läßt sich jedoch nicht mit dem Vorhandensein externer Effekte, also des kollektiven Nutzens aus dem Konsum eines Gutes, allein begründen. Die Existenz eines Nutzens für andere Gruppenmitglieder ist lediglich eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine kollektive Finanzierung des Güterangebots. Hinzu kommen muß der Nachweis oder doch zumindest die berechnete Vermutung, daß der Verbrauch, der bei individueller Allokation, also bei der Existenz von Preisen entsteht, gesellschaftlich suboptimal ist. Erst wenn auch diese Bedingung erfüllt ist,

wird ein kostenloses Angebot der betreffenden Güter erforderlich, da das Angebot über den Markt in diesem Falle nicht mehr zu einer optimalen Allokation führt.

Kann also davon ausgegangen werden, daß das Bedürfnis nach Gesundheit durch den Einsatz von Gesundheitsgütern auch bei der Existenz von Preisen in dem gesellschaftlich für notwendig und wünschenswert gehaltenen Ausmaß befriedigt wird, so ist eine kollektive Finanzierung nicht erforderlich. Grundsätzlich gilt für die Nachfrage nach Gesundheitsgütern das gleiche wie für die Nachfrage nach Lebensmitteln und Ausbildung. In beiden Fällen entsteht ein kollektiver Nutzen durch Erhöhung der Arbeitsfähigkeit oder Verbesserung der Qualität des Arbeitspotentials. Während die bei den geltenden Preisen vorhandene Nachfrage nach Lebensmitteln jedoch gesellschaftlich als ausreichend angesehen wird, hält man – zumindest in der Bundesrepublik – bei Ausbildungsleistungen ein öffentliches Angebot für notwendig. Lebensmittel werden folglich als private Güter, Ausbildungsleistungen als öffentliche Güter betrachtet.

Spezifische Vor- und Nachteile

Wird ein Gut als öffentliches Gut betrachtet, so ergibt sich daraus seine kollektive Finanzierung und kostenlose Bereitstellung. Der Vorteil eines Angebots von Gesundheitsgütern als öffentliches Gut wird darin gesehen, daß die Versorgung der Bevölkerung unabhängig von der Höhe des Einkommens einzelner Personen erfolgt und daß damit die Verteilung der Güter stärker der Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit genügt als bei der Existenz von Preisen und einer individuellen Finanzierung. Die Forderung nach einer Bereitstellung von Gesundheitsgütern als öffentliches Gut wird folglich damit begründet, daß diese Güter jedem, unabhängig von der Höhe seines Einkommens, ent-

sprechend dem medizinischen Bedarf zur Verfügung stehen sollten. Gleichzeitig ergibt sich jedoch das Problem, daß die Nachfrage stärker ausgedehnt wird, als es unter Berücksichtigung der entstehenden Kosten gesellschaftlich vertretbar ist. Dies ist immer dann der Fall, wenn die kollektiven Nutzen, die bei einem Überschreiten einer bestimmten Nachfragemenge entstehen, als geringer angesehen werden als die gesellschaftlichen Kosten, die durch die Produktion der Güter entstehen.

Welche Bedeutung der Unwirtschaftlichkeit des Verbrauchs zukommt, die mit einem Angebot von Gesundheitsgütern als öffentliches Gut verbunden ist, ist schwer abzuschätzen. Wegen der Gleichförmigkeit der Interessen von Anbietern und Nachfragern – beide haben von einer Leistungsausweitung Vorteile – ist jedoch zu erwarten, daß das Leistungsvolumen erheblich über demjenigen liegt, das – unter Berücksichtigung der Kosten – als angemessen anzusehen ist. Einen Hinweis auf die Vernachlässigung der Wirtschaftlichkeit, die mit einer Zahlung der Leistungen aus dem allgemeinen Steueraufkommen und damit einer kostenlosen Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen verbunden ist, geben die Erfahrungen mit der Einführung von Medicaid und Medicare in den USA im Jahre 1967. Hier stiegen nicht nur die Leistungen und damit die Kosten weit stärker an, als auf der Grundlage des geschätzten Bedarfs erwartet wurde, sondern gleichzeitig bewirkte das kostenlose Angebot insoweit keine optimale Versorgung, als sich die Betreuung der Patienten verschlechterte.

Stellt man der kollektiven eine private Güterversorgung unter Anwendung des Preises als Ausschlußkriterium gegenüber, so entstehen im Prinzip genau entgegengesetzte Probleme. Während bei der Nachfrage nach Gütern wegen der Notwendigkeit, einen Preis

WELTKONJUNKTUR DIENST

Jahresbezugspreis
DM 80,-
ISSN 0342-6335

Der Vierteljahresbericht, der von der Konjunkturabteilung des HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung-Hamburg erarbeitet wird, analysiert und prognostiziert die wirtschaftliche Entwicklung in den wichtigsten westlichen Industrienationen sowie auf den Weltrohstoffmärkten.

VERLAG WELTARCHIV GMBH - HAMBURG

zahlen zu müssen, ein hohes Kostenbewußtsein unterstellt werden kann, die Forderung nach einer wirtschaftlichen Verwendung der Güter also voll erfüllt ist, ergibt sich wegen der unterschiedlichen Höhe der individuellen Einkommen der Nachteil, daß es zu einer Verteilung der Güter kommt, die den Forderungen nach Bedarfsgerechtigkeit nicht genügt.

Jede Behandlung von Gütern, sei es nun als private oder sei es als öffentliche Güter, hat also ihre spezifischen Vor- und Nachteile. Wegen der hohen Bedeutung, die dem Ziel der Versorgungsgerechtigkeit eingeräumt wird, scheint jedoch bei Gesundheitsgütern ein Angebot als öffentliches Gut trotz der damit verbundenen Nachteile zwangsläufig erforderlich zu sein. Dieses Ergebnis ist jedoch nur vordergründig. Zum Glück stellt sich die Frage der Zuordnung von Gesundheitsleistungen keineswegs so einseitig und so absolut.

Staat vs. Versicherung

Betrachtet man das gegenwärtige System der Versorgung mit Gesundheitsgütern, so ist festzustellen, daß der Versicherungsgedanke immer stärker in den Hintergrund tritt und die Beiträge in einem zunehmenden Maße einen Steuercharakter erhalten. Dies zeigt sich einerseits an der Verlagerung von bislang über den öffentlichen Haushalt finanzierten Aufgaben in die Zuständigkeit der Krankenversicherung, die in den letzten zehn Jahren durch die Ausweitung des Krankheitsbegriffes ausgelöst wurde, und andererseits an dem Bestreben, Leistungs- und Beitragsunterschiede zwischen den einzelnen Krankenversicherungen durch Eingriffe des Gesetzgebers abzubauen. Ein Trend zur Einheitsversicherung ist damit unverkennbar.

Ehe man sich aber für eine Behandlung von Gesundheitsgütern als öffentliches Gut, also für ein kostenloses Angebot und eine Finanzierung des Leistungsangebots aus allgemeinen Steuermitteln, entscheidet, wäre zu prüfen, ob eine gesellschaftlich als ausreichend anzusehende Versorgung auch durch den Abschluß von Versicherungsverträgen auf individueller Basis erreicht werden kann. Soweit dies möglich ist, könnte sich der Staat darauf beschränken, die Mitglieder des Staatsverbundes zu verpflichten, eine Versicherung abzuschließen, die das für notwendig gehaltene Versorgungsniveau garantiert. Die Freiheit der Versicherten im Hinblick auf die Wahl der Krankenversicherung und damit der Kassenzugehörigkeit könnte erhalten bleiben. Gleichzeitig würden die Prei-

se als Ausschlußkriterium weiterhin von Bedeutung sein; sie hätten lediglich die Form von Versicherungsbeiträgen.

Der entscheidende Unterschied zwischen einer Steuer und einer Finanzierung über Versicherungsbeiträge bei Wahlfreiheit der Versicherung ist einerseits darin zu sehen, daß sich die Beiträge wegen des Wettbewerbs der Versicherungen um die Versicherten an den Kosten der gesundheitlichen Sicherung für einzelne Versichertengruppen orientieren, was bei einer Steuerfinanzierung keineswegs erforderlich ist. Die Beiträge würden sich, wie gegenwärtig in der privaten Krankenversicherung, also nach dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten unterscheiden. Andererseits würden die Versicherungen auf eine Senkung der Kosten durch Vermeidung von „moral hazard“ hinwirken, um ihren Versicherten niedrige Beiträge anbieten zu können. Dies ist eine unmittelbare Folge des Wettbewerbs der Versicherungen um die Versicherten.

Kalkulierbarkeit des Schadensrisikos

Voraussetzung für die Möglichkeit einer Versicherung ist jedoch, daß das Schadensrisiko kalkulierbar bleibt. Folglich wird eine Versicherung im Prinzip nur solche Gesundheitsgüter bereitstellen können, bei denen die Nachfrage zufallsbedingt ist. Die Kosten für Vorsorge und Rehabilitationsleistungen, also von Leistungen, die nicht vom Zufall abhängig sind, wird eine Versicherung immer nur dann übernehmen, wenn durch die Nachfrage nach diesen Leistungen für die Versicherten ein unmittelbarer Nutzen in Form von Beitragssenkungen erwartet werden kann.

Wie die Erfahrungen in anderen Bereichen des Versicherungswesens zeigen, gehen Versicherungen hierbei sogar oftmals so weit, die Kosten eines Schadensfalles nur dann zu übernehmen, wenn die Versicherten bestimmte Maßnahmen zur Verhinderung des Schadenseintritts getroffen haben. So ist die Voraussetzung für den Ersatz eines gestohlenen Fahrrades, daß das Fahrrad abgeschlossen war. Entsprechend könnten Krankenversicherungen die Einstufung von Versicherten in günstige Beitragsklassen davon abhängig machen, in welchem Umfang bestimmte Vorsorgeleistungen in Anspruch genommen wurden.

Die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung durch Versicherungen muß allerdings versagen, wenn das Schadensrisiko nicht mehr kalkulierbar ist. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn der Eintritt eines Schadensfalles weniger vom Tatbestand einer Erkrankung, als vom Verhalten der Versicherten (Überge-

wicht, Sucht) sowie von anderen sozialen Tatbeständen bestimmt wird. So dürfte das Versicherungsprinzip überstrapaziert sein, wenn die Kosten einer Krankenhauspflge auch in solchen Fällen übernommen werden sollen, in denen die Behandlung einer Krankheit keine stationäre Unterbringung erfordert. Das gleiche gilt für Vorsorge- und Früherkennungsleistungen, mit denen kein unmittelbarer Vorteil für die betreffende Versichertengemeinschaft verbunden ist. Derartige Leistungen wären folglich als öffentliche Güter zu behandeln und aus dem allgemeinen Steueraufkommen, also unter Verzicht auf die Anwendung von Preisen als Ausschlußkriterium, zu finanzieren.

Mit dem Vorschlag, die Verantwortung von Staat und Versicherungen im Hinblick auf die Versorgung mit Gesundheitsgütern entsprechend den Erfordernissen des Versicherungsgedankens abzugrenzen und die Finanzierung dementsprechend auszugestalten, wird lediglich gefordert, eine Situation zu schaffen, die in anderen Bereichen für selbstverständlich gehalten wird. So werden Maßnahmen zur Vermeidung von Un-

fallschäden im Bereich des Straßenverkehrs in Form einer Verbesserung der Straßenführung oder der Installation von Verkehrsampeln über den öffentlichen Haushalt finanziert, während die Kraftfahrer zur Abdeckung der Kosten von eintretenden Schäden eine Haftpflichtversicherung abzuschließen haben.

Versorgungsgerechtigkeit trotz Selbstbehalt

Bei der Frage, ob Gesundheitsleistungen kostenlos oder gegen Bezahlung angeboten werden sollen, wird häufig argumentiert, daß ein kostenloses Angebot unabhängig von anderen Argumenten allein schon aus Gründen der Versorgungsgerechtigkeit erforderlich sei. Hierbei wird jedoch vernachlässigt, daß es in der Regel nicht notwendig ist, auf die Anwendung von Preisen als Ausschlußkriterium völlig zu verzichten. So kann es unter dem Aspekt einer optimalen Allokation vorteilhafter sein, die von den Nachfragern zu zahlenden Preise lediglich zu reduzieren. Den von den Nachfragern zu zahlenden Preis bezeichnet man als Selbstbehalt, wenn es sich um die Nachfrage nach einzelnen Gesundheitsgütern handelt. Bei einer staatlichen Einflußnahme auf die Höhe der Versicherungsbeiträge, die bei Versicherten mit niedrigem Einkommen zweckmäßig sein könnte, würde man von einem Beitragszuschuß sprechen.

Hinsichtlich der Notwendigkeit eines Selbstbehalts ist zweierlei zu beachten. Einerseits gibt es Gesundheitsgüter, die gleichzeitig der Befriedigung anderer Bedürfnisse dienen. Um eine übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen zu vermeiden, die unter dem Ziel Gesundheitssicherung als nicht gerechtfertigt anzusehen ist, kann es im Interesse der Versichertengemeinschaft zweckmäßig sein, Preise als Ausschlußkriterium einzusetzen. Hierbei kann man sogar so weit gehen, die Finanzierung dieser Leistungen voll im individuellen Verantwortungsbereich zu belassen. Ein Beispiel hierfür sind die in der Negativliste enthaltenen Medikamente.

Weiterhin trifft die Behauptung, allein ein kostenloses Angebot von Gesundheitsgütern würde eine bedarfsgerechte Versorgung bewirken, wegen der für einzelne Nachfrager unterschiedlichen Opportunitätskosten nicht zu. Durch den Verzicht auf die Zahlung eines Preises bei einer unmittelbaren Inanspruchnahme von Leistungen – dies gilt bei einer Finanzierung der Nachfrage über Versicherungsbeiträge ebenso wie bei einer Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen – treten lediglich andere Zugangshemmnisse in den Vordergrund. Da die Opportunitätskosten – z. B. in Form unterschiedlicher Wegezeiten (Zeitbedarf) und Zeitknappheiten – für die Nachfrager keines-

Hözlner/Satzky

Wettbewerbsverzerrungen durch nachfragemächtige Handelsunternehmen

Möglichkeiten und Grenzen ihrer Kontrolle

Von Dr. Heinrich Hözlner und Horst Satzky

1980. XV, 172 Seiten, kartoniert DM 36,50

(= FIW-Schriftenreihe. Forschungsinstitut für Wirtschaftsverfassung und Wettbewerb e. V., Köln, Heft 90)

ISBN 3-452-18750-0

Nachfragemacht tritt in vielen Angebots-Nachfrage-Konstellationen der Wirtschaft auf. Die Studie beschränkt sich auf einen Schwerpunktbereich, auf die Untersuchung der Beziehungen zwischen Handel und Industrie. Ihr Ziel ist die theoretische und wettbewerbsrechtliche Aufbereitung und Einordnung von Wettbewerbsverzerrungen durch nachfragemächtige Handelsunternehmen und -zusammen-schlüsse für Zwecke ihrer Erfassung und Kontrolle.



Carl Heymanns Verlag
Köln Berlin Bonn München

wegs einheitlich sind, kann die Versorgung auch nicht der Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit genügen. Dies bestätigt eine Betrachtung des unterschiedlichen Nachfragevolumens einzelner Versichertengruppen. Dies ist darauf zurückzuführen, daß die Opportunitätskosten der Nachfrage auch bei Verzicht auf die Erhebung von Preisen als Ausschlußkriterium bei Rentnern und Arbeitslosen niedriger als bei Erwerbstätigen sowie bei Müttern mit kleinen Kindern sind.

Berücksichtigt man diese Unterschiede in den Opportunitätskosten, so kann es sehr wohl sein, daß durch die Einführung eines Selbstbehalts eine bedarfsgerechte Versorgung mit Gesundheitsgütern besser realisiert werden kann als bei einem völligen Verzicht auf die Anwendung von Preisen als Ausschlußkriterium. Dies gilt um so mehr, je stärker man dazu übergeht, andere Zugangshemmnisse zu beseitigen. Denn je leichter der Zugang zu Gesundheitsgütern wird, desto größer wird die Gefahr einer unwirtschaftlichen Verwendung. Dieser Gefahr könnte man aber durch einen Selbstbehalt begegnen. Hierdurch könnten nicht nur die steigenden Kosten aufgefangen werden, die durch den Abbau von Zugangshemmnissen verursacht werden. Gleichzeitig würden auch die Anreize steigen, die Wirtschaftlichkeit im Verbrauch zu erhöhen.

Öffentliche „Un“-Güter

Aus der Analyse der Kollektivgutproblematik ergeben sich aber noch weitere Schlußfolgerungen, wenn man das duale Problem der Kollektivgüter betrachtet. Neben öffentlichen Gütern gibt es solche, die als öffentliche „Un“-Güter zu bezeichnen wären. Beispiele für solche Güter im Gesundheitsbereich sind Alkohol, Tabak und andere Suchtmittel. Hinzu kommt ein übermäßiger Konsum an Lebensmitteln, der zu Fettleibigkeit und damit zu einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsgütern führt. Während es bei öffentlichen Gütern notwendig war, die Preise unter die Kosten zu senken, um den Verbrauch zu steigern, wäre es bei öffentlichen „Un“-Gütern notwendig, die Preise zu erhöhen, um die Nachfrage einzuschränken.

Dem Verzicht auf die Anwendung von Preisen bei öffentlichen Gütern, also dem kostenlosen Angebot von Leistungen, entspricht bei öffentlichen „Un“-Gütern das Verbot, die betreffenden Leistungen anzubieten. Fördert man einerseits die Nachfrage nach öffentlichen Gütern durch Preissenkungen bzw. Beitragsenkungen oder eine kostenlose Bereitstellung der Güter, so wäre es angezeigt, die Nachfrage nach öffentlichen „Un“-Gütern mit Sonderprämien zu belasten bzw. die Nachfrage mit einer Sonderabgabe zu

belegen. Aus dieser Sicht sind die Einnahmen aus der Alkohol- und Tabaksteuer eindeutig Finanzierungsmittel, die den Krankenversicherungen zufließen müßten. Anderenfalls entsteht die Gefahr einer Überforderung der Solidargemeinschaft. Dies wurde bislang allein dadurch verhindert, daß der Staat für die Kosten von Suchterkrankungen weitgehend zuständig war und damit aus allgemeinen Steuermitteln finanzierte.

Konsequenzen für die Selbstverwaltung

Die Betrachtung des Leistungsangebots der GKV unter dem Aspekt der Theorie der öffentlichen Güter machte in eindringlicher Weise deutlich, daß in zunehmendem Maße sogenannte öffentliche Güter durch politische Entscheidung zu „Versicherungsgütern“ gemacht werden. Möglicherweise sind sich die Politiker über die daraus für die Selbstverwaltung resultierenden Folgen noch nicht einmal im klaren.

Will man die gegliederte GKV erhalten und die Selbstverwaltung nicht nur auf die Kontrolle der Durchführung gesetzlicher Bestimmungen beschränken, so bedarf es allerdings nicht nur einer Wiederherstellung der Autonomie der Versichertengremien auf der Leistungsseite. Der zweite Grundpfeiler der Selbstverwaltung ist die Finanzautonomie, also das Recht der Beitragsfestsetzung. Auch dies ist in Gefahr verlorenzugehen. So wird in zunehmendem Maße überlegt, durch die Einführung eines Finanzausgleichs unter den Kassen Beitragsdifferenzen zu eliminieren.

Je mehr die GKV zu einem Instrument der Erfüllung allgemeiner staatlicher Aufgaben wird – indem öffentliche Güter in den Leistungskatalog aufgenommen und die Beiträge durch einen Finanzausgleich vereinheitlicht werden –, desto geringer wird ihre Bedeutung als Organisation der Versicherten. Das geringe Interesse der Versicherten an den Sozialwahlen findet in dieser sich abzeichnenden Entwicklung seine Erklärung. So hat sich gezeigt, daß die Wahlbeteiligung um so geringer ist, je größer die Kassen sind.

Um das Interesse der Versicherten an den Sozialwahlen zu steigern, müssen ihre Mitwirkungsrechte bei der Gestaltung sowohl der Leistungs- als auch der Beitragsseite verstärkt werden. Nur auf diese Weise ist eine Weiterentwicklung der GKV entsprechend den unterschiedlichen Bedürfnissen der Versicherten möglich. Hierbei könnte man zusätzlich daran denken, den Versicherten das Recht der Wahlfreiheit der Kasse einzuräumen. Der Staat sollte demgegenüber immer nur dann aktiv werden, wenn die Selbstverwaltung überfordert ist, und sich im übrigen auf die Wahrnehmung seiner Aufsichtsfunktion beschränken.