

Buchholz, Wolfgang

Article

Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative

Schmollers Jahrbuch – Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Journal of Applied Social Science Studies

Provided in Cooperation with:

Duncker & Humblot, Berlin

Suggested Citation: Buchholz, Wolfgang (2001) : Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative, Schmollers Jahrbuch – Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Journal of Applied Social Science Studies, ISSN 1865-5742, Duncker & Humblot, Berlin, Vol. 121, Iss. 1, pp. 83-104, <https://doi.org/10.3790/schm.121.1.83>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/291977>

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.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Diskussion

Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative

Von Wolfgang Buchholz

Abstract

In contrast to other fields of economic policy there is no real consensus why government should intervene in the health care sector. This contribution therefore tries to give a systematic account of the decisive reasons for market failures in the health sector. Introducing a compulsory health insurance as in Switzerland appears to be a logical approach for reforming the health system that closely conforms to the market system.

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu anderen Politikfeldern gibt es im Bereich der Gesundheitspolitik keinen wissenschaftlichen Konsens über die Rechtfertigung staatlicher Eingriffe. Im vorliegenden Beitrag wird deshalb versucht, die ausschlaggebenden Gründe für ein Marktversagen im Gesundheitswesen im Zusammenhang zu beschreiben. Die Einführung einer Versicherungspflichtlösung (wie in der Schweiz) erweist sich vor diesem Hintergrund als konsequente und ordnungspolitisch angemessene Reformalternative.

JEL Klassifikation: H1, I1

1. Einleitung*

Die Reform des Gesundheitswesens ist in vielen Ländern zu einem Hauptthema der politischen Diskussion geworden. Während in den USA der unzureichende Krankenversicherungsschutz weiter Bevölkerungskreise beklagt wird, steht in Deutschland die „Kostendämpfung“, d. h. die Begrenzung der Ausgaben vor allem in der Gesetzlichen Krankenversicherung, im

* Für wertvolle Anregungen danke ich den Kollegen im Berliner Forschungsverbund Public Health (BFPH), dem Herausgeber dieser Zeitschrift sowie drei anonymen Gutachtern.

Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatte. Den verschiedenen Problemwahrnehmungen entsprechen unterschiedliche Reformperspektiven. In den USA wird vielfach ein Ausbau des staatlichen Einflusses auf das Gesundheitswesen gefordert, in Deutschland (und anderen europäischen Ländern) geht es hingegen um die Stärkung marktwirtschaftlicher Anreize in diesem Bereich und somit um einen teilweisen Rückzug des Staates. Ganz allgemein fällt auf, dass gerade im Gesundheitswesen Art und Ausmaß staatlicher Eingriffe in den einzelnen Ländern höchst verschieden sind. Schon angesichts der Vielfalt der in der Realität existierenden Regelungen kann eine gewisse Orientierungslosigkeit der Reformdiskussion nicht allzu sehr überraschen. Auch unter Ökonomen besteht – im Gegensatz zu anderen Politikbereichen – kein wirklicher Konsens über das angemessene Verhältnis von Markt und Staat im Gesundheitswesen. Der vorliegende Diskussionsbeitrag stellt den Versuch dar, einen Beitrag zur Klärung dieser ordnungspolitischen Frage zu leisten und auf dieser Basis dann nach einem adäquaten Reformansatz zu fragen.

Nach üblichem Verständnis von Ökonomen sind Staatseingriffe in das Marktsystem dann und nur dann gerechtfertigt, wenn der Markt „versagt“, d. h. kein (pareto)optimales Allokationsergebnis zustande bringt. Die medizinische Versorgung besteht jedoch aus Gütern und Dienstleistungen, die von den Nachfragern, genauso wie andere private Güter auch, individuell bei bestimmten Anbietern erworben werden können. Durch eine Zahlung oder deren Versprechen entsteht ein persönlicher Anspruch auf eine nur dem Zahler zufallende Gegenleistung – und wer nichts bezahlt, kann von der entsprechenden Leistung auch ausgeschlossen werden. Bei Gesundheitsgütern liegen die beiden für „öffentliche Güter“ charakteristischen Merkmale (Nicht-Ausschließbarkeit vom und Nicht-Rivalität im Konsum) jedenfalls nicht vor. Auch sind außer bei „seuchenpolitischen Maßnahmen“, d. h. bei Vorkehrungen gegen eine Ausbreitung ansteckender Krankheiten, nicht ohne weiteres externe Effekte im Gesundheitsbereich auszumachen. Ebenso wenig scheint der Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern von Gesundheitsleistungen stärker gefährdet zu sein als zwischen Anbietern in anderen Bereichen. Zunehmende Skalenerträge stellen sicherlich kein typisches Problem des medizinischen Sektors dar.

Die aus der Lehrbuchliteratur bekannten Standardargumente zur Rechtfertigung von Staatseingriffen lassen sich also auf den Gesundheitssektor nur um Teil anwenden. Zur Begründung der intensiven staatlichen Regulierung, wie man sie in den meisten Ländern findet, taugen sie kaum. Was die wirklichen Rechtfertigungsgründe für staatliche Eingriffe angeht, lässt die gesundheitsökonomische Literatur immer noch viele Fragen offen. So kann allgemein gelten, was *Cochrane* (1995, S. 446) kritisch zur Diskussion über Reformansätze im Gesundheitswesen der USA bemerkt: „Neither the

authors of health regulation plans nor their critics focused on the standard question for proposed regulations. What, precisely, is the market failure?“ Mit dieser Feststellung geht die Befürchtung einher, dass Reformvorschläge aufgrund ihrer unzureichenden theoretischen Fundierung zu kurz greifen und an den eigentlichen Problemen vorbeigehen.

Zweck der folgenden Ausführungen ist es deshalb, nach den tatsächlich relevanten Marktversagensgründen im Gesundheitswesen zu suchen. Dabei orientieren wir uns an spezifischen Merkmalen, die Gesundheitsgüter von anderen Gütern unterscheiden. Dies ist zum einen der hohe Unsicherheitsgrad beim Entstehen der Nachfrage nach medizinischen Gütern und zum anderen der hohe ethische Stellenwert, den die Befriedigung dieser Nachfrage hat. Durch die Synopse im Prinzip bekannter Einzelargumente soll sich dabei eine differenziertere Einschätzung des staatlichen Handlungsbedarfs im Gesundheitsbereich ergeben, die eine bessere Leitlinie für gesundheitspolitische Reformvorhaben zu liefern vermag. In der Tat wird sich zeigen, dass aus der hier entwickelten Begründung für Staatseingriffe im Gesundheitsbereich eine ganz bestimmte Form der staatlichen Regulierung abgeleitet werden kann, mit deren Hilfe sich die zentralen gesundheitspolitischen Ziele auf möglichst marktkonforme Weise realisieren lassen. Der dabei formulierte Lösungsansatz besteht in der Einführung einer *Versicherungspflicht für alle Individuen*, die auf Seiten der Versicherungsunternehmen durch Beschränkungen bei der Risikodifferenzierung der Prämiensätze sowie durch einen Kontrahierungszwang ergänzt wird. Innerhalb dieses vom Staat gesetzten Regulierungsrahmens kann sich dann ein privater Markt für Krankenversicherungen entwickeln. Der Wettbewerbsmechanismus wird auf diese Weise aktiviert und trägt zu einer kostengünstigeren Leistungserstellung bei. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, im eigentlichen Sinn sozialpolitische Ziele durch separate verteilungspolitische Maßnahmen auf direktem Wege zu berücksichtigen. Ein Gesundheitssystem, das im Wesentlichen diese Merkmale aufweist, gibt es in der Schweiz seit 1994. Durch die folgenden Überlegungen soll dieses in einen breiteren ordnungstheoretischen Rahmen gestellt werden.

2. Die Unsicherheit der Nachfrage nach medizinischen Leistungen als Begründung für staatliche Interventionen

Es ist ein typisches Merkmal medizinischer Leistungen, dass der Bedarf eines Individuums an diesen Leistungen in starkem Maße vom Zufall abhängt. Ein solches Risiko begründet für sich genommen noch nicht die Notwendigkeit staatlicher Maßnahmen. Da außer im Fall von Epidemien die individuellen Krankheitsrisiken voneinander (stochastisch) unabhängig

sind, besteht die Möglichkeit zum Ausgleich der einzelnen Risiken durch Versicherung. Das „Gesetz der großen Zahl“ sorgt dafür, dass die Belastung des Einzelnen durch Gesundheitsausgaben zu einer quasi sicheren Größe wird. Risikoscheue Individuen, die über Ausmaß und Art ihrer Risiken informiert sind, würden auch ohne staatliches Zutun freiwillig private Krankenversicherungen abschließen wollen. Das Eigeninteresse der Individuen an einer Versicherung gegen Krankheitsrisiken müsste ja sogar noch viel stärker ausgeprägt sein als bei den eher kleinen Alltagsrisiken, gegen die sich Individuen von selber versichern (wie etwa gegen die Verluste beim Rücktritt von einer fest gebuchten Reise). Viele ernste Erkrankungen verursachen so hohe Kosten, dass im Extrem sogar das Leben selber nur mit Hilfe von Versicherungsleistungen aufrechterhalten kann. Doch selbst wenn das eigene Vermögen zur Deckung der Behandlungskosten ausreicht, wird sich ein risikoaverses Individuum – wie bei privaten Haftpflichtversicherungen – gegen den im Schadensfalle drohenden Vermögensverlust und damit einhergehende Einbußen im Lebensstandard schützen wollen.

In der Realität werden sich funktionierende Märkte für private Krankenversicherungen jedoch nicht ohne weiteres entwickeln. Dies liegt in erster Linie daran, dass die Individuen im Hinblick auf ihr Erkrankungsrisiko nicht in dem Maße homogen sind, wie es bei dem soeben entwickelten Argument unterstellt wurde. Im Hinblick auf das Krankheitsrisiko bestehen (differenziert etwa nach Geschlecht, nach Lebensweise, nach Beruf oder aber auch nach genetischer Ausstattung) beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Individuen. Individuen gehören also in Bezug auf viele Erkrankungsrisiken typischerweise unterschiedlichen *Risikoklassen* an.

In der Literatur wird vorwiegend der Fall behandelt (vgl. etwa *Breyer / Zweifel* 1999), dass es Versicherern aufgrund unzureichender Information nicht möglich ist, einzelne Individuen eindeutig in bestimmte Risikoklassen einzustufen. Ein Problem für die Funktionsfähigkeit des Versicherungsmarktes ergibt sich dadurch nicht, solange auch die Versicherten über ihr individuelles Krankheitsrisiko nicht Bescheid wissen. Es kommt dann zu einem Marktgleichgewicht, in dem die Risiken über die Angehörigen aller Risikoklassen gleichmäßig gestreut werden. Eine solche *Pooling-Lösung* ist aber nicht mehr möglich, wenn bei *asymmetrischer Information* zwar die Individuen ihr persönliches Risiko kennen, die Versicherungsunternehmen aber nur Kenntnis von der Existenz der verschiedenen Risikoklassen haben, jedoch zu einer individuellen Zuordnung nicht in der Lage sind. Die Versicherungsgesellschaften können dann nämlich durch geschickte Vertragsangebote die Angehörigen bestimmter Risikoklassen dazu bewegen, im Sinne der *Self Selection* von selber einen Versicherungswechsel vorzunehmen. Es kommt zum „Rosinenpicken“ seitens der Versicherungsunternehmen, d. h. dem Versuch, gute Risiken mit geringer Erkrankungswahrschein-

lichkeit anzulocken und schlechte Risiken mit hoher Erkrankungswahrscheinlichkeit fernzuhalten. Durch *Adverse Selection* kann dies zur Folge haben, dass einige Versicherungsgesellschaften auf den schlechteren Risiken sitzen bleiben und die ursprünglich kalkulierten Prämien zu Verlusten führen. Im Endeffekt besteht die Gefahr, dass die Versicherungsbedingungen für viele Versicherungsnehmer ungünstiger sind, als sie es sein müssten, oder gar, dass ein Gleichgewicht auf dem Versicherungsmarkt überhaupt nicht zustande kommt. In dieser Situation wird für die privaten Versicherungsmärkte ein „constant state of flux“ (Rees 1989, S. 89) erwartet, so dass permanente Unsicherheit über die Versicherungsbedingungen herrscht.

Diese Befürchtung wird sogar noch verstärkt, wenn man sich vor Augen hält, dass die Annahme asymmetrischer Information gerade im Zusammenhang mit Krankenversicherungen nur begrenzt realistisch ist. Krankenversicherungen sind bis zu einem gewissen Grad in der Lage, die individuellen Krankheitsrisiken eines potenziellen Versicherungsnehmers vor Vertragsabschluss zu erkennen. Sie können zu diesem Zwecke medizinische Eingangsuntersuchungen fordern oder aber den Versicherten – unter Androhung eines späteren Leistungsentzugs – zur Offenlegung der entsprechenden Informationen zwingen. Ein Problem asymmetrischer Information besteht in diesem Falle nicht. Der Versicherungsmarkt führt in diesem Fall zu *risikoäquivalenten Prämien*, deren Höhe sich zwischen den einzelnen Versicherten in erheblichem Maße unterscheidet. Auf „schlechte Risiken“ kämen im Gegensatz zu einem (solidarischen) Krankenversicherungssystem, in dem bei Festsetzung der Versicherungsbedingungen nicht nach Vorerkrankungen und Krankheitsrisiken gefragt wird, erhebliche Mehrbelastungen zu. Wenn im Zeitablauf die Versicherungsbedingungen eines Individuums immer aufs Neue an seinen augenblicklichen Gesundheitszustand angepasst werden, ergibt sich eine Folge von Krankenversicherungsverträgen mit periodenweise risikoäquivalenten Prämiensätzen. Über den Lebenszyklus hinweg erhalten die Individuen dann nicht die umfassende Absicherung, die sie aufgrund ihrer Risikoscheu wünschen. Das Risiko hoher Behandlungskosten wird lediglich in ein „Prämienrisiko“ transformiert. Beim Auftreten bestimmter chronischer Krankheiten kann es im Endeffekt dazu kommen, dass genauso wie beim völligen Fehlen einer Versicherung der Finanzierungsrahmen eines Individuums irgendwann einmal gesprengt wird. In diesem Falle würde der Markt für private Krankenversicherung seinem eigentlichen Zweck nicht mehr gerecht. „The promise to sell insurance at an unstated price is not insurance“ (Diamond 1992, S. 1238).

Die Gefahr extremer Steigerungen des Prämiensatzes ließe sich vermindern, wenn sich die Individuen rechtzeitig, d. h. bevor eine Erkrankung oder auch nur ein individuelles Krankheitsrisiko feststellbar ist, versichern

und dabei die Versicherungsbedingungen langfristig festgeschrieben werden. Eltern würden dann beispielsweise schon bei Beginn der Schwangerschaft einen Versicherungsvertrag für ihr noch ungeborenes Kind abschließen. Auf diese Weise könnten sie dem Risiko begegnen, dass ihr Kind schon von Geburt an unter einer chronischen und mit hohen Behandlungskosten verbundenen Krankheit leidet. Bei weiteren Fortschritten in der Gentechnik dürfte jedoch selbst diese Möglichkeit verbaut werden, wenn auf der Basis von Gentests bei den Eltern oder durch am Fötus vorgenommene Untersuchungen die Einteilung noch ungeborener Kinder in verschiedene Risikoklassen einfacher wird. Der genetisch bedingte Teil der Krankheitsrisiken könnte dann möglicherweise überhaupt nicht mehr versichert werden.¹

Davon abgesehen ist eine Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit eines Systems langfristiger Versicherungsverträge, dass die Versicherungsverträge beide Seiten, Versicherer wie Versicherte, tatsächlich dauerhaft binden. Ansonsten würden ja Versicherungsgesellschaften, bei im Laufe der Zeit immer deutlicher werdenden Unterschieden in den individuellen Erkrankungswahrscheinlichkeiten, die Möglichkeit erhalten, „guten“ Risiken niedrigere Prämien anzubieten, um sie auf diese Weise zum Wechsel der Versicherung zu bewegen. Auch dies wäre eine Form des „Rosinenpickens“, die anders als im Standardmodell für Versicherungsmärkte auch bei völlig asymmetrischer Information zustande käme. Individuen auf Dauer an eine bestimmte Versicherungsgesellschaft zu ketten, erscheint aber rechtlich kaum durchsetzbar – insbesondere wenn der ursprüngliche Versicherungsvertrag nicht vom versicherten Individuum selber, sondern dessen Eltern abgeschlossen worden ist. Zudem wäre eine solche definitive Bindung auch aus ökonomischen Gründen fragwürdig, weil sie die Konkurrenz zwischen den einzelnen Versicherungsgesellschaften einschränken würde. Mangelndes Kostenbewusstsein und niedrige Effizienz wären die unvermeidlichen Folgen solcher langfristiger Verträge. Als Beispiel hierfür lässt sich auch der Markt für private Krankenversicherungen in Deutschland heranziehen. Aufgrund der in der Regel exorbitant hohen Kosten eines Versicherungsverwechsels sind hier die Versicherten faktisch gezwungen, auf Dauer bei ein und derselben Versicherungsgesellschaft zu bleiben. In der somit unzureichenden Konkurrenz wird ein wichtiger Grund für ein insgesamt zu hohes Prämienniveau gesehen.

Wenn aber langfristig bindende Versicherungsverträge entweder nicht durchsetzbar sind oder aber mit Ineffizienzen verbunden wären, bliebe allenfalls noch die Möglichkeit, das Problem der Gewährleistung eines

¹ Zur Diskussion der Frage, ob Gentests einen Versicherungszusammenbruch implizieren, vgl. Strohmenger und Wambach (1999).

effektiven Versicherungsschutzes durch eine geschicktere Gestaltung der Prämien kurzfristiger Versicherungsverträge zu entschärfen. Von der neueren versicherungsökonomischen Literatur wird ein solcher Ausweg zumindest erörtert, der im Idealfall eine auf risikospezifischen Motiven beruhende staatliche Regulierung von Krankenversicherungsmärkten überflüssig machen könnte. (Vgl. v. a. *Cochrane* 1995 sowie *Pauly, Kunreuther* und *Hirth* 1995). Hinter diesen Ansätzen steckt die Einsicht, dass die herkömmlichen theoretischen Modelle für Krankenversicherungsmärkte zu statisch orientiert sind und deswegen die Probleme einer adäquaten Versicherung in diesem Bereich von vornherein nicht richtig erfassen können. Das Risiko, gegen das sich ein Individuum in einer bestimmten Periode versichern möchte, betrifft ja nicht nur die im Krankheitsfalle *während dieser Periode anfallenden Kosten*, sondern darüber hinaus auch *alle zukünftigen Kostenbelastungen*, die in der betreffenden Periode offensichtlich werden und somit als Grundlage für die Festsetzung der Prämien in den Folgeperioden verwendet werden können.

Ein Beispiel mag verdeutlichen, welche Auswirkungen diese Unterscheidung bei der Ermittlung des „richtigen“ Prämiensatzes hat: In einem bestimmten Jahr (z. B. 2001) wird bei 1% der Gesamtpopulation der zu versichernden Individuen erstmalig eine chronische Krankheit wie etwa Diabetes festgestellt, die im betreffenden Jahr Kosten von im Durchschnitt 1000 € pro erkranktem Individuum verursacht. Der Barwert der Behandlungskosten, die für ein in 2001 erkranktes Individuum in allen zukünftigen Perioden entstehen (mit dem marktüblichen Zinssatz abdiskontiert auf die Basisperiode 2001), sei 10.000 €. Die Prämie einer fairen Versicherung gegen die mit Diabetes verbundenen Kosten errechnet sich für das Jahr 2001 dann als Produkt aus Erkrankungs Wahrscheinlichkeit in diesem Jahr und dem Barwert aller aggregierten Behandlungskosten, d. h. als $1\% \times (1.000 \text{ €} + 10.000 \text{ €}) = 110 \text{ €}$. Risikoscheue Individuen werden auch bereit sein, einen solchen „weitsichtigen“ Versicherungsvertrag in 2001 abzuschließen und die geforderte Prämie von 110 € zu bezahlen. Sie können ja antizipieren, dass für die im Jahr 2001 an Diabetes Erkrankten in den anschließenden Perioden überhaupt keine Versicherung gegen die Folgekosten dieser Krankheit mehr möglich sein wird. Dies gilt zumindest dann, wenn die Versicherungen darüber Bescheid wissen, wer die in 2001 Erkrankten sind. Davon ist aber auszugehen, wenn die Informationsbeschaffung seitens der Versicherer keinen rechtlichen Beschränkungen unterliegt und diese in der Prämiengestaltung frei sind. Bei Abschluss des Vertrags mit der Prämie von 110 € in 2001 ergibt sich für die in 2001 Erkrankten in den folgenden Jahren keine weitere Kostenbelastung mehr, während für die übrigen 99% der Versicherten, die im Jahr 2001 verschont bleiben, beim Abschluss ihrer Krankenversicherung für das Jahr 2002 das Spiel von vorne beginnt. Wegen der

verkürzten Restlebenszeit und den somit verminderten Gesamtbehandlungskosten werden die Prämien dann aber geringer ausfallen.

Es lässt sich zeigen, dass ein völlig freier Markt für private Krankenversicherungen mit jeweils kurzfristiger Vertragsdauer bestenfalls die auf diese Weise resultierende Sequenz von Versicherungsverträgen zustande bringen kann (vgl. *Pauly, Kunreuther und Hirth* 1995). Nur bei langfristiger Bindung ließen sich die für die Erkrankten des Jahres 2001 in den Jahren ab 2002 entstehenden Kosten durch Prämienzahlungen in diesen Perioden finanzieren. Gewissermaßen würde bei längerer Dauer des Versicherungsvertrages die Prämie von 110 € (in 2001) nur auf mehrere Perioden (von 2001 bis zum Lebensende) verteilt. Ein kurzfristiger Vertrag mit einer Prämie von 10 €, welche lediglich die durchschnittlichen Behandlungskosten im Jahr 2001 abdeckt, kann die im Jahr 2001 Erkrankten nicht gegen die späteren Behandlungskosten der Diabetes absichern. Diese müssen von den dann bereits Erkrankten von 2002 an selber bezahlt werden. In dem realistischen Fall, dass auch diese Kosten in bestimmtem Umfang wieder stochastisch sind, werden die Versicherungsprämien für die in 2001 Erkrankten mit Beginn des Versicherungsjahres 2002 steigen. In diesem Sinne kann man in der Tat davon sprechen, dass der Versicherungsvertrag mit einer Prämie von 110 € für 2001 „provides ‚premium insurance‘ – insurance against rise in premiums – as well as ‚health insurance‘ – insurance against the uncertain component of one-period health expenditures“ (*Cochrane* [1995, S. 449]). Genau genommen entspricht nur der hier beschriebene Typus eines kurzfristigen Vertrages mit prospektiver Berücksichtigung aller zukünftiger Kosten einer „richtigen“ Anwendung des Versicherungsprinzips.² Wenn man nur auf die während eines bestimmten Jahres anfallenden Behandlungskosten schaut, greift man zu kurz und verliert aus dem Blick, was „Versicherung“ im Falle erst allmählich offenbar werdender Risikotypen überhaupt heißen kann.

Im Hinblick auf die Prämiengestaltung hätten solche weitsichtig angelegten kurzfristigen Verträge zudem den Vorteil, dass für die Versicherten ein Wechsel des Versicherungsunternehmens erleichtert werden könnte. Zu diesem Zweck müsste es möglich gemacht werden, die Vorauszahlungen für in späteren Perioden anfallende Behandlungskosten von einer zur anderen Versicherung zu übertragen. Eine effektive langfristige Absicherung der Individuen stünde damit nicht länger im Gegensatz zu einem intensiven Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt.

² Zum gleichen effektiven Versicherungsschutz könnte man auch gelangen, wenn man die herkömmliche Art der Krankenversicherung durch eine Versicherung gegen das Prämienrisiko ergänzt. In Bezug auf die Auswirkungen von Gentests vgl. den Vorschlag von Tabarrok (1994) zu einer „Genetic Insurance“ sowie die anschließende Diskussion zwischen Hall (1996) und Tabarrok (1996).

So bestechend damit diese spezielle Form kurzfristiger Verträge aus theoretischer Sicht zu sein scheint, so wenig ist sie unter den Bedingungen der Realität aber wirklich praktikabel. Dies hat verschiedene Gründe. So wären bei einem solchen System gerade in niedrigem Lebensalter, in dem die Individuen über kein oder nur ein geringes Einkommen und Vermögen verfügen, schon hohe Prämien fällig. Die Kapitalmärkte werden aber in der Regel nicht so perfekt funktionieren, um trotzdem einen Ausgleich des verfügbaren Einkommens über den Lebenszyklus hinweg gewährleisten zu können bzw. die Finanzierung der in jungen Jahren entstehenden Belastungen zu erlauben. Das gleiche Problem tritt auch im Zusammenhang mit der Finanzierung von Ausbildungsinvestitionen auf und liefert dort eine Rechtfertigung für staatliche Maßnahmen. In Bezug auf Krankenversicherungen ist die Bedeutung dieses Arguments aber zu relativieren. Kurzfristige Versicherungsverträge, die sich in erster Linie an den innerhalb einer einzelnen Periode anfallenden Behandlungskosten orientieren, führen ja zu einem Anstieg der Prämienzahlungen in den letzten Lebensjahren, was unter dem Gesichtspunkt des „income smoothing“ über den Lebenszyklus hinweg genauso wenig erwünscht sein kann.

Ein zweites Problem dürfte deshalb gravierender sein. Bei den „richtig“ ausgestalteten kurzfristigen Verträgen mit prospektiver Berücksichtigung aller zukünftiger Kosten versichern sich die Individuen letztlich dagegen, in einer bestimmten Periode in eine schlechtere Risikoklasse (im Extrem mit nicht mehr stochastischen Behandlungskosten wie in unserem Beispiel) zu fallen. Diese Risikoklassen sind jedoch nicht fest vorgegeben, sondern hängen in erheblichem Maße von der Entwicklung des medizinischen Fortschritts ab. Dies gilt sowohl für die Diagnosemöglichkeiten zur Bestimmung der Risikoklassen als auch für die Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Kosten innerhalb der einzelnen Risikoklassen. Man hat es hier also nicht nur mit „Risiko“ im engeren Sinne, sondern mit „Unsicherheit“ zu tun. Individuen laufen auch bei richtiger Anwendung des Versicherungsprinzips deshalb immer noch Gefahr, auf längere Sicht nicht den eigentlich angestrebten Versicherungsschutz zu erhalten – sei es, weil sie ex post in eine zunächst noch unbekannte Risikoklasse eingestuft werden können, für die sie keine Vorauszahlung leisten konnten; sei es, weil ihre Vorauszahlungen nicht ausreichen, um ihnen eine ex post als befriedigend geltende Teilhabe am medizinischen Fortschritt auf therapeutischem Gebiet zu gestatten.

Aus dieser Perspektive kann der Versicherungsmarkt bei der Gewährleistung eines dauerhaften und verlässlichen Krankenversicherungsschutzes in der Tat zu keinem aus der Sicht der Individuen zufriedenstellendem Ergebnis führen. Mit „asymmetrischer Information“ hat dieses Marktversagen allerdings nur wenig zu tun. Es sind vielmehr andere Merkmale der Risiko-

situation, welche im Bereich der Krankenversicherung die Suche nach wohlfahrtserhöhenden Staatseingriffen nahe legen.

3. Ethische Motive für staatliche Eingriffe

Dass medizinische Leistungen in vielen Fällen existenznotwendig sind und ihre Verweigerung mit erheblichem Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen verbunden wäre, ist ein weiteres für diese Leistungen typisches Merkmal. Ein ethisches Argument, das ganz allgemein zugunsten sozialpolitischer Maßnahmen spricht, hat deshalb im Gesundheitsbereich eine besonders hohe Bedeutung. Gerade in einer wohlhabenden Gesellschaft scheint es nicht tolerabel, dass Leute verhungern oder an im Prinzip heilbaren Krankheiten früher als nötig sterben. Wie jedes Werturteil lässt sich auch dieses nicht objektiv rechtfertigen. Zumindest in den entwickelten Industriegesellschaften dürfte aber weitgehende Übereinstimmung im Hinblick auf die Akzeptanz dieser Norm bestehen.

Die „sozialen Präferenzen“ der Individuen, die hinter einer solchen Wertung stecken, können dabei rein altruistisch motiviert sein und auf Mitleid mit anderen beruhen. Eine starke Nutzenminderung bei anderen führt dann zur Beeinträchtigung der eigenen Wohlfahrt, so dass *psychische Externalitäten* vorliegen. Im medizinischen Bereich erscheint eine solche Nutzeninterdependenz besonders plausibel, weil in vielen Fällen das Leiden anderer deutlich sichtbar oder aber (im Sinne der „extended sympathy“) für den Einzelnen gut nachvollziehbar ist. Die Möglichkeit zur Identifikation mit Bedürftigen dürfte sich aber ganz generell positiv auf die Hilfsbereitschaft auswirken. Dazu kommt, dass aus medizinischen Gründen verursachte Notlagen zumeist ohne Verschulden des Betroffenen entstanden sind und deshalb eine andere moralische Wertigkeit aufweisen als Bedürftigkeit infolge von Arbeitsscheu oder einer Fehlspekulation mit Kapitalanlagen. Altruistische Normen lassen sich zumindest teilweise aber auch mit rein egoistischen Zielen verknüpfen. Da man niemals sicher sein kann, welche Überraschungen das Schicksal für einen bereit hält, wird man sich hinter diesem „Schleier des Nichtwissens“ als risikoscheues Individuum zumindest eine Grundabsicherung gegenüber allen möglichen Eventualitäten wünschen (vgl. Sinn 1995, 1996). Aufgrund ihres ex ante völlig unspezifischen Charakters kann ein solcher Mindestschutz jedoch nicht von privaten Versicherungen gewährt werden. Es ist ja nicht einmal möglich, sich im Voraus genau vorzustellen, aus welchen Gründen man möglicherweise zum Sozialfall werden könnte. Ein entsprechendes kollektives „Sicherheitsnetz“, das seinen Zweck erfüllt, wird die *unbedingte Garantie des existenznotwendigen Grundbedarfs auch im medizinischen Bereich* vorsehen. Der Sozialstaat,

wie wir ihn kennen, weist derartige Vorkehrungen zur Sicherung des Existenzminimums auf. Eine medizinische Grundversorgung auf insgesamt relativ hohem (wenn auch im Einzelnen recht unterschiedlichem) Niveau ist in jedem EU-Staat für alle gesichert. Dies entspricht sowohl den sozialen Präferenzen der Bürger als auch ihrem wohlkalkulierten Eigeninteresse. Die Schaffung einer solchen unbedingten Grundsicherung führt aber auch zu Anreizproblemen und zur Gefahr von Wohlfahrtsverlusten, die gerade im medizinischen Bereich von erheblicher Bedeutung sein können.

Zum einen sinkt durch die Absicherung des Behandlungskostenrisikos das Eigeninteresse der Individuen an einer Prävention von Krankheiten. Durch materielle Anreize in Form einer Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten wird diesem typischen *Moral Hazard Phänomen* entgegengewirkt. Die mit einer gesünderen Lebensführung einhergehende Verminderung des Erkrankungsrisikos oder aber der Schwere einer Erkrankung führt zu einer Senkung der Behandlungskosten und ist somit aus ökonomischen Gründen erwünscht. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass die Individuen durch die mit Krankheiten oder Unfällen verbundene Einbuße an Lebensqualität automatisch eine „Selbstbeteiligung“ an den Krankheitsrisiken tragen. Dadurch wird im Vergleich zu anderen Risiken (etwa Diebstahl) die Bedeutung materieller Anreize eingeschränkt. Es ist jedoch ein psychologisches Faktum, dass Individuen (aufgrund mangelnder Vorstellungskraft oder einfach zum emotionalen Selbstschutz) dazu neigen, die bei Krankheit drohenden immateriellen Kosten zu verdrängen. Selbstbeteiligungsregeln, deren finanzielle Konsequenzen unmittelbar abschätzbar sind, setzen in dieser Hinsicht sicher eindeutigere Signale für ein gesundheitsbewusstes Verhalten.

Zum anderen wird der Anreiz zur Eigenvorsorge (insbesondere durch Abschluss von Versicherungen) vermindert. Dies erscheint zunächst aus Fairnessgründen bedenklich. Wenn die Individuen davon ausgehen können, dass ihnen die Gemeinschaft in einer Notlage unbedingt beisteht, werden ja die „Freifahrer“ belohnt, die in guten Zeiten vor Eintritt der Bedürftigkeit mehr konsumiert und damit einen höheren Lebensstandard genossen haben. In diesem Zusammenhang kommt es aber auch zu Wohlfahrtsverlusten, deren Ursachen in der ökonomischen Theorie der Familie seit Buchanan's „Dilemma des Samariters“ (vgl. *Buchanan* 1975) ausführlich diskutiert werden. Diese Überlegungen können teilweise als Ausgangspunkt dazu dienen, um die mit der Integration der medizinischen Versorgung in ein soziales Grundsicherungssystem verbundenen Ineffizienzen im Einzelnen zu beschreiben.

Auf Seiten der Transferzahler entstehen negative Anreize bei der Einkommenserzielung. Diese sind ja nur dann in der Lage, die Bedürftigen zu

unterstützen, wenn sie selber über genügend finanzielle Mittel verfügen. Zur Vermeidung von Belastungen kann eine rationale Strategie der „Selbstbindung“ darin bestehen, den Einkommenserwerb einzuschränken. Was einer nicht hat, kann er auch nicht geben, selbst wenn er noch so altruistisch veranlagt ist. Überspitzt gesprochen besteht dann ein strategischer Anreiz arm zu sein bzw. zu bleiben (vgl. Konrad 1994). Auf sozialpolitischer Ebene führt dieses Phänomen zum altbekannten Argument, dass zu üppige Sozialleistungen über die Verminderung der Leistungsanreize das Wirtschaftswachstum gefährden. Schon deshalb scheint es angezeigt, die medizinische Basisversorgung aus dem sozialen Grundsicherungssystem auszugliedern.

Negative Wohlfahrtseffekte ergeben sich aber auch durch das Verhalten der Transferempfänger. Wenn die Unterstützungszahlungen für in Not geratene Individuen wie bei der Sozialhilfe nach dem *Bedürftigkeitsprinzip* bzw. Subsidiaritätsprinzip erfolgen, wird im Bedarfsfall zunächst auf das vom Individuum angesparte Vermögen zurückgegriffen. Erst nachdem dieses aufgezehrt ist und der Einzelne oder seine Familie sich nicht mehr aus eigener Kraft helfen können, springt die Gemeinschaft ein. Wenn die Individuen diesen möglichen Verlust ihrer Ersparnisse für sich und v. a. ihre Erben antizipieren, verliert die Vermögensbildung an Attraktivität. Dieses Problem bestand etwa in Deutschland vor Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 1993. Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist es in dem der medizinischen Versorgung einkommensschwacher Individuen dienenden Medicaid-System in den USA von Bedeutung. Kotlikoff (1989), der die damit einhergehenden negativen Sparanreize zu quantifizieren versucht hat, kam zum Ergebnis, dass im Medicaid-System das aggregierte Sparvolumen nur ca. ein Viertel des Wertes beträgt, der sich bei einer privaten Krankenversicherung ergeben würde. „The prospect of having all one's assets confiscated by a Medicaid system is clearly a major saving disincentive.“ (Kotlikoff 1989, S. 189). Darüber hinaus ist zu befürchten, dass von Familienmitgliedern eingeforderte Unterstützungszahlungen auch deren Leistungsanreize vermindern bzw. Anreize zur Verlagerung ökonomischer Aktivitäten in die Schattenwirtschaft erzeugen. Im Vergleich zu den negativen Effekten auf die Kapitalbildung dürfte dieses Problem aber weniger gravierend sein.

Wäre die medizinische Grundsicherung vollständig in ein soziales Sicherungssystem vom Sozialhilfetyp integriert, wäre (auf politökonomischer Ebene) noch mit einer weiteren Ineffizienz zu rechnen. Das Sozialhilfesystem wird durch Steuern finanziert. Weil die Bürger ihre Steuerzahlungen aber nicht einer persönlichen Gegenleistung in Form eines besseren Versicherungsschutzes zuordnen können, ist es für sie individuell rational, auf eine gemessen an ihren Präferenzen zu starke Begrenzung der Kosten der

medizinischen Versorgung zu drängen. Es kommt auf diese Weise zu einer Art „Beggars can't be choosers“ Phänomen, das *Coate* (1995, S. 55) folgendermaßen charakterisiert hat: „... the poor individual does not decide how much protection to have against loss ... There is no reason to expect the rich to choose the level of protection that is optimal for poor persons.“ In dem hier erörterten Zusammenhang ist „poor“ als „bedürftig“ oder „notleidend“ zu interpretieren.

Wenn in einem System der Absicherung gegen Krankheitsrisiken vom Sozialhilfetyp die Individuen nicht den von ihnen gewünschten Schutz erhalten, werden sie natürlich die kollektive Grundsicherung durch private Versicherungen aufzustocken versuchen. Bei Vorhandensein einer staatlichen Mindestabsicherung durch ein System vom Sozialhilfetyp sind die beim Abschluss von privaten Versicherungen dann bestehenden Anreize aber erheblich verzerrt. Etwaige Leistungen aus einer privaten Krankenversicherung werden hier bei der Bedarfsermittlung durch die Sozialhilfe voll angerechnet, so dass echte Zusatzversicherungen überhaupt nicht zustande kommen können. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung lohnt sich in diesem Falle zumindest für Individuen mit nicht allzu hohem Einkommen nicht (vgl. *Buchholz/Wiegard* 1992 für eine theoretische Ausarbeitung dieses Sachverhalts). Der für risikoaverse Individuen optimale Vollversicherungszustand wird nicht realisiert, der Markt für private Krankenversicherungen wird in seiner Entwicklung behindert. Auch dies trägt zu Ineffizienz einer Lösung bei, bei der die medizinische Versorgung in ein soziales Grundsicherungssystem eingebettet ist.

Bei einigen dieser Ineffizienzen kommt es nicht einmal darauf an, dass Leistungen nur nach einer Bedürftigkeitsprüfung wie bei der Sozialhilfe gewährt werden. Vielmehr reicht es aus, dass ein individuell kostenloser Anspruch auf Sachleistungen eines allgemeinen staatlichen Gesundheitsdienstes (etwa nach dem Modell des National Health Service in Großbritannien) besteht. Den Individuen steht dann zwar frei, private Krankenversicherungen (etwa zur Finanzierung der Behandlungskosten in Privatkliniken) abzuschließen, damit verzichten sie aber automatisch auf Leistungen des allgemeinen Gesundheitsdienstes. Eine Erstattung für die dort nicht in Anspruch genommenen Leistungen erhalten sie nicht. Die somit auch in einem solchen System unvermeidbare „Doppelversicherung“ führt, was die Bereitschaft zum Abschluss privater Krankenversicherungen angeht, zu falschen Anreizen.³

³ Auf dieses, auch in anderen Bereichen bestehende Effizienzproblem hat etwa *Summers* (1989, S. 180) hingewiesen. Er bemerkt: „This difficulty could in principle be avoided by public programs that partially compensated those seeking high-quality private sector care.“ Dies hält er aber in der Praxis für politisch nicht durchsetzbar.

Ebenso ergibt sich beim National Health Service Modell die zuvor schon beschriebene Gefahr eines zu geringen Leistungsniveaus. Die Finanzierung des Gesundheitsbereiches konkurriert bei den staatlichen Budgetentscheidungen mit einer Vielzahl anderer Aufgabenfelder. Da die Ausgaben aus dem allgemeinen Steuertopf finanziert werden, schränken drohende steuerliche Zusatzlasten oder der allgemeine Steuerwiderstand den Spielraum des Staates stark ein. Der Steuerwiderstand ist dabei nicht nur einfach psychologisch, sondern im Rahmen kollektiver Entscheidungsprozesse auch rational begründet. Die Individuen können sich ja nicht unbedingt darauf verlassen, dass zusätzliche Steuern tatsächlich für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung verwendet werden. Das englische Beispiel kann als Beleg für diese These gelten: Die Gesundheitsausgaben sind in Großbritannien (mit einem Anteil von 6,7% am Bruttosozialprodukt) wesentlich niedriger als in den meisten anderen Industrieländern. Ein staatlich organisiertes Gesundheitssystem ist also auf der einen Seite höchst effektiv im Hinblick auf das Ziel der „Kostendämpfung“, aber gerade dies wird ihm auf der anderen Seite in zunehmendem Maße auch zum Vorwurf gemacht. Die in Großbritannien geführte Diskussion um die Krise des „National Health Service“ lässt sich vor diesem Hintergrund so deuten, dass aus der Perspektive der Präferenzen von „Mr. Smith“ das tatsächliche Niveau der Gesundheitsausgaben zu gering erscheint.

Niedrige staatliche Aufwendungen für den Gesundheitsbereich bedeuten nicht zwangsläufig, dass die Mittel wirtschaftlich eingesetzt werden. Auch im britischen National Health Service kommt es zu einer Verschwendung von Mitteln. Im Gegenteil ist zu erwarten, dass Bürokraten in der Regel kein großes Eigeninteresse an effizientem Handeln und effizienten Strukturen haben. Es fehlen zudem wirkungsvolle Anreize, innovative Formen der Versorgung im medizinischen Bereich zu entwickeln. Gerade diese Defizite dämpfen auch die Zahlungsbereitschaft der Individuen im Rahmen des kollektiven Sicherungssystems. Die staatliche Garantie einer medizinischen Grundversorgung im Rahmen des Sozialhilfesystems oder eines staatlichen Gesundheitsdienst erweist sich also aus ökonomischer Sicht insgesamt als wenig vorteilhaft.

4. Folgerungen für die Ausgestaltung staatlicher Eingriffe: Die Versicherungspflichtlösung als marktkonformer Lösungsansatz

Die bisherigen Überlegungen haben auf der einen Seite gezeigt, dass v. a. infolge des Prämienrisikos an der Funktionsfähigkeit völlig freier Märkte für Krankenversicherungen zu zweifeln ist. Sie wären zudem nicht in der Lage die ethisch gebotene Mindestsicherung für alle Individuen zu garan-

tieren. Auf der anderen Seite führen aber auch die direkte Gewährleistung dieser Grundsicherung im Rahmen des Sozialhilfesystems oder die staatliche Bereitstellung einer medizinischen Grundversorgung durch einen Nationalen Gesundheitsdienst zu keinen unter Wohlfahrtsgesichtspunkten befriedigenden Ergebnissen. Bei beiden Arten von Staatseingriffen im medizinischen Bereich kommt es kurz gesagt zu einer zu starken „Politisierung“ des Leistungsumfangs, bei der das marktwirtschaftliche Prinzip von Leistung und Gegenleistung zu wenig Berücksichtigung findet und den Präferenzen der Individuen zu wenig Geltung verschafft wird. Bei der Gestaltung von Staatseingriffen im Gesundheitsbereich muss es deshalb darum gehen, einen Mittelweg zu finden und staatliche Regulierung und Elemente der marktwirtschaftlichen Steuerung in geschickter Weise aufeinander abzustimmen.

Bei der Gestaltung staatlicher Maßnahmen ist eine völlige Abkehr von marktwirtschaftlichen Lösungsansätzen weder erforderlich noch gerechtfertigt. Vielmehr kann der Staat für alle eine *Versicherungspflicht* zur Absicherung von Krankheitsrisiken einführen, welche die Sozialhilfe entlastet, Freifahrerverhalten verhindert und das Angebot an medizinischen Leistungen bedarfsgerechter macht. Eine solche Regelung gibt es im Bereich der Krankenversicherung seit einigen Jahren in der Schweiz, und für die Pflegeversicherung in Deutschland wurden als Alternative zur jetzt gültigen Regelung entsprechende Vorschläge entwickelt (vgl. Buchholz/Wiegard 1992). Aus dieser Perspektive stellt das derzeitige System der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland einen viel zu weitgehenden Eingriff dar, der zu vermeidbaren Ineffizienzen führt. Die ethisch gebotene Mindestabsicherung gegen Krankheitsrisiken lässt sich auch auf eine wesentlich stärker an marktwirtschaftlichen Prinzipien orientierte Weise erreichen als dies bisher der Fall ist. Um das Funktionieren dieses durch einen staatlichen Eingriff etablierten privaten Versicherungsmarktes zu gewährleisten, bedarf es allerdings ergänzender Regulierungen, durch die v. a. die Wettbewerbsparameter der Versicherungsunternehmen eingeschränkt werden. Bei einem völlig freien Versicherungsmarkt wären ja im Zeitablauf variable risikoäquivalente Prämien zu erwarten, die nicht zu der von den Individuen erwünschten langfristigen Absicherung gegen die Krankheitsrisiken führen. Um einen auf Dauer stabilen Versicherungsschutz zu erreichen, muss der Staat eine zu starke Orientierung der Prämien an individuellen Merkmalen bzw. eine zu feine Einteilung in einzelne Risikoklassen unterbinden. Insgesamt gesehen lässt sich aus den hier diskutierten Gründen für Staatseingriffe im Gesundheitsbereich also ein *Pflichtversicherungssystem mit beschränktem Wettbewerb zwischen den Versicherungen* ableiten. Eine derartige Lösung reicht zur Erreichung der anvisierten Ziele völlig aus, und sie verspricht zudem gegenüber dem augenblicklichen Zustand Effizienz-

gewinne. Im Einzelnen lassen sich die folgenden Gründe für diesen Vorschlag anführen:

- Es ist ein allgemeines ordnungspolitisches Anliegen, staatliche Interventionen in die Marktwirtschaft auf das notwendige Minimum zu beschränken. Dies beugt auch einer Ausdehnung staatlicher Machtansprüche vor und entspricht so einem weithin akzeptierten liberalen Ideal. Der Staat beschränkt sich darauf, einen Ordnungsrahmen für den Versicherungsmarkt zu schaffen, verzichtet aber darüber hinaus auf diskretionäre Eingriffe. Die Versicherungspflichtlösung stellt einen derartigen „minimal-intensiven Eingriff“ dar: Jedes Individuum genießt einen gewissen Mindestschutz, den es aber anders als bei einer Absicherung durch die Sozialhilfe seinen individuellen Präferenzen entsprechend aufstocken kann, weil – ganz im Gegensatz zur Sozialhilfe – der den Individuen in diesem System gewährte Mindestschutz nicht von Bedarfskriterien abhängt. Die Erreichung eines individuellen Versicherungsoptimums wird auf diese Weise wahrscheinlicher, ganz generell erhalten Individual- gegenüber Kollektiventscheidungen mehr Gewicht.
- Zu einem reflektierten ordnungspolitischen Grundverständnis gehört auch die Einsicht, dass in vielen Fällen die dauerhafte Sicherung des Wettbewerbs und seiner positiven Wohlfahrtseffekte Wettbewerbsbeschränkungen erforderlich macht. Bei der konkreten Vorgabe zulässiger Wettbewerbsparameter geht es speziell im Bereich privater Krankenversicherungen zum einen um die Definition eines Basisleistungskatalogs, den jeder im Rahmen des Pflichtversicherungssystems zulässiger Versicherungsvertrag mindestens enthalten muss, und zum anderen um die Bestimmung von Kriterien, aufgrund derer eine Einteilung der Versicherten in bestimmte Risikoklassen gestattet wird. In der gesundheitsökonomischen Literatur findet sich teilweise sogar die Forderung, eine Differenzierung der Versicherungsprämien sogar völlig auszuschließen – oder auf ein Minimum (wie etwa auf eine Unterscheidung nach dem Wohnort der Versicherten) zu beschränken. So äußern etwa *Cutler* (1994, S. 18) und *Aaron* (1994, S. 36) eine erhebliche Skepsis gegenüber risikoangepassten Prämien, deren „small potential efficiency gains“ insbesondere nach Ansicht Aarons durch im Endeffekt übermäßig hohe Verwaltungskosten teuer erkaufte werden müssen. *Drèze* (1994, S. 18) sieht sogar im „universal access to medical insurance on terms independent of health status“ die einzig bestehende Möglichkeit, die Probleme adverser Selektion auf privaten Krankenversicherungsmärkten in den Griff zu bekommen. Marktwidrig ist es jedenfalls nicht, wenn im Rahmen eines Pflichtversicherungssystems die Versicherungsgesellschaften zu einheitlichen Prämien für alle bei ihnen Versicherten („community rating“) gezwungen werden, bei denen nicht nach Risikoklassen differenziert wird

(vgl. zur weiteren theoretischen Fundierung eines solchen Vorschlags auch Kifmann 2000).

- Die Rolle des Versicherungsmarktes wird aber trotz dieser Regulierung erheblich gestärkt. Zwischen den einzelnen Versicherern können und sollen sich die Prämien sehr wohl unterscheiden. Ein umfassender Preiswettbewerb in Bezug auf die Höhe der Versicherungsprämie verspricht dann eine kostengünstigere Leistungserstellung. Dies gilt zunächst für die bei den Versicherungsgesellschaften anfallenden Verwaltungskosten. Ganz allgemein entstehen Anreize zur Entwicklung effizienterer Organisationsstrukturen, und zwar nicht nur im Bereich der Versicherungen selber, sondern – durch Weitergabe des Kostendrucks – auch bei den eigentlichen Anbietern der medizinischen Leistungen (praktizierende Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie). Insbesondere werden die Anreize zu einer vertikalen Integration zwischen Versicherern einerseits und den eigentlichen Leistungsanbietern andererseits verstärkt. Der ökonomische Vorteil solcher integrierter Versorgungssysteme, die als *Health Maintenance Organizations (HMOs)* gerade in den USA schon seit längerem gebräuchlich sind, liegt v.a. darin, dass sie den Einfluss der Leistungsersteller auf Umfang, Preis und Qualität ihres Angebots wirksam beschränken können. Das im Gesundheitsbereich besonders gravierende Problem von Kostensteigerungen infolge einer zum großen Teil *angebotsinduzierten Nachfrage* wird auf diesem Wege entschärft. Durch die verbesserte Kontrolle lassen sich nicht nur Wirtschaftlichkeitsreserven besser nutzen, sondern auch echte Leistungsbeschränkungen leichter durchsetzen. In einem weitgehend privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungssystem wird auch dem Qualitäts- und Leistungswettbewerb zwischen den Versicherungsgesellschaften eine größere Bedeutung zukommen. Die privaten Krankenversicherungen erhalten ja einen gewissen Handlungsspielraum im Hinblick darauf, mit welchen Service sie den von der Versicherungspflicht erfassten Leistungskatalog anbieten wollen. Zudem werden sich neben der Grundleistung private Zusatzversicherungen herausbilden, bei denen durchaus risikodifferenzierte Prämien möglich sein werden. Die Frage ist dann, inwieweit der Markt für diese Zusatzversicherung zur Erhaltung seiner Funktionsfähigkeit einer staatlichen Regulierung bedarf.⁴
- Im Vergleich zum derzeitigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung, bei dem die individuellen Beiträge bis zur Erreichung der Beitragsbemessungsgrenze proportional zum Lohneinkommen sind, werden „Excess Burdens“ (steuerliche Zusatzlasten) vermieden. Da die Beitrags-

⁴ Zu einer Diskussion im Hinblick auf die Möglichkeit zur Verwendung von Gentests vgl. Wambach (2000).

zahlungen im Pflichtversicherungssystem vom individuellen Einkommen unabhängig sind, können sie – genauso wie eine Kopfsteuer – nicht verzerrend auf die Arbeitsangebotentscheidung wirken. (vgl. zur Einschätzung einer solchen „Head Tax“ zur Finanzierung von Gesundheitsausgaben z. B. auch *Pauly* 1994). Die Probleme steuerlicher Zusatzlasten dürften im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sogar noch erheblich größer als bei der Gesetzlichen Rentenversicherung sein. Durch das Prinzip der Beitragsäquivalenz⁵ sind die späteren Rentenzahlungen im Wesentlichen proportional zu den ursprünglich gezahlten Beiträgen, so dass es durch das System der Gesetzlichen Rentenversicherung – quasi in Form eines Zwangssparens – nur zu einer Verschiebung von Einkommen von der Erwerbs- in die Ruhestandsphase kommt. Im Idealfall, bei (in Bezug auf den gegebenen Marktzinssatz) vollkommener barwertmäßiger Äquivalenz von Beiträgen und späteren Rentenzahlungen, würden steuerliche Zusatzlasten sogar vollständig vermieden (vgl. zu dieser zentralen Einsicht *Fenge* 1995). In der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es typischerweise anders: Die gewährten Leistungen sind hier völlig unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge, so dass theoretisch gesehen die Effekte denen einer Lohneinkommensteuer mit gleichmäßiger Pauschalrückerstattung der Steuereinnahmen entsprechen. Nach empirischen Schätzungen ist bei den durch lohnbezogene Abgaben entstehenden Excess Burdens mit hohen Werten zu rechnen. Auch bei einer im Ausgangszustand niedrigen Steuer- und Abgabenbelastung wie in den USA (in den 80er Jahren) können die steuerlichen Zusatzlasten bezogen auf das zusätzliche Abgabenaufkommen ohne weiteres 30–50% betragen (vgl. z. B. *Browning* 1987 und *Ballard, Shoven und Whalley* 1985), bei höherer Steuerbelastung im Ausgangszustand können sie im Extrem sogar noch höhere Werte von 70–100% erreichen (vgl. z. B. *Feldstein* 1995 und *Hansson und Stuart* 1985).⁵ Bei der Ermittlung der sich aus den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung ergebenden Excess Burdens ist dabei auch der Arbeitgeberanteil an den Beiträgen zu berücksichtigen, der genauso wie der Arbeitnehmeranteil lediglich eine, wenn auch nicht direkt sichtbare Komponente des (Konkurrenz)Marktlöhnes darstellt. Die Wohlfahrtseinbuße aus diesen Excess Burdens bleibt allerdings verborgen, da diese bei niemandem zu konkret zurechenbaren Ausgaben führen. Deshalb ist auch nicht zu erwarten, dass sie im politischen Prozess in dem Maße Beachtung finden werden, wie es ihrer eigentlichen ökonomischen Bedeutung entspricht.

⁵ Breyer/Haufler (2000, insbes. S. 454–458) zeigen, dass die Finanzierung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen durch lohnbezogene Beiträge verglichen mit steuerfinanzierten Alternativen zu besonders hohen Excess Burdens führt. Dabei wird auch deutlich gemacht, wie solche Zusatzlasten gerade durch die Umverteilungskomponente der Gesetzlichen Krankenversicherung entstehen.

- Weil im Pflichtversicherungssystem ein engerer Zusammenhang zwischen Versicherungsbeiträgen und Versicherungsleistungen besteht, steigt die Zahlungsbereitschaft für Zusatzversicherungen. Das Wachstumspotenzial des medizinischen Sektors lässt sich besser ausnutzen, wodurch auch positive Arbeitsmarkteffekte ausgelöst werden. Die politische Ebene wird zumindest kurzfristig vom Problem der „Kostenexplosion“ entlastet. Dieser Erfolg ist jedoch nur dann von Dauer, wenn der Basisleistungskatalog im Zeitablauf so angepasst werden kann, dass von ihm entweder keine Kostensteigerungen ausgehen oder aber die Prämienenerhöhungen von den Versicherten als Preis für eine verbesserte medizinische Versorgung akzeptiert werden. Aufgrund der transparenteren Verknüpfung zwischen Beiträgen und Leistungen dürften im Pflichtversicherungssystem hierfür größere Chancen bestehen.
- Wenn im Rahmen des Krankenversicherungssystems eine Umverteilung zwischen Arm und Reich angestrebt wird, so lässt sich diese bei einer Pflichtversicherungslösung auf zielgerechtere und in normativer Hinsicht überzeugendere Weise bewerkstelligen als im gegebenen System mit an das Lohn Einkommen gekoppelten Beiträgen. Der Ausgangspunkt sind bei der Pflichtversicherungslösung pauschale Prämien, die weder vom Einkommen oder Familienstand des Versicherten abhängen. Auch für Kinder würde in einem Pflichtversicherungssystem im Prinzip ein gesonderter Beitrag fällig. Zur sozialen Flankierung eines Systemwechsels lassen sich die Prämien von Individuen, die nur über ein geringes Einkommen verfügen oder Kinder mitzuversorgen haben, unmittelbar bezuschussen. Die Höhe der Subvention kann sich dabei an Kriterien echter Bedürftigkeit orientieren, die weniger diffus sein dürften als die dem augenblicklichen System zugrundeliegenden Umverteilungsziele. Auch hier ergäbe sich also ein Gewinn an Transparenz, und die redistributive Aufgabe des Staates könnte separat ohne Vermischung mit dem eigentlichen Versicherungssystem wahrgenommen werden. Bei Individuen mit ganz geringem oder gar keinem eigenem Einkommen müsste aus sozialen Gründen auch im Pflichtversicherungssystem der Staat die gesamten Beitragszahlungen übernehmen. Mitnahmeeffekte durch eine indirekte Bezuschussung relativ einkommensstärkerer Individuen (etwa durch die beitragsfreie Mitversicherung eines nicht berufstätigen Ehepartners) würden aber von vornherein vermieden.
- Die demografischen Probleme, mit denen die derzeitige Gesetzliche Krankenversicherung genauso wie die Gesetzliche Rentenversicherung konfrontiert ist, werden entschärft. Das heute bestehende System der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nach dem Umlageverfahren organisiert, d. h. die Beiträge, die in einer Periode anfallen, werden zur Finanzierung der Ausgaben in dieser Periode verwendet. Die Gesamthöhe der

Beiträge hängt von der jeweiligen Lohnsumme ab, die ihrerseits nicht nur vom Lohnniveau, sondern auch von der Zahl der Erwerbstätigen bestimmt wird. Der in den nächsten Jahrzehnten zu erwartende Bevölkerungsrückgang lässt so sinkende Einnahmen bei der Gesetzlichen Krankenversicherung erwarten – während gleichzeitig die Ausgaben aufgrund der höheren Lebenserwartung weiter steigen werden. Bei einem auf private Krankenversicherungen gestützten System hingegen wäre ein relativ reibungsloser Übergang zumindest zu einem partiellen Kapitaldeckungsverfahren denkbar, bei dem die einzelnen Versicherungen von sich aus Altersrückstellungen bilden. Zumindest würden mögliche politische Widerstände, die bei Einführung einer Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf gesamtwirtschaftlicher Ebene zu erwarten wären, im neuen System ausgeschaltet. Allerdings ist nicht klar, wie weit dieses letzte Argument tatsächlich trägt. Solange keine Übertragung von Altersrückstellungen von der einen zu der anderen Versicherungsgesellschaft möglich ist, besteht die Gefahr einer zu starken Bindung der Versicherten an ihre alte Versicherungsgesellschaft. Der Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherungen wäre – mit den zuvor beschriebenen negativen Konsequenzen – immer noch beeinträchtigt.

Der hier präsentierte Ansatz klingt fast wie ein Patentrezept zur Lösung aller gesundheitspolitischer Probleme. In Wirklichkeit ist dies natürlich nicht der Fall. Selbst wenn sich durch die Umsetzung dieses Reformkonzeptes spürbare Effizienzgewinne erzielen lassen, bleiben zentrale kosten-treibende Faktoren im Gesundheitsbereich nach wie vor bestehen. Durch eine Reform des institutionellen Rahmens kann das Problem jedenfalls nicht aus der Welt geschafft, dass die Individuen *ex post* nach Eintreten einer Erkrankung immer kostspieliger werdende Therapieformen nutzen möchten, für die sie *ex ante* nicht zu zahlen bereit waren. Eine Sättigungsgrenze ist gerade bei der Nachfrage im medizinischen Bereich nicht erkennbar – humanitäre Gründe stehen ihr sogar entgegen.

Die Rationierung lebensverlängernder medizinischer Leistungen für bereits Erkrankte schafft ein grundsätzliches ethisches Problem, das über den volkswirtschaftlichen Horizont weit hinausreicht. Durch eine marktorientiertere Gestaltung des Gesundheitswesens wächst bei den Individuen vielleicht aber doch die Einsicht, dass auch im Bereich von Leben und Tod Leistungen ihren Preis haben. Dies mag zwar ein entscheidender Schritt zur Realisierung einer effektiven Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen darstellen, als Verkünderin bitterer Wahrheiten erweist sich die Ökonomie hierbei jedoch erneut als „dismal science“.

Literaturverzeichnis

- Aaron, H. G. (1994), Issues Every Plan to Reform Health Care Financing Must Confront, in: *Journal of Economic Perspectives* 8, S. 31–43.
- Arrow, K. J. (1963), Uncertainty and the Economics of Medical Care, in: *American Economic Review* 53, S. 941–973.
- Ballard, Ch. L. / Shoven, J. B. / Whalley, J. (1985), General Equilibrium Computation for the Marginal Welfare Costs of Taxes in the United States, in: *American Economic Review* 75, S. 128–138.
- Böcken, J. / Butzlaff, M. / Esche, A. (Hrsg.) (2000), *Reformen im Gesundheitswesen, Ergebnisse einer internationalen Recherche*, Gütersloh.
- Breyer, F. / Zweifel, P. (1999), *Gesundheitsökonomie*, 3. überarb. Aufl., Berlin u. a.
- Breyer, F. / Haufler, A. (2000), Health Care Reform: Separating Insurance from Income Distribution, in: *International Tax and Public Finance* 7, S. 445–461.
- Browning, E. K. (1987), On the Marginal Welfare Costs of Taxation, in: *American Economic Review* 77, S. 11–23.
- Buchanan, J. M. (1975), The Samaritan's Dilemma, in: E. Phelps (Hrsg.), *Altruism, Morality and Economic Theory*, New York, S. 71–85.
- Buchholz, W. / Wiegard, W. (1992), Allokative Überlegungen zur Reform der Pflegevorsorge, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 209, S. 441–457.
- Coate, S. (1995), Altruism, the Samaritan's Dilemma, and Government Transfer Policy, in: *American Economic Review* 85, S. 40–57.
- Cochrane, J. H. (1995), Time-consistent Health Insurance, in: *Journal of Political Economic* 103, S. 445–473.
- Cutler, D. M. (1996), A Guide to Health Care Reform, in: *Journal of Economic Perspectives* 8, S. 13–29.
- Cutler, D. M. / Reber, S. J. (1998), Paying for Health Insurance: The Trade-off between Competition and Adverse Selection, in: *Quarterly Journal of Economics* 113, S. 433–466.
- Diamond, P. A. (1992), Organizing the Health Insurance Market, in: *Econometrica* 60, S. 1233–1254.
- Drèze, J. (1994), Discussion of T. Besley and M. Gouveia 'Alternative Systems of Health Care Provision', in: *Economic Policy* 19, S. 249–258.
- Feldstein, M. (1995), Tax Avoidance and the Dead Weight Loss of the Income Tax, NBER Working Paper 5055.
- Fenge, R. (1995), Pareto-Efficiency of the Pay-As-You-Go Pension Systems with Intergenerational Fairness, in: *Finanzarchiv* 52, S. 357–363.
- Hall, J. (1996), Consumer Utility, Social Welfare and Genetic Testing. A Response, in: *Journal of Health Economics* 15, S. 377–380.
- Hansson, J. / Stuart, Ch. (1985), Tax Revenue and the Marginal Cost of Public Funds in Sweden, in: *Journal of Public Economics* 27, S. 331–353.
- Hayek, F. A. v. (1945), The Use of Knowledge in Society, in: *American Economic Review* 35, S. 519–532.

- Hirschman, A. O.* (1974), Abwanderung und Widerspruch, Tübingen.
- Kifmann, M.* (2000), Premium Risk and Freedom of Choice, in: *Schmollers Jahrbuch*, 120, Heft 4/2000, S. 567–586.
- Kotlikoff, L. J.* (1989), On the Contributions of Economics to the Evaluation and Formation of Social Insurance Policy, in: *American Economic Review* 79, Papers and Proceedings, S. 184–190.
- Konrad, K. A.* (1994), The Strategic of Being Poor: Private and Public Provision of Public Goods, in: *Economica* 61, S. 79–92.
- Newhouse, J. P.* (1996), Reimbursing Health Plans and Health Providers: Selection Versus Efficiency in Production, in: *Journal of Economic Literature* 34, S. 1236–1263.
- Pauly, M. V.* (1994), Universal Health Insurance in the Clinton Plan: Coverage as a Tax-Financed Public Good, in: *Journal of Economic Perspectives* 8, S. 45–53.
- Pauly, M. V./Kunreuther, H./Hirth, R.* (1995), Guaranteed Renewability in Insurance, in: *Journal of Risk and Uncertainty* 10, S. 143–156.
- Rees, R.* (1989), Uncertainty, Information and Insurance, in: J. D. Hey (Hrsg.), *Current Issues in Microeconomics*, Houndmills and London, S. 47–78.
- Sinn, H.-W.* (1995), A Theory of the Welfare State, in: *Scandinavian Journal of Economics* 97, S. 495–526.
- (1996), Social Insurance, Incentives and Risk-Taking, in: *International Tax and Public Finance* 3, S. 259–280.
- Strohmenger, R./Wambach, A.* (1999), Gentests und ihre Auswirkungen auf Versicherungsmärkte, in: *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* 119, S. 121–149.
- Summers, L.* (1989), Some Simple Economics of Mandated Benefits, in: *American Economic Review* 79, Papers and Proceedings, S. 177–183.
- Tabarrok, A.* (1994), Genetic Testing: An Economic and Contractarian Analysis, in: *Journal of Health Economics* 13, S. 75–91.
- (1996), Genetic Testing and Human Welfare: Reply to Hall, in: *Journal of Health Economics* 15, S. 381–384.
- Wambach, A.* (2000), Die Auswirkung des Genomprojektes auf die Versicherbarkeit von Krankheitsrisiken, Diskussionspapier, Universität München.