

Christian Warns
Spielregeln eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs



Spielregeln eines solidarischen
Krankenversicherungswettbewerbs

Wettbewerb, Solidarität
und Nachhaltigkeit
nach der Gesundheitsreform 2007

Christian Warns



Herbert Utz Verlag · München

ta ethika

herausgegeben durch

*Prof. Dr. Nikolaus Knoepffler, Universität Jena
und*

Prof. Dr. Elke Mack, Universität Erfurt

Band 8



*Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.*

*Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung,
des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Wiedergabe
auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung
in Datenverarbeitungsanlagen bleiben – auch bei nur auszugsweiser
Verwendung – vorbehalten.*

Copyright © Herbert Utz Verlag GmbH · 2009

ISBN 978-3-8316-0864-5

Printed in Germany

*Herbert Utz Verlag GmbH, München
089-277791-00 · www.utzverlag.de*

Zugl.: Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena, 2008

Die Dissertation wurde gefördert durch ein Graduiertenstipendium der Hans-Seidel-Stiftung e.V. aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

Vorwort

Am 1. Januar 2009 trat mit dem Gesundheitsfonds das Herzstück der Gesundheitsreform 2007 in Kraft. Damit wurde das wohl umstrittenste Reformprojekt der Großen Koalition trotz aller Widrigkeiten umgesetzt. Das öffentliche Interesse an der Gesundheitsreform hat die Bedeutung der Auseinandersetzung mit gesundheitspolitischen Fragestellungen gezeigt. Aus dieser Motivation ist die vorliegende Arbeit entstanden, die es sich zum Ziel gesetzt hat, aus ökonomischer und auch ethischer Perspektive die Grundlagen eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs zu analysieren. Dabei werden nicht nur zentrale Prinzipien, wie Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit, aufbereitet, sondern darüber hinaus vor dem Hintergrund der Sozialen Marktwirtschaft ein Vorschlag für die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes unterbreitet. In einer Analyse der vorherrschenden Rahmenbedingungen des deutschen Krankenversicherungsmarktes werden die Defizite herausgearbeitet und verglichen, in wieweit die Gesundheitsreform 2007 in der Lage ist, Verbesserungen herbeizuführen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Rupert Windisch für die Annahme der Arbeit als Promotionsprojekt am Lehrstuhl für Finanzwissenschaft. Er hat bereits während meines Studiums wesentlich dazu beigetragen, mein Interesse für ökonomische Fragestellungen im Allgemeinen und finanzwissenschaftlichen Themen im Speziellen zu wecken. Ebenfalls möchte ich sehr herzlich Herrn Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler für die Übernahme des Zweitgutachtens sowie die Veröffentlichungsmöglichkeit in seiner Herausgeberreihe danken. Ihm verdanke ich einen Zugang zu ethischen Sichtweisen, der mir bei den zahlreichen interdisziplinären Fragestellungen in meiner Arbeit weitergeholfen hat.

Neben meinen akademischen Lehrern möchte ich weiteren Personen herzlich danken, die mich während der Promotionszeit unterstützt haben: Herrn Dipl.-Volkswirt Martin Abel als kritischer Korrekturleser, den Mitarbeitern des Ethikzentrums Jena für engagierte Diskussionen sowie meiner Lebensgefährtin Andrea, die immer ein offenes Ohr für mich hatte. Schließlich gilt mein Dank auch meinen Eltern, die mich stets gefördert haben.

Düsseldorf, im Januar 2009
Christian Warns

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	17
Tabellenverzeichnis	19
Abkürzungsverzeichnis	21
Symbolverzeichnis	23
1 Hinführung	25
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	25
1.2 Zielsetzung und Forschungsstand	27
1.3 Vorgehensweise	29
2 Zur Sozialen Marktwirtschaft als Wettbewerbsordnung ...	33
2.1 Die marktwirtschaftliche Dimension der Sozialen Marktwirtschaft	33
2.1.1 Zum Wettbewerbsbegriff	33
2.1.2 Marktwirtschaft als Wettbewerbswirtschaft	35
2.1.3 Wettbewerb und Preismechanismus	37
2.1.4 Funktionen des Wettbewerbs	38
2.1.5 Regeln und Wettbewerbsordnung	43
2.1.6 Das Paradoxon der Marktwirtschaft	50
2.2 Die soziale Dimension der Sozialen Marktwirtschaft	54
2.2.1 Anerkennung der Menschenwürde als Voraus- setzung	54
2.2.2 Grundsätzlicher Anspruch auf Gleichheit als Folge ..	57
2.2.3 Zum Verständnis einer »sozialen Gerechtigkeit«	62
2.2.4 Zur Kritik am »Wohlfahrtsstaat« und der »sozialen Gerechtigkeit«	66
2.2.5 Solidarität als Institutionalisierung von Gerechtigkeit	70
2.2.6 Nachhaltigkeit als Problem intergenerativer Gerechtigkeit	73
2.3 Fazit: Wettbewerbsordnung und Krankenversicherung	77

3 Allokative und distributive Überlegungen zur Ausgestaltung von Krankenversicherungsinstitutionen	81
3.1 Vorbemerkungen	81
3.2 Funktionen und Besonderheiten von Krankenversicherungen	83
3.2.1 Funktionen von Versicherungen	83
3.2.2 Zum Wert von Krankenversicherungen	86
3.2.3 Herausforderungen bei der Institutionalisierung von Wettbewerb in Krankenversicherungsmärkten	90
3.2.3.1 Das Moral Hazard Problem als Resultat asymmetrischer Informationen	90
3.2.3.2 Das Problem der Negativauslese als Resultat asymmetrischer Informationen	97
3.2.3.3 Transaktionskosten	102
3.2.3.4 Externe Effekte, Kollektivgutproblematik und Meritorik als Rechtfertigung staatlicher Eingriffe in den Gesundheitssektor	103
3.2.3.5 Mangelnde Zahlungsfähigkeit als Gerechtigkeitsproblem	110
3.2.4 Implikationen für einen Ordnungsrahmen	117
3.3 Zur Ausgestaltung eines Krankenversicherungsmarktes ...	118
3.3.1 Organisation und Finanzierung idealtypischer Gesundheitssysteme	118
3.3.2 Managed Care als anreizkompatibles Privatversicherungsmodell	123
3.3.2.1 Das Konzept des Managed Care und seine Ursprünge	123
3.3.2.2 Instrumente zur anreizkompatiblen Steuerung der Nachfrageseite	125
3.3.2.3 Instrumente zur anreizkompatiblen Steuerung der Angebotsseite	129
3.3.2.4 Evidenz für Kostensenkung und Qualitätserhöhung	135

3.3.2.5 Managed Care als Vorbild für Deutschland? – Eine Betrachtung vor dem Hintergrund der Sozialen Marktwirtschaft	139
3.4 Fazit: Solidarischer Krankenversicherungswettbewerb als ordnungspolitisches Leitbild	143
4 Befund und Therapieversuch: Analyse des Marktes für Krankenversicherungen in Deutschland vor und nach der Gesundheitsreform 2007	147
4.1 Einleitung	147
4.2 Die Anamnese: Entwicklungslinien der Kranken- versicherung	148
4.2.1 Vom mittelalterlichen Zunftwesen bis zum Ende des Dritten Reiches	148
4.2.2 Von der Gründung der Bundesrepublik bis heute ...	153
4.2.3 Komplement oder Substitut – Das Spannungsverhältnis der PKV zur GKV	159
4.2.4 Eine rückblickende Bewertung der Entwicklung des Krankenversicherungsmarktes in Deutschland .	164
4.3 Der Befund: Der deutsche Krankenversicherungsmarkt vor der Gesundheitsreform 2007	167
4.3.1 Überblick	167
4.3.2 Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit im System der GKV	169
4.3.2.1 Eingeschränkter Wettbe- werb durch fehlende Preissignale und mangelnde Konsumentensouveränität .	169
4.3.2.2 Zwangssolidarität, Paternalismus und Gerechtigkeitsprobleme in der GKV	179
4.3.2.3 Fehlende Generationengerechtigkeit durch Nachhaltigkeitslücke	185
4.3.3 Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit im System der PKV	193
4.3.3.1 Wettbewerb und Wahlfreiheit – Wunsch- denken statt Realität	193

4.3.3.2	Schwache freiwillige Solidarität als Ausdruck marktwirtschaftlicher Orientierung ...	197
4.3.3.3	Altersrückstellungen als Instrument zur nachhaltigen Finanzierung	200
4.3.3.4	Spezialfall in der PKV: Die Beihilfe als Krankheitsfürsorge für Beamte	201
4.3.4	Zum Nebeneinander von GKV und PKV	206
4.3.4.1	Die Dualität von GKV und PKV als Systemwettbewerb?	206
4.3.4.2	Quersubventionierung als Ausdruck der Solidarität der PKV mit der GKV oder umgekehrt?	208
4.3.4.3	Nachhaltigkeit: Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren	211
4.3.5	Diagnose: Strukturelle Reform der Finanzierungsseite notwendig	213
4.4	Der Therapievorschlag: Die Gesundheitsreform 2007	215
4.4.1	Die schwere Geburt des GKV-WSG	215
4.4.2	Darstellung und Analyse der Neuerungen im Bereich der GKV	217
4.4.2.1	Darstellung der Neuerungen	217
4.4.2.2	Analyse der neuen institutionellen Finanzierungsstrukturen	225
4.4.2.2.1	Trennung von Mittelaufbringung und Mittelverwendung durch den Gesundheitsfonds	225
4.4.2.2.2	Die Rolle des Zusatzbeitrages als Wettbewerbsinstrument	228
4.4.2.2.3	Morbiditätsorientierter RSA	235
4.4.2.2.4	Wahltarife als Anreiz- und Wettbewerbsinstrument	238
4.4.2.2.5	Solidarität und Nachhaltigkeit – Große Worte, k(l)eine Taten	243
4.4.3	Darstellung und Analyse der Neuerungen im Bereich der PKV	245

4.4.3.1	Darstellung der Neuerungen	245
4.4.3.2	Mehr Wettbewerb durch die Portabilität von Altersrückstellungen?	249
4.4.3.3	Der Basistarif als solidarisches Arrange- ment in der PKV	253
4.4.4	Darstellung und Analyse der Neuerungen im Systemwettbewerb	256
4.4.4.1	Darstellung der Neuerungen	256
4.4.4.2	Analyse des neuen Systemwettbewerbs	258
4.5	Therapieansatz mangelhaft – Nach der Reform ist vor der Reform	261

5 Wege zur Institutionalisierung eines solidarischen

Krankenversicherungswettbewerbs	263	
5.1	Vorüberlegungen	263
5.2	Wettbewerb erfordert Flexibilisierung des Leistungs- katalogs	265
5.2.1	Literaturüberblick	265
5.2.2	Leistungsanspruch in der GKV im Status Quo	269
5.2.3	Rationierung und Prioritätensetzung	271
5.2.4	Kriterien für eine Flexibilisierung des Leistungs- katalogs	274
5.2.4.1	Der Krankheitsbegriff als Ausgangspunkt ..	274
5.2.4.2	Effektivität und Wirtschaftlichkeit	278
5.2.4.3	Eigenverantwortung	287
5.2.4.4	Zusammenspiel der Kriterien als Entschei- dungsmodell	291
5.2.5	Zur Finanzierung und Organisation einer Basis- versorgung	294
5.3	Zur Institutionalisierung von Solidarität	298
5.3.1	Zum Bezahlbarkeitsproblem für ex-ante »schlechter Risiken	298
5.3.1.1	Prämienregulierung versus Prämien- subventionierung	298

5.3.1.2	Zur Ausgestaltung einer risikoadjustierter Prämiensubvention	303
5.3.1.3	Flankierende Maßnahmen als Übergangs- lösung	305
5.3.2	Zum Bezahlbarkeitsproblem für Geringverdiener und Sozial Schwache	309
5.3.3	Zum Nebeneinander von Prämiensubventio- nierung und Steuergutschriften	311
5.4	Zur Institutionalisierung von Nachhaltigkeit	313
5.4.1	Unsicherheit über zukünftig zu leistende Prämien als Ausgangsproblem	313
5.4.2	Individuell prospektive Altersrückstellungen als optimale Lösung?	316
5.4.3	Zum Konzept der zeitkonsistenten Krankenversicherung und dem »guaranteed renewability«-Ansatz	320
5.4.4	Risikoäquivalente Prämien mit Prämiensubvention als Alternativlösung	324
5.4.5	Absicherung des systematischen Ausgabenrisikos als flankierende Maßnahme	326
5.5	Fazit: Solidarischer Krankenversicherungswettbewerb	328
6	Zusammenfassung und Ausblick	333
	Anhang	341
	Literaturverzeichnis	351

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einfaches Gefangenendilemma	44
Abbildung 2:	Euckens Wettbewerbsordnung einer Marktwirtschaft	48
Abbildung 3:	Nachhaltigkeitsproblem beim Generationenvertrag	75
Abbildung 4:	Gerechtigkeit und Wettbewerb als konstituierende Elemente der Sozialen Marktwirtschaft	78
Abbildung 5:	Kosten des Markt- und Staatsversagens	83
Abbildung 6:	Formen von Moral Hazard nach Abschluss von Krankenversicherungskontrakten	92
Abbildung 7:	Mehrstufiges Prinzipal-Agenten Problem in der Krankenversicherung	93
Abbildung 8:	Nichtexistenz eines vereinenden R/S Gleichgewichts	99
Abbildung 9:	Vergleich von GKV und PKV	168
Abbildung 10:	Gesundheitsreformen und Beitragssatzentwicklung 1970–2007	172
Abbildung 11:	Transfervolumen im Risikostrukturausgleich 2006	175
Abbildung 12:	Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit Altersgrenzen 20 und 65 Jahren	187
Abbildung 13:	Ausgabenprofile im RSA ohne Erwerbsminderungsrentner im Jahr 2005	189
Abbildung 14:	Generationenbilanz der GKV im Status Quo	192
Abbildung 15:	Prinzip der Altersrückstellungen	194
Abbildung 16:	Prämienentwicklung in der PKV zwischen 1996 und 2005	196
Abbildung 17:	Die neue Finanzarchitektur der Mittelaufbringung in der GKV	218
Abbildung 18:	Anreize zur Kassenwahl im Gesundheitsfonds .	230
Abbildung 19:	Nachhaltigkeitslücken in der GKV unter Berücksichtigung der Gesundheitsreform	245

Abbildung 20: Portabilität von Altersrückstellungen und Wechselanreize	251
Abbildung 21: Konstruktion der Effizienzgrenze	281
Abbildung 22: Einstufung des neu zugelassenen Medikaments X	283
Abbildung 23: Von den Kriterien zur solidarischen Basisversorgung	292
Abbildung 24: Varianten eines risikoorientierten Subventionsystems	302
Abbildung 25: Organisation des »solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs«	329
Abbildung A 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland	341
Abbildung A 2: Ausgabenverteilung im U.S. Gesundheitssystem nach Kostenträgern, 2006	342
Abbildung A 3: Anteil der Neuabschlüsse betrieblicher Krankenversicherungen nach Versicherungsplan, 1988–2007	345
Abbildung A 4: Anteil der Firmen mit einem betrieblichen Krankenversicherungsangebot nach Firmengröße, 1999–2007	347
Abbildung A 5: Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP, OECD Länder, 2006	348
Abbildung A 6: Die historische Entwicklung von GKV und PKV	349
Abbildung A 7: Mechanismus des RSA in der GKV	350

*«Wir müssen für die Freiheit planen und nicht für die Sicherheit,
wenn auch vielleicht aus keinem anderen Grund als dem,
daß nur die Freiheit die Sicherheit sichern kann.»
Karl Popper (2003/1945), britisch-österreichischer Philosoph*

1 Hinführung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor enormen Herausforderungen. Der medizinisch-technische Fortschritt, der demographische Wandel und die systemimmanenten Fehlanreize bei den Finanzierungs-, Versorgungs- und Vergütungsstrukturen führen zu einem steigenden Kostendruck bei knapper werdenden Ressourcen.¹ In den letzten zwei Jahrzehnten hat der Gesetzgeber daher immer wieder Gesetze zur Kostendämpfung im deutschen Gesundheitswesen erlassen, um die Gesundheitsausgaben in Grenzen zu halten. Die Bemühungen fanden ihren Höhepunkt in einer strikten Ausgabenbegrenzung (Budgetierung), die sich in der Form von Höchstbeträgen für die Verschreibung von Arzneimitteln und in der Form von Obergrenzen für die Summe der Arztvergütungen niederschlugen. Als Folge dieser Maßnahmen stiegen die Wartezeiten für Behandlungstermine der gesetzlich Krankenversicherten an, da es sich für die Ärzte nach Ausschöpfen des Budgets nicht mehr lohnt, weitere Patienten zu behandeln.² Daneben wurde versucht, die Finanzierungsprobleme

1 Das deutsche Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich bei den Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP hinter den USA, der Schweiz und Frankreich das viertteuerste Gesundheitssystem der Welt (Quelle: OECD (2008)).

2 Siehe zu den Wartezeiten die Studie von LÜNGEN ET AL. (2008). LAMERS ET AL. (2003), S. 58, spricht auch von »centrally planned scarcity«.

durch Beitragssatzerhöhungen und durch das Anheben der Beitragsbemessungsgrenze abzumildern.

Die Maßnahmen der Kostendämpfungspolitik zielten allerdings vorrangig auf eine Bekämpfung der Symptome ab, ohne jedoch die grundlegenden Probleme des deutschen Gesundheitswesens zu lösen. Die Hauptprobleme liegen dabei in einem mangelnden Wettbewerb und einer Überregulierung sowohl auf der Finanzierungsseite als auch bei den Leistungserstellern. Als Folge sind die individuellen Freiheiten der Bürger stark eingeschränkt. Somit sind die Individuen nicht mehr in der Lage, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gegen den alternativ möglichen Konsum anderer Güter abzuwägen. Diese von persönlichen Präferenzen gesteuerte Konsumententscheidung findet auf Gesundheitsmärkten kaum statt. Einen kritischen Bereich bildet dabei der Krankenversicherungssektor. Der Besitz von Krankenversicherungsschutz ist in Deutschland der Schlüssel für den Zugang zu medizinischen Leistungen. Die Finanzierungsseite spielt daher eine große Rolle, da hier das Mittelaufkommen generiert wird, welches erst in einem weiteren Schritt im Leistungs- und Behandlungsmarkt weiterverteilt wird (Mittelverwendung). Anreize, die das Mittelaufkommen steuern, schlagen somit auch auf andere Bereiche des Gesundheitswesens durch. Aus diesen Gründen konzentriert sich die vorliegende Arbeit im Wesentlichen auf den Krankenversicherungssektor. Andere Sektoren werden lediglich dann in die Betrachtung mit eingebunden, wenn es für das Verständnis notwendig ist.

Der deutsche Krankenversicherungssektor bietet sich für eine tiefer gehende Analyse geradezu an, da er eine weltweit einzigartige Kombination aus zwei institutionell verschiedenen Krankheitskostenvollversicherungssystemen darstellt: einerseits die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und andererseits die private Krankenversicherung (PKV). Diese Konzeption ist jedoch nicht das Resultat eines wissenschaftlich fundierten Diskurses, sondern das Ergebnis eines historischen und politischen Prozesses. Im Laufe der Arbeit wird sich zeigen, dass dieses duale Krankenversicherungssystem aus wettbewerbspolitischer, aber auch gerechtigkeits-theoretischer Sicht kein »optimales« Marktgeschehen zulässt. Mit der Gesundheitsreform

2007 hat die Große Koalition den Versuch unternommen, eine strukturelle Reform auf den Weg zu bringen, die mit dem Gesundheitsfonds als Kernelement auch eine Neuordnung der Finanzierungsseite beinhaltet. In wieweit die Reform eine Verbesserung gegenüber dem Status Quo bedeutet, wird ebenfalls Gegenstand einer umfangreichen Analyse sein.

Zusammenfassend tragen die vorherrschenden institutionellen Rahmenbedingungen dazu bei, dass die Mittel nicht in ihre effizienteste Verwendung fließen, so dass es zu einer Fehlallokation von Ressourcen kommt. So hat der SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT in einer viel beachteten empirischen Untersuchung festgestellt, dass im deutschen Gesundheitswesen eine kostenträchtige Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Gesundheitsleistungen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zu beklagen ist.³ Insgesamt sind die Probleme bereits so stark an ihren Wurzeln verzahnt, dass zu ihrer Lösung an sehr vielen Stellen angesetzt werden muss, um in vielfältiger Weise Verhaltensänderungen hervorzurufen. Sprich: die Anreize im deutschen Gesundheitssystem müssen grundlegend neu adjustiert werden und als Schlüssel hierzu dient der Krankenversicherungsmarkt. Diese Ausgangssituation bildet die zentrale Grundlage dieser Dissertation.

1.2 Zielsetzung und Forschungsstand

Ausgegangen wird von der These, dass ohne eine institutionelle Neuorganisation des Krankenversicherungsmarktes eine dauerhafte ökonomische und politische Stabilität des Gesundheitswesens nicht möglich ist. Ferner wird argumentiert, dass ein gegenüber dem Status Quo stärker an marktwirtschaftlichen Prinzipien ausgerichteter Krankenversicherungssektor in allokativer und distributiver Sicht zu einer besseren Ressourcenallokation führen wird. Die Tatsache, dass Ressourcenknappheit auch im Gesundheitswesen gilt, mag

³ Siehe SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001).

dabei zunächst eine triviale Feststellung sein. »Im Gesundheitssystem gewinnt diese schlichte Tatsache aber besondere Brisanz dadurch, dass das Gesetz der Knappheit von Gütern hier sehr schnell eine existenziell bedrohliche Dimension annehmen kann, die alles andere ist als trivial.«⁴ Aus diesem Grund stellt sich immer auch die Frage nach Gleichheit und Gerechtigkeit beim Zugang zu und der Nutzung von medizinischen Ressourcen. In dieser Arbeit wird vor allem der Zugang thematisiert. Vor dem Hintergrund der Sozialen Marktwirtschaft wird der Frage nachgegangen, wie ein solidarischer Krankenversicherungswettbewerb gestaltet werden kann, der sowohl ein Höchstmaß an individueller Freiheit als auch eine Absicherung der Benachteiligten ermöglicht.

Das Hauptziel der Arbeit besteht somit darin, institutionelle Arrangements für die Neugestaltung des Krankenversicherungsmarktes zu finden, die gegenüber dem Status Quo hinsichtlich Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit überlegen sind. Mit dieser Fragestellung steht die Arbeit in der Forschungslandschaft nicht alleine da. Sowohl zur Neuordnung des Gesundheitswesens allgemein als auch des Krankenversicherungsmarktes im Speziellen haben sich bereits viele wissenschaftliche Studien beschäftigt. Reformvorschläge für die Finanzierungsseite reichen dabei von einer Beibehaltung des bisherigen dualen Systems, über die Abschaffung der PKV als Krankheitskostenvollversicherung bis hin zur Abschaffung bzw. Privatisierung der GKV. Allerdings haben die Reformvorschläge es bisher nicht geschafft, einen Konsens hinsichtlich Reformziele und Reformschritte zu erzielen.⁵ Überhaupt fehlt es gerade den marktwirtschaftlich orientierten Studien an einer systematischen Aufarbeitung der beiden zentralen Prinzipien Wettbewerb und Solidarität. Die Frage, wie konkret diese beiden Prinzipien für eine institutionelle Reorganisation austariert werden sollen, bleibt in der Regel offen. Dies findet seinen Ausdruck darin, dass zwar die meisten wettbewerblich ausgerichteten Autoren eine Aufteilung des Krankenversicherungsschutzes

4 ZUDE (2006), S. 109.

5 Vgl. GETHMANN ET AL. (2005), S. 1.

in einen Basisschutz und einen privat zu finanzierenden Zusatzschutz fordern, ohne allerdings konkret die wichtige Frage zu beantworten, nach welchen Kriterien der Umfang des Basisschutzes definiert werden soll.

Als Folge der Forschungsdefizite wurde bei der Herangehensweise an das Thema bewusst ein interdisziplinärer Ansatz gewählt, da im Gesundheitswesen neben der ökonomischen Sichtweise, die vor allem auf die Kräfte des Marktes setzt, auch eine ethische Sichtweise notwendig ist, wenn es um der Frage nach Freiheit und Gerechtigkeit geht. Es wird daher untersucht, wie ein ethisch gerechtfertigtes und ökonomisch vernünftiges Krankenversicherungssystem aussehen könnte.

1.3 Vorgehensweise

In der Arbeit wird ein institutionenökonomischer Ansatz verfolgt, der in deutscher Tradition seine Wurzeln im Ordoliberalismus findet. Der ordoliberale Ansatz bildete 1948 in Deutschland die theoretische Grundlage für das Konzept der Sozialen Marktwirtschaft, welches die Wirtschaftspolitik der Nachkriegsjahre beeinflusste und für den enormen wirtschaftlichen Aufschwung (Wirtschaftswunder) mit verantwortlich gemacht wird. Heute, nach genau 60 Jahren Sozialer Marktwirtschaft, verwässert das Konzept zunehmend.⁶ Eigenverantwortliches Handeln und freie Initiative werden durch einen überbordenden Umverteilungsstaat immer weiter beschränkt. Dies gilt insbesondere für die Sozialversicherungszweige, die durch staatlichen Dirigismus gekennzeichnet sind. Vor diesem Hintergrund ist eine Rückbesinnung auf die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft geboten. Kapitel 2 diskutiert daher, wie die Soziale Marktwirtschaft als Rahmenordnung für die Neugestaltung des Krankenversicherungsmarktes fruchtbar gemacht werden kann. Dazu werden die

⁶ Siehe den Jenaer Aufruf zur Erneuerung der Sozialen Marktwirtschaft: o.V. (2008).

zwei Dimensionen der Sozialen Marktwirtschaft näher betrachtet: Zum einen muss geklärt werden, was unter einer Marktwirtschaft verstanden wird und zum anderen geht es um die Frage, was genau das »Soziale« an der Marktwirtschaft ausmacht. Hier wird anhand des ethischen Ansatzes der Menschenwürde argumentiert, da diese als zentrales Grundrecht im Grundgesetz normiert ist. Schließlich soll geklärt werden, wie die Soziale Marktwirtschaft für die Neuordnung des Krankenversicherungsmarktes einen Rahmen darstellen kann, um möglichst viel Freiheit für den Einzelnen zu schaffen und gleichzeitig einen marktkonformen sozialen Ausgleich zu schaffen. Dabei werden insbesondere drei zentrale Prinzipien herausgearbeitet: Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit.

Dem gegenüber beinhaltet das institutionelle Arrangement der Krankenversicherung einige Besonderheiten, die eine wettbewerbliche Ausrichtung erschweren. Diesem Thema widmet sich das Kapitel 3, welches als Schwerpunkt auf die Herausforderungen der Institutionalisierung von Wettbewerb eingeht. Die hier herausgearbeiteten Implikationen dienen der Entwicklung einer Skizze für einen »solidarischen Krankenversicherungswettbewerb«. Dabei wird die These vertreten, dass dem Krankenversicherungsmarkt eine zentrale Rolle zukommen sollte, da die Krankenversicherungsunternehmen als Sachwalter des Patienten ein echtes Interesse an einer effizienten Leistungserstellung haben. Um diese Sachwalterrolle zu stärken, muss auch über neue Formen der stärkeren Verzahnung zwischen Leistungserstellung und Leistungsfinanzierung nachgedacht werden. Hierzu wird als Beispiel das Managed Care System in den USA vorgestellt, welches ein in großem Maße privatwirtschaftlich organisiertes Krankenversicherungssystem darstellt. Schließlich wird verglichen, welche Lehren für das deutsche Gesundheitssystem gezogen werden können.

Das Kapitel 4 analysiert den gegenwärtigen Zustand des deutschen Krankenversicherungsmarktes hinsichtlich der Prinzipien Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit. Dabei wird auf die beiden Krankenversicherungsmärkte zunächst jeweils separat eingegangen, bevor dann noch der Systemwettbewerb betrachtet wird. Schließlich wird die Gesundheitsreform 2007 ebenfalls intensiv kritisch gewürdigt.

Das Kapitel 5 zeigt abschließend Wege zur Institutionalisierung eines »solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs« auf. Dabei gilt ein Hauptaugenmerk der Frage, nach welchen Kriterien ein Basisleistungsumfang definiert werden kann. Darüber hinaus werden Möglichkeiten der Organisation und Finanzierung diskutiert sowie auf die Institutionalisierung von Solidarität und Nachhaltigkeit im Rahmen der Basisversorgung eingegangen.

Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und einem Ausblick.

*«Wettbewerb ist das großartigste und genialste
Entmachtungsinstrument der Geschichte.»
Franz Böhm (1961), deutscher Jurist, Ökonom und Politiker*

2 Zur Sozialen Marktwirtschaft als Wettbewerbsordnung

2.1 Die marktwirtschaftliche Dimension der Sozialen Marktwirtschaft

2.1.1 Zum Wettbewerbsbegriff

Kaum ein Begriff ist so schwer zu greifen wie der Terminus »Wettbewerb.«⁷ Eine allgemein verbindliche Definition gibt es nicht, wohl aber das gemeinsame Anliegen, »mit diesem Terminus Sachverhalte zu umschreiben, welche geeignet sind, eine Reihe von positiven Wirkungen zu zeitigen«⁸. Bevor diese positiven Wirkungen des Wettbewerbs näher beschrieben werden, um dem »Phänomen Wettbewerb«⁹ auf die Spur zu kommen, stellt sich zunächst die Frage, unter welchen Bedingungen (ökonomischer) Wettbewerb überhaupt möglich ist. Sehr allgemein formuliert ist Wettbewerb immer dann möglich, wenn mindestens zwei Akteure untereinander in Konkur-

7 So bereits FRANK H. KNIGHT: »The critical reader of general economic literature must be struck by the absence of any attempt accurately to define that competition which is the principal subject under discussion« (KNIGHT (1997), S. 49).

8 HERDZINA (1999), S. 11. von DELHAES/FEHL (1997), S. 2, begründen die fehlende verbindliche Begriffsdefinition mit der Komplexität und Vielschichtigkeit wettbewerblicher Prozesse.

9 von DELHAES/FEHL (1997), S. 2.

renz um ein knappes Gut stehen.¹⁰ Knappheit stellt demnach eine Grundvoraussetzung für Wettbewerb dar. Da die Welt keine unendlichen Ressourcen für die grenzenlose Bedürfnisbefriedigung der Menschen bereithält, leben wir fortwährend in einem Zustand der Knappheit. Dieser gilt universell und unabhängig von der Wirtschaftsform, sei es in einer Marktwirtschaft oder in einer zentralen Verwaltungswirtschaft. Eine zentrale Planung kann Knappheit nicht verhindern. Die entscheidende normative Frage lautet aber, mit welcher Wirtschaftsordnung am besten im Sinne einer Maximierung der gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrt mit der Knappheit umgegangen werden kann. Da das Wissen in der Gesellschaft dezentral in den verschiedenen Akteuren verteilt liegt, erscheint es nur in einer Welt des vollkommenen Wissens möglich, dass ein zentrales »Master Mind« beispielsweise in Form eines »benevolenten Diktators«¹¹ in der Lage ist, einen allgemeingültigen Marktplan aufzustellen, der die vielfältigen Interessen, Wünsche und Begehrlichkeiten der Akteure so vereint, dass ein maximaler Wohlstand erreicht wird. Dieser Zustand trifft in der realen Welt nicht zu, so dass von den heute bekannten Wirtschaftsformen nur die Marktwirtschaft in der Lage ist, sich der Lösung des o.g. »Wissensproblems« zu nähern. Der Markt dient dabei als eine Institution, in der unter wettbewerblichen Bedingungen Wirtschaftssubjekte zu ihrem gegenseitigen Vorteil Tauschchancen nutzen. Hierdurch entstehen Kooperationsgewinne, die bei zentraler Planung nicht oder in einem geringeren Umfang anfallen würden. Wettbewerb und Tausch sind somit die beiden zentralen Prinzipien des Marktes. Aus diesem Grund nennt RÖPKE die Marktwirtschaft auch »Wettbewerbswirtschaft«.¹²

10 Vgl. STIGLER (1987), S. 531.

11 BRENNAN/BUCHANAN (1993), S. 42–61.

12 »Der freie und echte Wettbewerb ist der Marktwirtschaft so wesentlich, dass wir sie eine Wettbewerbswirtschaft nennen können.« (RÖPKE (1965), S. 31).

2.1.2 Marktwirtschaft als Wettbewerbswirtschaft

Da es Wettbewerb aber auch in anderen Wirtschaftsordnungen gibt, stellt sich die Frage, was die wesentlichen Merkmale einer Marktwirtschaft sind, die begünstigen, dass sich Wettbewerb am besten entfalten kann. Außerdem wird der Frage nachgegangen, welche positiven Wirkungen unter diesen marktwirtschaftlichen Bedingungen der Wettbewerb entfalten kann.

Ein wesentliches Element der Marktwirtschaft ist **Freiheit**. SEN betont die Bedeutung von Freiheit als Voraussetzung für wirtschaftliche Entwicklung.¹³ In diesem Sinn kann eine wie auch immer geartete Beschränkung der Tauschmöglichkeiten auf Märkten zur ›Unfreiheit‹ führen, auch wenn das Ergebnis gegenüber der Marktlösung identisch ist. Durch individuelle Freiheit kann jeder selbst entscheiden, wo er arbeiten, was er konsumieren und was er produzieren will. Die Freiheit bezieht sich dabei sowohl auf die Wahlfreiheit der Konsumenten, gemäß ihren individuellen Präferenzen freiwillig Kooperationschancen zu nutzen als auch auf die Freiheit, die Bedingungen dieses Tausches selbst zu bestimmen (Vertragsfreiheit bzw. Privatautonomie). Neben dieser positiven Interpretation des Freiheitsbegriffs als ›Möglichkeit zum Handeln‹ kann auch eine negative Interpretation erfolgen, als eine ›Abwesenheit von Handlungszwang‹, um marktwirtschaftliche Aktivitäten einzugehen.¹⁴ Ein grundlegendes Problem besteht darin, dass es eine absolute Freiheit nicht geben kann, da die Gewährung eines totalen Freiheitsspielraums für ein Subjekt nur mit einer Reduzierung des Freiheitsspielraums eines anderen Subjektes einhergehen kann. Hieraus folgt, dass staatliche Regeln notwendig sind, um die Freiheit der Bürger in geordnete Bahnen zu lenken. Freiheit ist somit als relative Freiheit zu interpretieren, so dass staatliche Freiheitsbeschränkungen nicht per se abzulehnen sind, sondern

13 Vgl. hier und im folgenden SEN (2005), S. 22–23. Siehe grundlegend SEN (1993) und von HAYEK (1991). Zum Freiheitsbegriff siehe auch INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (2003) und STREIT (2001).

14 Vgl. HERDZINA (1999), S. 12.

nur dann, wenn sie die Handlungen der Bürger unangemessen oder unbillig einschränken.¹⁵

Zur Durchsetzung der Freiheit spielen Institutionen eine wichtige Rolle. Unter Institutionen werden aus ökonomischer Sicht einzelne oder mehrere Regeln verstanden, die das Verhalten der Akteure in sich wiederholenden sozialen Entscheidungssituationen steuern. Die Regeln müssen dabei auf allgemeine Anerkennung stoßen, so dass die Individuen gewillt sind, ihr Verhalten daran auszurichten. Bei einem Regelverstoß sind zudem Sanktionen zu erleiden.¹⁶ Insbesondere bedarf es zur Durchsetzung individueller Freiheit dem Schutz von **Privateigentum** an den Produktionsmitteln, d.h. der Definition und Durchsetzung von Verfügungsrechten, welche die Handlungsspielräume des Eigentümers festlegen.¹⁷ Hierunter zählt beispielsweise auch das Recht, die Sache gegen einen Preis am Markt zu veräußern. Weiterhin bedarf es eines funktionierenden **Rechtsstaates**, der Bereicherungsstrategien in Form von Betrug, Korruption, etc. wirksam unterbindet sowie für die Einhaltung geschlossener Verträge sorgt. Der Staat hat daher die Funktion, die Spielregeln für das Marktspiel vorzugeben und deren Einhaltung zu gewährleisten.

Die genannten Prinzipien sind für eine Marktwirtschaft, die durch freiwilligen Tausch und Kooperationen gekennzeichnet ist, wesentlich und Voraussetzung für die positiven Wirkungen, die Wettbewerb in einer solchen Wirtschaftsordnung entfalten kann. Dennoch bedeutet das Streben nach Freiheit nicht automatisch eine Zustimmung für die Marktwirtschaft. Entscheidend ist vielmehr, dass die Marktwirtschaft aufgrund ihrer positiven Eigenschaften als Regelordnung für die Bürger konsensfähig ist, also deren konstitutionellen Interessen entspricht.¹⁸

Die Knappheit spielt dabei die entscheidende Rolle. Wettbewerbliche Prozesse sind darauf ausgerichtet, die Knappheit durch die Nutz-

15 Vgl. HERDZINA (1999), S. 13.

16 Definition in Anlehnung an LEIPOLD (1997), S. 400.

17 Vgl. VANBERG (2005a), S. 53. Siehe grundlegend WINDISCH (2005).

18 Vgl. VANBERG (2001), S. 58–59.

barmachung von Wissen zur zukünftigen Bedürfnisbefriedigung bei gegebener Unsicherheit zu überwinden. Die Arbeitsteilung sorgt dafür, dass auch das Wissen anderer Akteure herangezogen werden kann, um die Handlungen effizienter zu gestalten.¹⁹ Doch wie lassen sich die Handlungen der Akteure am besten koordinieren?

2.1.3 Wettbewerb und Preismechanismus

Der Preismechanismus des Marktes kann diese Koordinationsfunktion zwischen den individuellen Plänen am besten erfüllen. Preise übernehmen dabei mehrere Aufgaben: Sie geben eine Information über die Ressourcenknappheit, indem über das Prinzip von Angebot und Nachfrage knappe Güter teurer bewertet werden als Güter, die in Massen vorhanden sind. Gleichzeitig gibt der Preis die Präferenzen der Konsumenten wider, da jeder selbst entscheiden muss, ob ihm der Konsum eines bestimmten Gutes den zu zahlende Preis wert ist. Der Preismechanismus differenziert aber nicht nur nach Zahlungswilligkeit, sondern auch nach Zahlungsfähigkeit der Individuen. Letzteres ist wiederum Ausdruck von Knappheit, da die Zahlungsfähigkeit von der Einkommensgenerierung abhängt, welche wiederum als Preis für die geleistete Arbeit anzusehen ist.

Preise beinhalten zudem den Anreiz, zusätzliche Mengen eines Gutes zu produzieren, wenn die Nachfrage entsprechend hoch ist, bzw. vorhandene Güter zu verkaufen. Darüber hinaus üben sie eine Selektions-/Effizienzfunktion aus, indem ihnen die Aufgabe zukommt, Anbieter, die zu teuer produzieren, aus einem Markt zu verdrängen oder aber zu effizienteren Herstellungsmethoden zu zwingen.²⁰

19 Vgl. SCHÜLLER (1997), S. 179.

20 Vgl. OBERENDER ET AL. (2002), S. 126 f.

*«The market needs a place,
and the market needs to be kept in its place.»
Arthur M. Okun (1975), US-amerikanischer Ökonom*

3 Allokative und distributive Überlegungen zur Ausgestaltung von Krankenversicherungsinstitutionen

3.1 Vorbemerkungen

Seit Mitte bzw. Ende der 1970er Jahre hat sich die Forderung nach mehr Wettbewerb als zentraler Trend in der Reformdebatte über das Gesundheitssystem in den Industriestaaten durchgesetzt. Als Ursache wird genannt, dass die staatlich finanzierten Sozialsysteme zunehmend an ihre Grenzen stoßen.¹⁴¹ Neben den genannten Problemen des medizinisch-technischen Fortschritts, der demographischen Entwicklung und der hiermit verbundenen wachsenden Ausgaben, ist auch eine Unter-, Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem zu konstatieren.¹⁴² Ein funktionierender Wettbewerb als Leitbild soll nicht nur für eine volkswirtschaftlich optimale Ressourcenallokation sorgen, sondern wird auch als ideales Wirtschaftsmodell der freiheitlichen Demokratie mit einer pluralistischen Gesellschaft gesehen.¹⁴³

141 Vgl. von der SCHULENBURG/GREINER (2007), S. 99–101, und CUTLER/REBER (1998), S. 433.

142 Siehe SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001).

143 Vgl. MAJER (2001), S. 78.

Auf der anderen Seite gibt es Stimmen, die eine Unvereinbarkeit von wettbewerblichen Prinzipien auf dem Markt für Krankenversicherungen sehen. Hierbei wird insbesondere auf die Besonderheiten des Gutes Gesundheit abgezielt, die dazu führen, dass der Markt privatwirtschaftlich nicht funktionieren könne und somit »Marktversagen« vorliege.¹⁴⁴

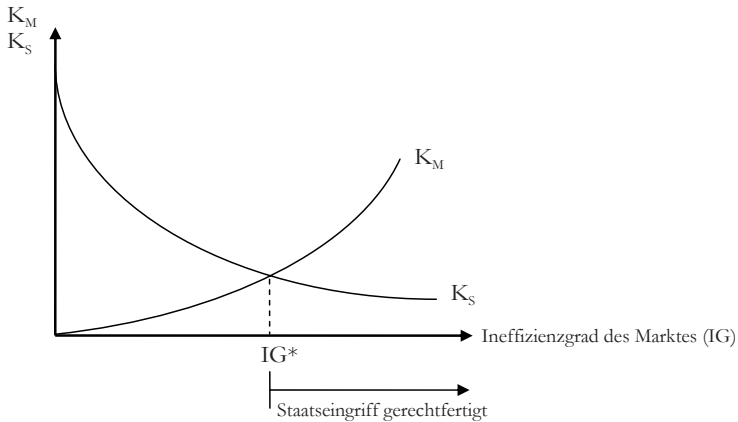
Diese Pauschalkritik übersieht dabei, dass wettbewerblich organisierte Märkte staatlich vorgegebene Spielregeln berücksichtigen müssen und auch Ökonomen, trotz ihrer Forderung nach mehr Wettbewerb, dem Staat eine wichtige Rolle für die Rahmenordnung des Gesundheitssystems beimessen.¹⁴⁵ Hinzu kommt, dass staatliches Eingreifen in einen unzureichend funktionierenden Markt nicht unbedingt zu einer Verbesserung der Situation führen muss. Einerseits kann Politikversagen auftreten, wenn durch die politischen Entscheidungen Wettbewerbsverzerrungen, Allokationsverzerrungen und Ineffizienzen auftreten, die den Preismechanismus des Marktes außer Kraft setzen. Andererseits führen die den staatlichen Aktivitäten inhärenten Anreize zu einer ineffizienten Ausdehnung der Bürokratie (Bürokratieversagen). Folglich ist der staatliche Eingriff mit Kosten verbunden, die höher sein können als die gesamtwirtschaftlichen Kosten aufgrund des inferioreren Marktergebnisses. Übergreifend wird auch von »Staatsversagen« gesprochen.¹⁴⁶ Ein staatlicher Eingriff ist daher nur begründbar, wenn die Kosten des Staatseingriffs (K_S) geringer sind als die Kosten des Marktversagens (K_M) (Abbildung 5). Es ist anzunehmen, dass die Kosten des Marktversagens mit zunehmendem Ineffizienzgrad (IG, ausgedrückt als Wohlfahrtsverlust) eines Marktes ansteigen, während die Kosten des Staatseingriffs sinken. Der kritische Punkt, ab dem ein Staatseingriff ökonomisch gerechtfertigt werden kann, liegt bei IG^* .

144 Siehe REBSCHER/WALZIK (1998), DEPPE (1996) und ROSENBRÖCK (1994).

145 Siehe beispielsweise OBERENDER/ZERTH (2007), SAUERLAND (2004), BUCHHOLZ ET AL. (2001) und GAYNOR/VOGT (2000).

146 Vgl. FRITSCH ET AL. (2005), S. 418–421.

Abbildung 5: Kosten des Markt- und Staatsversagens



[Quelle: Eigene Darstellung].

Krankenversicherungsverträge, die privatwirtschaftlich abgeschlossen werden, können grundsätzlich als mit der marktwirtschaftlichen Ordnung kompatibel angesehen werden. Dennoch gibt es im Bereich der Versicherung ökonomische Tatbestände, die ein optimales Marktgeschehen erschweren. Ein Verständnis der grundlegenden Wirkungszusammenhänge ist daher notwendig, um geeignete Schlussfolgerungen ableiten zu können.

3.2 Funktionen und Besonderheiten von Krankenversicherungen

3.2.1 Funktionen von Versicherungen

Die Existenz von Versicherungen resultiert aus der Unsicherheit über das Eintreten verschiedener zukünftiger Umweltzustände. Von FRANK H. KNIGHT stammt die in der Literatur gebräuchliche Unterscheidung zwischen Risiko (risk) und (echter) Ungewissheit

(uncertainty).¹⁴⁷ Risiko bezeichnet fachsprachlich eine Situation, in der die Wahrscheinlichkeitsverteilung der möglichen Ereignisse (z.B. aufgrund vergangenheitsorientierter Erfahrungen oder logischer Berechnungen) bekannt ist bzw. berechnet werden kann, wohingegen die Eintrittswahrscheinlichkeit der Ereignisse bei Unsicherheit unbekannt ist.

Diese Unterscheidung ist aber insofern problematisch, da die Nutzung empirischer Daten zur Konstruktion von Wahrscheinlichkeitsverteilungen nur eine subjektive Verlässlichkeit impliziert. Ebenso ist eine Situation des vollkommenen Unwissens unrealistisch. Daher sind die Grenzen zwischen Risiko und Unsicherheit nicht so scharf, wie es KNIGHTS Abgrenzung nahe legt.¹⁴⁸ Entscheidend ist jedoch, dass Risiko und Unsicherheit die Voraussetzung für die Existenz von Versicherungen darstellt. Versicherungen dienen dazu, die Unsicherheit bezüglich zukünftiger Ereignisse zu verringern. Eine geläufige Definition, die sich gerade auch für den Bereich der Krankenversicherung anbietet, findet sich bei HAX: »Versicherung ist die Deckung eines im einzelnen ungewissen, insgesamt aber schätzbaren Geldbedarfs auf der Grundlage eines zwischenwirtschaftlichen Risikoausgleichs.«¹⁴⁹ Eine Versicherung kann Krankheiten zwar nicht verhindern, aber die negativen Folgen, die sich daraus ergeben können, abmildern.

Daher erfüllen Versicherungen aus volkswirtschaftlicher Sicht mehrere effizienzsteigernde Funktionen:¹⁵⁰ Sie sorgen (1.) für eine effiziente **Risikoallokation**, indem risikoneutrale Wirtschaftssubjekte die Risiken der risikoaversen Akteure zu geringen Transaktionskosten zusammenfassen. Im Bereich der Krankenversicherung kann die Versicherung durch Informationen über gesundheitsbewusstes Verhalten die Schadenseintrittswahrscheinlichkeit und –höhe schadenmindernd beeinflussen. Durch die sofortige Erstattung medizinischer

147 Vgl. KNIGHT (1921), S. 233.

148 Vgl. ZWEIFEL/EISEN (2003), S. 2.

149 HAX (1964), S. 22.

150 In Anlehnung an ZWEIFEL/EISEN (2003), S. 16–20, und QUANDT (1992), S. 50–58. Siehe grundlegend SINN (1988).

Leistungen wird außerdem die Wahrscheinlichkeit für Folgeschäden reduziert, welche durch zu späte Behandlungen auftreten können. (2.) tragen Versicherungen zu einer **Sicherung der Vermögensposition** bei und schaffen hierdurch die Grundlage für die Durchführung riskanter, aber gewinnversprechender Projekte. (3.) bildet sich durch den Kauf von Versicherungsschutz ein Kapitalfonds, da die Prämienzahlungen zu Beginn einer Periode fällig werden, während die Aufwendungen erst im Laufe des Jahres anfallen. Die **Kapitalakkumulationsfunktion** ist um einiges größer, wenn beispielsweise – wie in der privaten Krankenversicherung – Altersrückstellungen gebildet werden, die im Zeitablauf durch die Anlage an den Geld- und Kapitalmärkten Zinseinnahmen und Kursgewinne erzielen.¹⁵¹ (4.) erfolgt im Bereich der Krankenversicherung eine **Verstetigung der Einkommensverläufe** der Individuen über den Lebenszeitraum. Sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung werden in den produktiven Lebensperioden relativ höhere Prämien bezahlt als in den jeweils »unproduktiven« Lebensperioden (Kindheit, Alter). (5.) ist Risikovermeidung günstiger als sich gegen Risiken abzusichern, da mit steigendem Risiko durch das Äquivalenzprinzip auch die Prämien steigen. Eine risikoäquivalente Prämienkalkulation sorgt somit für Anreize, Präventionsmaßnahmen oder schadenverringende Maßnahmen im optimalen Umfang vorzunehmen. Versicherungen haben folglich eine **Kontrollfunktion**, das Eingehen zu hoher und nicht lohnender Risiken zu verhindern. Letztlich haben Versicherungen (6.) die Funktion der **Entlastung des Staates**. Ohne Versicherungen müsste der Staat in vielen Bereichen für die Schäden aufkommen (z.B. durch Sozialhilfe), für die der Einzelne nicht selbst aufkommen kann (Subsidiaritätsprinzip¹⁵²). Im Ergebnis wird durch Versicherungen das Gemeinwesen entlastet. ZWEIFEL UND EISEN wei-

151 Das Prinzip der Altersrückstellungen wird in Kapitel 4.3.3.3 erläutert.

152 Die heute vorherrschende inhaltliche Bestimmung des Subsidiaritätsprinzips stammt aus der Katholischen Soziallehre und wurde in der Enzyklika Quadragesimo Anno von PAPST PIUS XI. aus dem Jahre 1931 formuliert. Demnach kommt dem Begriff eine doppelte Bedeutung zu: Negativ interpretiert, beinhaltet das Prinzip ein Kompetenzanmaßungsgebot übergeordneter Institutionen. Die positive Funk-

»Wir alle wissen, dass wir einen neuen Ansatz und ein leistungsfähiges und hoch qualifiziertes Gesundheitssystem brauchen, das für alle zugänglich ist. Es muss [...] wettbewerbsfördernd sein, die Lasten solidarisch verteilen und Generationengerechtigkeit bieten.«

Angela Merkel (2005), Bundeskanzlerin der BRD

4 Befund und Therapieversuch: Analyse des Marktes für Krankenversicherungen in Deutschland vor und nach der Gesundheitsreform 2007

4.1 Einleitung

Bevor eine ›Therapie‹ beginnen kann, ist zunächst eine umfangreiche Auseinandersetzung mit den Symptomen erforderlich, um auf die strukturellen Ursachen schließen zu können. In diesem Kapitel steht daher die Analyse des Marktes für Krankenversicherungen im Vordergrund.

TAUCHNITZ kritisiert, dass oftmals in der Diskussion von Gesundheitsreformen die historischen Entstehungsbedingungen ausgeblendet werden, die aber gerade wichtig seien, um die gewachsenen Zusammenhänge erklären zu können.³¹⁶

Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel als erster Schritt die ›Krankheitsgeschichte‹ (Anamnese) betrachtet, da die Zusammenhänge und Interaktionen auf dem Markt für Krankenversicherungen so komplex sind, dass eine Auseinandersetzung mit der historischen Entwicklung der Strukturen für ein besseres Verständnis des Status

316 Vgl. TAUCHNITZ (1999), S. 7.

Quo erforderlich ist. Die Betrachtung orientiert sich hauptsächlich an der Entwicklung von GKV und PKV, so dass andere Märkte bzw. Akteure im Gesundheitswesen nur dann erwähnt werden, wenn sie für das Verständnis notwendig sind oder aber entscheidende Auswirkungen auf das gesamte System von ihnen ausgehen.

Nach der Darstellung der wichtigsten Entwicklungslinien des deutschen Krankenversicherungsmarktes werden die vorherrschenden Rahmenbedingungen im Bezug auf Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit analysiert. Anschließend wird die Gesundheitsreform 2007 als Therapieversuch dargestellt und analysiert, ob die Reform geeignet ist, die strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitswesens zu lösen.

4.2 Die Anamnese: Entwicklungslinien der Krankenversicherung

4.2.1 Vom mittelalterlichen Zunftwesen bis zum Ende des Dritten Reiches

Die grundlegenden Strukturen des deutschen Gesundheitssystems sind das Resultat einer jahrhundertelangen historischen Entwicklung.³¹⁷ Nicht nur die Vorläufer der GKV, sondern auch die der PKV können bereits in den Vorsorgebestrebungen der Handwerker im Mittelalter angesehen werden. Mit der Bildung von Gefahrengemeinschaften wurde das Krankheitsrisiko vom Einzelnen auf die Gemeinschaft übertragen. Jedes Mitglied hatte hierfür regelmäßige Beiträge zu bezahlen.³¹⁸ Die Unterstützungskassen der Zünfte, Gilden, Innungen, etc. können folglich als erste Ansätze einer *Krankenversicherung* betrachtet werden.³¹⁹ Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich hieraus eine enorme Vielfalt an unterschiedlichen Kassenarten

317 Siehe grundlegend für die historische Entwicklung der Sozialversicherung in Deutschland FRERICH/FREY (1996a, 1996b, 1996c) und PETERS (1978).

318 Vgl. KOCH (1971), S. 10, und KIRSTEN (2005), S. 5.

319 Vgl. KLINGENBERGER (2001), S. 17, und KOCH/ULEER (1997), S. 22–23.

(z.B. lokale, nationale, genossenschaftliche, kirchliche oder gemischte Zwangskassen sowie freie Kassen), die sich insbesondere in der Art der Beitragserhebung, vom Leistungsumfang oder der Verwaltungsform voneinander unterschieden. KLINGENBERGER spricht daher von »einem regelrechten »Kassenschungel«³²⁰ und führt aus, dass eine Zuordnung der Kassen weder zur Sozialversicherung noch zur Individualversicherung eindeutig möglich gewesen sei.³²¹

Die Absicherung bestimmter Berufsgruppen gegen Krankheitsrisiken im mittelalterlichen Zunftwesen bestand jedoch vorrangig aus einer Geldleistung zur Kompensation des Einkommensverlustes.³²² Bereits hier lassen sich solidarische Merkmale finden: Zum einen bestand eine Pflichtmitgliedschaft und zum anderen waren die Beiträge für Gesellen teilweise niedriger als für die Meister, was dem Prinzip der Leistungsfähigkeit entspricht. Darüber hinaus gab es Formen der interpersonellen Umverteilung und auch bereits eine Art der Beteiligung des Arbeitgebers an der Beitragsfinanzierung. Die lange Tradition der sozialen Sicherung im Zunftwesen und die hieraus entstandenen Organisationsstrukturen können daher als eine hilfreiche Grundlage für die relativ frühe Entstehung einer funktionsfähigen Sozialversicherung angesehen werden. In diesem Zusammenhang kann die **BISMARCKSCHE Sozialgesetzgebung**, die 1883 in die Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeiter mündete, als das wohl einschneidendste Ereignis in der deutschen Sozialgeschichte angesehen werden. Die grundlegende Organisationsstruktur der GKV wurde somit für die folgenden Jahrzehnte – und wie sich noch zeigen wird bis heute – festgelegt.³²³

Auch wenn BISMARCK nicht nur auf das Wohl der Arbeiter abzielte, sondern auch der Sozialistenbewegung den Wind aus den Segeln neh-

320 KLINGENBERGER (2001), S. 18.

321 Vgl. KLINGENBERGER (2001), S. 18, sowie WAGNER-BRAUN (2002), S. 41. Eine Übersicht über die verzweigte historische Entwicklung von GKV und PKV findet sich im Anhang, Abbildung A6.

322 Vgl. SIMON (2005), S. 16.

323 Vgl. KLINGENBERGER (2001), S. 17–23.

men wollte, um das Kaiserreich und die innere Sicherheit zu stabilisieren, kann seine Sozialpolitik als ein Meilenstein in der deutschen Geschichte angesehen werden, deren Beispiel auch andere Staaten später folgten.³²⁴ Das »Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15.6.1883« beinhaltet eine Versicherungspflicht für alle Arbeiter, die je nach Berufszugehörigkeit in eine der Primärkassen (Orts-, Innungs-, Betriebskrankenkassen sowie Knappschaft und See Krankenkasse) versichert wurden. Weiterhin bestanden freie Hilfskassen – die Vorläufer der Ersatzkassen –, in denen sich die nicht von der Versicherungspflicht erfassten Personen, insbesondere die Angestellten, auf freiwilliger Basis versichern konnten. Diese erhielten aber keinen Zuschuss vom Arbeitgeber und mussten den Beitrag vollständig selbst bezahlen.³²⁵ Es gab einen gesetzlich definierten Mindestleistungskatalog, der durch Satzungsbeschluss durch umfangreichere Leistungen ergänzt werden konnte. Ein Beispiel war die beitragsfreie oder beitragspflichtige Versicherung von Familienmitgliedern, welche viele Krankenkassen als Satzungsleistung festlegten.³²⁶ Tabelle 4 zeigt eine Zusammenfassung der grundlegenden Eigenschaften der BISMARCKSCHEN Krankenversicherung. Grundlegende Merkmale prägen bis heute die Struktur der deutschen Sozialversicherung: Die Beteiligung der Arbeitgeber, die Erhebung einkommensabhängiger Beiträge, die Orientierung am Sachleistungsprinzip und die Organisation der Kassen durch eine Selbstverwaltung.

324 Beispielsweise Neuseeland, Australien, Frankreich, Großbritannien und Luxemburg (vgl. ROSEN/WINDISCH (1992), S. 368). Zum Entstehungsumfeld der deutschen Sozialversicherung vgl. ABELSHAUSER (1996), S. 382–384.

325 Vgl. SIMON (2005), S. 21.

326 Vgl. PETERS (1978), S. 57.

Tabelle 4: Übersicht über die BISMARCKSCHE Krankenversicherung

Finanzierung der Beiträge	Einkommensabhängige Beiträge, finanziert zu 2/3 vom Arbeiter und 1/3 vom Arbeitgeber, Höchstbeitrag betrug 6% vom Bruttolohn
Leistungen	Die Leistungsdauer war auf maximal 13 Wochen festgelegt und umfasste: <ul style="list-style-type: none"> • Freie ärztliche Behandlungen • Freie Arzneimittelversorgung • Krankenhausbehandlung • Zahlung eines Krankengeldes ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 50% des Arbeitsentgeltes • Wöchnerinnenunterstützung • Sterbegeld in Höhe des 20fachen Lohnes • Zusätzliche Leistungen oder längerer Leistungsbezug möglich (Satzungsbeschluss erforderlich)
Kostenersatzung	Sachleistungsprinzip
Mitgliedschaft	Zunächst nur gewerbliche Arbeiter mit einem Einkommen bis zur »Versicherungsberechtigung«
Organisation der Kassen	Selbstverwaltung mit nach Finanzierungsanteil gestaffelten Stimmrechten

[Quelle: Eigene Darstellung. Inhaltliche Aufbereitung in Anlehnung an (PETERS (1978)), S. 54–60].

Früh zeigten sich bereits einige Mängel der neuen Sozialgesetze. Im Jahre 1885, kurz nach der Gründung der GKV, gab es insgesamt 18.776 eigenständige Krankenkassen mit durchschnittlich je 229 Mitgliedern.³²⁷ Vielen Kassen fehlte damit die kritische Masse, um einen funktionierenden Risikopool aufzubauen, der in der Lage war, auch

327 Vgl. ALBER (1992), S. 26–27.

*»As medical technology and social and economic conditions of the population change,
we need a system that is flexible and can come up with entirely new ways of
organizing and delivering care«
Alan C. Enthoven (1993), S. 40, Ökonom (Stanford)*

5 Wege zur Institutionalisierung eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs

5.1 Vorüberlegungen

Das deutsche Gesundheitswesen leidet nicht nur unter einem Finanzierungsproblem, sondern auch unter einem Präferenzdeckungsproblem. Das Finanzierungsproblem dominiert jedoch die wissenschaftliche und öffentliche Debatte. Die Forderung nach mehr Wettbewerb geht mit der Vorstellung einher, dass durch eine Erhöhung der Effizienz die Kosten reduziert werden können und das Gesundheitssystem bezahlbar bleibt. Diese Erwartung an das marktwirtschaftliche Wettbewerbsprinzip basiert jedoch auf einer verkürzten Vorstellung über seine Funktionsweise. Effizienz ist lediglich **ein** Ergebnis von marktwirtschaftlichen Prozessen. Entscheidend ist zudem die Frage nach der präferenzgerechten Versorgung der Bevölkerung. Die Aufdeckung der Präferenzen über den Preismechanismus findet im deutschen Gesundheitssystem nur unzureichend statt. Der nahezu einheitliche Leistungsumfang für alle Bürger erschwert eine Differenzierung über das Leistungsangebot. Ein funktionsfähiger Wettbewerb kann nur gelingen, wenn sich die Krankenversicherungsunternehmen nicht nur über den Preis, sondern auch über das Leistungsangebot differenzieren können.

Ohne eine stärkere Preis-/Leistungsdifferenzierung wird die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ungebrochen bleiben. Der »Wachstumsmarkt Gesundheit« muss dagegen stärker privat finanziert werden, um die Präferenzen der Bürger für oder gegen bestimmte Leistungen mithilfe des Preismechanismus als Knappheitsindikator weitgehend aufzudecken. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des medizinisch technischen Fortschritts stößt die solidarische Finanzierung eines weiter zunehmenden Leistungskatalogs der GKV bei stagnierendem Wirtschaftswachstum an ihre Grenzen. Bei der Suche nach Handlungsoptionen kommen folgende Möglichkeiten in Betracht:

- 1.) Änderungen bei der Beitragsfinanzierung (z.B. Versicherungspflicht-, Beitragsbemessungsgrenze, Ausweitung der Bemessungsgrundlage),
- 2.) Verlagerung der Finanzierung auf Dritte (Steuerfinanzierung, Selbstbeteiligung der Patienten o.a.),
- 3.) Rationierung durch staatliche Eingriffe in die Vergütung der Leistungserbringer (z.B. Budgetierung),
- 4.) Rationalisierung,
- 5.) Einstieg in die Kapitaldeckung sowie
- 6.) Flexibilisierung des Leistungskatalogs.

Unter diesen Möglichkeiten erfreuten sich die ersten drei Stellschrauben bei der Politik in den letzten Jahren großer Beliebtheit, jedoch mit nur kurzfristigen Erfolgswirkungen.⁵⁷⁸ Die Forderung nach Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven (Nr. 4) wird ebenfalls gerne erhoben. Zwar attestieren viele Studien dem deutschen Gesundheitssystem ein erhebliches Rationalisierungspotential, aber um dieses zu heben, sind strukturelle Reformen erforderlich, welche die grundlegenden Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten institutionell neu schaffen. Zur kurzfristigen Finanzierung und als isolierte

578 Siehe Kapitel 4.2.4.

Reformoption eignet sich dieses »Instrument« daher nicht. Verbleiben schließlich noch die Maßnahmen 5 und 6.

Der Einstieg in die Kapitaldeckung wird hier unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit diskutiert. Im Sinne einer intergenerativen Gerechtigkeit sind nachhaltige institutionelle Arrangements wichtig, um gesellschaftliche Endspiele zu vermeiden.

Die Flexibilisierung des Leistungskatalogs ist hingegen die wichtigste Maßnahme auf dem Weg zu einem »solidarischen Krankenversicherungswettbewerb«. Dabei stellt sich das Problem, dass eine Basisversorgung im Sinne eines anständigen Mindestmaßes (»decent minimum«) definiert werden muss, die von allen Krankenversicherungsunternehmen anzubieten ist und von allen Bürgern aus Gründen der Solidarität zu finanzieren ist. Hierzu ist zur Erreichung einer prozeduralen Gerechtigkeit die Erarbeitung einheitlicher Kriterien notwendig.

5.2 Wettbewerb erfordert Flexibilisierung des Leistungskatalogs

5.2.1 Literaturüberblick

Die Flexibilisierung des Leistungskatalogs in der GKV ist eines der schwierigsten Felder in der Gesundheitspolitik. Die Forderung nach einer Aufspaltung des Leistungskatalogs in eine solidarische Basisversorgung und privat zu finanzierende Zusatzleistungen wird vielfach erhoben, ohne genau zu klären, was eigentlich unter einer Basisversorgung verstanden wird. Während einige Autoren liberaler Prägung eine Reduzierung der solidarisch finanzierten Leistungen auf finanzielle Großrisiken im Sinne einer Katastrophenversicherung fordern, gibt es andere Stimmen, die ein »Einfrieren« des derzeitigen Leistungskatalogs in der GKV als Basisversorgung fordern.⁵⁷⁹ Konkretisierungen oder inhaltlich systematisch erarbeitete Vorschläge gibt es

⁵⁷⁹ Siehe z.B. EEKHOFF ET AL. (2005), S. 5.

dagegen nur wenige. Stattdessen wird vor allem in der philosophisch-ethisch geprägten Fachliteratur gefordert, dass eine Eingrenzung des Leistungskatalogs das Resultat einer öffentlichen Diskussion sein müsse.⁵⁸⁰ Wie genau ein solcher plebiszitärer Entscheidungsprozess aussehen soll, bleibt aber auch hier unklar.

Bei den in der Literatur vorhandenen Vorschlägen ist zudem noch zu unterscheiden zwischen einer Neubestimmung der Leistungsinhalte und einer funktionsgerechten Trennung von versicherungstypischen und versicherungsfremden Leistungen der GKV. Letztere können weiterhin im Interesse einer öffentlichen Versorgung liegen, so dass lediglich deren Finanzierung durch andere öffentliche Ausgabenträger zu diskutieren ist. Im Sinne einer Systemevolution können die folgenden Vorschläge interpretiert werden, die eine Flexibilisierung des Leistungskataloges diskutieren.

Der NAV-VIRCHOW-BUND schlägt ein Trichtermodell vor, welches verschiedene Kriterien als »Filter« enthält.⁵⁸¹ Leistungen, die alle Filter durchlaufen, gehören schließlich zur Kernversorgung. Zu den fünf Kriterien zählen (1.) versicherungsfremde Leistungen, (2.) Leistungen ohne Effektivität, (3.) eigenverantwortliche Absicherung, (4.) Leistungen mit Konsum- und Gestaltungscharakter und (5.) Leistungen ohne Effizienz.

Eine Aufspaltung in Kern- und Ergänzungsleistungen entwickeln SCHWARTZ UND JUNG.⁵⁸² Die Kernleistungen bestehen vor allem aus ambulanter und stationärer Versorgung sowie Maßnahmen der Rehabilitation. Die Ergänzungsleistungen enthalten alle Leistungen, die nicht zu den Kernleistungen zählen, aber auch nicht von entsprechenden Fachausschüssen abgelehnt wurden. Die Ergänzungsleistungen können freiwillig auf einem privaten Versicherungsmarkt abgesichert werden. Um eine Quersubventionierung zu verhindern, fordern die Autoren eine getrennte Kalkulation der Kernversorgung einerseits und der Tarife der Ergänzungsversorgung andererseits.

580 Vgl. MARCKMANN (2006), S. 202.

581 Siehe NAV-VIRCHOW BUND (2000).

582 Siehe SCHWARZ/JUNG (2000).

Auch der SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT hat verschiedentlich die Thematik diskutiert, besonders in seinem Gutachten von 1994.⁵⁸³ Der SACHVERSTÄNDIGENRAT hat verschiedene Optionsmodelle entwickelt, die sich entweder nach Kern- und Zuwahlleistungen oder nach Abwahl- und Zuwahlleistungen differenzieren. Für alle Optionsmodelle ist die Definition der Kernleistungen erforderlich. Hierzu schlägt der SACHVERSTÄNDIGENRAT eine Unterscheidung nach medizinischen und ökonomischen Kriterien vor. Zu den medizinischen Kriterien zählen dabei Dringlichkeit, Lebensgefahr und Lebensqualitätsgefährdung. Die ökonomischen Kriterien beinhalten die Merkmale Großrisiko, Kostenwirksamkeit, Versicherbarkeit, Ursachenzurechenbarkeit und Preiselastizität der Nachfrage. Je nach Kriterienkombination und Merkmalsausprägung erfolgt eine Zuordnung zum Kernbereich oder zum Zuwahlbereich.

Einen detaillierten Vorschlag zur Herausnahme und Umgestaltung von Leistungen hat das FRITZ-BESKE-INSTITUT für Gesundheitssystemforschung in Kiel erarbeitet.⁵⁸⁴ Neben den direkten Veränderungen des Leistungskatalogs werden strukturelle Änderungen vorgeschlagen. Dazu gehört die Definition einer Standard- und Wunschversorgung. Die Standardversorgung soll ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sowie den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Alle darüber hinausgehenden Leistungen gehören in den Bereich der Wunschversorgung. Die Definition der Standardversorgung soll diagnose- und indikationsbezogen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss⁵⁸⁵ in Kooperation mit den medizinischen Gesellschaften und Berufsverbänden erfolgen.

583 Siehe SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1994).

584 Siehe BESKE (2006).

585 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV.

»In some instances the costs of institutional change will preclude adjustment even where experience reveals preferable alternatives.«
Stanley L. Liebowitz und Stephen E. Margolis (1995), S. 211, Ökonomen

6 Zusammenfassung und Ausblick

In einem ersten Schritt wurde gezeigt, dass die Soziale Marktwirtschaft in der Tradition des Ordoliberalismus für den Krankenversicherungsmarkt eine geeignete Rahmenordnung darstellen kann. Dies gelingt jedoch nur, wenn der Staat verstärkt wettbewerbliche Anreize zulässt, die den Individuen, aber auch den Marktakteuren im Gesundheitswesen, eine größere Freiheit einräumen. Auf diese Weise kann der Marktmechanismus seine produktivitätssteigernde und effizienzfördernde Wirkung am besten entfalten. Daneben ist ein sozialer Ausgleich erforderlich, da Gesundheit ein Gut darstellt, welches die Teilhabe am wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Für Individuen, die bei der Absicherung des Krankheitskostenrisikos, z.B. durch Arbeitslosigkeit, geringem Einkommen oder chronischen Erkrankungen, überfordert sind, muss ein sozialer Ausgleich implementiert werden. Im Gegensatz zu den marktverzerrenden Umverteilungsmechanismen in den gegenwärtigen Sozialversicherungssystemen, sind für den sozialen Ausgleich marktkonforme institutionelle Arrangements erforderlich. Es konnte gezeigt werden, dass unter bestimmten Bedingungen das Instrument der Krankenversicherung zur Institutionalisierung von Solidarität und Nachhaltigkeit geeignet ist.

Versicherungsschutz erfüllt darüber hinaus verschiedene volkswirtschaftlich erwünschte Funktionen, die zu einer Wohlfahrtssteigerung führen können. Allerdings wird der Krankenversicherungssektor oftmals als ökonomischer Ausnahmebereich gesehen. Die ökonomische

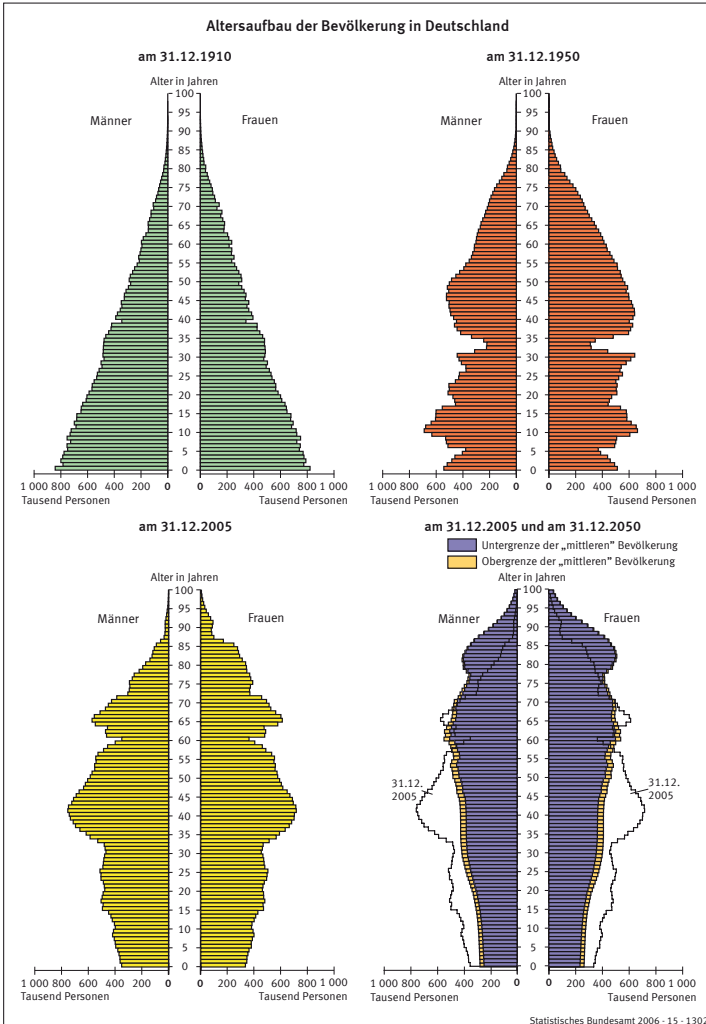
Theorie des Marktversagens zeigt auf, dass Informationsasymmetrien, externe Effekte und Transaktionskosten ein optimales Marktgeschehen verhindern, so dass ein staatlicher Eingriff theoretisch zu einer PARETO-Verbesserung führen kann. Externe Effekte und Transaktionskosten fallen jedoch in nahezu allen Märkten an, ohne dass die Forderung nach staatlichem Handeln erhoben wird. Es verbleibt somit das Problem der asymmetrisch verteilten Informationen, namentlich Moral Hazard und Adverse Selektion. Der Selektionsanreiz kann durch ein Risikoausgleichssystem und dem Instrument des Kontrahierungszwangs reduziert werden. Ein Wohlfahrtsverlust kann dagegen auch durch einen nachfrage- und angebotsinduzierten Überkonsum medizinischer Leistungen (Moral Hazard) eintreten. Der negative Wohlfahrtseffekt scheint aber nach dem Ergebnis von Studien, die zur Errechnung der Wohlfahrtswirkung auch den durch Krankenversicherungsschutz entstehenden Zusatznutzen (access value) berücksichtigen, mehr als überkompensiert zu werden. Krankenversicherungsschutz übt somit eine grundsätzlich ambivalente, aber tendenziell positive, Wohlfahrtswirkung aus. Wenn Maßnahmen zur Bekämpfung der negativen Moral Hazard Effekte getroffen werden, muss folglich auch untersucht werden, ob und in welchem Umfang hierdurch der positive Zugangseffekt reduziert wird. Andernfalls besteht die Gefahr von Fehlschlüssen. Hier besteht besonders für das deutsche Gesundheitswesen noch weiterer Forschungsbedarf.

Neben dem allokativen Marktversagen kann es auch zu einem distributiven Marktversagen kommen, wenn das Verteilungsergebnis als ungerecht empfunden wird. Vor allem bei mangelnder Zahlungsfähigkeit erscheint ein staatlicher Eingriff zumindest im Rahmen einer Basisversorgung gerechtfertigt. Für das Problem der intergenerativen Gerechtigkeit kann durch die Pflicht zur Bildung von (portablen) Altersrückstellungen eine Lösung gefunden werden.

Als Zwischenergebnis konnte festgehalten werden, dass auch auf einem wettbewerblich organisierten Krankenversicherungsmarkt der Staat mit regulatorischen Maßnahmen eingreifen muss, um ein funktionierendes Marktgeschehen sicherzustellen. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch nicht, dass der komplette Markt staatlich organi-

Anhang

Abbildung A 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland



[Quelle: (STATISTISCHES BUNDESAMT (2006)), S. 35].

Literaturverzeichnis

- AARON, HENRY J. (1966): The Social Insurance Paradox. In: *Canadian Journal of Economics and Political Science*, Jg. 32, H. 3, S. 371–374.
- ABELSHAUSER, WERNER (1996): Erhard oder Bismarck?- Die Richtungsentscheidung der deutschen Sozialpolitik am Beispiel der Reform der Sozialversicherung in den Fünfziger Jahren. In: *Geschichte und Gesellschaft*, Jg. 22, S. 376–392.
- ADAM, HANS (2006): Substitution der Beihilfe durch Einbeziehung der Beamten in die Gesetzliche Krankenversicherung?- Fiskalische Auswirkungen am Beispiel des Landes Niedersachsen. In: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Jg. 29, H. 4, S. 346–366.
- AKADEMIE FÜR ETHIK IN DER MEDIZIN (1995): Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform Stufe 3- Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Göttingen.
- AKERLOF, GEORGE A. (1970): The Market for ›Lemons‹- Quality Uncertainty and the Market Mechanism. In: *Quarterly Journal of Economics*, Jg. 84, H. 3, S. 488–500.
- ALBER, JENS (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland- Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt.
- ALEXANDER, GERARD (2001): Institutions, Path Dependence and Democratic Consolidation. In: *Journal of Theoretical Politics*, Jg. 13, H. 3, S. 249–269.
- AMELUNG, VOLKER E.; SCHUMACHER, HARALD (2000): Managed Care- Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden.
- AMELUNG, VOLKER ERIC; AMELUNG, ANDREA (2007): Managed Care- Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 4. Aufl. Wiesbaden.
- ANZENBACHER, ARNO (1998): Christliche Sozialethik- Einführung und Prinzipien. Paderborn.
- ARISTOTELES (1973/2003): Politik. übersetzt von O. Gigon. 9. Aufl. München.
- ARISTOTELES (2003): Nikomachische Ethik. Übersetzung von Franz Dirlmeier. Bibliogr. erg. Ausg. Stuttgart.
- ARNESON, RICHARD J. (1989): Equality and Equal Opportunity for Welfare. In: *Philosophical Studies*, Jg. 56, S. 77–93.
- ARNOLD, ROBERT (2002): Optionen der Finanzierung von Gesundheitsleistungen: Pauschalprämie für mehr Gerechtigkeit. In: *Gesundheitsoekonomica*, S. 207–221.
- ARNOLD, ROBERT (2006): Ein normativ begründetes Modell für die Krankenversicherung in Deutschland. Aachen.

- ZERTH, JÜRGEN (2005): Flächendeckende Versorgung in einem liberalen Gesundheitssystem- Eine institutionenökonomische Analyse der Sicherstellungsgarantie. Baden-Baden.
- ZUDE, HEIKO U. (2006): Medizinethik (Bioethik II). In: KNOEPFFLER, NIKOLAUS; KUNZMANN, PETER; PIES, INGO; SIEGETSLEITNER, ANNE (HG.): Einführung in die Angewandte Ethik. Freiburg i. Br., S. 105–133.
- ZWEIFEL, PETER; BREUER, MICHAEL (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems- Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller. Zürich. Online verfügbar unter <http://www.vfa.de/zuerichermodell>, zuletzt geprüft am 20.04.2007.
- ZWEIFEL, PETER; EISEN, ROLAND (2003): Versicherungsökonomie. 2. Auflage. Berlin.

ta ethika

herausgegeben von

Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler, Universität Jena
und
Prof. Dr. Elke Mack, Universität Erfurt

- Band 8: Christian Warns: **Spielregeln eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs** · Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit nach der Gesundheitsreform 2007
2009 · 388 Seiten · ISBN 978-3-8316-0864-5
- Band 7: Martin O'Malley: **Wilhelm Ketteler and the Birth of Modern Catholic Social Thought** · A Catholic Manifesto in Revolutionary 1848
2008 · 204 Seiten · ISBN 978-3-8316-0846-1
- Band 6: Sabine Odparlik, Peter Kunzmann, Nikolaus Knoepffler (Hrsg.): **Wie die Würde gedeiht** · Pflanzen in der Bioethik
2008 · 318 Seiten · ISBN 978-3-8316-0818-8
- Band 5: Martin O'Malley, Antje Klemm (Hrsg.): **Cancer Research is a Social Endeavor** · An Interdisciplinary Introduction to Ethics in Cancer Research
2008 · 100 Seiten · ISBN 978-3-8316-0755-6
- Band 4: Peter Kunzmann, Sabine Odparlik (Hrsg.): **Eine Würde für alle Lebewesen?**
2007 · 148 Seiten · ISBN 978-3-8316-0741-9
- Band 3: Dirk Preuß: **... et in pulverem reverteris?** · Vom ethisch verantworteten Umgang mit menschlichen Überresten in Sammlungen sowie musealen und sakralen Räumen
2007 · 104 Seiten · ISBN 978-3-8316-0739-6
- Band 2: Nikolaus Knoepffler, Antje Klemm (Hrsg.): **Ernst Abbe als Unternehmer und Sozialreformer – Ein Beitrag zur Wirtschaftsethik**
2007 · 74 Seiten · ISBN 978-3-8316-0705-1
- Band 1: Elke Mack: **Familien in der Krise** · Lösungsvorschläge Christlicher Sozialethik
2005 · 106 Seiten · ISBN 978-3-8316-0543-9

Erhältlich im Buchhandel oder direkt beim Verlag:
Herbert Utz Verlag GmbH, München
089-277791-00 · info@utz.de

Gesamtverzeichnis mit mehr als 3000 lieferbaren Titeln: www.utz.de