

Organisation und Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik

Nachdem wir bisher ganz allgemeine Begründungen für wohlfahrtsstaatliche Eingriffe kennengelernt haben, soll in diesem Abschnitt der Veranstaltung die staatliche Krankenversicherung genauer betrachtet werden. In allen westlichen Industrieländern, welche ansonsten durch marktwirtschaftliche Systeme gekennzeichnet sind, greift der Staat auf vielfältige Weise in die Allokation von Gesundheitsgütern ein. Der Umfang der staatlichen Aktivitäten kann dabei soweit gehen wie etwa in Großbritannien, wo ein nationaler Gesundheitsdienst aus Steuermitteln finanziert wird, welcher die Leistungen für die Patienten kostenlos erbringt. Er kann sich aber auch darauf beschränken, dass den Bürgern ein gesetzlicher Zwang zum Abschluss einer Krankenversicherung auferlegt wird und/oder dass die Preise für medizinische Leistungen durch staatliche Regulierung festgelegt werden.

Der folgende Abschnitt besteht aus vier Kapiteln. Zunächst werden wir uns fragen, wie Staatseingriffe im Gesundheitsbereich in der Literatur begründet werden. Teilweise wird dies natürlich mit Argumenten geschehen, welche bereits im vorangegangenen Teil der Veranstaltung ausführlich entwickelt wurden. Anschließend werden wir die Organisation und die Probleme des Gesundheitssystems der Bundesrepublik genauer betrachten. Natürlich steht dabei vor allem die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Mittelpunkt. Seit Jahren wird über die Reform der GKV intensiv diskutiert. Die beiden letzten Kapitel beschäftigen sich daher mit zwei unterschiedliche Reformansätzen. Zunächst wird die optimale Versicherungsentscheidung von Individuen betrachtet, die verschiedene Selbstbeteiligungstarife wählen können. Das letzte Kapitel dieses Abschnitts behandelt schließlich die Finanzierungsseite der Krankenversicherung. Konkret wird die Frage untersucht, ob künftig ein Prämiensystem mit Kopfpauschalen oder eine so genannte Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Prämien implementiert werden sollte.

Kapitel 5

Zur Begründung von Staatseingriffen bei Gesundheitsgütern

Wir haben im letzten Kapitel schon einige zentrale Begründungen für Staatseingriffe in das Marktsystem kennengelernt. Nun wollen wir uns fragen, welche Rechtfertigungen für eine staatliche Gesundheitspolitik vorgebracht werden. Ausgangspunkt ist dabei (wie immer) der *erste Hauptsatz der Wohlfahrtstheorie*, welcher bekanntlich besagt, dass das Marktsystem unter bestimmten Voraussetzungen für eine effiziente Allokation der Ressourcen sorgen wird. Zu Marktversagen (also einer ineffizienten Allokation durch das Marktsystem) kommt es dann, wenn die speziellen Voraussetzungen nicht erfüllt sind. In Zusammenhang mit Gesundheitsgütern werden in der Literatur vor allem die folgenden Gründe für Marktversagen genannt (vgl. Breyer u.a. (2003) S.167ff.).

5.1 Externe Effekte und Kollektivgutcharakter bei Gesundheitsgütern

Das klassische Beispiel für externe Effekte im Gesundheitsbereich sind ansteckende Krankheiten, welche durch eine Impfung beseitigt werden können. Die Impfung der Person i (d.h. der Konsum des Gesundheitsgutes „Impfung“) nützt dabei nicht nur der Person i selbst, sondern auch allen anderen Haushalten, da bei den anderen eine Ansteckung verhindert wird. Man spricht hier auch von *physischen externen Effekten*. Man kann sogar argumentieren, dass hier ein klassisches *Öffentliches Gut* vorliegt, weil von den Früchten der Impfung (also der verminderten Ansteckungsgefahr) niemand ausgeschlossen werden kann und auch keine Rivalität im Konsum vorliegt. Bei rein privatwirtschaftlicher Allokation solcher öffentlicher Güter werden jedoch zu wenig bereitgestellt. Da der Einzelne nur seine privaten Kosten mit dem eigenen Ertrag vergleicht ohne den externen Effekt zu berücksichtigen, wird er z.B. die Impfung als zu teuer ansehen. Als Konsequenz ergibt sich aus diesen Überlegungen, dass der Staat Reihenimpfungen gegen Ansteckungskrankheiten (z.B. Kinderlähmung) aus Steuermitteln finanzieren sollte. Allerdings ist zu beachten, dass dieses Argument nicht in Hinblick auf alle Infektionskrankheiten geltend gemacht werden kann (z.B. AIDS-Bekämpfung durch Steuermittel finanzieren?).

Ein anderer (negativer) externer Effekt kann auch darin gesehen werden, dass bei Krankheit in der Regel Pflegeaufwand notwendig wird. Dies reduziert die Produktivität der Pflegepersonen, weil diese von einer anderen Tätigkeit abgehalten werden. Im Extremfall kann dies sogar das Wachstumspotential einer ganzen Volkswirtschaft reduzieren (z.B. AIDS in Afrika).

Schließlich kann man auch aus *ethischen Gründen* für eine bestimmte Mindestversorgung mit Gesundheitsgütern plädieren. Denn medizinische Güter sind oftmals existenznotwen-

dig zumindest zur Aufrechterhaltung einer bestimmten Lebensqualität. Weil Krankheiten häufig von reinen Zufallsschicksalen abhängen („hätte mich auch treffen können“) und gleichzeitig wenig Missbrauchsmöglichkeiten existieren, liegt beim Krankheitsrisiko eine stärkere Solidarität als bei anderen Risiken vor. Dies deutet auf stärker *altruistisch motivierte Präferenzen* bei Gesundheitsgütern hin. Die Gesundheit seiner Mitbürger liegt auch dem ansonsten individualistisch orientierten Personen am Herzen, auch wenn er keinen direkten Vorteil daraus zieht. Auf Basis derartiger *psychischer externer Effekte* lässt sich dann die Forderung begründen, dass der Staat eine Art Mindestabsicherung gegen Krankheitsrisiken garantieren sollte. Es kann nicht akzeptiert werden, dass jemand in einem Krankenhaus abgewiesen wird, weil man befürchtet, dass er seine Krankheitskosten nicht bezahlen kann.

5.2 Optionsgutcharakter medizinischer Leistungen

Individuen ziehen nicht erst Nutzen aus der Behandlung, wenn die Krankheit eintritt, sondern bereits im Vorfeld alleine durch das Vorhandensein von Behandlungsmöglichkeiten. Der individuelle Bedarf an medizinischen Leistungen ist für den einzelnen Haushalt ja kaum vorhersehbar, wenn er eintritt, weist er aber sofort höchste Dringlichkeit auf. Da z.B. Krankenhäuser nicht kurzfristig ihre Kapazitäten anpassen können, müssen sie immer Reservekapazitäten bereitstellen. Um ihnen einen Anreiz zur Bereitstellung von Reservekapazitäten zu geben, müssen Krankenhäuser dafür auch vergütet werden. Dies bedeutet in der Praxis, dass die Einnahmen eines Krankenhauses nicht nur von der Bettenbelegung abhängen sollten. Ohne Regulierung der Versicherung besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser zu geringe Überkapazitäten bereitstellen würden. Deshalb sollte man die Krankenversicherungen dazu zwingen, einen Teil des Prämienaufkommens als Entgelt für die Vorhaltung von Reservekapazitäten zu zahlen¹.

5.3 Fehlende Konsumentensouveränität bei Gesundheitsgütern

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Gültigkeit des ersten Hauptsatzes der Allokationstheorie ist die Annahme eines rationalen nutzenmaximierenden Haushalts. Im Zusammenhang mit der Nachfrage nach Gesundheitsgütern wird nun argumentiert, dass der einzelne Haushalt gar nicht in der Lage ist, rationale Entscheidungen zu treffen. Man braucht in diesem Zusammenhang gar nicht auf die Extremsituationen Bewusstlosigkeit oder Geisteskrankheit verweisen. In der Regel sind Gesundheitsgüter typische *Expertengüter*, welche der Patient in Hinblick auf Notwendigkeit, Angemessenheit und Qualität kaum einschätzen kann. Dies Probleme treten zwar auch bei vielen anderen Gütern auf, allerdings sind sie im medizinischen Bereich besonders gravierend aufgrund der extremen Risikosituation und des unübersichtlichen Zusammenhangs zwischen Behandlungsqualität und -erfolg.

Die mangelnde Konsumentensouveränität ist sicher ein Problem im Bereich der Gesundheitsgüter. Eine ganz andere Frage ist es jedoch, wie diese durch Staatseingriffe behoben oder verbessert werden kann. So ist etwa im Falle vollkommener Unfähigkeit zu rationalen Entscheidungen in der Regel ein naher Verwandter besser in der Lage, eine „richtige“ Entscheidung zu treffen als ein Angestellter der Regierungsbürokratie. Informationsprobleme

¹In der Bundesrepublik gibt es einen solchen „Sicherstellungsauftrag“ zwar für die GKV, aber nicht für die privaten Krankenkassen.

bei der Behandlung können durch die Ausgestaltung der Krankenversicherung ebenfalls besser abgebaut werden als durch staatliche Regulierungsmaßnahmen. Anreize für Ärzte, nicht im Interesse der Patienten zu handeln, sondern eigene Interessen zu verfolgen (z.B. Untersuchungen, welche medizinisch nicht notwendig sind, teuerste Behandlungsmethoden, etc.), bleiben jedoch immer bestehen. Dieses Grundproblem kann allerdings auch durch Staatseingriffe nicht beseitigt werden. Man kann lediglich daraus eine Rechtfertigung für ganz gezielte staatliche Eingriffe ableiten, welche die Unterschreitung eines spezifischen Mindestniveaus an Qualität verhindern sollen. Man denke etwa an das aufwendige staatliche Zulassungsverfahren für Ärzte und Heilberufe (oder auch Arzneimittel). Eine anderes Beispiel wäre etwa die Ausdehnung der Produkthaftung für medizinische Leistungen („Kunstfehlerprozesse“). Gerade letzteres kann jedoch auch ganz negative Folgen haben.

Bisweilen taucht auch das Argument auf, dass Haushalte die Tendenz haben, künftige Bedürfnisse zu sehr abzudiskontieren. Gerade bei Gesundheitsgütern ist ja die Nachfrage sehr stark mit dem Alter korreliert. Bei allgemeiner *Minderschätzung künftiger Bedürfnisse* würden die Haushalte dann zuwenig Vorsorge treffen. Dieses Argument ist m.E. äußerst problematisch. Letztendlich läuft es doch darauf hinaus, dass irgendwelche Personen sich anmaßen, über die „wahren“ Präferenzen anderer zu entscheiden. Selbst wenn in den jungen Jahren die künftigen Bedürfnisse falsch eingeschätzt würden ist m.E. überhaupt nicht einsichtig, warum ein Politiker in einem demokratischen System genau das richtige Maß an Vorsorge bereitstellen würde. Die Höhe der Gesundheitsvorsorge müsste sich doch aus dem Wahlprogramm ableiten lassen, welches von der Mehrheit der Bürger präferiert wird. Die jungen Wähler würden aber aufgrund der Minderschätzung für zu wenig Vorsorge stimmen. Ältere Wähler haben zwar aufgrund ihrer (negativen) Erfahrungen die richtigen Einsichten, aber sie haben keinen Anreiz, für einen Ausbau des Gesundheitswesens zu stimmen, weil Sie davon nicht mehr profitieren würden.

5.4 Marktversagen auf den Märkten für Krankenversicherung

Die bisher aufgeführten Besonderheiten von Gesundheitsgütern legen zwar ganz gezielte staatliche Eingriffe im Gesundheitsmarkt nahe, sie rechtfertigen jedoch nicht die generelle Steuerfinanzierung aller Leistungen. Die Haushalte sollten grundsätzlich selbst für die Gesundheitskosten aufkommen. Um das Risiko hoher Krankheitskosten abzusichern, können die Haushalte private Krankenversicherungsverträge abschließen. Die Frage ist nun, ob solche privaten Versicherungen für eine optimale Risikoallokation sorgen werden, oder ob es Gründe für einen staatlichen Versicherungszwang gibt.

Es wurde bereits argumentiert, dass in einer wohlhabenden Gesellschaft eine medizinische Grundversorgung aus Steuermitteln bereitgestellt werden sollte. Man kann sich kaum vorstellen, dass ein Schwerverletzter in ein Krankenhaus gebracht wird und dann die medizinische Versorgung von seiner Zahlungsfähigkeit abhängig gemacht wird. Wenn sich nach der Behandlung herausstellt, dass der Patient keine Krankenversicherung und kein Vermögen hat, dann müssen die Kosten zwangsläufig aus Steuermitteln finanziert werden. In diesem Falle verlieren natürlich vor allem ärmere Haushalte jeden Anreiz, eine private Krankenversicherung abzuschließen. Dadurch sparen sie die Prämien ein und realisieren so ein höheres Konsumniveau im Falle der Gesundheit. Bei Krankheit erfüllen sie die Kriterien für eine kostenlose Behandlung, so dass sie ohne Versicherung einen höheren Erwartungsnutzen realisieren. Wird dieses sog. *Trittbrettfahrerverhalten* in zu hohem Um-

fang ausgenutzt, dann wird das System überfordert. Immer mehr Leute verlassen sich auf die kostenlose Behandlung und versichern sich nicht. Die Steuern zur Finanzierung der Sozialleistungen steigen und verstärken den Anreiz, keine Versicherung mehr nachzufragen. Graphisch kann man sich das Entscheidungsproblem des Haushalts bei Existenz einer steuerfinanzierten Sozialhilfe mit der folgenden Graphik klarmachen.

Abbildung 5.1: Versicherungsgeraden bei Sozialhilfe

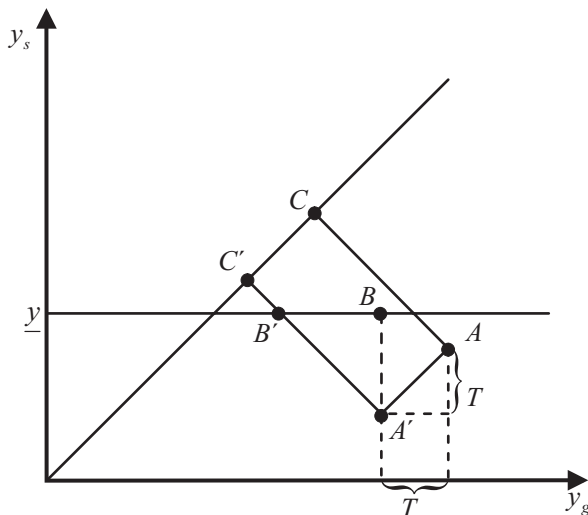
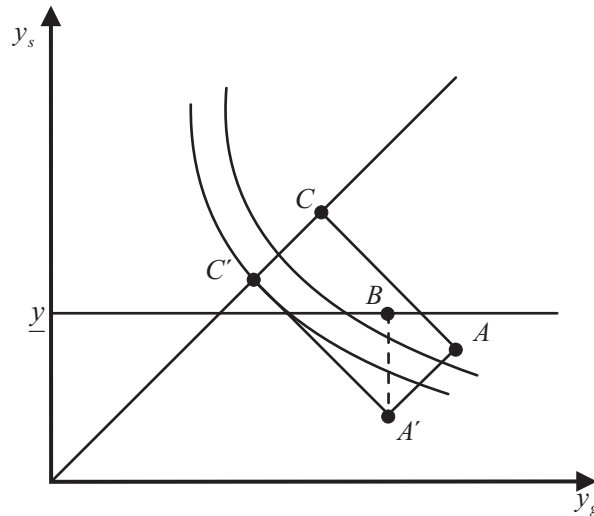


Abbildung 5.1 zeigt das Nebeneinander einer steuerfinanzierten Sozialhilfe und einer privaten Versicherung mit einer fairen Prämie. Ohne Steuer und Sozialhilfe ergäbe sich die (faire) Versicherungsgerade AC . Nun erhebt aber der Staat von seinen Bürgern die Steuern T um mit Sozialhilfe das Einkommensniveau \underline{y} im Krankheitsfall finanzieren zu können. Die Steuerzahlung verschiebt die Versicherungsgerade AC nach $A'C'$. Die Haushalte können nun im Krankheitsfall (y_s) zwar nicht mehr unter \underline{y} fallen, sie können sich aber auch nicht mehr der Steuerzahlung T entziehen. Wie sieht nun die Versicherungsgerade des Haushalts aus, wenn er sich trotz der Sozialhilfe gegen Krankheit versichern will? Ohne private Versicherung landet er im Punkt B in dem er im Falle der Gesundheit ein Einkommen von $y_0 - T$ realisiert und im Falle der Krankheit das Sozialhilfeniveau \underline{y} erhält. Nun schließt er eine private Versicherung mit der Deckungssumme $c \leq \ell$ ab. Da die Zahlungen der Privatversicherung im Schadensfall voll auf die Sozialhilfe angerechnet werden, wird er bei geringen Deckungssummen zunächst sein Einkommen im Krankheitsfall nicht erhöhen. Er bewegt sich also entlang der Geraden BB' . Erst ab einer bestimmten Deckungshöhe c^* , welche sich aus der Gleichung

$$\underline{y} = y_0 - T - \ell + (1 - p)c^*$$

bestimmt (klar?), steigt sein Einkommen im Schadensfall aufgrund der Versicherung. Bei einer Vollversicherung landet er dann im Punkt C' in Abbildung 5.1. Nun ist jedoch überhaupt nicht klar, ob sich ein Haushalt mit einer Vollversicherung besser stellt als ohne Versicherung. In Abbildung 5.2 ist der Fall dargestellt, dass der Haushalt ohne Versicherung ein höheres Nutzenniveau erreichen kann als bei einer Vollversicherung. Er wird sich deshalb in diesem Falle nicht versichern und auf die Sozialhilfe verlassen.

Abbildung 5.2: Versicherungsentscheidung bei Sozialhilfe



Natürlich muss es nicht zu der in Abbildung 5.2 dargestellten Problematik kommen. Wenn etwa das Nutzenniveau bei einer Vollversicherung (also in C') höher ist als im Falle der Nichtversicherung, werden alle Haushalte die Vollversicherung nachfragen und es kommt nicht zu Sozialhilfezahlungen (Übung). Damit benötigt man auch keine Steuern, so dass sich das First-best Optimum im Punkt C einstellt (klar?).

Normalerweise wird es jedoch bei Sozialhilfe zum oben beschriebenen Trittbrettfahrerverhalten kommen. Dann macht sozusagen der erste Staatseingriff (Sozialhilfe) einen zweiten Staatseingriff notwendig. In unserem Falle würde es etwa eine staatliche Zwangsversicherung gegen den Krankheitsfall genügen, um das First-best Optimum im Punkt C zu erreichen. Dies ist eines der wichtigsten Argumente, welche für staatliche Zwangsversicherungen wie die GKV sprechen. Das *Freifahrerverhalten* in Bezug auf andere staatliche Leistungen wie Sozialhilfe soll vermieden werden. Existieren solche Ansprüche nicht oder nur in geringem Umfang, dann entfällt zumindest diese Begründung für eine staatliche Zwangsversicherung (Beispiel USA).

Ein weiterer Grund für Marktversagen bei der Krankenversicherung ist das bereits ausführlich diskutierte Problem der *adversen Selektion* aufgrund derer der Staat entweder für die Existenz und Stabilität des Gleichgewichts sorgen muss, oder mittels Zwang eine Paretoverbesserung für alle Risikotypen durchsetzen kann.

5.5 Gerechtigkeit als Argument für den Staatseingriff im Gesundheitswesen

In der bisherigen Argumentation wurden staatliche Eingriffe im Gesundheitsbereich im wesentlichen aus Effizienzüberlegungen begründet. Vielfach werden jedoch auch Gerechtigkeitsüberlegungen angeführt, um solche Eingriffe zu rechtfertigen. So wird etwa argumentiert, dass jeder Mensch ein Anrecht auf die Zuteilung von Gesundheitsgütern habe und deshalb der Staat den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle garantieren müsse (NHS in Großbritannien). Die Frage ist allerdings, ob der Staat diese Aufgaben überhaupt finanzieren kann. Da Steuermittel nicht unbegrenzt verfügbar sind, läuft die staatliche Bereitstellung in der Praxis auf eine *Rationierung* hinaus (z.B. durch Warte-

schlangen und Qualität der Versorgung). Als Konsequenz daraus erhält man schließlich erst recht ein zusätzliches rein privates Gesundheitssystem für die besonders zahlungswilligen Kunden. Außerdem würde auch der Anreiz zu gesundheitsbewußten Verhalten enorm beeinträchtigt.

Gerechtigkeitsüberlegungen kommen jedoch zum tragen, wenn es um den Ausgleich der Startchancen geht, welche von der Natur vorgegeben wurden. Ohne staatlichen Eingriff würden die Prämien von Behinderten oder von Menschen mit angeborenen Krankheiten wesentlich höher sein als beim Durchschnittsbürger. Da sich diese Ungleichheit jedoch ohne eigenes Zutun eingestellt hat, wird sie vielfach als „ungerecht“ empfunden. Dies spricht für eine Versicherungspflicht mit *Kontrahierungszwang* für die Versicherungsgesellschaften verbunden mit dem Verbot der Prämien differenzierung nach individuellen Gesundheitsrisiken.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es für den Staat eine ganze Reihe von Gründen gibt zwar nicht direkt die Leistungen des Gesundheitssektors anzubieten, aber durch gesetzlichen Versicherungszwang und „soziale Ausgestaltung“ der Versicherungsprämien sehr massiv in den Markt für Krankenversicherungen einzugreifen. Der in den Materialien bereitgestellte Aufsatz von Wolfgang Buchholz „Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative“, der in Schmollers Jahrbuch (2001, S. 83 ff) veröffentlicht wurde, beschreibt noch einmal die Problematik privater Versicherungslösungen und plädiert für eine staatliche Pflichtversicherung, bei der die Prämien sich an den Risiken orientieren. Im nächsten Kapitel werden wir sehen, inwieweit die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in der Bundesrepublik diese Vorgaben erfüllt.